

R e v i s t a
UNIMAR

ISSN 0121-4327

No. 40

noviembre 2006

**SALUD, OCUPACIÓN
Y CALIDAD DE VIDA**

Facultad de Ingeniería



Revista No. 40
UNIMAR

Director

Mag. Roberto García Castaño

Comité Editorial

Mag. Héctor Rosero Florez
Lic. Ana Cristina Chaves López
Mag. Roberto García Castaño

Comité de Redacción No. 40

Esp. Karina Gallardo Solarte
Esp. Gloria Janneth Maya P.
Mag. Rosa Pabón Guerrero

Traducciones al Inglés

Departamento de Lenguas
Extranjeras

Portada

Diseño Jorge Iván Guerrero

Impreso por

Editorial Unimar

Edición a cargo de la
Facultad de Ciencias de la Salud
de la Universidad Mariana

CONTENIDO

Editorial	3
Retos y realidades ¡Que triste es estar enfermo!	5
Lo que debemos saber sobre el Cáncer de Cuello Uterino (Cáncer de Cervix)	9
Prevenir con amor es sublime y saludable	11
Funcionalidad en las AVD mediante adaptaciones y equipos especiales	15
La intervención interdisciplinaria, fundamento del trabajo en necesidades educativas especiales	19
Intervención social con población víctima del desplazamiento forzado en el municipio de Ipiales, Nariño, a través de una propuesta de orientación profesional dirigida por el Programa de Terapia Ocupacional	19
La riqueza humana en el cuidado de la salud y el desafío de un mundo globalizante	31
¿Por qué es un beneficio el estudiante para el docente?	35
Los aspectos legales de los Registros de Enfermería	37
Promoción del cuidado de la salud en la formación integral del Profesional de Enfermería	41

Suicidio: “Volar más alto”	45
Análisis Microbiológico enfocado al aislamiento de yersinia enterocolítica en carnes de cerdo crudas distribuidas en la ciudad de San Juan de Pasto	49
Células madre embrionarias. Una alternativa para curar diferentes enfermedades	53
El niño hospitalizado, su familia y el equipo de salud	57
Reflexiones sobre la atención humanizada frente al paciente moribundo. Afrontamiento del proceso de la muerte por parte de la familia y el Profesional de Enfermería.	61
Incidencia de sintomaticos respiratorios en mayores de 15 años que asistieron a consulta externa en las diferentes insituciones de salud del municipio de Ipiales en el período Marzo de 2003 a Marzo de 2004	67
Paradigmas del cuidado de la salud	73
Sólo una reflexión.	77
Una sociedad con discapacidad para la convivencia debe ser un tema de interés para todos	81
El cuidado domiciliario del neonato prematuro	85
Veinte años de historia en el Programa de Enfermería: 1969 - 1989	89
El proceso de atención de Enfermería: eje de nuestra profesión	95

EDITORIAL

AL SER EL HUMANO EL PRINCIPAL “ACTIVO” DE LA EDUCACIÓN

Por: Especialista Gloria Janeth Maya Pantoja*

El docente debe estimular en la mente del educando, de por sí curiosa y creativa, la capacidad de razonamiento, de pensar lógicamente, de resolver problemas y decidir éticamente. También debe promover la adquisición de bases metodológicas que le permitan orientarse en la búsqueda del saber. La educación debe fundamentarse en sus vivencias; debe promover su participación y estimular su creatividad a través del diálogo. Asimismo, debe incorporar la dinámica de grupo, la evaluación crítica y el análisis de la sociedad donde vive. Al educando debe proveerle experiencias, facilitarle su crecimiento personal, la consolidación y reforzamiento de sus valores para el logro de su realización.

Mejorar la calidad de la educación es hoy un ideal que toda sociedad está empeñada en alcanzar, como medio efectivo de promover el desarrollo humano y social. Para el logro de este propósito es indispensable mejorar la acción educativa, mediante el fortalecimiento de la práctica pedagógica. En ésta, el educador es guía y orientador del proceso de aprendizaje y está en capacidad de utilizar un conjunto de estrategias pedagógicas que posibilitan en el educando el “aprender a aprender, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a convivir”, según la propuesta de la UNESCO (1996).

Como profesionales de la salud, siempre hemos estado interesados en la calidad de la educación implícitamente y por razones éticas, por aquello de responder a la confianza depositada por nuestra sociedad y de ser consecuentes con el compromiso científico, ligado a la formación y a la responsabilidad de mantener la competencia profesional. Esto ha hecho que en la Facultad de Ciencias de la Salud sea más fácil comprometernos con la calidad, integrarnos en el día a día y vernos involucrados en la gestión de la salud de la comunidad, sensibilizándonos con el dolor y la enfermedad, reconociendo siempre la necesidad de tener bien definidos, diseñados, revisados y mejorados todos los procesos. Estamos seguros de que la gestión de calidad es la mejor herramienta para garantizar la eficiencia, el trabajo en equipo, el sentido de pertenencia y la alta eficacia como trabajadores de la salud.

Es muy grato para la Facultad Ciencias de la Salud y sus programas compartir con la comunidad universitaria algunas reflexiones producto de las vivencias de nuestros educandos.

*Especialista GLORIA JANETH MAYA PANTOJA, Decana Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Mariana

Retos y realidades

¡QUE TRISTE ES ESTAR ENFERMO!

Por: Beatriz Eraso

RESUMEN

Desde mi experiencia práctica trato de desdoblar todos los aspectos que me fue posible encontrar en un tema tan interesante como angustiante. En Colombia, y no ajeno a mi región, la infancia es el sector más expuesto y vulnerable de la sociedad. En la crisis económica que atravesamos, los recursos escasean y las políticas son casi inexistentes. A pesar de ello descubrí a médicos, enfermeras, trabajadores sociales, abogados y psicólogos que, de forma interdisciplinaria, hacen hasta lo imposible por mejorar la calidad de vida de los niños enfermos. Sin embargo no puedo dejar de enojarme cuando transito un hospital y veo que aunque se cuente con una invaluable calidad de talento humano aun falta destinar mayor tiempo al cuidado de los niños. Creo que después de todo reafirmo mi posición de trabajar por los niños, por sus derechos y sus necesidades, no sólo por que en ellos está la semilla de un mundo mejor, sino porque son la realidad misma de la pureza y merecen la protección de todos.

PALABRAS CLAVES

Niños – Enfermedades
Cuidado de los niños

ABSTRACT

This paper looks at the factual evidence to describe how children are the most vulnerable sector of population in Colombia. Although some professionals effort for providing more integral benefits for the health conditions of all ill children, it's not enough. because it's important not only to increase their survival but to improve the quality of life for them.

It is paramount that much more decisive action be taken immediately to work for children's human rights and their needs.

“Soy Pabillito, puedo tener 2 o 6 meses, o 1 o más años; puedo ser un adolescente pero para mi situación da igual. Estoy enfermo, tan enfermo que hoy me encuentro hospitalizado.

Siento dolor físico y no sé por qué, no entiendo lo que me sucedió, estaba bien y de pronto enfermé; no puedo seguir jugando o estudiando; vi que mis padres y todos los de la casa se preocuparon por lo que me sucedía, me trajeron al hospital y por la angustia de mi familia y el llanto de mi madre supongo que lo que pasaba era grave y me dio mucho miedo.

Cuando llegué, a pesar de la angustia y el temor, aún estaba con mi papá y mi mamá; me sentía protegido, pero para mi sorpresa y desgracia, los médicos y enfermeras opinaron que debía quedarme.

Es incomprensible mi situación; quedé en medio de personas extrañas y pude tener varias reacciones: llorar pasivamente, llorar a gritos y correr por los pasillos buscando a mi papá y mi mamá o rechazar las preguntas de estas personas desconocidas; pero lo que hice fue encogerme en la cama que me asignaron y sólo desperté cuando me llamaron, pensé que para darme algo de comer. Pero no, al contrario, me quitaron mi ropa y me pusieron un pijama que no era mía, y luego sin explicación unas señoras de vestido blanco intentaron enterrarme una aguja en el brazo; y como me asusté mucho, lloré, grité e intenté correr, llamaron a un señor; después me enteré que era uno de los médicos, y entre todos me aprisionaron y a la fuerza no sólo me enterraron una aguja sino que me sacaron la sangre en un tubito. Y peor todavía, me dejaron la aguja enterrada en el brazo unida a un cablecito que salía de un frasco. Sentía mucho dolor donde estaba la aguja y en todo el brazo, además me amarraron a la cama y casi no podía moverme. Seguía sin entender.

Al día siguiente conocí otras personas muy atareadas haciendo muchas cosas; otra vez enterrándoles agujas a otros niños que también gritaban y a los que también agarraban y amarraban. Nuevamente me empezó el susto, también a mi mamita y a mi papito. Luego entraron muchas personas, eran de varias edades jóvenes y viejos, entre ellos el que me había aprisionado la noche anterior, me rodearon y empezaron a hablar cosas que no entendí, supongo que de mi enfermedad y sucedió lo peor: me desnudaron y todos en fila me tocaban y seguían hablando; de lo mucho que hablaban entendí que podía morir o que iba a quedar mal, no sé como decían. Se retiraron y quedé llorando y pensando que tal vez nunca más vería a mis papitos ni a mis hermanos, ni a los abuelitos. Al fin por la tarde vinieron mis padres, me puse muy contento, pero en el fondo estaba bravo con ellos por haberme abandonado anoche, pero mi alegría duró muy poco; al ratito de estar conmigo una de las señoras de vestido blanco, que hoy sé que se llaman enfermeras, y le dijo a los míos y a los demás papás que tenían que irse; ya podrán imaginar cómo me sentí al estar de nuevo solo.

Han pasado 8 días. Diariamente se repitieron las mismas situaciones, pero hoy estoy tranquilo y me siento mejor y tuve un gran consuelo; fue un día especial, en la mañana después de todos estos días se me acercó uno de los médicos y se me sentó en mi cama, me trajo dulces y me preguntó como seguía; preguntó por mis padres, preguntó cómo se llaman mis hermanos y me explicó que había estado muy enfermo y que afortunadamente iba mejorando, que pronto podría regresar a casa. El día fue grandioso porque en la tarde una de las enfermeras también se acercó y, qué sorpresa, me contó muchos cuentos: el de caperucita roja y el lobo, el de los 3 cerditos, me hizo pintar no lo que yo quería sino su imaginación plasmada en las láminas, que traía y así hoy me siento mejor porque se me quitó el temor y porque pronto volveré a la casa”.

Me pregunto ¿en dónde quedan plasmados los derechos de los niños cuando necesitan tratamiento e internación? Derecho a conocer y decidir sobre su propia condición, a ser protegido debido a las enfermedades que padecen (confidencialidad e intimidad) y la relación con los derechos y obligaciones de los profesionales. Cruda realidad, pero quienes trabajamos con niños, fácilmente y sin proponérselo

violamos sus derechos. En la práctica es necesario entender que la hospitalización significa para el niño un alejarse de manera más o menos prolongada de sus actividades cotidianas y del contexto familiar, escolar y social al que se encuentra acostumbrado, y que en estas circunstancias los padres constituyen el punto de conexión entre el pasado y el presente, entre el ambiente habitual en que se desenvuelve el niño y el ambiente nuevo que ofrece el hospital.

Es así como la dinámica cotidiana de la familia se ve alterada bruscamente; los roles familiares se ven interrumpidos y es necesario un reajuste de los mismos para que el equilibrio se produzca. (Rodríguez y Zurriaga, 1997). La familia es el soporte emocional y punto de referencia más importante para el niño. La experiencia demuestra que cuando un niño o una niña ingresan en el hospital no se presentan solos – tampoco lo hace el adulto; se presentan acompañados de otras personas que generalmente son parte de su familia: padres, hermanos, abuelos, tíos e incluso primos u otros niños. Junto al niño siempre hay una familia o grupo de relación.

Al atender a un niño enfermo es imprescindible incluir a su familia en el proceso, puesto que ésta influye en gran medida en la evolución u obstaculización de la enfermedad. Es en ellos en quienes en última instancia se encuentra la seguridad y la ayuda, tan necesarias en circunstancias difíciles como éstas.

Aunque hoy en día se habla tanto de calidad de vida como estrategia para lograr el completo bienestar del ser humano, todavía estamos lejos de este paradigma que implica compromiso y responsabilidad. Intentemos pues dar una primera aproximación a su definición operacional, a partir de los conceptos de vulnerabilidad y capacidad. La primera hace referencia al impacto de factores de estrés y de choque en el corto y largo plazo dificultando alcanzar un estado de bienestar. La segunda se define como la pluralidad de factores que posibilitan que las personas desarrollen sus potencialidades; este aumento de sus capacidades individuales les brinda seguridad.

Si aplicamos estos conceptos en el entorno de la hospitalización del niño, percibimos que las intervenciones de la medicina en el contexto de la calidad de vida del usuario pediátrico hospitalizado van

más allá de la modificación del curso “natural” de la enfermedad, e incluyen el acompañamiento al niño y a su familia, la anticipación a la presentación de la enfermedad, su manejo integral, la recuperación de las funciones biológicas y sociales después de esta, y la preparación para la muerte, como estrategias que disminuyan la vulnerabilidad y potencien la capacidad del niño y de su familia en el proceso de la recuperación durante la estancia hospitalaria.

La calidad de vida en el niño hospitalizado se altera porque este proceso aumenta la vulnerabilidad del niño originándole un trastorno de adaptación caracterizado por síntomas ansiosos y depresivos como respuesta al dolor, al medio ambiente institucional, a los procedimientos médicos y quirúrgicos, y a la separación del núcleo familiar. Implica entonces que todos los miembros del equipo de salud asumamos una actitud crítica necesaria para ser comunicadores efectivos, sensibles y compasivos, evitando los extremos.

Administrar la verdad en dosis cuidadosamente medidas y valoradas de acuerdo con las necesidades y la capacidad de cada usuario en particular es

compatible con uno de los tantos derechos del niño: tengo derecho a no aceptar tratamientos cuando no hay cura para mi enfermedad, pero sí recibirlos para mejorar mi calidad de vida. Este mandato varias veces centenario de responsabilidad, de preservar la vida y de aliviar el sufrimiento, se halla admirablemente resumido en el aforismo:

“CURAR A VECES, ALIVIAR A MENUDO Y CONFORTAR SIEMPRE”, es lo que ayuda en buena parte a sobrellevar estas adversidades.

Entonces, considerado el tema desde una perspectiva holística y bioética, es posible rescatar el humanismo en el personal de salud, delegado debido a la tecnificación. La información debe ser compartida con cautela, humanismo y honestidad, ya que comentarios ocasionales y de escasa o real trascendencia, pero no aclarados en su momento, pueden generar confusión. Un toque amoroso, una expresión de confianza, tranquilidad, aceptación y protección se evidencian en la responsabilidad, en la medida, en el respeto y en el amor al servicio del niño enfermo.



LO QUE DEBEMOS SABER sobre el Cáncer de Cuello Uterino (Cáncer de Cervix)

Por: Dr. Javier Emilio Salas Bolaños*
Esp. Carlos Pantoja Agreda**

RESUMEN

La infección por virus del papiloma humano (VPH) es el principal factor de riesgo para cáncer de cervix. Los virus del papiloma humano son un grupo de virus que pueden infectar el cuello del útero (cervix). Estos virus se transmiten de una persona a otra a través de las relaciones sexuales.

La citología puede detectar los cambios celulares causados por el VPH. El tratamiento de estas lesiones precancerosas pueden prevenir el cáncer invasor del cervix.

PALABRAS CLAVES

Cáncer cervix, virus del papiloma humano, citología.

ABSTRACT

WHAT WE SHOULD KNOW ABOUT CERVICAL CANCER

An infection caused by the human papiloma virus (HPV) is a primary risk factor for cervical cancer. Human papiloma viruses are transmitted by sexual relations and can infect the cervix. A tissue examination can detect cellular changes and treatment can prevent cancer.

El cáncer del cuello uterino representa un grave problema de salud pública en nuestro departamento; con base en estudios del Instituto Departamental de Salud de Nariño se encontró que es la patología tumoral de mayor incidencia en nuestro departamento (www.idsn.gov.co).

La citología en mujeres que iniciaron vida sexual, es el medio de detección precoz de las condiciones precancerosas; si se detectan estas lesiones precancerosas se pueden tratar y evitar que se conviertan en lesiones cancerosas y cáncer invasor; se ha demostrado que la detección y el manejo precoz de estas anomalías reduce la incidencia de morbilidad y mortalidad por cáncer invasor.

Se han detectado factores que aumentan el riesgo de adquirir lesiones precancerosas y cáncer de cervix. Se postula que las anomalías del cuello uterino aparecen cuando estos factores actúan juntos.

Las mujeres que inician su vida sexual en forma temprana, especialmente aquellas que lo hacen antes de los 16 años y quienes han tenido muchas parejas sexuales, al igual que la promiscuidad (más de una pareja al año), dan a la mujer un mayor riesgo de desarrollar cáncer de cervix.

* Dr. Javier Emilio Salas Bolaños, Médico Cirujano Universidad del Cauca, Especialista en Ginecología y Obstetricia Universidad Nacional, Especialización en Docencia Universitaria Universidad de Nariño, Docente Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Mariana — Programa de Enfermería - javiersalasgine@hotmail.com.

** Esp. Carlos Pantoja Agreda, Biólogo con Énfasis en Ecología, Especialista en Docencia Universitaria Universidad de Nariño, Docente Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Mariana — Programa de Enfermería — ch-pantoja@latinmail.com

La mujer también tiene mayor riesgo si su o sus compañeros iniciaron en forma precoz la actividad sexual, han tenido muchas parejas sexuales, son promiscuos y/o han sido parejas de mujeres que tuvieron enfermedad preneoplásica o cáncer de cervix.

El virus del papiloma humano (VPH), que se adquiere por transmisión sexual, se ha relacionado con el crecimiento de células anormales en el cervix; las mujeres que adquieren este virus o mujeres cuyos compañeros son portadores del virus tienen mayor incidencia de patología maligna del cuello uterino.

Se ha encontrado que el fumar también aumenta el riesgo de este cáncer, y el riesgo es mayor a mayor número de cigarrillos que se consumen y a mayor número de años que ella ha fumado.

Las mujeres que adquieren el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus que causa el SIDA, tienen mayor riesgo de adquirir cáncer de cervix. Además se ha implicado al virus del herpes como un factor que aumenta la probabilidad de adquirir patología maligna del cuello uterino.

En la actualidad, la detección temprana de las lesiones precancerosas por medio de la citología sigue siendo el método más eficaz para prevenir el cáncer de cervix. Esta prueba es una prueba sencilla, sin dolor, que nos permite detectar células anormales en estadios iniciales; se toma en el consultorio y está exenta de riesgos. Es ideal realizarla a mitad del periodo menstrual (10 a 20 días contados a partir del primer día de menstruación) y se realiza en mujeres que ya iniciaron vida sexual, no se realiza en la mujer virgen.

En nuestro medio se aconseja realizarla anualmente y cuando se encuentren anomalías en el estudio citológico; buscar la ayuda médica especializada (consulta ginecológica) para realizar estudios mucho más específicos como un examen del cuello uterino utilizando lentes de aumento (colposcopia), y tomar biopsias en aquellas mujeres con cambios anormales en este estudio.

Cuando se encuentran anomalías en la colposcopia-biopsia, el manejo de estas lesiones preneoplásicas evita que la mujer padezca de cáncer invasor del cervix. Cuando estas lesiones requieren tratamiento, el

manejo puede realizarse utilizando: criocauterización (destrucción de la lesión con temperaturas muy bajas utilizando nitrógeno líquido), escisión de la lesión con láser, preservando el tejido sano que se encuentra alrededor de la zona anómala, electrocirugía utilizando radiofrecuencia con asa para retirar el tejido afectado y, en casos más avanzados, cirugía, que puede ser la histerectomía.

Es responsabilidad de toda mujer que ha iniciado su vida sexual acudir a la toma de la citología anual para realizar un diagnóstico, manejo y tratamiento oportuno de cualquier lesión cervical; si todas las mujeres acudieran a la toma de citología se evitarían miles de muertes por esta enfermedad.

PREVENIR CON AMOR ES sublime y saludable

Por: Alicia Argoty Vallejo*

RESUMEN

En el análisis de la vida cotidiana y el comportamiento humano, pude observar muchas inequidades, de nosotros para nuestros congéneres.

La vida misma constituye un don, otorgado para vivirla y disfrutarla dignamente; pero, la pérdida de valores y respeto ha logrado generar una gran situación caótica al interior de nuestra sociedad.

La deshumanización ha logrado establecer un comportamiento impropio de las personas nobles e integrales, que traducidas hacia la comunidad, representan un incremento del deterioro y descomposición social.

Tal como encabezó el presente escrito, os invito a AMAR, sin menoscabo, ni restricciones; actitudes propias muchas veces de la gente vana e insulsa; es hora de compartir, tal como nos lo enseñó JESUS y MARIA.

El amor interpretado de forma digna, se transforma en un acto de entrega sin miramientos, ni condiciones; por tanto si compartimos lo bueno, no esperemos otra cosa que cosechar frutos, dignificantes y reconfortantes, en lo personal y lo colectivo, dando un verdadero valor y razón de ser a nuestra existencia y nuestra vida humana, empezará a tener sentido; “ LA VIDA SIN SENTIDO, ES MEJOR NO VIVIRLA”.

De lograr, lo que a mi juicio planteo, en las reflexiones contenidas en el presente artículo, es posible pretender tener un mejor mañana y un mejor bienestar.

PALABRAS CLAVES

SEMEJANTE, COMPARTIR, AMAR, ALMA, ENTREGA

ABSTRACT

TO COME WITH LOVE IS SUBLIME AND HEALTHY

Love is the most sublime activity of the human person. In the analysis of daily life and human behavior can be seen much inequity from us toward our fellow human. Life itself constitutes a gift, given to live and enjoy with dignity, but the loss of value and respect for life has created great chaos at the center of our society.

Dehumanization has created disordered attitudes within noble and well integrated persons. When this is applied to the community at large, creates social deterioration. Therefore, I present this paper. I invite you to love, without limits. Repudiate the outlook often found in vain and tasteless people. Now is the time to share- as Jesus and Mary taught us. Love in its most noble form becomes an act of giving without caution or conditions. Thus if we share goodness, we do not seek anything else but to reap fruits, dignified and reassuring, for both individuals and the community. Giving true value and meaning to our existence and our human lives, we begin to understand: A life without meaning is not worth living. What I want to present in the reflections in this article is that it is possible to have a better tomorrow and a better world.

KEY WORDS:

SIMILAR. TO SHARE. TO LOVE. SOUL. SURRENDER

* Fonoaudióloga-Miofuncional. Licenciada en Educación Básica. Especialista en Gerencia Educativa. Docente Programa Académico Terapia Ocupacional.

“El amor constituye el acto sublime de la persona humana, digna de valores estructurados, en el seno de un verdadero hogar cristiano, ejemplo de cordura y bienestar consigo mismo y el prójimo”

En un día cualquiera del mes inmediatamente anterior, mirando con detenimiento el quehacer cotidiano de mi comunidad, pude observar varias situaciones que analizadas en detalle y de forma singular, me hicieron estremecer, ante la inequidad de la vida misma y el desinterés remarcado hacia nuestros semejantes.

Con fundamento en lo anteriormente expresado, he decidido escribir lo que mi acto de reflexión y/o contricción me “obligó” a recapacitar, a fin de lograr en lo posible, “CONSTRUIR, COMENTAR, COMPARTIR... PARA VIVIR”..

La vida misma constituye un don, otorgado para vivirla y disfrutarla dignamente; pero veo con preocupación como se genera un gran deterioro alrededor de ella, dado por varias personas sin preocupación de revalorarla o dignificarla; pregunto y me atrevo a aseverar, sin temor a equivocarme, cuánto hemos deseado que las cosas vividas y sentidas por cada uno de nosotros mismos, en su mayoría no siempre han sido las mejores y, por no enmendar y construir con fundamento en los errores, hemos vivido situaciones desagradables y causantes de daño; con eso se dice “el que no conoce la historia o la ha vivido o la mantiene, tiene la necesidad de volver a vivirla”.

Pienso que es hora de trabajar aún más por la dignidad humana y el bienestar comunitario; ejemplos de esto existen a montones, pero jamás los tenemos en cuenta para forjar nuestros actos y acciones; peor aún si estos involucran a seres ajenos a nuestro “círculo familiar o social”. ¿Cuántas veces hemos hecho algo por “mejorar la vida”, aunque sea de forma fugaz de un “semejante”, que haya o esté sufriendo las vicisitudes del ambiente hostil? o, por el contrario, no ha significado nada el observar a un ser desvalido y he optado por algo más sencillo como es el ignorarlo.

Tal como encabezó el presente escrito, invito a AMAR sin menoscabo ni restricciones, actitudes propias de la gente vana e insulsa; es hora de compartir tal como nos lo enseñaron JESÚS y MARÍA.

El amor interpretado de forma digna, se transforma en un acto de entrega sin miramientos, ni condiciones; por tanto, si compartimos lo bueno, no esperemos otra cosa que cosechar frutos, dignificantes y reconfortantes, en lo personal y lo colectivo, dando un verdadero valor y razón de ser a nuestra existencia, y nuestra vida, empezará a tener sentido; “la vida sin sentido, es mejor no vivirla”.

Si logramos comprender el dolor ajeno, pienso que podremos ayudar a sobrellevarlo y superarlo; de igual manera la salud puede ser simplemente una manifestación de falta de afecto. Ejemplos de esta situación existen por doquier; por eso mejor dar amor y ayuda complementaria para conseguir la sanidad del prójimo, representado primordialmente por el que carece de estos elementos que son propios e inherentes y cada ser humano, entendido en un todo como persona.

Si DIOS, nos hizo a semejanza de EL, qué y quiénes somos nosotros; para contraponer circunstancias que generan desigualdad y desintegración; o ¿a caso hemos hecho méritos suficientes para poder oponernos o negarles la salubridad a nuestros semejantes?.

Pienso que debemos procurar prevenir, no solamente la enfermedad física sino la enfermedad “del alma”, entendida ésta como la no tangible, la no medible por los instrumentos de nuestra cotidianidad; por eso recomiendo que se genere una corriente propia de esta época, con fines específicos, que nos involucren en el cambio de actitudes y prejuicios de toda índole en beneficio de nuestros semejantes, para que de esta manera nos podamos sentir útiles en nuestras vidas y dignos de levantar en alto nuestra frente, en reconocimiento de una labor que debe constituir la esencia misma de nuestra razón de ser; esto nos generará paz, tranquilidad y sosiego, porque sin duda alguna nos quedará la satisfacción del deber cumplido.

Hoy por hoy nuestro país se está desangrando, enfrentado a los mismos hermanos colombianos, muchas veces sin otro fin que el de buscar mejores elementos físicos, sin importar de forma alguna el valor moral y la dignidad humana; hasta observar nuestras calles donde se agolpan familias enteras que pretenden vivir de la caridad de los demás, mendigando cada día sin tener en cuenta tan siquiera los elementos climáticos o los valores humanos que puedan significar algo para ellos; la indiferencia humana es la respuesta habitual o, en caso contrario,

se generan actitudes de rechazo hacia dichas personas, solamente porque no viven, ni pertenecen, a nuestra habitual apariencia física.

¿Acaso no podremos contrarrestar esta situación planteada, de forma que se logren proponer políticas dignas de encomio y que faciliten que este tipo de sufrimientos no se presenten? o, por el contrario, ¿optaremos por no mirar y dejar que en este “mundo salvaje” se mantenga e impere la ley del más fuerte?.

Amar con el alma y sin perjuicios es entregar al otro, no lo que nos sobra, sino por el contrario, dar de mí lo mejor, para que se convierta en bastión y apoyo al desprotegido.

No olvidemos que si nos acercamos con sinceridad y damos de nosotros a los demás, podremos prevenir el mal y sus perjuicios derivados; sin embargo, para la consecución de tal fin debemos amarnos y respetarnos a nosotros mismos, a fin de poder compartir experiencias benéficas, sin búsqueda de revanchismos o protagonismos, propios de personas superficiales, oportunistas y ventajosas.

Debemos rescatar con urgencia prioritaria los valores de moral y dignidad que se han perdido o traslocado; máxime si nuestro rol está inmerso dentro de la parte docente o formativa de personal vinculado al área de la salud. El ejemplo a dar y transmitir, a mi modo de ver las cosas, debe revestirse de elementos mucho más soportados que el diálogo o la magistralidad; por el contrario debemos fortalecernos como personas dignas de encomio e integralidad, para poder dar y exigir resultados que favorezcan nuestra razón de ser al interior de una comunidad y sociedad. Por lo tanto, la persona que se involucra en el área de la salud, no solamente debe aprender las técnicas para “manejar el cuerpo”, sino por el contrario debe procurar una formación total, a fin de cubrir la totalidad de las esferas que trae implícita la persona humana, es decir debe aprender para “sanar” al ser humano, en lo físico, mental y social.

FUNCIONALIDAD EN LAS AVD mediante adaptaciones y equipos especiales

Por: Julieta Egas Realpe*

RESUMEN

Las adaptaciones en el entorno para las personas con algún tipo de discapacidad están encaminadas a reducir los riesgos y a brindar mayor seguridad en el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria, permitiendo en el paciente mayor funcionalidad en el desempeño de sus roles ocupacionales: laboral, lúdico, de esparcimiento, y social.

Estas modificaciones o adaptaciones las realizamos cuando el individuo no se puede acomodar ante las exigencias del medio; nos valdremos para ello de ayudas técnicas, señales visuales, auditivas, simplificación de tareas, ergonomía y equipamiento especial; estas reglas para adaptación del entorno se las aplica de una forma metódica y organizada en cuanto ha de hacerlo un profesional adecuadamente preparado o calificado, con el conocimiento y experiencia dentro de modificaciones que se realicen del entorno o medio ambiente: debe, además, tener conocimiento del desempeño real del individuo en sus actividades de la vida diaria, realizando un análisis de sus áreas ocupacionales, y detectar específicamente dónde esta la barrera entre la discapacidad y el entorno que no permite al individuo desempeñarse con mayor autonomía e independencia.

Se tienen en cuenta aspectos generales de acceso a la vivienda, baño/ higiene, Comedor/alimentación, vestido, deambulación, con el fin de brindar recomendaciones o tener en cuenta algunos requisitos en la realización de adaptaciones o equipamiento especial, y hacer énfasis en la educación o, capacitación que se da a la familia o el cuidador que estén directamente relacionados con el paciente.

PALABRAS CLAVE

Avd, Funcionalidad, Disfuncionalidad

ABSTRACT

It is necessary for people with some kind of disability to adapt themselves to the environment in order to reduce any kind of risk and to offer greater security when performing daily activities, allowing functionality and good performance in their different tasks.

Adaptation takes place when any individual cannot adjust to the work or social environment, by means of technical help, hearing and visual signs, task simplification, ergonomics and special equipment. These procedures are used and organized in a methodical way since they should be performed by professional and qualified staff with enough knowledge and experience of the person's performance to study the way how he/she develops assigned activities, in order to find out why disability does not allow autonomy and independence in any kind of environment.

There are general aspects to keep in mind, such as living, eating, dressing habits, etc. in order to advice and train families about good ways for looking after these patients.

* Terapeuta Ocupacional. Universidad Manuela Beltrán.
Docente Programa Académico Terapia Ocupacional. Área
de Disfunciones Físicas

El ajuste que tiene el individuo entre las exigencias del medio y sus posibilidades/ capacidades para responder ante tales exigencias en la realización de sus tareas cotidianas, es lo que define su funcionalidad y, por lo tanto, el objetivo último de la intervención desde la Terapia Ocupacional.

Pero esta interacción del individuo con el entorno se ve alterada como resultado de las diferentes patologías y de los deterioros consiguientes. Nuestro trabajo va encaminado a reducir esa alteración todo lo posible, intentando un ajuste óptimo, una interacción efectiva y adecuada con una mayor conexión con el entorno, una realización autónoma y con la mayor seguridad de las AVD, con la consiguiente independencia del paciente y mejora de su calidad de vida y la de la familia.

Este es el trabajo rehabilitador propiamente dicho; pero existen patologías, que por mucho que nosotros y el individuo se esfuere en su proceso rehabilitador, la propia evolución del cuadro va a llevar a un desajuste en su realización de las AVD. Es entonces, cuando tratamos la otra parte del problema, es decir, nos centramos en lo externo al individuo, en el entorno, y lo modificamos para facilitar la interacción efectiva del individuo con él. Nos valdremos para ello de ayudas técnicas, señales visuales y auditivas, simplificación de tareas, ergonomía, etc.

Como hemos visto, la modificación del entorno se lleva a cabo cuando un individuo no es capaz de responder ante las exigencias del medio. Esto que pensamos que sólo se presenta en el campo de las discapacidades, ocurre constantemente (nosotros mismos tenemos que organizar nuestra biblioteca ya que sería imposible conocer exactamente la ubicación de cada libro, por lo tanto lo organizamos por temas, orden alfabético, etc.). En la demencia tipo Alzheimer, en la cual se alteran todas las AVD en mayor o menor grado, (dependiendo del momento de la evolución, y como no, de la afectación personal), se trata de aplicar esas reglas de una manera metódica, en cuanto a que ha de hacerlo un profesional adecuadamente preparado y cualificado, con conocimiento y experiencia dentro de la modificación de entorno y con un método de trabajo específico para este tipo de pacientes. Además, conocer el desempeño real del individuo en las AVD y, lo que es más importante, donde está la barrera entre la autonomía del paciente, estimulador, y la excesiva facilitación, innecesaria y poco terapéutica. Este tipo de intervención ha de ir encuadrada

dentro de un abordaje integral, y acompañado de otras medidas terapéuticas. Nos ocuparemos exclusivamente de la intervención sobre los espacios físicos y elementos del entorno sin entrar en otro tipo de terapias ambientales.

A continuación esbozaremos las líneas generales que requiere este tipo de intervención:

Valoración: Esta ha de ser lo más cuidadosa y exhaustiva posible teniendo en cuenta los aspectos funcionales y psicosociales del paciente. Siempre que sea posible la realizaremos en el propio domicilio del paciente, con experiencias reales “in situ” y con la presencia de un cuidador/ familia, centrándonos en las AVD básicas o instrumentales según el estadio de la enfermedad.

Acceso a la vivienda: Señalización, orientación, obstáculos, iluminación, cerraduras, estímulos molestos, apoyos que necesita, escaleras y lugares de tránsito.

Aspectos generales de la vivienda: Distribución, iluminación, señalización, interruptores, enchufes, cambios de piso, tipo de suelo, acceso a sustancias tóxicas o elementos potencialmente peligrosos, muebles, alfombras, altura de mesas, sillas y cama, gas, electricidad, cables, calefacción, electrodomésticos, llaves de paso, cierres de puertas y ventanas.

1. **Baño e Higiene.** Prestaremos especial atención a los obstáculos físicos que alteran la realización de las AVD: entrada y salida de ducha, suelo, electricidad, grifería, salida de agua y control de temperatura, iluminación, amplitud, apoyos que necesita, seguridad y grado de supervisión.
2. **Comedor/alimentación.** Mobiliario, posicionamiento, cubertería y utensilios, rutina horaria, tiempo empleado, supervisión necesaria y el por qué de ella si existen trastornos de deglución.
3. **Vestido.** Tipo de tejidos y prendas, cierres, ayudas necesarias, alteraciones en vestido /desvestido, y una parte importante se la dedicaremos al calzado.
4. **Deambulación.** Aspecto de gran importancia. El momento en que dejan de caminar va a marcar un punto de inflexión en la adaptación del entorno y, por supuesto, en los cuidados generales.

Aplicación de la adaptación: La Adaptación para el

paciente debe cumplir los requisitos de:

- **Seguridad.** Tanto para el paciente como para el cuidador. Deben ser eliminados todos los riesgos por mínimos que nos puedan parecer.
- **Sencillez.** Cuanto más sencillas y cercanas o conocidas para el paciente, mucho mejor. El uso no debe ser complicado.
- **Estabilidad.** Que tenga una continuidad en el tiempo, y además tiene que ser susceptible de inclusión en su rutina de AVD o, cuando menos, no alterarla.
- **Progresiva.** Por regla general iremos introduciéndolas poco a poco.
- **Economía.** Lo importante es la funcionalidad que aporta; no siempre lo más caro es lo más adecuado.
- De fácil mantenimiento. Ya que seguramente sea otra carga a añadir a la que ya tienen de por sí los cuidadores.
- **Orientadora.** Tanto mejor cuanto más cercana sea al enfermo y al entorno.
- **Personalizada.** Las necesidades son siempre individuales (definidas por el momento actual del paciente y su entorno) y como tal hemos de dar respuesta a esa necesidad si queremos conseguir el objetivo terapéutico.

Deberemos hacer un entrenamiento en el uso de la adaptación con el enfermo en situaciones reales, con seguimiento tanto en el domicilio como en el centro donde acuda a tratamiento.

Trabajo con la familia/ cuidador. Es una labor importante porque con ellos nos aseguraremos una continuidad en el uso, ya que la adaptación es para mejorar la funcionalidad del paciente en sus AVD, pero posteriormente, dado el aumento de la discapacidad, para hacer más fácil el manejo del enfermo por parte del cuidador. Además necesitan conocer el mantenimiento que requiere la adaptación, y la familia tiene una necesidad propia que debemos tener en cuenta.

Sería imposible enumerar aquí todas las diferentes

necesidades que nos podemos encontrar en esta patología, incluso en una sola persona a lo largo de la enfermedad. Al principio puede necesitar solamente adaptaciones para mantener sus actividades de tiempo libre y ocio, y poco a poco necesitar adaptaciones para la higiene, comida, etc... Tenemos que ser muy cuidadosos en captar la necesidad real de una u otra adaptación, y que no interrumpa el mantenimiento por sí mismo de la actividad, tan necesaria y estimuladora para el enfermo.

BIBLIOGRAFIA

DANIELS/WORTHINGHAM. Pruebas funcionales musculares. Interamericana. México, 3ª edición, 1983

HOPKINS, HELEN SMITH. Terapia Ocupacional 8ª edición. Medica Panamericana. España, 1998

KRUSEN. Medicina física y rehabilitación. Ed Panamericana. Argentina 1989

Mc Minn R.M. Hutchings RT. Atlas de Anatomía Humana. Edit. Hispanoamericana. Bogotá 1986

TROMBLY. Occupational Therapy for physical dysfunction. Ed. Baltimore Williams Wilkins. 1983

LA INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA, fundamento del trabajo en necesidades educativas especiales

Elliott Alexander Osorio Márquez *

RESUMEN

La intervención de Terapia Ocupacional, como disciplina de las ciencias de la Salud y Humanas, se ha fortalecido en el sector educativo, participando en forma activa en las transformaciones vitales de los referentes metodológicos en el abordaje de niños con Necesidades Educativas Especiales, brindando coherencia en el diseño y aplicación de estrategias dirigidas a la inclusión social y escolar de los mismos, y facilitando el cumplimiento del rol social, productivo y ocupacional de acuerdo a sus necesidades, habilidades y destrezas. Pero el logro de estas condiciones no sólo está dada por la intervención de un profesional y la multiplicidad de acciones por parte de diversas disciplinas, sino que tales logros corresponden a la coherencia de actuar, comprender y desarrollar estrategias dirigidas a una acción conjunta y holística, la cual brinde a estos niños y niñas alternativas reales de desarrollo y respuesta ante las exigencias del medio ambiente que les rodea.

El fin del siguiente artículo es el vislumbrar en forma más clara a partir de la experiencia vivida por profesionales dedicados a la inclusión de Niños y niñas con Necesidades Educativas Especiales, y que compartieron sus inquietudes con apertura de conocimiento y compromiso profesional a formas alternas de abordaje, que facilitaran la concatenación real de recursos disponibles en el sector salud y educativo, hacia la atención integral de la población sujeto de intervención. Es el cambio de contexto y paradigmas que nos lleva también a replantear la postura crítica de los profesionales ante los logros obtenidos en las intervenciones efectuadas y los impactos logrados tras de sí.

PALABRAS CLAVE

Necesidades Educativas Especiales,
Interdisciplinariedad, Holística, Sistémica,
Rol Social Productivo

ABSTRACT

Occupational therapy, an application of health sciences, has become a vital asset in the education of children with special needs.

However, holistic development of the child requires the cooperation of many disciplines. The purpose of this article is to clearly describe the areas of service in which different professionals can help the Special Needs Child.

CONTEXTUALIZACION SOBRE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

Para la comprensión del referente temático de las necesidades Educativas Especiales es necesario inicialmente entender cómo se define y, posteriormente, cómo éste se encuentra inmerso dentro del sistema Educativo Regular, de acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Educación de la República de Colombia. Una vez dilucidada su relación, podremos abordar con mayor asertividad la participación de cada uno de los profesionales involucrados, tanto en el campo educativo como de la salud, en la intervención interdisciplinaria dirigida a la inclusión educativa de los niños y niñas con NEE, manteniendo la perspectiva de desarrollo de nuestro sujeto de acción y transformación, el Ser Humano.

Se ha escrito variadas definiciones que abarcan en forma reduccionista, y otras en forma integral, la definición

* Terapeuta Ocupacional, Universidad del Rosario, Especialista en Gerencia de Proyectos Sociales ESAP, Docente Universidad Mariana, en Disfunciones Físicas, Pediatría y Rehabilitación. Asesor de Práctica Formativa Clínica. Docente Diplomado de Intervención en Necesidades Educativas Especiales.

de las NEE, siendo tales propuestas expuestas por gran variedad de profesionales entre los que se encuentran Psicólogos, Psicopedagogos, Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogos y Educadores, los cuales han aportado cada vez más elementos para la identificación y reconocimiento de la mencionada población.

La primera definición a abordar es la brindada por el Psicopedagogo español Mario José Martínez, el cual expresa que ¹“las Necesidades Educativas Especiales son relativas a los problemas de aprendizaje que presentan ciertos alumnos dentro del proceso educativo, que demandan atención focalizada por parte del educador o el especialista”. Si hacemos una revisión de esta definición estamos limitando y reduciendo la realidad de los niños que presentan estas necesidades especiales, ya que ellas no sólo se reducen al problema de aprendizaje, el cual es en realidad uno de los resultados finales de los déficit o vacíos que se presentaron en su desarrollo secundarios a condiciones de tipo ambiental, físico, psicológico, cognitivo o familiar. La definición se encuentra por tanto en la resultante y no en las causas en el medio y las consecuencias que ellas traen.

Según la LOGSE (1990), el concepto de NEE está en relación con la idea de diversidad de los alumnos, y se concreta en ²“la atención a aquellos alumnos que, de forma complementaria y más especializada, precisan de otro tipo de ayudas menos usuales, bien sea temporal o permanentemente”. La contemplación dada por esta definición establece la necesidad de estrategias innovadoras dentro del proceso curricular y a nivel especializado para la población que así lo requiere como una forma complementaria, mas no centrada en el niño y su deficiencia, disminuyendo así la percepción segregante en el ámbito escolar. Pero aun así es importante retomar la posición de la inclusión del niño dentro del ámbito escolar regular y la posibilidad de análisis e intervenciones con una visión más ecosistémica, que permita la transformación de las condiciones desde el medio macro al micro, tomando ese apoyo desde lo familiar al medio social próximo.

De acuerdo con la Universidad Pedagógica de Durango en México, ³“el término NEE es un constructo teórico pedagógico utilizado para apoyar la atención de niños con dificultades de aprendizaje en un modelo de intervención

estrictamente educativo. Su carácter interactivo y relativista representa un avance substancial en el campo epistemológico, y en el terreno pedagógico representa la más clara concreción de los ideales de una escuela para todos, devolviendo a la escuela su compromiso con el aprendizaje del alumno. El concepto de NEE no excluye ni intenta sustituir, y menos negar, la terminología clínica de las diferentes discapacidades. Su objetivo básico es ubicar los fines de la atención de este tipo de personas en el ámbito educativo”. La percepción fijada en esta definición abarca y retoma importantes elementos en el abordaje de las NEE; establece un claro compromiso por parte del docente, maestro, pedagogo, en el desarrollo de estrategias para facilitar el aprendizaje del alumno, y establece un lenguaje escrito dirigido a la orientación del proceso educativo, más que a la disfunción o discapacidad del alumno. Igual, es necesario afianzar y reconocer que estos éxitos a nivel educativo no se pueden lograr sin la atención especializada necesaria para la potencialización de capacidades, habilidades y destrezas del alumno, orientadas a la conducta adaptativa dentro del medio.

El Ministerio de Educación Nacional de la Republica de Colombia nos brinda la siguiente definición de las NEE: ⁴“el concepto de necesidades educativas especiales hace referencia a aquellos estudiantes que presentan dificultades mayores que el resto para acceder a los aprendizajes que les corresponde por edad, o que presentan desfases con relación al currículo por diversas causas, y que pueden requerir, para progresar en su aprendizaje, de medios de acceso al currículo, adaptaciones curriculares, servicios de apoyo especiales, adecuaciones en el contexto educativo o en la organización del aula”.

⁵ “Estos apoyos son concebidos de acuerdo con la

¹ Mario José Martínez, artículo en red Intervención en los problemas de aprendizaje. Madrid España, Febrero 2004.

² Ley de Ordenación General del Sistema Educativo Español. Madrid. España. 1990

³ Arturo Barraza Macías. Universidad Autónoma de Durango, Departamento de Psicopedagogía, México. Enero de 2005. Ensayo Metodología pedagógica para la atención de niños con necesidades educativas especiales

⁴ Jorge Iván Correa Alzate, Luz Mary Villa Betancur, Alexandra Agudelo López, Eugenia Arcila Montoya

⁵ Jorge Iván Correa Alzate, Luz Mary Villa Betancur, Alexandra Agudelo López, Eugenia Arcila Montoya Beatriz Vásquez Villa. Ministerio de Educación Nacional, Dirección de Poblaciones y Proyectos Intersectoriales, República de Colombia, junio de 2004.

intensidad de la intervención que se requiere, el momento de la vida en que se encuentre el niño, niña o joven, y el ámbito en que se desarrollen, lo cual sugiere que cualquier persona, en condición o no de discapacidad, requiere de ayudas personales, materiales, organizativas, tecnológicas o curriculares a lo largo de su escolaridad, para acceder a los contenidos ofrecidos por la institución o centro educativo; esta intervención debe ofrecerse en forma articulada, atendiendo a las necesidades individuales de la persona. Es importante aclarar que las necesidades educativas especiales pueden derivarse de factores relacionados con las dimensiones del desarrollo humano, tales como: factores cognitivos, físicos, sensoriales, de la comunicación, emocionales y psicosociales". El grupo de trabajo del Ministerio de Educación, a partir de la definición brindada, da una perspectiva más clara sobre NEE, tomándolo no sólo desde el componente educativo, sino que adicionalmente adjunta factores personales y sociales, los cuales pasan a ser fortalezas dentro del proceso de intervención y abordaje, gestionando así una intervención integral y sostenible.

De acuerdo con los referentes presentados anteriormente es importante, a estas alturas del artículo, que otra propuesta se presente ante las NEE desde una visión crítica y en miras a fortalecer lo recorrido por otros profesionales y la experticia que se ha adquirido en este campo.

El abordaje inicia con un cambio mental por parte de los profesionales involucrados en la atención a los niños/as que son remitidos a los servicios médicos y de rehabilitación, ya que generalmente al ser atendidos, se inicia a partir de la disfunción o la deficiencia, creándole nuevas barreras a los usuarios sin tener la oportunidad siquiera de demostrar su máximo potencial a adquirir otras habilidades que no se han verificado. Cuando se inicia el proceso de evaluación, el profesional debe ser consciente que aún "desconoce" la integralidad del individuo que tiene al frente, y que, por tanto, debe retirar cualquier "pre juicio" que pueda parcializar su diagnóstico. La valoración va dirigida, más que a identificar las limitaciones del usuario, a determinar todas las capacidades, habilidades, destrezas, intereses, motivaciones y recursos disponibles para la máxima independencia en la ejecución de su rol social productivo, trabajando con todos los elementos

posibles para construir un proyecto de vida viable tanto para el usuario como para el medio social.

La evaluación debe ser asertiva, en la medida en que el profesional no puede sólo fijar su óptica en los componentes de ejecución motor, sensorial, cognitivo y todo aquello que esté relacionado con lo fisiológico. Es necesario evaluar también las condiciones familiares, comunitarias y sociales, las cuales también contarán en el diseño del plan de trabajo e intervención, ya que sin los factores mencionados cualquier plan estará destinado al fracaso por falta de sustento contextual. Recordemos que el fin de nuestra intervención es lograr transformaciones progresivas en nuestros usuarios, que son seres humanos y que regresarán a su medio de origen en el cual interactuarán y funcionarán bajo condiciones reales.

La familia se convierte en el apoyo y reforzamiento de todo aquello que haya sido abordado en la consulta, por lo que es necesario reconocer en ella su estructura, las personas que la integran y cuáles de ellas son agentes activos para fortalecer y mantener conductas del usuario en el medio al cual pertenece. La familia es el anclaje para obtener resultados con mayor efectividad y velocidad; así que es necesario mantener una comunicación fluida y conocerla a fondo. El reconocimiento del medio comunitario facilitará la identificación de los recursos educativos, religiosos y de esparcimiento que entrarán a jugar como integradores en la inclusión social.

Cuando ejecutamos la evaluación esperamos unos resultados, los cuales deben poseer una perspectiva ecosistémica, y que adicionalmente deben retroalimentar la condición actual de nuestro cliente o usuario, permitiendo reconocer lo que posee a nivel integral para formular el plan de intervención. Aquí es necesario que me detenga un poco con el fin de revisar las metodologías aplicadas para el diseño de planes de intervención, ya que para NEE como para cualquier tipo de población requerimos ajustar las acciones formuladas y hablar en el equipo interdisciplinario el mismo lenguaje. Los profesionales de ciencias de la salud, sea por la experticia o por otras condiciones, hemos tendido a reducir la aplicación metodológica para la formulación del plan de intervención, olvidándonos de las estructuras esenciales que orientan en el tiempo y espacio

la ejecución de lo que queremos hacer. Recordemos que los planes poseen una meta, lo cual significa lo que logrará nuestro cliente al finalizar las sesiones, cuántas sesiones se aplicarán, cuánto tiempo nos demoraremos ejecutando el plan, qué logros reales finales se obtendrán y quién es el responsable. En segunda instancia encontramos los objetivos general y específicos, siendo los primeros el qué, el cómo y el a través de qué lograremos el cumplimiento de la meta. Posteriormente diseñamos los objetivos específicos, los cuales son la operacionalización de los que deseamos lograr, y los cuales tienen una secuencia lógica de ejecución en el tiempo. Esencialmente debe establecerse los objetivos con el cliente de acuerdo a las necesidades del mismo, a sus capacidades y a las condiciones del medio para desarrollar una real inclusión social.

Una vez formulado el horizonte que guiará nuestro trabajo (usuario – profesional – familia – comunidad), debe establecerse los sustentos teóricos que apoyan su acción desde la perspectiva disciplinar e interdisciplinar, ya que el usuario no sólo recibirá atención por sólo un servicio, sino que requerirá de otros profesionales que apoyen y fortalezcan el proceso de desarrollo y potencialización de habilidades y capacidades.

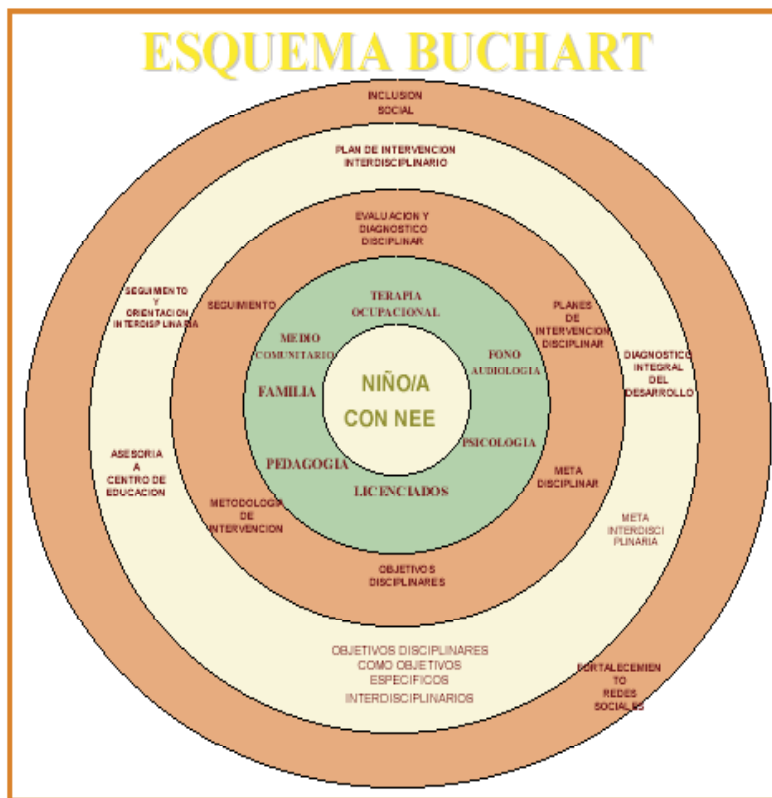
Debe diseñar las sesiones con una perspectiva práctica real, de acuerdo con las condiciones del contexto del cliente, de acuerdo a lo que accederá en la inclusión social. Ahora que se tiene formulado su actuar disciplinar, debe determinar qué aspectos están por fuera de su campo de conocimiento y qué profesional podrá asumir tales vacíos de la intervención. Remitir al profesional correspondiente es indispensable, ya que revisando el concepto holístico, cuando una función es afectada, todas las demás en cadena también se verán impregnadas. Si tenemos alteraciones sensorio-perceptuales, tendremos también déficit o alteraciones a nivel motor; sin la ejecución motora no habrá movimiento; sin movimiento no habrá desplazamientos ni manipulación; sin la manipulación no existirá la exploración; sin esta última no habrá aprendizaje, y así sucesivamente, generando reacciones de déficit en cadena.

El acompañamiento y comunicación entre el equipo interdisciplinario se convierte en la base de la intervención integral del niño/a con NEE, así como la concatenación de los planes de intervención diseñados por cada integrante

del mismo. El Equipo Interdisciplinario compuesto en NEE por Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Psicología, Educación Especial y Pedagogía (maestro, docente, centro educativo) debe establecer en forma conjunta la meta de intervención integral a lograr con el niño/a, focalizando las acciones y recursos a un fin común. Una vez formulada la meta, el equipo diseña el objetivo general común a lograr, pensándolo en la ejecución funcional, autónoma, adaptativa e independiente del niño, no sólo en el medio educativo sino comunitario y familiar, permitiendo lo anterior establecer un lenguaje común entre el equipo interdisciplinario, la familia y la comunidad, manteniendo así una perspectiva holística e integral de intervención. Los objetivos específicos del equipo son en realidad los objetivos generales planteados desde la perspectiva disciplinaria de cada uno de los integrantes del equipo interdisciplinario, ya que son logros de cada uno de los componentes del desarrollo del niño con NEE, y que serán abordados por cada profesional en concatenación y aplicabilidad en el tiempo. (Ver Gráfico No 1).

Lo anterior requiere de la sistematización y organización de protocolos de atención para el cumplimiento real de lo establecido. Es necesaria la comunicación frecuente y fluida entre cada integrante del equipo entre sí y del equipo con la familia, a fin de mantener una homogeneidad en la atención, y los logros secuenciales en el desarrollo del niño. Ahora se preguntarán ¿cómo establecer ese contacto fluido? Pues en realidad no es fácil, pero tampoco imposible; requiere de mutua colaboración y asertividad profesional. Muchos de mis estudiantes en el diplomado de NEE refieren que existe cierto “celo profesional” para informar los avances obtenidos y las acciones realizadas con cada niño/a atendido, tanto con personas de su propia disciplina como de otras. Se requiere un cambio de actitud ante esto siendo honesto; es frustrante tener celos profesionales de lo que se hace dentro de la consulta, la cual no es un secreto cerrado; se debe socializar a las personas pertinentes; el trabajo en equipo hace más efectiva y productiva la intervención, no la trunca. El trabajo en equipo es un matrimonio bien llevado cuando se asumen realidades y se establece comunicación clara para el cumplimiento de metas y objetivos.

La comunicación debe ser frecuente; siempre al finalizar cada sesión se debe establecer, en cuadernos



comunicadores para el equipo, los logros obtenidos al finalizar cada sesión y las recomendaciones para otros profesionales del equipo para continuar con lo que se está desarrollando; así se mantendrá un orden en la atención y la superación de los déficit en forma secuencial de acuerdo al desarrollo filiogenético del niño/a. Asesore, informe, aconseje y sugiera a los educadores en el colegio ubicado para la integración del niño, sobre las estrategias a aplicar desde cada una de las perspectivas profesionales para el desarrollo del proceso de aprendizaje y la ejecución adaptativa y funcional del rol escolar del niño/a. Los resultados de su intervención se verán en toda su extensión en el medio social cuando usted también usa a este último como reforzador de la conducta.

Los procesos para la inclusión social también cumplen un proceso de concatenación de acciones y recursos, que podrían ser tratados en otro artículo; pero lo que dejó a colación para que remueva sus prismas profesionales es la necesidad de modificar los sistemas de intervención,

hacerlos más integrales, compartir la función de equipo interdisciplinario, aún si cada uno trabaja en consultorios o instituciones distintas; recuerden que nos une el interés por el desarrollo integral del niño/a y su función social. Seamos creativos también en el reconocimiento administrativo de los procedimientos; establezcamos una coherencia ecosistémica de intervención, ya que los resultados serán de mayor impacto y sus beneficios se verán con sostenibilidad a largo plazo.

INTERVENCIÓN SOCIAL CON POBLACIÓN VÍCTIMA DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO en el municipio de Ipiales, Nariño, a través de una Propuesta de orientación profesional dirigida por el Programa de Terapia Ocupacional

Mayelly Tibaduiza Garcia *
Diana Cristina Lourido**
Carlos Criollo Castro***
Elizabeth Ortega Mantilla****

RESUMEN

La Terapia Ocupacional entiende el comportamiento ocupacional adecuado y adaptativo como la consecuencia del equilibrio entre los factores ambientales y personales de los que dispone el individuo; para ello se vale del análisis previo de las capacidades del usuario, sin olvidar los componentes volicionales y los componentes de habituación; es así como el terapeuta selecciona con el usuario las actividades a desarrollar para favorecer la adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del desempeño laboral.

El desempeño laboral, que en el caso de las personas víctimas del desplazamiento forzado sufre una transformación angustiante y severa que provoca un desequilibrio en sus componentes, requiere de una intervención efectiva en cuanto a satisfacer o readecuar roles individuales formados y aprendidos a través del proceso de socialización, ya que si bien la persona desplazada por el conflicto armado debe enfrentarse a un medio que puede tornarse hostil debido al apresurado proceso de huida, esta adaptación será aún más angustiante si no cuenta con las herramientas, conocimientos y habilidades suficientes para enfrentarse a ese medio receptor.

El Programa Académico de Terapia Ocupacional de la Universidad Mariana de conformidad con su compromiso y misión social fundamentados en la filosofía Católica Franciscana, se propuso a través de este proyecto dar respuesta a la angustiante situación de desconcierto en

el campo laboral que presenta la población desplazada, siguiendo un proceso que comienza con el estudio y acercamiento a la población desde una concepción holística del ser, y continúa con un diagnóstico de necesidades y potencialidades de la población, para finalizar con la orientación de cada individuo en cuanto a las habilidades y destrezas que componen su desempeño y las posibilidades de aprovechamiento de las mismas dentro del contexto laboral.

El fin último de esta propuesta fue el de favorecer la recuperación o identificación del conjunto de conocimientos, hábitos básicos de trabajo y habilidades sociolaborales necesarias para acceder y manejarse adecuadamente en el mundo laboral del Municipio de Ipiales y su área de influencia.

PALABRAS CLAVES

Terapia Ocupacional, Desplazamiento,
Potencial Laboral, Trayectoria Ocupacional.

* Terapeuta Ocupacional: Directora Programa Académico Terapia Ocupacional, Universidad Mariana de Pasto. Especialista en Gerencia de la Salud Pública, Centro de Estudios Superiores CES Medellín.

** Terapeuta ocupacional: Docente Programa Académico Terapia Ocupacional, Universidad Mariana de Pasto.

*** Terapeuta ocupacional: Docente Programa Académico Terapia Ocupacional, Universidad Mariana de Pasto.

**** Terapeuta ocupacional: Docente Programa Académico Terapia Ocupacional, Universidad Mariana de Pasto.

SOCIAL ASSISTANCE FOR THOSE FORCED INTO HOMELESSNESS IN THE MUNICIPALITY OF IPIALES, NARIÑO, THROUGH PROPOSED PROFESSIONAL TRAINING IN THE AREA OF OCCUPATIONAL THERAPY.

Occupational therapy assists the person, who has suffered life changing events, to establish an external and internal equilibrium which allows him to continue with a productive life. The therapist must identify and evaluate the social and physical factors which need to be treated. These include the need to find new friends and services in the new community, and the need to overcome traumatization from armed conflict.

The academic program in Occupational Therapy at Universidad Mariana, in accord with the fundamental Catholic philosophy of the Franciscan order, seeks to dialog with those persons suffering the most from these afflictions and to establish norms for a program of rehabilitation.

The ultimate objective of this proposal is to accurately identify the basic social needs of the refugees so that each person may find a productive position in the workplace.

CONTEXTO NACIONAL Y REGIONAL DEL FENÓMENO DEL DESPLAZAMIENTO

El fenómeno del desplazamiento se ha presentado a lo largo de la historia del país; ha sido un elemento constante en el proceso de urbanización de las ciudades de Colombia y, en algunas etapas de la historia, se encuentran momentos críticos en los que el desplazamiento de vastos sectores de la población alcanza su cresta más alta. Sin embargo, pese a que ha sido un fenómeno visible en la composición y recomposición sociodemográfica del país en los últimos años, las Ong's, la iglesia y el mismo Estado han venido apostando al diseño e implementación de herramientas metodológicas e instrumentos que permitan mostrar de manera válida y confiable la evolución del fenómeno.

Sólo en Nariño, de acuerdo con cifras oficiales proporcionadas por el Registro Nacional de Población Desplazada por la Violencia, (SUR), hasta el 31 de enero del 2005 11.388 hogares han llegado al departamento víctimas de esta condición, siendo Ipiales uno de los municipios que, por su ubicación geográfica, tiene la suerte de recibir a cerca del 2% (243) de estos casos. Estas personas sufren, además del desarraigo social, cultural y territorial,

la descompensación de sus roles laborales, como quiera que deben enfrentar nuevas circunstancias, derivadas en muchos de los casos del cambio de un contexto rural a uno urbano o de mayor complejidad socioeconómica. Es en esta descompensación de roles laborales en la que Terapia Ocupacional concentró sus esfuerzos, aportando desde su saber específico la identificación y orientación de las competencias que la población desplazada puede aportar al lugar receptor, o la potencialización de las mismas con miras a una mayor productividad en sus contextos de origen, desde una visión más clara de sus aptitudes y oportunidades laborales.

Se trató entonces de combinar la experiencia y saber del individuo que se ve sometido a una situación tan desfavorable como lo es el desplazamiento forzado, con los fundamentos prácticos y teóricos de la Terapia Ocupacional, desarrollando un proceso en el que ambas partes obtuvieran ganancias y se enriquecieran desde la realización de actividades de análisis, reflexión, orientación e identificación de oportunidades sociolaborales presentes en el medio o, en su defecto, la creación de las mismas desde un proceso socioproductivo mayor.

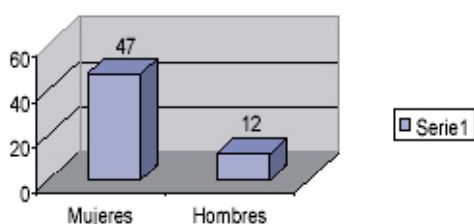
EJECUCIÓN DE PROPUESTA Y APORTES

El proyecto se llevó a cabo en el periodo enero-junio del 2004 y consideró para su desarrollo tres fases: la primera consistió en realizar una caracterización de la población objeto a través de un proceso de selección de las personas que integrarían el proyecto, teniendo en cuenta aquellas que fueran cabeza de familia; posteriormente, en la segunda fase, se inició el proceso de valoración para establecer potenciales ocupacionales de cada participante y, finalmente iniciar el proceso de formación técnica a través de convenios interinstitucionales que la Cruz Roja de Ipiales, como entidad receptora, establecía según necesidades de perfiles profesionales. El proyecto estuvo conformado por 59 personas en condición de desplazamiento, adscritas al programa de asistencia que maneja la Cruz Roja Colombiana, apoyada por la Cruz Roja Francesa. Dentro de los aportes hechos se logró consolidar una base de datos de la población desplazada que recibe atención asistencial por esta institución, y que no contaba con un registro específico y objetivo sobre aspectos demográficos de la población atendida. Así mismo se estableció el proceso de seguimiento a la formación técnica y académica impartida por el SENA, COMFAMILIAR y algunas instituciones educativas

que se encargaron del proceso de Alfabetización para potencializar las actividades de aprendizaje, y así finalizar satisfactoriamente el periodo de capacitación y formación en un oficio específico.

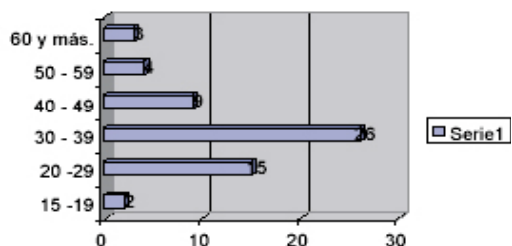
A continuación se exponen los resultados estadísticos que caracterizaron a la población en cuanto a sus cualidades demográficas:

Grafico No. 1: Distribución por Sexo



El total de la población atendida dentro de este proyecto fue de 59 personas, de las cuales 47 corresponden al sexo femenino y las 12 restantes son de sexo masculino. Encontrando entonces que la mayoría de la población está compuesta por mujeres.

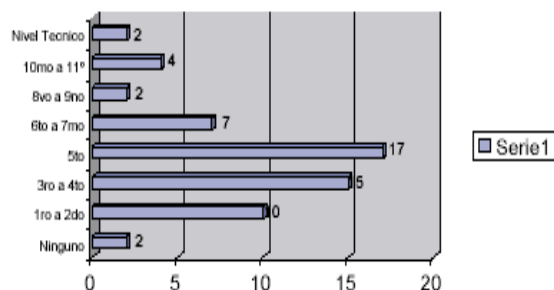
Grafica No. 2: Distribución por Edades.



Del total de la población (59) se puede observar que las personas se encuentra en su mayoría (26) en el rango de 30 a 39 años caracterizados como adulto joven; seguido de éste se encuentran el rango de 20 a 29 años con un número de 16 personas y finalmente sobresale un

número reducido (2) que se encuentran en el rango de edad de 15 a 19 años.

GRAFICO No. 3 - Nivel de Escolaridad

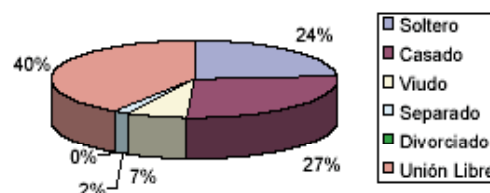


Se encontró que la población en general no posee niveles de escolaridad altos, siendo el nivel técnico el de mayor alcance dentro de las personas analizadas; sin embargo, en este nivel se incluyen solo 2 personas, destacándose un alto número de individuos que únicamente han cursado niveles de básica primaria, siendo el quinto grado el de mayor frecuencia (17) entre la población.

TABLA No. 1: Estado Civil de la Población

ESTADO CIVIL	No. Personas
Soltero	14
Casado	16
Viudo	4
Separado	1
Divorciado	0
Unión Libre	24
TOTAL	59

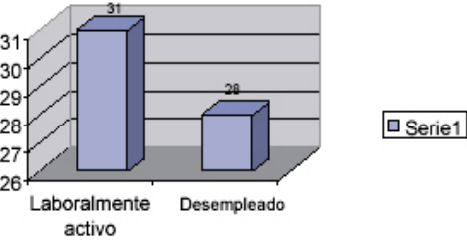
Gráfico No. 4: Estado Civil de la Población



El 40% de la población (24) analizada conformaron uniones

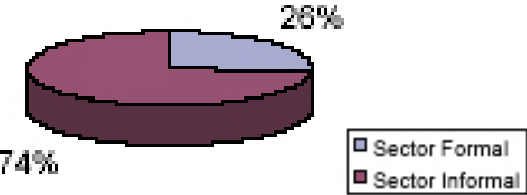
conyugales en la modalidad de unión libre. Se debe tener en cuenta que estas uniones sobrepasan los dos años de convivencia lo que le confiere a los mismos derechos legales equivalentes a un matrimonio civil. El 27% (16) de la población se encuentra casada, obteniendo que una gran mayoría de la población analizada (67%) se encuentra comprometida en el mantenimiento de un hogar.

Gráfica No. 5: Situación Laboral Actual



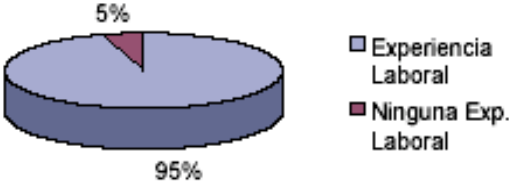
La situación laboral de la población plantea una primera preocupación en cuanto que existe una cantidad destacada de personas que se encuentran laboralmente inactivas (20); sin embargo, también es importante tener en cuenta que 31 personas se desempeñan laboralmente, pero se debe aclarar que una gran mayoría de estos empleos se encuentran dentro del sector económico informal.

Gráfico No. 6: Distribución por Sector Productivo



El 74% de la población, que corresponde a 23 personas, se encuentra laborando dentro del sector informal de la economía, lo que representa una alta vulnerabilidad en su sustento diario y bienestar social. Solo el 26% (8 personas) se encuentran vinculadas al sector formal de la economía.

Gráfico No. 7: Experiencia Laboral

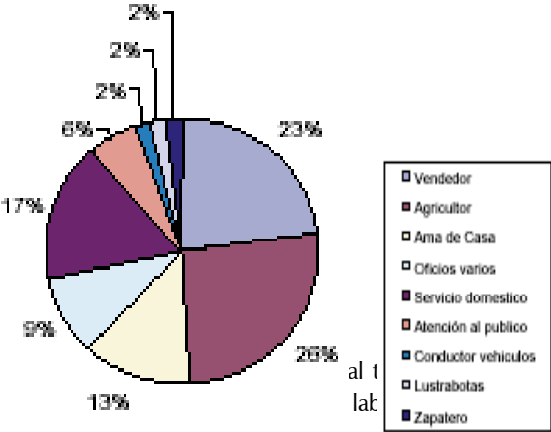


El estudio evidencia que el 95% (56) de la población tiene una experiencia laboral relacionada con el sector rural y labores del hogar. Sólo el 5% (3) de la población carece de experiencias a nivel laboral; estas personas son en su totalidad mujeres que se han desempeñado como amas de casa sin remuneración alguna.

TABLA No. 2: Experiencia laboral de acuerdo al tipo de ocupación

Tipo Ocupación	No. Personas
Vendedor	12
Agricultor	14
Ama de Casa	7
Oficios varios	5
Servicio domestico	9
Atención al publico	3
Conductor vehiculos	1
Lustrabotas	1
Zapatero	1

Gráfica No. 8: Experiencia Laboral por Tipo de Ocupación



exactamente las que tienen que ver con el sector agrícola (14 personas); seguida, por labores de orden comercial como el trabajo en ventas (12 personas), otro tipo de ocupación sobresaliente en la experiencia laboral es el de trabajos en oficios domésticos (9 personas).

A continuación se presenta un informe detallado de la trayectoria ocupacional de cada una de las personas participantes, es decir la cantidad de experiencias laborales diferentes, previas a la entrevista y las opciones seleccionadas para la formación técnica de la población participante según el perfil profesional.

TABLA No. 3: Trayectoria Ocupacional

USUARIOS	Numero de Experiencias Laborales					
	1	2	3	4	5	6
59	28	16	8	2	4	1

TABLA No. 4: Actividades Seleccionadas de acuerdo al Perfil Profesional

SENA	
FORMACIÓN TECNICA	
Procesamiento de frutas	
Procesamiento de lácteos	
Procesamiento carnicos	
Modistería	
Peluquería	
Fibra de vidrio	
Confección de ropa	
Panadería	

CONCLUSIONES

Según Alicia Trujillo, el desempeño Ocupacional en el ser humano es fundamental para los procesos de adaptación e interacción con el entorno. De allí la importancia de reorientar aquellas áreas ocupacionales como el trabajo y la escolaridad, que por este flagelo social se han visto vulneradas hasta el punto de perder los derechos que como ciudadano y persona del estado colombiano se deben poseer. Así mismo, esta dura realidad del desplazamiento no debe ser ajena a los procesos de desarrollo que desde la academia se dinamizan, pues

el conocimiento que se genera desde otras disciplinas puede ser agente propulsor de cambio y bienestar integral de las condiciones de desigualdad que enfrenta este tipo de poblaciones.

Esta primera etapa del proyecto alcanzó los objetivos propuestos, pues se logró caracterizar la población y ejecutar la propuesta de orientación profesional hecha por el programa de Terapia Ocupacional, aunque para la segunda fase debe procurarse un trabajo colectivo que permita la construcción de una nueva área de interacción en la que converjan otras disciplinas, y el proceso de rehabilitación, basado en comunidad, se torne integral y mejore las condiciones de vida.

LA RIQUEZA HUMANA en el cuidado de la salud y el desafío de un mundo globalizante

Por: María Eugenia Eraso T•

RESUMEN

La actividad universitaria, la difusión del conocimiento y el reforzamiento de los saberes permite que el profesional de Enfermería se constituya en un elemento vital para la actividad del cuidado de la salud.

Es innegable que día a día los avances técnicos y tecnológicos permiten una oportunidad y una posibilidad en el mejoramiento de la calidad de vida; pero esto, a su vez, conlleva a que las relaciones económicas y sociales sean complejas, lo que se traduce en un contexto difícil para las relaciones profesionales, anotando que el consumismo y el fetichismo enmarca los nuevos conceptos económicos y productivos que, en el transcurso del acontecer, terminan dominando las concepciones de los pueblos.

El presente artículo pretende dar una imagen muy rápida de la actividad profesional de la Enfermería en las próximas relaciones económicas, sociales y políticas en las cuales estarán inmersos los pueblos latinoamericanos a partir de la puesta en marcha del Tratado de Libre Comercio en Estados Unidos.

PALABRAS CLAVES

Cuidado de la salud, Enfermería,
Educación Superior

ABSTRACT

**THE PLACE OF MATERIAL WEALTH IN HEALTH CARE
AND THE CHALLENGE OF A GLOBALIZING WORLD.**

The nurse is a vital element in health care. Technical advances present the possibility of a better quality of life, but they must be prudently and equitably used for all humanity.

This article outlines the influence the professional nurse should have on the availability of health care under the Free Trade Agreement with the United States.

Todo pueblo tiene su riqueza material y humana, afortunadamente. De allí, que es necesario crear las condiciones para explorarlas, producirlas y saber de mercado. Para qué tener riqueza si no se sabe de economía, esa es, entonces, la fuente natural de la vida y de lo esencial en el componente humano y productivo. Lo natural y lo humano, sin lugar a dudas, deben estar al servicio del cuidado de la salud, lo cual es manifestación de la buena y sana explotación de los diferentes y diversos bienes y su apta riqueza financiera.

Ante este mundo exigente y confuso debido a ese exagerado comercio y sobreproducción para el consumo, es necesario valorar lo humano y su acción bajo los fundamentos del desarrollo humano.

Desde hace unos siglos el ser humano estaba en el dilema de la búsqueda de su bienestar pero sin detrimento de los demás ni en contra de la naturaleza, a pesar de la maldición promulgada desde el acontecer bíblico que destinó a la tierra como propiedad del hombre y con el mandato divino de dominarla. Los griegos pensaron en ello y plantearon que era necesario pensar en un mundo para todos, y que desde allí deben partir una serie de argumentos para la convivencia humana-naturaleza.

• Magíster en Enfermería, Enfermera Adulto Anciano,
Docente Universidad Mariana — Programa de Enfermería.

REVISTA
UNIMAR

Pero desde el mundo industrial la tierra ha empezado a sufrir una serie de transformaciones que la están llevando a un deterioro tal que la misma especie humana, y las demás, por supuesto, avanzan hacia un estado de extinción o, por lo menos, de peligro inminente para el cuerpo y sus aspectos psicológicos y mentales.

El ser humano debe recapacitar respecto a su condición de parte activa de la naturaleza, y no tomarse, menos posesionarse como un elemento o una sustancia divina e intocable. Tantas crisis en el devenir de la historia humana, deben servir para potencializar los efectos de la destrucción y/o de abuso de las riquezas naturales. Tantas guerras y odios deben servir de escarmiento para no aniquilar la alteridad, ni el pensamiento del otro.

El talento humano asimila la responsabilidad natural y la capacidad humana para trastocar y para transformar el medio, mas no para ahondar las diferencias sociales de los pueblos, de su producción, y servirse de manera abusiva de la ciencia y la tecnología. Esa capacidad humana, bajo la perspectiva del desarrollo humano, es generadora de una serie de conocimientos que estimulan la creatividad y la convivencia; forjan el ejercicio democrático y la dignidad humana; estimulan la independencia y la libertad de los pueblos; amplían el desarrollo y el capital humano

La economía debe estar al servicio de los componentes humanos, no lo humano estar al servicio del absurdo juego de la economía, puesto que lo humano, y naturalmente la vida en el mundo, es un ciclo de vida y de respeto; de allí que su relación inequívoca debe proporcionar estimaciones de vida y de calidad de vida.

El respeto por la vida es la aproximación más acorde de lo humano y terrenal con lo divino y sus alcances espirituales, y ésto se logra gracias a una oportuna educación, que obedezca a unos propósitos de explotación sana de las capacidades razonables, que permitan un indicador de logros comparativos en beneficio de los seres humanos y, especialmente, de los sectores débiles y frágiles.

Cómo decirle no en este siglo a esos componentes productivos y de competencia comercial. La economía, al igual que los asuntos de política, se han globalizado. Existe una idea que las une, y existe una idea que las hace supremas y parece que las justifica. En la primera se argumenta y se sostiene que es la incesante necesidad del ejercicio democrático y de los gobiernos autónomos;

en lo segundo, ya no se puede detener por unas décadas más a un mundo capitalista, el cual ofrece comodidad y lujos, y permite una serie de pretensiones lujuriosas que no dejan espacio ni tiempo para la reflexión, sino que prima la ganancia y la explotación, la canalización de mercados y un exagerado consumo.

Las economías nacionales, por los menos, de los países denominados o mal llamados “en vía de desarrollo”, que deberían mas bien denominarse países explotados o proveedores de materia prima, o países consumistas, dependen de las instancias y exigencias de la banca mundial. Desde allí se tejen los hilos conductores y posibilitadores de las economías internas, regionales y locales.

Poco a poco las prácticas neoliberales van golpeando las economías y a los pueblos, hasta el extremo de no preemitírseles cierto grado de desarrollo personal, menos social, puesto que se les ha destruido y se les ha posesionado desde sus recaudos y las garantías del pago de la deuda externa –asunto impagable–.

Resulta pues beneficiosa o no esta competencia globalizadora, desde la perspectiva productiva y competitiva. Países como Colombia no tienen la capacidad industrial ni de mercado para competir a gran escala con los países desarrollados en donde existen una serie de privilegios, fruto de ese desarrollo propio de los grandes capitales que proveen y planifican desde las políticas económicas y sociales una serie de resultados y en los cuales basan sus posibilidades con subsidios y respaldos económicos, asesoría y gran tecnología. Esta es la gran diferencia que pasará como rollo de metal por encima de las economías nacionales y sobre economías regionales y locales, las cuales subsisten casi en una economía de subsistencia, además por ser economías eminentemente agrícolas. Así entonces, muchos de nuestros productos desaparecerán de la economía nacional, y los productos foráneos terminarán por arruinar las insignificancias locales que queden.

Llegará el año en el cual se observen los primeros desplazados por el Tratado del Libre Comercio, y el gobierno absurdamente dirá que eso no es cierto, que la culpable es la incomprensión de la bondad de ese tratado, y que el país no ha sido acorde a esa exigencia internacional. ¿Recuerdan cómo se pregonó a mil voces en el año de 1993 que la Ley 100 permitiría en menos de diez años salud para todos los nacionales sin excepción

alguna, ya sea por la condición étnica, posición social, menos económica?. Ahora vemos los resultados graves y nefastos: según las estadísticas oficiales, cerca de ocho millones de nacionales carecen de servicios médicos, y quienes disfrutan de ello lo hacen con un aporte de su salario alto, y en no pocas ocasiones reciben una buena atención.

Qué desafío espera, dentro del Tratado de Libre Comercio, al sector Salud, en especial desde la profesión como enfermera o enfermero. Lo ideal sería un estado continental bajo una pauta legislativa coherente y coordinada, que fortalezca las políticas nacionales y repercutan en la calidad de vida de sus asociados y beneficiarios. Esta efectividad, basada en la prevención, sería lo más altruista y humano. ¿La preparación universitaria y, obviamente, el título universitario, tendría la misma validez y aceptación en todo el continente, por lo menos? Por supuesto que sí, la dificultad radica en el trámite para la inscripción de título. Para un Norteamericano, por ejemplo, debe ser de rápido trámite en Colombia; pero un título universitario de una universidad colombiana debe someterse a toda clase rigurosidad en la administración americana. Esas son las reglas a las cuales deben someterse los países en vía de desarrollo.

Además, qué se puede esperar de un país en donde todo lo ven con los ojos de la prevención: todo extranjero es potencialmente peligroso para la seguridad nacional. Se ve entonces que no es un reto profesional sino de aceptación étnica y cultural; se percibe una política de Estado que tiene y debe, naturalmente, que repercutir en el acontecer; esto sólo podrá ser medido y evaluado dentro de unos años.

Pero, ¿cómo será el futuro en el campo de la salud, tanto en su infraestructura como en su componente humano? Indudablemente los conocimientos tienen que ser más sofisticados y competentes; así lo requiere este mundo lleno de conflictos, guerras y odios; plagado de enfermedades desconocidas y de otras tantas por aparecer. La tecnología, sin que lo queramos aceptar, en cada lustro sigue desplazando al componente humano. El trato laboral requiere de empleados con más trabajo y con menos prestaciones sociales; ese es el costo social de un capitalismo que ahonda las esferas sociales. Y cómo será la atención médica al ser humano: ¿preventiva o curativa? La primera es muy costosa, de allí la mortalidad, especialmente la infantil; y la segunda se está convirtiendo en un asunto de privilegio.

El reto de la profesión de enfermera y de enfermero es demasiado grande. El reto es de una gran preparación académica y humana, desde donde la ventaja en el ejercicio profesional sea aprovechada en el cumplimiento material y espiritual; se requiere, por supuesto, pensar en la alteridad y en la diferencia; en lo social y en la enfermedad; en la persona y en la familia; en el compromiso social y ético para ser partícipes de una sociedad compleja y difusa, necesitada de una calidad de vida digna y, así mismo, de una muerte digna.

El compromiso no es nada fácil en esta realidad angustiada pero llena de esperanza, siendo necesaria la preparación académica e intelectual, el trabajo colectivo y la integración regional –entiéndase continental-, y así poder realizarse como personas y como profesionales, para poder ser partícipes de la vida y el afecto. Y esto, ¿en dónde da su punto de partida? En la educación universitaria y, claro está, en los estudios posteriores, complementarios al asunto salud.

Las oportunidades y las opciones son de cada época y de cada tiempo. Infinitas alternativas pueden orientar y solucionar los problemas que aquejan a los grupos sociales. El individualismo, a pesar que se manifiesta en el egoísmo, tiende a ser menos fuerte porque se debe mirar al sostenimiento humano-naturaleza y, por supuesto, a su miramiento en la riqueza y en la producción. Las normas y las leyes están diseñadas y propuestas para alcanzar un nivel de tolerancia y respeto; así mismo para emancipar los valores pero forjando una calidad de vida. El formar parte de un grupo que facilite el acceso a la atención en salud es una de las prioridades de los profesionales de la enfermería. Lo evidente se hace claro ante los ojos humanos, y más ante la mirada altruista de un profesional que cuida de la vida.

¿POR QUÉ ES UN BENEFICIO EL ESTUDIANTE para el docente?

Adriana Isabel Delgado Bravo •
Nohora Ortega Cadena ••

Muchos, por no decir el 85%, de los estudiantes provienen de sitios cercanos o lejanos a la ciudad. Se ha observado que algunas docentes utilizan diferentes estrategias y dinámicas para mantener activo al estudiante con el ánimo de no hacer cansona y tediosa la clase; también se destaca el ánimo de ayuda permanente al mismo cuando tiene que enfrentar dificultades de diversa índole como son las de adaptación, ubicación, académica y emocional.

A continuación mencionaremos algunos de los beneficios de compartir cerca de ocho horas la vida cotidiana con los estudiantes:

1. LOS ESTUDIANTES NOS MANTIENEN EN FORMA

Hemos aprendido a desarrollar habilidades como la observación y el análisis. No es fácil manejar grupos de estudiantes de 10 a 12 en el área hospitalaria o comunitaria, porque estamos prestos a las necesidades tanto del paciente como de la familia y del estudiante, esperando que no vayan a cometer errores durante la atención del paciente porque los errores en nuestra profesión pueden costar la vida del paciente.

Igualmente las implicaciones legales que este tipo de acciones tendrían sobre nuestro ejercicio profesional.

Igualmente estamos prestos a responder a sus incógnitas cuando ellos las plantean. Hacer el seguimiento en nuestros diferentes campos de práctica no es nada

RESUMEN

Las autoras, como docentes del Programa de Enfermería, hacen una reflexión sobre las múltiples ventajas que representan los estudiantes, como gente joven, dinámica y emprendedora, para los docentes.

PALABRAS CLAVES

EDUCACIÓN SUPERIOR,
DOCENCIA UNIVERSITARIA
PEDAGOGÍA
MAESTRO – ESTUDIANTE.

ABSTRACT

The authors, professors in the School of Nursing, reflect upon the multiple advantages presented by students who are young, dynamic and eager to learn.

• Especialista en Cuidado del paciente en estado crítico, Docente Taller de Investigación I y II – Programa de Enfermería, Coordinadora de Semilleros de Investigación Programa de Enfermería – Universidad Mariana.

•• Especialista en Salud Pública, Docente (Enfermería Comunitaria V) - Programa de Enfermería Universidad Mariana

fácil y, por el contrario, debemos recorrer los diferentes espacios en que los estudiantes se encuentran asignados en varias ocasiones para observar el desenvolvimiento de los estudiantes en los diferentes sitios asignados para desarrollar sus habilidades y potencialidades profesionales.

2. LOS ESTUDIANTES NOS HACEN CUESTIONAR

Así como nosotros cuestionamos a nuestros estudiantes, ellos también cuestionan nuestras actitudes, nuestro lenguaje, nuestra forma de ser.

Debemos ser coherentes en la forma de actuar, pensar y decir las cosas.

Para muchos somos modelos a seguir por el desempeño profesional con calidad, responsabilidad y, por qué no, ternura; ellos también requieren poco o mucho de nuestra cordialidad.

3. EL ESTUDIANTE NOS HACE REIR

Qué docente no se ríe frente a la genialidad del estudiante en clase, cuando hace un chiste o un comentario fuera de lugar.

En días anteriores una estudiante durante su exposición menciona “una incisión que la hace más abajo del ombligo con un tubo”. Todos nos reímos frente a este comentario, pero luego el estudiante corrigió: “una incisión que se realiza más abajo del ombligo y se le introduce el oscopio”.

Sabemos que cuando hay una sonrisa se reduce el estrés, se mueven los músculos de la cara y se secreta una sustancia del cerebro llamada endorfina, útil en nuestro organismo para responder frente a los estímulos externos.

Estar compartiendo con la juventud nos permite mantenernos jóvenes.

4. NOS OFRECEN LA OPORTUNIDAD DE COMPARTIR Y GENERAR CONOCIMIENTO

Los estudiantes de enfermería quisieran saber todo lo que nosotros hemos obtenido a lo largo de nuestra experiencia como docentes y como profesionales que somos. En las aulas de clase, en el pasillo, en la cafetería,

en los diferentes sitios de rotación hemos compartido experiencias que nos enseñan cómo debemos manejar un paciente, y cómo enfrentar una eventualidad donde está en riesgo la vida del paciente. Es aquí, precisamente en este tipo de situaciones, en donde recordamos la teoría y situaciones similares, tomando una decisión. Ellos quieren aprender y observan mucho lo que desean aprender.

Al aprender de nuestros estudiantes de sus experiencias y expectativas profesionales, aún más cuando ellos nos contagian de su “frescura”, podemos fomentar estilos de vida saludable como parte del cuidado de la salud; el hecho de afrontar una realidad donde el estrés de cada práctica sea más bien de crecimiento mutuo, de un trabajo conjunto en el binomio educando-educador, traerá más satisfacciones personales y profesionales y menos recurrencias de “gastritis” y “migrañas”, menos pesimismo al terminar el turno, y evaluar el desempeño del estudiante en el sitio de práctica.

La conversación sana con el estudiante favorece fomentar los lazos de una convivencia fundamentada en valores, donde se vislumbra al estudiante como un ser integral, y permite el crecimiento tanto del docente como del estudiante.

LOS ASPECTOS LEGALES de los Registros de Enfermería

Esp. Marcela Cabrera Osejo*

RESUMEN

El presente artículo hace una revisión de la importancia que tienen los registros de enfermería en la práctica diaria. Una buena documentación minimiza el riesgo de errores, asegura la continuidad de los cuidados y ahorra tiempo y dinero.

Proteja a sus pacientes y a usted misma, cumpliendo las normas de calidad de los cuidados y registrando sus acciones. Si alguna vez se encuentra ante un tribunal, tendrá la tranquilidad de saber que sus acciones hablarán por sí mismas.

Es importante actuar con responsabilidad en todas las acciones que realice como profesional de enfermería, y así prevenir acciones judiciales por negligencia.

PALABRAS CLAVE

Registro de enfermería, cuidados, responsabilidad, acciones judiciales, negligencia.

ABSTRACT

LEGAL ASPECTS OF THE REGISTRATION OF NURSES

This article discusses the importance of the registration of nurses in their daily practice. Good documentation reduces the risk of errors, assures the continuation of health care and saves time and money.

You and your patients are better protected if you comply with the norms of quality and the cautions, and you register your activities. If you should be brought before

a court, you will have the comfort of knowing that your actions speak for themselves.

It is important to act with responsibility in all of your activities and to be recognized as a professional nurse, thereby preventing legal action for negligence.

Este artículo les permitirá conocer los aspectos legales en que se ve involucrado el personal de enfermería en cuanto a los registros mal diligenciados; además le dará unas pautas necesarias para un adecuado diligenciamiento y evitar la posibilidad de pleitos, o por lo menos, amortiguará el golpe, aceptando los consejos de abogados que han realizado demandas judiciales por negligencia.

Remontémonos un poco a los inicios de la Enfermería. Cada 12 de mayo conmemoramos el día internacional de la enfermera recordando el natalicio de Florence Nightingale, enfermera inglesa, quien en 1860 fundó la primera escuela de enfermería en el mundo, impulsando así el desarrollo humano y científico de la profesión. Además, con base en la ley 266 de 1996, artículo 3, se define la profesión de enfermera como: “una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son las personas, la familia y la comunidad con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influyen en la salud y en el bienestar”. Teniendo en cuenta los inicios de la profesión, la ley 266 de 1996 y el juramento dejado por Florence Nightingale, nuestra profesión requiere de mucha responsabilidad, ya que se tiene a cargo el cuidado de la salud y la vida de los seres humanos. El acto de cuidar no sólo implica cuidados profesionales sino también cuidados de humanización y espiritualidad.

* Especialista en cuidado del paciente en estado crítico,
Docente tiempo completo – Programa de Enfermería
Universidad Mariana Pasto.

Según Virginia Henderson, “cuidar es ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades tal como ella haría por sí misma, si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios. Por ello cuidar debe hacerse contemplando la totalidad de la persona, sus relaciones con el entorno, sus posibilidades, creencias, valores y formas de vida. **El cuidado es un acto de respeto por la vida de quien lo necesita.**”

Ahora bien, si el cuidado es un acto de respeto por la vida, ¿por qué las enfermeras(os) se ven involucrados en acciones judiciales por negligencia? A continuación se tratará algunos aspectos del por qué demandan al personal de enfermería.

1. OMISIÓN DE ÓRDENES MÉDICAS

En las órdenes médicas aparece la información general del paciente: fecha, hora, medicamentos, dosis, vías, frecuencia e indicaciones, firma y código de quien ordena. Las órdenes médicas hacen parte de los cuidados impartidos a los pacientes y es necesario darles cumplimiento, siempre que vayan en beneficio de la salud y la integridad física del paciente.

Cuando no se cumplen las órdenes medicas, no se da continuidad y calidad de los cuidados integrales que deben darse a los pacientes y por lo tanto se retrasa la recuperación de su salud, implicando mas días de estancia hospitalaria , más gastos y menos satisfacción por parte de los familiares y el paciente.

2. INADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Según el documento del Ministerio de Salud, en su resolución 1995 de julio de 1999. “La historia clínica es un documento privado obligatorio y sometido a reserva, en la cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente, o en los casos previstos por la ley”.

Dentro de la historia clínica se encuentran los registros de enfermería, que se definen como el comprobante de las actividades realizadas a los sujetos de atención, en el desarrollo de sus funciones, durante su turno. **Un**

registro “bueno” se defiende por sí solo y a la persona que lo hizo.

En la situación actual, en que los juicios por mala práctica están en aumento, debería aprender a anticiparse a los efectos que sus registros podrían tener sobre un jurado.

Los registros deberían contener información descriptiva y objetiva: lo que ve, oye, siente y huele, no lo que supone, infiere, concluye o asume. Lo que no registre puede perjudicarlo. **Un adagio popular entre los abogados que se dedican a casos de mala práctica dice: “lo que no está escrito, no está hecho”.**

Del informe se puede concluir no sólo que la enfermera(o) actuó con responsabilidad, sino también que se preocupó por el paciente. Usted puede haber realizado un procedimiento de enfermería que simplemente olvidó registrar, pero si el registro no le apoya, le será difícil convencer al jurado de que acepte su versión de los hechos. Es uno de los errores más graves y frecuentes de los registros. Como enfermera (o) , Usted tiene la facultad de registrar todo lo que haga, en defensa propia y debería hacerlo.

3. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS O EJECUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS POR INICIATIVA PROPIA

En este caso puede ser peligroso administrar medicamentos sin orden médica escrita, por la reacción tóxica – alérgica que pueda causarle al paciente. En ningún caso debe realizar procedimientos por iniciativa propia y se compruebe que afecta la salud e integridad física del paciente.

Se debe tener en cuenta, para evitar asuntos legales, que todo medicamento o procedimiento será ordenado por escrito. En caso de producir daño al paciente , la responsabilidad recaerá sobre la persona que realizó determinado procedimiento o administró medicamentos sin la debida orden médica escrita.

4. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA EQUIVOCADA

La mayor parte de los errores de medicación tiene lugar cuando una enfermera (o) descuida el seguimiento de los cinco correctos: el paciente correcto, el medicamento correcto, la dosis correcta, la vía de administración correcta, la hora correcta.

En la práctica, el personal de enfermería parece en ocasiones poco cuidadoso respecto al seguimiento estricto de este modelo de actuación.

La administración de uno o varios medicamentos son hechos u omisiones que puedan producir daños al paciente, con resultados que van desde una moderada incomodidad hasta la muerte. Cada uno de ellos pudo ser prevenido a través de las acciones e intervenciones adecuadas. Es necesario verificar detalladamente los cinco correctos, y si hay dudas se debe confirmar con la historia clínica del paciente o directamente con el médico responsable que prescribió la orden.

Muchos pleitos tienen como materia la administración parenteral de medicamentos. El dejar de anotar algo reduce la capacidad para testificar con confianza y persuasión respecto a los detalles, cualquiera de los cuales podría ser esencial para el veredicto.

5. DAÑOS CAUSADOS AL PACIENTE POR EQUIPO DAÑADO

En este caso la enfermera (o) tendrá la responsabilidad cuando se compruebe que causó daño al paciente; por ejemplo, por el uso de electrobisturí, desfibrilador, electrocardiograma etc, se hace necesario verificar el estado de los equipos y notificar por escrito los daños encontrados.

6. MALA RELACION CON EL PACIENTE

Tener en cuenta que la simpatía despierta simpatía. Con los pacientes implacables intente mejorar la situación mediante tres sencillas estrategias, según el concejo de un abogado: (Bradford. Evelyn, Nursing 1989. pag 57)

1. Continúe con su acercamiento hacia la persona, incluso aunque parezca que ésta no le escuche.
2. Pida a sus compañeros que apoyen y refuercen sus esfuerzos si es necesario.
3. Registre detalladamente todo contacto que tenga con el paciente.

En mi práctica como abogado he visto a enfermeras salir bien libradas actuando de este modo. Muchas veces me ha visitado un posible cliente dispuesto a querellarse contra el hospital y contra el médico, pero no contra

la enfermera. La mayoría de las veces descubro que la enfermera era atenta, amigable y comunicativa.

No todos los conflictos tienen un final feliz. Algunos pacientes quieren acudir al juzgado pase lo que pase. En ese caso, el registro detallado de cada contacto mantenido con un paciente problemático le ayudará a defenderse del juzgado, o, aún mejor, le mantendrá alejado del juzgado. **Unos registros precisos y detallados pueden impedir que progrese un pleito por negligencia profesional.**

7. CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS POR TELÉFONO

Las prescripciones comunicadas verbalmente, tanto en persona como a través del teléfono, son errores en espera de ocurrir. Se debe evitar la aceptación de prescripciones verbales, excepto en circunstancias muy concretas, en una situación de urgencia y en condiciones de campo aséptico.

Si la enfermera (o) tiene que aceptar una prescripción verbal debe escribirlo en primer lugar en la historia clínica del paciente. Después debe confirmar tanto el nombre del paciente como la medicación prescrita, volviendo a leerle al médico todo ello. Al médico que realiza la prescripción se le debe pedir que delectree el nombre de cualquier fármaco que no sea de uso corriente o cuya denominación se parezca a la de alguna otra medicación.

El informe Nacional Patient Safety Goals de 2003 la JCAHO (La Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations) recomienda "que los hospitales implementen un proceso de transmisión de las prescripciones por vía telefónica y verbal que obligue a la persona que recibe la orden a verificarla mediante su escritura en la historia clínica del paciente, volviendo después a leerle al médico aquello que ha escrito."

Se debe evitar al máximo recibir órdenes médicas verbales por vía telefónica; al no existir por escrito la orden médica en la historia clínica del paciente, y si se comprobase que causó daño físico al paciente, la persona que realizó determinada orden será la responsable. ¿Cómo puede comprobar que fue orden médica? **Es mejor curarse en salud, frase muy utilizada en nuestro medio.**

Después de haber tratado algunos aspectos del por qué

demandan al personal de enfermería, se puede concluir que es importante llevar unos registros detallados, los cuales demostrarán los cuidados impartidos por el personal de salud; y si el tribunal los pide podrá darse cuenta que no sólo brindó unos cuidados de alta calidad, sino que también se preocupó por el paciente. Puede minimizar el riesgo de un pleito simplemente proporcionando unos buenos cuidados de enfermería. El riesgo aumenta sólo al desviarse de las normas de calidad aceptadas. **“La mejor defensa es hacer bien las cosas, es decir mantener una práctica asistencial correcta”.**

BIBLIOGRAFÍA

BERGERSON, Stephen (1988) Nursing. “Los aspectos legales de enfermería. España, 21 – 25.

BRANDFORD, Evelyn (1989) Nursing.” Prevención de las acciones judiciales por negligencia. “. España, 57 – 58.

COHEN, Hedy (2004) Nursing. “A fondo con los errores de medicación”. 22 vol, España, 16 – 20.

PINTO, Natividad (2004). Módulo especialización cuidado al paciente en estado crítico. “Cuidado como objeto del conocimiento de enfermería.”

TORRES, Teresa. (2000) ANEC. “Apertura para el ejercicio liberal de la profesión de enfermería. 54 vol, Santa fé de Bogotá, 24.

W.IYER, Patricia (1992) Nursing. “ Trece reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. España, 40 – 43.

La enfermería es un arte y si se pretende que sea un arte requiere una devoción exclusiva, una preparación tan dura como el trabajo de un pintor o de un escultor; pero ¿cómo puede compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios?. Es una de las bellas artes, casi diría.... la más bella de las bellas artes.

¿Tiene olvidados los riesgos potenciales legales en situaciones diarias de enfermería?

Como enfermera (o) usted tiene la facultad de registrar todo lo que haga, en defensa propia, y debería hacerlo.

Registrar los cuidados de enfermería es una tarea esencial; en el caso de que lo demandaran, la historia clínica del paciente puede ser lo único que haya entre usted y un costoso veredicto.

Un adagio popular entre los abogados que se dedican a casos de mala práctica dice: “lo que no está escrito, no está hecho”.

PROMOCIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD en la formación integral del Profesional de Enfermería

Roger Yepez Marulanda*

RESUMEN

En el artículo el autor explica cómo la Promoción del Cuidado de la Salud es objeto de estudio del Programa de Enfermería, y por eso constituye parte esencial e integral de la formación de los profesionales. Reclama de los educadores asumir con gran responsabilidad y compromiso la investigación desde las distintas áreas de formación académica, en donde el papel del cuidador se extienda a conocer y explorar al individuo y a la comunidad en las distintas etapas del ciclo vital, dando así respuesta y solución de forma efectiva a los problemas que inciden sobre el perfil epidemiológico a todo nivel, buscando desarrollar la capacidad y la habilidad para hacer intervención desde la promoción y la prevención de la enfermedad, tendiente a conservar y mejorar la calidad de vida de las personas en el entorno en que se desenvuelven en la cotidianidad.

PALABRAS CLAVES

Enfermería, Formación Profesional,
Educación superior, Cuidado de la Salud

ABSTRACT

THE PROMOTION OF HEALTH CARE IN THE BASIC FORMATION OF THE NURSE

The advancement of health care is essential to the nurses' training program. The nursing professor must thoroughly research the human life cycle and the many areas of health preservation and curing of illnesses, and convey this knowledge to his students.

El cuidado de la salud se ubica como uno de los asuntos internos más importantes de orden nacional, paralelos con la educación y la seguridad social, considerándose como una de las tantas necesidades básicas insatisfechas de la población, siendo los procesos salud – enfermedad los que ameritan disponer de toda un complejo nivel de conceptualización, recurso humano, manejo y disposición de políticas dirigidas a conservar la salud de las personas y de las comunidades.

Al hablar de políticas, Colombia ha establecido un sistema de seguridad social en salud mediante la ley 100 de 1993, en el que se conjugan todas las instancias y actores que interactúan de manera coordinada en su territorio con el fin de garantizar la salud de las personas desde la promoción y la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la rehabilitación y la recuperación del estado de la salud, elementos que han sido producto de una serie de críticas, estudios e incluso de investigaciones con respecto al Recurso humano; de ahí el esmero y la dedicación que esa misma sociedad reclama en la formación de esos seres humanos llamados Enfermeros (as) para suplir las dolencias y el sufrimiento, o para hacer también suyo y transmitir el conocimiento que les hacen especiales, con el fin de que sirvan estas herramientas para conservar la salud, prevenir las enfermedades y, en lo posible, que no dejen secuelas que atenten contra el sano y óptimo desempeño de sus funciones vitales y sociales; pero para ello se necesita introducirse a las comunidades, irse a las entrañas de las mismas, pero con un cuerpo de conocimiento que la academia crea, recrea y desarrolla para proyectarse socialmente. Por consiguiente, en un esfuerzo por enriquecer la

* Enfermero, Docente tiempo completo Universidad
Mariana Pasto

formación y la labor propia de enfermería, y reconociendo el cuidado de la salud como objeto de estudio de nuestra profesión, producto individual y colectivo que ha conducido a la reflexión y discusión académica que se ha venido trabajando con el fin de propiciar un espacio para crear y fortalecer el papel del cuidador desde las diversas dimensiones del saber específico a través de la motivación para el estudio continuo, la observación y la investigación, actividad que merece especial atención y dedicación.

Precisamente la promoción del cuidado de la salud requiere de la atención y dedicación en la que deben aunarse diversos esfuerzos de forma decidida y responsable, basados en el conocimiento, la experiencia, la práctica del cuidado, el análisis de los procedimientos básicos para fundar cimientos hacia la construcción de un eje fundamental del actuar de enfermería y que, en definitiva y a corto plazo, de manera urgente responda a las necesidades curriculares que marquen la formación del estudiante de enfermería y conlleven a su vez a generar un espacio de estudio y discernimiento guiado por el intercambio de saberes de los profesionales de esta ciencia de la salud, permitiendo la integración alrededor de un interés común en esta área, como es la investigación. Esta última se constituye en el mecanismo interrelacionador que dé una profunda identidad y cosmovisión profesional al programa de enfermería de nuestra universidad y que facilite liderar los procesos del cuidado de la salud, tendientes a que todas las intervenciones que se emprendan para mejorar la calidad de vida de los pacientes, usuarios o clientes, es decir el al individuo y la colectividad, sean pertinentes y respondan a sus necesidades desde un marco contextual cultural, social y humano.

Se pretende con los anteriores planteamientos, apoyar el establecimiento de un lenguaje común, un trabajo colectivo y un crecimiento en la formación de enfermeros (as) en torno a la investigación, que en últimas cualifique de forma integral al estudiante a estructurar desde el aula un modelo de pensamiento en el que se potencialicen sus capacidades y habilidades para escudriñar, averiguar y consultar, razones motivadoras para promover en ellos un espíritu constante de conocer más y asumir un papel activo y dinámico frente a la situación y a los patrones epidemiológicos que caracterizan el entorno, o sea la morbimortalidad que es el resultado de múltiples fenómenos sociales interactuantes que necesitan ser

explorados y resueltos con eficiencia y eficacia.

Para tal propósito se requiere que al estudiante en formación se le logre ubicar en la realidad que muestra el entorno, desde una perspectiva en la que los avances y el acceso a la tecnología se han convertido en un marcador de la productividad social. Los estilos de vida que deben ser cada día modificados de tal manera que se transformen en más saludables, la industrialización que muestra un panorama que incide significativamente sobre el desarrollo de la sociedad a todo nivel y así mismo la contaminación que incide sobre la salud, razón de sentida preocupación y así muchos otros problemas de tipo físico y mental que se deben investigar.

Lo anterior se refleja en el aumento en la demanda de los servicios de salud, en donde los sistemas siguen siendo obsoletos para la explosión demográfica del momento, que supera la capacidad de respuesta de acuerdo al comportamiento epidemiológico que está adquiriendo una amplitud y severidad creciente con múltiples consecuencias para el bienestar de los seres humanos y la vida de las personas. Aunque se están adelantando políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, no son suficientes para proteger, disminuir y eliminar factores de riesgo y/o mejorar las condiciones de vida de la gente, pues la mentalidad que “prevenir es mejor que curar” no ha conseguido calar sobre el comportamiento y la conciencia de las personas, y a esto se suma otro fuerte componente: la pasividad de la academia alrededor del problema del cuidado de la salud, donde no se perfila crear una brújula que permita visionar la realidad presente desde una perspectiva retrospectiva que nos haga aprender de lo sucedido en el pasado, y una perspectiva prospectiva que nos permita pensar y actuar en lo que puedo hacer por el bien individual y colectivo a futuro.

En respuesta al proceso salud-enfermedad e investigación, es importante diseñar una línea sobre la cual podemos caminar hacia un objetivo claro y coherente en salud, para que todos, educadores profesionales y educandos, podamos incursionar de manera firme y decidida superando miedos, dudas y temores que hacen tambalear esta misión que nos ocupa y nos preocupa, sabiendo que al darle verdadera funcionalidad estamos generando un actuar efectivo en la promoción del cuidado de la salud en áreas tan importantes como son la enfermería clínica y la enfermería comunitaria, teniendo en cuenta la gerencia

que también aporta un significado importante a nuestro quehacer profesional, puesto que sólo es cuestión de motivación, decisión, participación y colaboración.

Después de esta construcción, dedicaremos nuestra atención a definir unas sublineas que serán los remos para alcanzar ese norte, como podrían ser la salud pública, para sumergirnos en conocer el drama social y humano de las comunidades y su medio ambiente, reconociendo sus riesgos altamente incidentes sobre la misma; también dedicaríamos espacios a aspectos relacionados con el binomio madre - niño y todo ese contexto, sus problemas que subyacen de ese vínculo vital, y las posibles soluciones para conservar ante todo la vida. De igual manera abordar al adolescente y al joven con sus dilemas, y fomentando formas de autocuidado que hasta ahora siguen desconocidas y poco tratadas; siguiendo con el adulto mayor, que es una población de igual forma vulnerable y descuidada por la mayoría de las instancias sociales, con el propósito de rescatar su dinamismo y papel activo en una sociedad que olvida con facilidad.

Todos estos procesos investigativos deberán estar enmarcados en un ámbito ético – legal que respalde nuestro ejercicio, en donde la filosofía Cristiano, Mariana y Franciscana recobran esencial valor, propendiendo por el respeto a la dignidad humana y la vida. Para ello se necesita de la responsabilidad como prueba de garantía para que juntos nos adentremos en la producción de investigación, para lo cual necesitamos por obvias razones, desarrollar habilidades con base en el método científico. Sin embargo, se necesita de enfermeras (os) comprometidas en identificar problemas que atenten sobre el cuidado de la salud, formando investigadores, generando investigaciones de impacto con docentes y estudiantes, promoviendo permanentemente este acompañamiento traducido en orientación, interacción, trabajo, toma de decisiones y beneficios, todo bajo una estructura de conocimiento científico, instrumentos necesarios para así engrandecer nuestra profesión de enfermería a favor de los usuarios.

La promoción del cuidado de la salud en la formación integral del profesional de enfermería, es una tarea ardua que permite estimar la confianza para obtener verdaderos resultados; de ahí que el docente debe asumir su papel como formador de este talento humano reconociendo a la investigación en enfermería como parte de esa

formación integral para la responsabilidad profesional, como el engranaje que le dará movimiento y energía a toda esa fuerza impulsadora, que más adelante permitirá empoderarse y ampliar su campo de acción en todas las áreas de influencia, de tal manera que los beneficiarios reconozcan el cuidado de la salud como un derecho más que un privilegio.

De ahí que la universidad, como el escenario que propicia ese encuentro entre el hombre, la formación, el pensamiento y el quehacer profesional, tiene la sentida responsabilidad de promocionar y perfeccionar precisamente la formación integral del educando, haciendo de la investigación, en cualquier área del saber específico, una actividad empírica que nace de la actividad diaria, por lo cual el educador debe motivarla, pulirla y darle forma de manera que no se convierta en un somero espacio académico por cumplir, sino en una oportunidad de crecimiento tanto individual como para toda la comunidad universitaria, pues a través de ella se construyen grandes ideales, respondemos socialmente al entorno sobre el cual hacemos y generamos conocimiento; de tal forma que devolvemos a la sociedad profesionales estructurados con mentes brillantes, ansiosos de cambios positivos para una región y una nación que solicita seres humanos que le den solución a los grandes problemas que le azotan, que le agobian y que le impiden progresar y ser la nación con justicia social para todos, que tanto soñamos y no dejaremos nunca de anhelar.

SUICIDIO: “Volar más alto”

Claudia Amanda Chaves *



RESUMEN

La autora del artículo pretende hacer una reflexión sobre lo que significa el suicidio como un deterioro de la personalidad frente al dolor intenso, o una reacción ante una situación adversa, que hoy en día utilizan ciertos individuos para escapar de situaciones conflictivas de tipo personal, social, emocional y familiar, y que consideran la muerte la mejor salida a estos problemas

PALABRAS CLAVES

Suicidio, Valores, Psicología

ABSTRACT

SUICIDE: TO FLY HIGHER

The author of this article tries to reflect upon the meaning of suicide as a deterioration of the personality in the face of intense pain, or as a reaction to an adverse situation.

La palabra “SUICIDIO” adquiere mayor significado si analizamos el porcentaje tan elevado de cifras que se están presentando. Según Yunes J. (2003), los índices de suicidio varían permanentemente; en el mundo se evidencian aproximadamente 1000 suicidios por día; a nivel Latinoamericano la tasa estimada oscila entre el 2 y 13 por 100.000 habitantes, aproximadamente. Durante el año 2003, de acuerdo con los datos del Boletín Epidemiológico en Colombia, las tasas de suicidio han variado en forma importante durante los últimos 20 años, oscilando entre tres y cinco por cada 100.000 habitantes. Este flagelo se encuentra entre las primeras diez causas de mortalidad y entre la segunda o tercera causa de muertes en la población joven, donde el 77% de las víctimas son del género masculino; por cada mujer que se suicida lo hacen tres hombres. La edad promedio de los hombres fue de 35 años, y de las mujeres de 26 años; convirtiéndose este evento en una emergencia clínica frecuente en la práctica médica. (Boletín Epidemiológico del suicidio 2003).

* Enfermera Universidad Mariana - Candidata a Especialización Gerencia de la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad — Docente tiempo completo área Enfermería Comunitaria.

Estos datos importantes y de un impacto sorprendente dentro de nuestra sociedad llevan a pensar que no debemos pasar desapercibidas situaciones donde nuestros niños, jóvenes y adultos se encuentran rodeados, y que de una u otra manera están influyendo negativamente en el desarrollo físico y mental de todos ellos. Situaciones de crisis de origen brusco como los múltiples factores de riesgo que llevan a una persona a tomar la decisión, son los que diariamente se viven en cada una de las familias Colombianas. Entonces nos preguntamos: ¿Qué es lo que lleva a una persona a enfrentarse con el mas allá y cruzar el túnel de la muerte quitándose su propia vida? He aquí algunas de las razones en que probablemente alguna persona se encuentre: depresión, pesimismo, un sentir de no tener propósito en la vida, el no tener por qué o por quien vivir, desesperación, soledad, heridas del alma, remordimiento, problemas amorosos, creencias, enfermedad terminal, Incapacidad física, drogadicción y alcoholismo, pobreza, falta de convivencia, pérdida de un ser querido y Abuso sexual, entre otros. Estaba generado que individuos, no solamente de los estratos socioeconómicos bajos, intenten o piensen alguna vez de su vida cometer este grave error.

Se puede citar diferentes situaciones de personas famosas cuya riquezas, fama y poder podrían ser envidiables para individuos que buscan en el aspectos físicos y materiales la felicidad que necesita su corazón. Si nos detenemos a recorrer un poco las páginas de la historia existen varios ejemplos de esta cobardía; uno de ellos fue el de Marilyn Monroe, actriz y cantante famosa, quien trataba de llenar el vacío de su corazón y la soledad en que se encontraba con alcohol y drogas. Su adicción la llevó al suicidio.

Sócrates, el gran filósofo fue condenado a muerte por un tribunal ateniense. En aquel momento la condena consistía en tomar un veneno de su propia mano. En vez de negarse a beber o pedir que fuera ejecutado por mano ajena, o de huir de la cárcel por medio de un plan ideado por sus amigos, Sócrates decidió beber el veneno y se suicidó. El pensaba que si trataba de evadir su muerte estaría traicionando sus propias declaraciones, sus enseñanzas filosóficas de "buscarse uno mismo".

Judas, quién traicionó a su Maestro, decidió colgarse de un árbol por el gran remordimiento que sentía al saber que contribuyó a la muerte del Hijo de Dios.

El suicidio se ha convertido en el indicador más impor-

tante de la salud mental de la población. Este fenómeno considera los pensamientos y actos que, realizados en su totalidad, conducen a terminar la vida de una forma inexplicable, condenando así la mente de quienes lo intentan y lo logran. El suicidio tiene con una progresión implícita en el nivel de riesgo: desde pensamientos a planes específicos; desde gestos o actos auto-lesivos menores a intentos con variable rango de letalidad potencial, y el suicidio consumado. Al analizarlo como intento de suicidio se miran las acciones que hubiesen resultado en seria lesión o muerte de no mediar intervención oportuna; es por ello que esta problemática requiere de un enfrentamiento integral por parte de nuestras sociedades, que se base en el tratamiento multisectorial, conocedores de que el hombre es un ser eminentemente social, que necesita dar tanto como recibir, que tiene necesidades psíquicas, como puede ser el hecho de tener un claro objetivo que estimule la lucha normal por la vida, una actividad que sea reciproca con la satisfacción de sus necesidades y un sentido de integración en grupos cuyos valores y experiencias comparte y que son tan importantes como la propia satisfacción de las necesidades materiales.

El suicidio deja un alto costo psicosocial para la comunidad y para el entorno sociofamiliar de las víctimas, y el impacto negativo sobre la esperanza de vida individual y colectiva; representa una aparente expresión de libre pensamiento, pero de manera consciente o inconsciente enmascara condiciones pro-suicidas muy peligrosas, sobre todo para los niños y jóvenes con tendencias negativas. Muchas veces la idea de intento de suicidio en las personas está relacionada con la depresión o con cualquier otro trastorno del estado de ánimo. En muchas ocasiones el intento suicida (se logre o no) pudiera ser un acto impulsivo, cargado de angustia y desesperación, ante una situación difícil de solucionar.

Hoy en día se observa como los hombres se destruyen los unos a los otros; los sujetos que han intentado el suicidio no ven mas allá de lo que pueden ocasionar en su personalidad, porque puede dejar huellas imborrables a nivel físico sin la opción de tratamiento alguno; aún sobreponerse a lo emocional no descarta el sufrimiento de las personas con las que se vive.

Entonces, intentar "volar más alto" se ha convertido para todos los seres humanos en el escape a situaciones difíciles de solucionar; no entendemos que vale la pena cuidar la única vida que tenemos y que Dios no la

regaló para que se desarrolle desde el momento de la concepción. Así que ¡DETENTE! porque no te has dado cuenta qué tan importante eres para todas las personas que te rodean: tus padres, hermanos, familia, amigos y profesores. Ellos quieren que cada día te conviertas en alguien importante para que puedas vivir con esperanza en el mañana.

Eres una persona única, tu vida te pertenece y tu obligación es respetarla. Así creas que estás solo y perdido por alguna situación que te pasa, así pienses que tus padres no te entienden y que los demás te hacen a un lado, no sabes cuán maravilloso es cuando le cuentas a otra persona tus problemas para que te ayude a dar soluciones y no busques en ese callejón sin salida la huida para jamás volver.

Recuerda, si no se tiene vida no se puede cumplir con meta alguna. Aprender a amarse racionalmente incrementará la capacidad de amar a otros; aprender a respetarse hará que seas respetado; enfrentar la vida con soluciones no suicidas mejorará tu calidad de vida.

No te sientas solo, verás que no todo es malo; sacude tu mente de esos pensamientos negativos, mira alrededor y encontrarás a mucha gente esperando tu sonrisa para acercarse a ti. A continuación encuentras unos mensajes. Léelos detenidamente y ponlos en práctica en tu vida diaria, y entenderás que es fácil salir adelante si tú aprendes a amarte.

ACÉPTATE. Identifica y acepta tus puntos fuertes y débiles. ¡Todo el mundo los tiene!.

AYÚDATE. Busca metas realistas, alcázalas adquiriendo habilidades nuevas y desarrollando las que ya tienes. Desarrolla tus propias actitudes y talentos.

DATE ÁNIMO. Toma la actitud de que "Sí puedes"; date el tiempo suficiente para alcanzar tus metas personales y anímate a medida que luchas.

ELÓGIATE. Siente orgullo por tus éxitos, tanto los grandes como los pequeños. Recuerda que tus experiencias son tuyas, gózatelas.

TÓMATE TU TIEMPO. Tómalo tu tiempo a menudo para estar con tus pensamientos y con tus emociones. Dedicale a actividades que tú puedes gozar solo, tales

como lectura y deportes individuales. Aprende a gozar de tu propia compañía.

CONFÍA EN TI MISMO. Ponle atención a tus pensamientos y emociones. Actúa cuando creas que es el paso correcto; haz lo que a ti te haga sentir contento, satisfecho y, principalmente, confía en Dios.

RESPÉTATE. No trates de ser alguien, siéntete orgulloso de lo que eres, investiga y aprecia tus propios talentos especiales.

DATE AMOR. Aprende a amar la persona especial que eres. Acepta tus errores y aprende de ellos; no reacciones exageradamente a tus errores; acepta tus éxitos y tus fracasos como los aceptan aquellos que te tienen aprecio.

RECUERDA:

*La vida esta llena de cosas muy hermosas
que están hechas para ti; vívela con
tranquilidad y no te desespere ante situaciones
que tienen solución.*

ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO ENFOCADO AL AISLAMIENTO DE YERSINIA ENTEROCOLÍTICA en carnes de cerdo crudas distribuidas en la ciudad de San Juan de Pasto

Mag. Any Mercedes Lucero Mafla*

RESUMEN

En la presente investigación se analizaron 60 muestras de carnes crudas de cerdo distribuidas en 30 lenguas e igual número de filetes, obtenidas de diferentes expendios del producto en la ciudad de San Juan de Pasto. Las muestras fueron procesadas para el aislamiento de Yersinia enterocolítica. El objetivo del trabajo fue probar, estandarizar y realizar un aporte científico al aislamiento de Yersinia enterocolítica, mediante una técnica sencilla y fácil de realizar en cualquier laboratorio. Las muestras fueron sometidas a un pre-enriquecimiento a 37°C en Buffer fosfato pH 7.2 adicionado con sorbitol al 0.1% y sales biliares al 0.15% y un tratamiento con KOH (0.5%) en NaCl en igual concentración; posteriormente las muestras se sembraron en medios selectivos para bacterias entéricas como el agar SS (Salmonella - Shiguelia) y agar Bismuto sulfito; y por último se realizó la identificación bioquímica de la bacteria. El aislamiento de Yersinia enterocolítica en las 30 lenguas de cerdo fue positivo para una muestra, lo que corresponde a un 3.33% del aislamiento, mientras que en los 30 filetes crudos de cerdo no se encontró la bacteria.

PALABRAS CLAVES

Yersinia enterocolítica, filetes de cerdo, lenguas de cerdo, aislamiento de bacterias entéricas.

ABSTRACT

MICROBIOLOGICAL ANALYSIS CENTERED ON THE ISOLATION OF THE CAUSE OF ENTEROCOLITIS IN

RAW PORK DISTRIBUTED IN THE CITY OF SAN JUAN DE PASTO.

This is the presentation and explanation of scientific studies of raw pork distributed in the city of San Juan de Pasto. The samples were treated in various ways to remove the causes of enterocolitis. Nevertheless, it was found to have survived in some samples.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar la presencia de Yersinia enterocolítica en nuestro medio a través del análisis de las carnes de cerdo, alimento que es de amplia distribución y consumo en nuestra región. Esta investigación constituyó un aporte a la bacteriología de nuestro país, por lograr aislar el microorganismo en un medio PBS (Buffer fosfato salino) modificado y por los resultados del tratamiento posterior con KOH al 0.5%, que eliminó el 80% de la fibra acompañante, logrando una mayor selectividad de la bacteria que se ha visto en otros países asociada a patologías diversas en humanos y animales.

El haber encontrado una muestra de lengua de cerdo positiva para el microorganismo, nos incita a levantar una voz de alerta acerca de la probable existencia de Yersinia enterocolítica en nuestro medio, y puede ser el comienzo de la aplicación de una metodología sistemática en muestras clínicas sospechosas.

* Bacterióloga, Mag. Microbiología. Docente Universidad Mariana. Pasto (Nariño). alu2403@hotmail.com

En 1964, W. Frederiksen propone el nombre de *Yersinia* enterocolítica para designar a una bacteria frecuentemente relacionada con problemas de tipo gastrointestinal (Jawetz, et al. 1975; Sonnerwirth, et al. 1983).

El primer brote comunitario ocurrió en Japón en 1972, y en New York en 1976, donde la transmisión de la enterobacteria se produjo a través de alimentos (Asakawa, 1973; Sonnerwirth, 1983). En Colombia se ha aislado la bacteria en ostras y en hospitales infantiles con porcentajes muy bajos del 1% o nulos de aislamiento de la bacteria (Instituto Nacional de Salud, 2001)

Yersinia enterocolítica se encuentra dentro de los patógenos entéricos, capaces de crecer a temperaturas desde los 4°C a 37°C+ 2 y hasta 41°C, sujeta a variación en tiempo y requerimientos nutricionales (Doyle, et al. 1981). Esta característica constituye una gran desventaja para la industria de alimentos, ya que el microorganismo puede proliferar libremente a temperaturas de refrigeración (Schiemann, 1982).

Yersiniosis aparece en cualquier época del año, pero existen picos de frecuencia en época de invierno (Leino, et al. 1974). La infección tiene un periodo de incubación de 4 a 10 días, manifestándose con una variedad de formas dependiendo de la cepa de *Yersinia* enterocolítica (serotipos y biotipos), dosis, factor genético, edad y condiciones físicas de los huéspedes, siendo más frecuentes en hombres que en mujeres (Rabson, 1975).

El curso clínico de la infección generalizada presenta un cuadro agudo de septicemia y una infección localizada (Mendoza, et al. 1983). La sintomatología varía y se torna típica según la edad; los infantes característicamente presentan fiebre, diarrea sanguinolenta y mucosa con abundantes polimorfonucleares; los niños mayores presentan un síndrome pseudoapéndice. Los adultos manifiestan un dolor abdominal, fiebre con o sin poliartralgias y eritema nudoso (Rabson, et al. 1975). El diagnóstico de laboratorio se realiza por aislamiento del organismo de la sangre, heces, abscesos hepáticos a esplénicos (Soltz, et al. 1980).

La eficacia de los antibióticos en el tratamiento de la infección no está totalmente establecido; en los casos más graves se administra Gentamicina (Swaminathan, et al. 1982). *Yersinia* enterocolítica aparece ampliamente distribuida en animales, en infecciones en humanos y en

el medio ambiente (sobrevive hasta por seis meses en el agua y por lo tanto se deduce que el agua represada puede ser una fuente de diseminación importante). El microorganismo ha sido reportado en diferentes países del mundo (Hughes, 1979).

El modo de transmisión es por vía oral, y el cerdo es el principal reservorio, relacionado con infecciones en humanos (Hanna, et al. 1980).

Se han propuesto varios métodos para el aislamiento de *Yersinia* enterocolítica, con el propósito de lograr una mejor recuperación de la bacteria, siendo el aislamiento del microorganismo más dispendioso a partir de alimentos que el realizado a partir de las heces de pacientes con infecciones activas, debido al bajo número de *Yersinia* y a la flora nativa acompañante, la cual es muy amplia en número y variedad (Schiemann, 1979). La necesidad de un método de pre-enriquecimiento ha sido claramente demostrado debido a la deficiente recuperación de la bacteria de la siembra directa.

De los procesos reportados en la literatura, el pre-enriquecimiento en PBS (Buffer fosfato salino) modificado, combinado con el tratamiento alcalino, es el método más eficaz para el aislamiento de *Yersinia* enterocolítica en carnes y lenguas de cerdo.

RESULTADOS

De acuerdo a estudios realizados sobre la calidad microbiológica de las carnes, encontramos que el cerdo es el principal reservorio de cepas patógenas para el hombre, mostrando resultados muy significativos para el aislamiento de *Yersinia* enterocolítica en Europa, Canadá y Japón.

El gran consumo de carnes de cerdo en nuestro país y las escasas investigaciones de *Yersinia* enterocolítica en nuestro medio, fueron determinantes para realizar este estudio.

La diversidad de técnicas utilizables en la búsqueda e identificación de *Yersinia* enterocolítica, creó la necesidad de estandarizar y simplificar un método que permitiera una rápida y sencilla identificación de este microorganismo, técnica aplicable y reproducible aún en laboratorios poco especializados.

En un total de 30 muestras de filetes de cerdo analizadas no se encontró Yersinia enterocolítica; mientras que en los análisis realizados en 30 lenguas de cerdo se encontró la bacteria en una de las muestras analizadas, lo que corresponde en el estudio al 3.33%. Estos datos concuerdan con el estudio hecho por Schiemann (1980) en productos crudos de cerdo, en donde se muestra la mayor incidencia de Yersinia enterocolítica en lenguas de cerdo. Sin embargo este hecho no es concluyente respecto al papel epidemiológico que juega el consumo de carnes de cerdo en la yersiniosis, por cuanto este bajo porcentaje de incidencia no es significativo. Sin descartar la presencia de Yersinia enterocolítica en nuestro medio e investigaciones posteriores de la bacteria en lenguas de cerdo, utilizando una población mayor se podrían confirmar los resultados obtenidos en este trabajo.

El método de enriquecimiento con PBS (Buffer fosfato salino) suplementado con sorbitol y sales biliares arroja resultados bastante satisfactorios, ya que favorece la selección de Enterobacterias y permite la recuperación de Yersinia enterocolítica presente en las muestras. El PBS es una solución tampón que proporciona el pH requerido por la bacteria; el sorbitol proporciona requerimientos nutricionales al medio, y las sales biliares inhiben la flora Gram positivo acompañante proporcionando una selectividad inicial. El proceso de post-enriquecimiento alcalino mostró una eficacia moderada, teniendo en cuenta que la bacteria tolera exposiciones hasta de cinco minutos en soluciones alcalinas, en relación con los otros microorganismos residentes en los productos cárnicos que no toleran las soluciones básicas.

El uso de Agar Salmonella – Shiguelia y Bismuto sulfito se considera satisfactorio para una selección primaria de Yersinia enterocolítica a partir de alimentos, ya que favorece la selección de géneros entéricos. En las muestras analizadas se encontraron diversidad de Enterobacterias patógenas para el humano como son: Salmonella, Proteus, Klebsiella y patógenos oportunistas tales como Serratia y Enterobacter. Observando los aislamientos de estos microorganismo en las muestras procesadas se puede poner en duda la calidad microbiológica de dichas carnes para el consumo humano.

CONCLUSIONES

- La proliferación de microorganismo en las carnes de cerdo muestran un deficiente proceso de obtención y conservación de éstas.

- El método de enriquecimiento con PBS modificado (sorbitol 1% y sales biliares a 0.15%) mostró efectividad en la recuperación de Yersinia enterocolítica.
- El tratamiento de post-enriquecimiento con KOH al 0.5%, en NaCl en igual concentración, inhibió en gran parte la flora acompañante.
- El aislamiento de Yersinia enterocolítica de las 30 muestras de filetes de cerdo fue negativo.
- El aislamiento de Yersinia enterocolítica en lenguas de cerdo fue positivo en una de las muestras, no siendo concluyente en el papel epidemiológico que juega el consumo de carnes de cerdo en toxiinfecciones por Yersinia enterocolítica, dado el número de muestras analizadas.
- Se demostró que Yersinia enterocolítica no constituye un problema de salud pública en nuestro país; por el contrario, es una bacteria exótica en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

- ASAKAWA, Y. AKAHANE, S. KAGATAN, N. NOGUCHI, M. Two community outbreaks of human infection with Yersinia enterocolítica. J. Hyg. 1973. 71: 715-721p.
- DOYLE, M.P. HUGDAHL, M. TAYLOR, S. Isolation of virulent Yersinia enterocolítica from porcine tongues. Appl. And Environ. Microbial. 1981. 42(4): 661-666p.
- HANNA, M. SMITH, G. HALL, L. VANDERZANT, C. CHILDERS, A. Isolation of Yersinia enterocolítica from pig tonsils. V. of Food Protection. 1980. 43(1): 23-25p.
- HUGHES, D. Isolation of Yersinia enterocolítica from milk a dairy farm in Australia. J. Appl. Bacteriol. 1979. 46: 125-130.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Indicadores e índices microbiológicos permisibles en

productos carnicos. Santa fe de Bogotá. 2001.
1p.

- JAWETZ, E. MERLICK, J. ADELBERCK. C. Manual de microbiología médica. 6ª. edición. El manual moderno. México. 1975. 32 p.
- LEINO, R. KALLIOMAKI, J. L. Yersiniosis as an internal disease. Ann. Int. Med. 1974. 81(4): 458-461.
- MENDOZA, H. R. MONTERO, M. Septicemia por Yersinia enterocolítica. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1983. 40(4): 212-215.
- RABSON, A. HALLETT, A. KOORNHOF, H. Generalized Yersinia enterocolítica infection. The Journal of infections diseases. 1975. 131(4): 447-451p.
- SCHIEMANN, D. A. Development of a two step enrichment procedure for recovery of Yersinia enterocolítica from food. Appl. Environ. Microbial. 1982. 43(1): 14-27p.
- SCHIEMANN, D. A. Isolation of toxigenic Yersinia enterocolítica from retail pork products. J. of Food Protection. 1980. 43(5): 360-365 p.
- SCHIEMANN, D. A. Enrichment methods for recovery of Yersinia enterocolítica from food and raw milk. Contr. Microbial. Immunol. 1979. 5: 212-227 p.
- SOLTESZ, L. SCHALEN, C. MARDH, P. An effective, selective medium for Yersinia enterocolítica containing sodium oxalate. Acta Path. Microbiol. Scand. 1980. 88: 11-16 p.
- SONNERWIRTH, A. JARETT, E. L. Métodos y diagnósticos de laboratorio clínico. 8ª edición. Panamericana. Buenos Aires. 1983: 1644-1648.
- SWAMINATHAN, B. HARMON, M.C. MEHLMAN, I. J. Yersinia enterocolítica J. Of Appl. Bacteriol. 1982. 52(2): 151-183p.

CELULAS MADRE EMBRIONARIAS,

Una alternativa para curar diferentes enfermedades

Javier Emilio Salas Bolaños*
Carlos Pantoja Agreda **

RESUMEN

Las células madre, tanto adultas como embrionarias, hoy en día son utilizadas terapéuticamente para tratar y curar diferentes enfermedades que son de tipo degenerativo (aberraciones genéticas) como la diabetes mellitus, ciertos tipos de cáncer, anemia falciforme, entre otras y aquellas de tipo externo ocasionadas por partículas patógenas (virus, bacterias, hongos), así como por factores medioambientales también externos como (radiaciones, intoxicación por sustancias químicas, etc).

Diversas patologías tienen la posibilidad de tratarse y, en otros casos de curarse gracias a la utilización de células madre producidas in vitro en el laboratorio.

Por otra parte, la clonación ya sea de tipo terapéutica como reproductiva, en el mundo de hoy causa gran controversia desde el punto de vista ético por las innumerables razones que se manifiestan, ya sea desde la filosofía, la parte antropológica, como desde lo social, en el sentido de utilizar embriones humanos para usos terapéuticos. La contrariedad existe en el hecho de dar origen a un nuevo ser para que luego sea utilizado (destruido) con fines terapéuticos. Lo importante de este tipo de prácticas dentro de la biomedicina es el beneficio que los pacientes puedan obtener como una alternativa de curación ante la presencia de dichas enfermedades.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la clonación reproductiva con fines terapéuticos, que se desarrolla por transferencia nuclear (clonación terapéutica) de un núcleo donador para un cigoto con núcleo retirado, que más tarde dará origen a un embrión de aproximadamente cinco días, y éste a los más de 200 tipos de células madre diferentes que se encuentran en el ser humano, y que tienen la posibilidad de regenerar y reparar tejidos lesionados o muertos (necrosis celular) por distintas causas que se desencadenan, ya sea por factores

medioambientales externos, como por factores internos con anomalías de tipo congénito. Este tipo de células desarrollan una gran versatilidad biológica (adaptabilidad) y diferenciación en muchos más tipos de células, lo que les facilita programarse a condiciones específicas; en la actualidad ya se están poniendo a prueba.

PALABRAS CLAVE

Células madre, adultas, embrionarias, clonación, terapéutica, enfermedades, ética, biomedicina, ingeniería genética, terapia génica, homeóstasis, embrión.

ABSTRACT

Nowadays, mother cells are used to treat and cure different illnesses of degenerative type such as mellitus diabetes, certain kinds of cancer, anemia and many others along with those of external type caused by pathogenic particles and also external environmental factors like radiation and intoxication by chemical substances, etc. These pathologies have the possibility to be treated and cured by using in vitro mother cells in the laboratory.

On the other hand, the cloning whether of therapeutic or reproductive type, causes great controversy in the world for using human embryos, since this is understood as creating and destroying human life for therapeutic purposes.

* Especialista en Ginecología y Obstetricia

** Biólogo con Énfasis en Ecología, Docente medio tiempo
Programa de Ingeniería ambiental Universidad Mariana

These type of practices are considered valid regarding biomedicine because of the benefit for patients as an alternative to their illnesses.

The reproductive cloning with therapeutic purposes, developed by nuclear transfer of a nucleus donor creates an embryo of approximately five days with over 200 different mother cell types, all found in the human being. These cells can regenerate and repair injured or died tissue and develop some kind of biological adaptability to specific conditions. They are currently being put to test.

Es una realidad hablar hoy en día de células madre, no sólo como una clonación terapéutica, utilizada exclusivamente para curar diferentes enfermedades como la diabetes, cáncer, anemia, entre otras, y que cabe dentro de una ética aceptable, sino como una alternativa importante para el beneficio que los pacientes de dichas enfermedades puedan obtener de este hecho. Hablar de ética en términos de clonación implica inmiscuirse en campos filosóficos, antropológicos, y sociales, además de otros de orden biológico-científico que, articulados con las ciencias básicas médicas, ponen en tela de juicio la utilización de estos avances en las ciencias biológicas para uso exclusivo de ciertos procedimientos encaminados a mejorar la calidad de vida humana. (Aznar 2002).

Por otra parte hay que tener en cuenta que la biomedicina, acompañada de la ingeniería genética y la terapia génica, están encaminadas a la utilización de diferentes técnicas relacionadas con la clonación de células madre adultas y células madre embrionarias para ser empleadas con fines terapéuticos, principalmente lo referente a la identificación, desintegración, y eliminación de partículas patógenas extrañas tales como: virus, bacterias, hongos; incluso sustancias químicas como insecticidas, pesticidas, fungicidas, entre otras, que por diferentes vías pueden penetrar dentro del organismo humano y desencadenar una serie de patologías que atacan o afectan distintos sistemas como el respiratorio, digestivo y urinario, entre otros, que son fundamentales para la homeóstasis interna del organismo.

Otro hecho relevante en el mundo de hoy es que no solamente existe la clonación de células madre adultas para usos terapéuticos, entendidas como células originadas por fertilización in vitro del núcleo de un

cigoto que al cabo de cinco días da origen a una masa celular interna de la cual se deriva una línea de células madre adultas que se pueden convertir en cualquiera de los 200 tipos de células del cuerpo; además existe la clonación reproductiva con fines terapéuticos, que se desarrolla por transferencia nuclear (clonación terapéutica) de un núcleo donador para un cigoto con un núcleo retirado que más tarde dará origen a un embrión de cinco días, y éste a diferentes células madre, lo que constituye otro factor de controversia frente a la ética, de tal manera que no podemos hablar específicamente de una clonación éticamente lícita o ilícita; más bien debe mirarse la clonación como una alternativa para reflexionar sobre la realidad del paciente. (LM. Pastor 2002).

Las células madre adultas representan entonces una adecuada alternativa para la utilización de células madre embrionarias con miras a la regeneración y reparación de tejidos (S. Hall, Technology review, noviembre de 2001) por su gran versatilidad biológica y diferenciación en muchos más tipos de células, lo que les confiere características peculiares de programarse para adaptarse a condiciones determinadas; de hecho ya se están poniendo a prueba.

La reparación y regeneración de tejidos en el ser humano es un factor de vital importancia dentro de los procesos de equilibrio interno (homeóstasis), puesto que gracias a estos procesos el organismo tiene la posibilidad de recuperar células que diariamente se pierden por desgaste natural, o por necrosis celular ocasionada por diversos factores medioambientales externos tales como infección por agentes patógenos, intoxicación por reactivos químicos, radiaciones, etc., factores que tarde que temprano afectan al organismo humano haciéndolo perder su equilibrio interno y trastornando todos sus sistemas o aparatos funcionales, indispensables para dichos procesos.

De otra parte, según J. Darwin Prockop, de la Universidad de Tulane, las células madre adultas pueden ser más adecuadas que las embrionarias de cara a la medicina reparadora, pues forman parte de un sistema natural de regeneración; lo que se ha demostrado porque cuando un tejido resulta dañando células madre de la médula ósea emigran en grandes cantidades hacia la zona lesionada con finalidad reparadora. En esta misma línea merece la pena recoger los comentarios que en una reciente revisión publicada en el British Medical Journal (322,

29-32, 2001) se hacen refiriéndose al tratamiento de la diabetes. En ella se indica que la utilización de células madre adultas de los islotes pancreáticos, se apunta como efectiva en el tratamiento de elección para los pacientes diabéticos en los próximos diez años, ya que, a juicio de los autores, tienen indudables ventajas sobre las células madre embrionarias.

De acuerdo con lo anterior, las células madre adultas generadas por la médula ósea revierten una importancia absoluta para la vida humana, teniendo en cuenta que es el centro productor de células tipo B o linfocitos B como proteínas constituyentes del sistema inmunológico humano (inmunoglobulinas) que, conjunto con las células producidas por el timo ó células T, forman un equipo determinante en pro de la defensa contra distintas enfermedades, que gracias a la acción coordinada y oportuna de este tipo específico de células el hombre puede llevar una vida sana. Por eso el estudio y aprovechamiento de este tipo de técnicas in vitro dentro de la biomedicina es fundamental para la reparación y recuperación de varios tipos de células y tejidos en el cuerpo humano.

Del mismo modo, las células madre mesenquimales pueden ofrecer una ventaja adicional sobre las células madre embrionarias, ya que al parecer aquéllas están desprovistas de los marcadores moleculares que desencadenan el rechazo inmunológico; incluso parecen capaces de inhibir la propia respuesta inmunológica. Si esto se confirmara se podría disponer de una fuente de células madre universal, sin que fuera necesario utilizar las del propio paciente. Bone Marrow Transplant (26; 627-632, 2000).

Woo Suk Hwang es el número uno del mundo en materia de células madre embrionarias; afirma que los avances serán grandiosos y tendrán su mayor impacto en términos de cantidad y calidad de vida en cuanto a la terapéutica contra el cáncer y potencialmente en una gran gama de enfermedades que hasta el momento son devastadoras.

El principal objetivo de la investigación con células madre embrionarias es evaluar su potencial terapéutico en diferentes enfermedades. El trasplante de células madre de médula ósea, por ejemplo, podría utilizarse para tratar pacientes con parálisis y obtener buenos resultados terapéuticos con células de la médula espinal. Otro tipo de células madre adultas a tener en

cuenta son las de la sangre, córnea y médula ósea, ya que presentan un gran potencial en el tratamiento de ciertas enfermedades, quizá por la facilidad con que se extraen y por la compatibilidad a las condiciones específicas del paciente. La clonación de células de la piel para el tratamiento de tumores malignos es otro de los grandes avances de la biomedicina por la facilidad de manipulación y accequibilidad que demuestran.

Sabemos que hoy en día en el hombre existen alrededor de 200 tipos diferentes de células especializadas, encaminadas a cumplir con funciones específicas dentro de cada tejido y dentro de cada órgano como parte indispensable de un sistema. Son células que por su especificidad han logrado a través de la evolución humana desencadenar una serie de reacciones fisicoquímicas que en muchas ocasiones se ven truncadas por diversas causas y que gracias a la biomedicina se pueden llegar a controlar con el uso adecuado de células madre adultas y embrionarias, encausadas a restituir varios tejidos dañados, ya sea por degeneramiento genético o por factores ajenos al organismo.

Los científicos han soñado durante mucho tiempo con retirar células de un incipiente embrión humano y persuadirlas de que lleven a cabo, en un aislamiento estéril, el milagro cotidiano que realizan en el útero: transformarse en los aproximadamente 200 tipos de células que constituyen el cuerpo humano... las células del hígado, las del cerebro, de los huesos y los nervios. (National geographic julio de 2005).

El sueño es iniciar una revolución médica en la que órganos y tejidos enfermos puedan curarse, no con agresivos aparatos mecánicos como bombas de insulina y articulaciones de titanio, sino con reemplazos vivos y cultivados ex profeso. Sería el nacimiento de una nueva era para la medicina regenerativa. Un santo grial de la biología moderna.

Pocos cuestionan la promesa médica de las células madre embrionarias. En el caso de las enfermedades cardíacas, las células madre embrionarias pueden capacitarse para formar células del músculo cardíaco que, incluso en alguna laminilla de laboratorio, se unen y laten con impresionante coordinación. Cuando estas células se inyectan a ratones y cerdos con enfermedades del corazón, reemplazan las células dañadas o muertas y aceleran la recuperación. Estudios similares sugieren

que existe potencial en las células madre para aliviar la diabetes y las lesiones espinales.

La mayoría de las células madre usadas en la investigación se extrae de embriones creados por la fertilización in vitro. Pero los científicos intentan obtener células de embriones creados con clonación terapéutica, en la que el núcleo de, digamos, una célula de piel se inserta en un cigoto cuyo núcleo ha sido retirado. De cualquier forma, tras cinco días, se transfiere la masa celular interna del embrión (con alrededor de 40 células) a un plato de cultivo que contiene células de alimentación. Cuando las células proliferan, son replantadas en nuevos platos de cultivo. Tras muchos meses, si las células madre originales se han dividido en millones de células saludables sin diferenciarse en células especializadas, se obtiene una línea de células madre embrionarias.

La capacidad de las células madre embrionarias para convertirse en cualquier tipo de célula (llamada pluripotencia) es tanto un beneficio como un problema para los científicos, quienes deben evitar que las células cultivadas maduren para luego modelar su identidad. “El gran reto de este trabajo es controlar y dirigir la diferenciación celular”, dice Douglas Melton, biólogo celular de Harvard. Indicarle a una célula que forme sangre, y a otra, tejido de hígado... ¿cuál es el secreto? Complejas combinaciones de factores de crecimiento y señales químicas y genéticas conducen un proceso que apenas se empieza a descifrar. Hacerlo es necesario para que estas terapias vayan más allá de los ratones de laboratorio.

El cuerpo adulto tiene un número limitado de células madre en tejidos y órganos; están “ocultas” hasta que son activadas por enfermedades o lesiones. No se ha demostrado que las adultas sean capaces de convertirse en cualquier tipo de célula. Quizá se limitan a formar los tipos contenidos en su tejido de origen: una célula madre adulta del cerebro puede convertirse en una neurona ó célula glial, pero no en una ósea. De igual forma, las células madre de la sangre del cordón umbilical de un recién nacido producen solo células sanguíneas. Sin embargo, hace poco se encontró que el tejido del cordón umbilical contiene células mesenquimales que pueden generar hueso y cartílago.

En general, las células madre adultas son más escasas y más difíciles de cultivar que las embrionarias, aunque se

requieren grandes cantidades para las terapias, sobretodo si se tiene en cuenta que muchas de las enfermedades que presentan diferentes pacientes están correlacionadas con el degeneramiento y necrosis celular de uno o más tejidos, ya sea de tipo muscular, nervioso, vesicular, entre otros, tejidos que difícilmente se regeneran ó que, si tienen la capacidad de hacerlo, demoran mucho tiempo y pueden ocasionar el daño progresivo de otros tejidos e incluso de diferentes sistemas encaminados a desarrollar la homeóstasis interna a nivel no sólo de las células sino de órganos, aparatos y, lógicamente, del individuo de una forma integral.

Hasta ahora sólo se ha experimentado con células madre adultas en humanos, aunque los estudios con células adultas y embrionarias avanzan a paso acelerado al buscar los científicos tratamientos para miles de enfermedades. “Este es el siglo de las células”, dice Douglas Melton, biólogo de harvard. Los resultados son preliminares, pero apuntan a una transformación de la medicina.

Se cree que las células madre adultas de la médula ósea, inyectadas a las arterias del corazón, mejoran las funciones cardiacas en víctimas de infartos o paros. En varios estudios, los pacientes con leucemia tratados con células madre de médula ósea y cordón umbilical, se han librado de la enfermedad; células madre de la sangre de donadores también han reducido el linfoma no Hodgkin, y el cáncer de páncreas y de ovario.

Las células madre adultas pueden ser útiles en la reparación del cartílago erosionado. En algunos pacientes, el dolor de las articulaciones se redujo temporalmente después de una terapia con células madre de donadores.

Ya que los implantes de tejido fetal han tenido éxito relativo en la reducción de síntomas neurológicos, algunos investigadores tienen fe en que se pueda estimular a las células madre del propio paciente para que se conviertan en productoras de dopamina.

Las investigaciones se centran en entender cómo las células madre embrionarias pueden “capacitarse” para formar el tipo de células pancreáticas que segregan la insulina. Se ha experimentado con proteínas para desencadenar la diferenciación.

EL NIÑO HOSPITALIZADO, su familia y el equipo de salud

Rosa Pabon Guerrero*

RESUMEN

La hospitalización de un menor conlleva una situación especial en la que debe involucrarse la familia y el equipo de salud con comportamientos y atenciones acordes a la psicología del desarrollo del niño, tratando de esta forma minimizar los traumas que pueden surgir como resultado de la enfermedad y de la estancia en el hospital.

El artículo pretende hacer un llamado sensibilizador al personal médico y, en especial, al profesional de enfermería con el fin de procurar brindar una atención acorde con la forma de sentir y de actuar del pequeño, estableciendo vínculos eficaces y efectivos con la familia, con el personal médico y de enfermería, así como con administradores hospitalarios y personal de apoyo interdisciplinario.

PALABRAS CLAVES

Niños hospitalizados

ABSTRACT

THE HOSPITALIZED CHILD, HIS FAMILY, THE HEALTH TEAM

The hospitalization of a child brings up a special situation which involves the family and the health team. Their attitudes and actions must take into consideration the psychological state of the child, such that they minimize the trauma which could come from his sickness and his being in the hospital. This article seeks to sensitize the medical personnel, especially the nurse, to the feelings of the child by establishing effective bonds with the family, the doctor, other nurses and with the hospital administrators and social workers.

La hospitalización de un niño, por cualquier motivo, siempre es un evento traumático para él y su familia. Los niños hospitalizados requieren más cariño y cuidados de los padres o familiares cercanos, debido a que experimentan angustia, miedo y ansiedad al haber sido extraídos de su ambiente natural en el que se desenvuelven: familia y amigos. Como consecuencia de todo esto experimenta temor a lo desconocido, intranquilidad, inseguridad y, por supuesto, temor a la muerte; a ello se añade un componente más: el aspecto académico, ya que si la enfermedad se prolonga en el tiempo, por padecer una enfermedad crónica como por ejemplo asma, diabetes, epilepsia, leucemia, etc., sienten temor por alteraciones en el año escolar. La entrada en este nuevo universo es estresante, todo es distinto; tanto el medio que le rodea (pasillos, habitaciones) como las personas con las que tiene que relacionarse (médicos, enfermeras, psicólogos, nutricionista, estudiantes, auxiliares de enfermería, quienes revestidos de un estatus especial examinan su cuerpo y lo someten a diversas intervenciones, que no dejan de ser molestas o dolorosas y con niños enfermos como él, etc.) y que, en la mayoría de las veces, lo experimenta como hostil porque se ve sometido a los cambios de horario en la alimentación, en el baño, en el sueño, las restricción que tiene para desplazarse, el reposo obligado, el malestar que siente por su enfermedad, el ruido y otras incomodidades, que ayudan a explicar el por qué para muchos niños la hospitalización se convierte en un verdadero trauma. Por todo esto se sabe que los hospitales muchas veces no son los mejores ambientes para un niño enfermo, sobre todo en departamentos como el nuestro donde las instituciones sobreviven con grandes dificultades y carencias que acrecientan la atención del menor.

Lic en Enfermería: Universidad Mariana, Esp en Gerencia de la Salud Pública convenio CES de Medellín y Universidad Mariana, Magister en Docencia Universitaria con Énfasis en currículo, convenio Universidad Pedagógica Nacional y Universidad Mariana, Tutora Acompañante VIII semestre Programa de Enfermería.

REVISTA
UNIMAR

Desde hace mucho tiempo se conoce que la permanencia en un medio institucional restrictivo como el hospital hace que el niño asuma diferentes actitudes tales como:

1. El niño hospitalizado se siente abandonado por su familia. El no entiende por qué en algunas oportunidades tiene que permanecer solo y, en estas condiciones, lo más probable es que pueda desarrollar estrés, lo que hace que las defensas bajen y sea más susceptible a adquirir otro tipo de enfermedades.
2. El niño hospitalizado se siente con dolor, desconcierto, depresión, miedo, rabia y aislamiento social. En un estudio realizado en 1.997, en el Hospital Universitario de Cartagena, se observó que el 25% de los niños menores de 6 años presentaron manifestaciones de ansiedad y depresión durante las primeras 72 horas de su hospitalización. Una segunda evaluación realizada 7 días más tarde mostró que el porcentaje de niños en quienes se observaron estos síntomas de desadaptación se elevó al 75%. Estos resultados sugieren que, contrario a lo que podría esperarse debido a fenómenos de adaptación, la alteración emocional de los niños como consecuencia de la hospitalización puede incrementarse a medida que ésta se prolonga.
3. El niño hospitalizado busca compañía y afecto de un familiar o de otra persona; de ahí que no sea raro observar que los niños se aferren corporalmente y no quieran desprenderse de cualquier persona, así sea un desconocido.

Existen numerosas observaciones sobre trastornos emocionales que se originan en los niños como consecuencia de la pérdida de contacto con sus seres queridos; entre ellos se destacan llanto prolongado, retraimiento, depresión, estrés y sentimientos de soledad, abandono o culpa. Estas alteraciones en el estado anímico del niño pueden conducir a su vez a un empeoramiento de su enfermedad física, obstaculizando gravemente el proceso de recuperación de la salud. Por lo tanto, la conclusión es siempre la misma: cuando los niños están acompañados de sus seres queridos se sienten mejor, y este bienestar anímico contribuye a una rápida recuperación de la salud física.

4. A la tristeza que acompaña al niño por la ruptura con el ambiente que le es familiar, se le une el aburrimiento, ya que el hospital es un medio carente

o pobre en estímulos; su ritmo de actividades es monótono y repetitivo; los horarios se establecen atendiendo casi exclusivamente a las exigencias de atención de la enfermedad y se olvida con frecuencia las necesidades fundamentales de los niños: su interés por jugar, aprender, movilizarse, explorar y comunicarse con otras personas de su misma edad, lo que hace aún más tediosa la estancia hospitalaria. Muchos niños expresan el deseo de tener algún juguete con que ocuparse, de escuchar la música que le gusta o de salir al aire libre. Desafortunadamente, la única alternativa que les queda es sentarse largas horas frente a un televisor.

5. El niño tiene respuestas positivas frente a la hospitalización cuando cuenta con la compañía permanente de algún familiar, y si se trata de la madre mucho mejor porque permite reforzar el vínculo afectivo y el pequeño entiende el por qué de la hospitalización, logrando así una adaptación más fácil al medio hospitalario. Si el niño entiende la hospitalización tiene mejor disponibilidad para el tratamiento.

Cuando existen efectos negativos o contraproducentes durante la hospitalización, éstos se pueden minimizar manteniendo una actitud ética frente al niño con el respeto, la búsqueda de su beneficio y el reconocimiento del derecho a alcanzar su pleno desarrollo. Por lo tanto, durante la hospitalización se debe hacer énfasis en el acompañamiento interdisciplinario, la comunicación terapéutica, la interpretación del síntoma y el signo, desde la perspectiva cultural de la familia, la interrelación y la reivindicación del vínculo afectivo como facilitador de la recuperación y efecto protector frente a la enfermedad y a la recurrencia. Posterior a la estancia hospitalaria, la estrecha colaboración con padres, familiares, amigos le ayuda a reincorporarse con menos traumatismos a sus actividades cotidianas, recuperando su capacidad y su bienestar.

Aunque el niño cuente con el equipo multidisciplinario para su manejo intrahospitalario, es indispensable que el personal de salud, especialmente el profesional de enfermería, esté pendiente del tratamiento, de los medios de diagnóstico, de la evolución de la enfermedad y de las complicaciones que se puedan presentar a largo plazo, como estrategia de la reducción del temor del niño y de la familia.

En nuestros hospitales se debe sensibilizar mucho ante lo que viven los niños cuando se enferman y tienen

que ser internados. Sólo intentando comprender sus sentimientos podrá lograrse una mejoría real de la calidad de la atención que se le brinda, una atención que responda adecuadamente a todas sus necesidades y sea consecuentemente respetuosa de sus derechos.

Anticiparnos a la enfermedad incluye dos frentes de trabajo: las infecciones intrahospitalarias que emergen favorecidas por el estrés de la hospitalización o por el choque de la noxa biológica y de la desadaptación social sobre el niño, y las enfermedades adquiridas en el hospital por una disminución en la capacidad de mantenerse sano.

Nuestra estrategia como personal de enfermería en el primer frente se apoya en la prevención, que aunque tiene tres niveles, nos concentraremos en la prevención secundaria en la cual, utilizando la estadística y la semiología, podremos construir unos indicadores tempranos de enfermedad, de alta sensibilidad e inespecíficos, tamizando así los niños hospitalizados en casos probables y en no probables; en los primeros se confirmaría el diagnóstico médico con signos y síntomas específicos y exámenes específicos de laboratorio, contribuyendo a un diagnóstico precoz de las patologías, confirmando casos tempranamente para disminuir así la morbimortalidad en los hospitalizados.

En el segundo frente la estrategia más efectiva sería la prevención primaria de enfermedades adquiridas durante la hospitalización (infecciones, iatrogenia, psicosociales) evitando la exposición a agentes patógenos mediante la disminución de la estancia hospitalaria, el incremento en la atención ambulatoria de enfermedades que así lo ameriten, y la prestación de servicios más acordes con la realidad sociocultural, política, económica y científico-técnica de la región.

Por ello, en la lógica de la atención hospitalaria integral del niño hospitalizado, es necesario el manteniendo de la condición psicológica y emocional para la completa recuperación biológica, psicológica y social del niño.

Por último, el personal de enfermería debe estar capacitado para brindar asesoría sobre los derechos del niño hospitalizado, sobre acceso a los servicios de atención en salud, y sobre todo lo relacionado con maltrato infantil y educación en salud.

Las condiciones de salud del niño hospitalizado hacen que pueda existir algún grado de limitación en el desarrollo integral del mismo, comparado con otro sano, lo cual quiere decir que no pueda seguir con su vida cotidiana;

por lo tanto el profesional de enfermería no es el único encargado de propender por una mejor calidad de vida en el niño hospitalizado; por el contrario, es trabajo de todo el equipo de salud responsabilizarse de brindar una atención holística al niño.

Manejar una patología, motivo de la estancia hospitalaria, apoyar a un niño enfermo y consolar a una familia, brindar una atención de enfermería humanizada ayudando a vivir a pesar del sufrimiento, no dejando agotar la esperanza de un Dios bondadoso, ecuánime, justo y amoroso, es en suma, un abordaje coherente que pretende mejorar la calidad de vida de un niño hospitalizado.

Por otra parte, la presencia de los padres y/o familiares en las áreas de hospitalización pediátrica mejora notablemente la recuperación de la salud del niño. Aspectos psicológicos, nutricionales, sociales y físicos se observan notablemente beneficiados impactando no sólo en la eficaz recuperación integral del infante, sino en la disminución de los días de estancia y de los costos hospitalarios. Esto último es de enorme importancia para gerentes y administradores, cuyos parámetros de evaluación hospitalaria se centran en días de estancia, rotación de camas y costos / paciente / día / mes.

En el hospital Infantil Los Ángeles de la ciudad de San Juan de Pasto, Nariño, como en otros centros hospitalarios del país, existe como política la permanencia de alguno de los familiares cercanos al niño durante el tiempo de hospitalización, durante el día y la noche, contribuyendo de esta manera a disminuir el temor del niño hacia el lugar, ante el personal y ante los procedimientos que le son extraños, haciendo eco a los beneficios que esta política brinda.

En este orden de ideas, cuando se requiere hospitalizar a un niño se debe tener en cuenta aspectos importantes como la edad del niño, ya que no es lo mismo la situación anímica de un niño de tres años, que es más apegado a sus padres y que, por lo tanto, es más vulnerable a sufrir tensiones de ansiedad y miedo, en quienes se observa inquietud, llanto y desesperación, que la de un niño escolar de ocho o nueve años que, además de presentar inquietud, expresa una sensación de pérdida de los impulsos que ha logrado alcanzar en el transcurso de su desarrollo, sobre todo cuando tiene que renunciar a la libertad de manejar su cuerpo y tiene que permitir que se le vista, se le desvista, se le alimente, se le limpie y se le bañe, además de tener que ser apoyado para orinar o evacuar, y la de un niño adolescente que tiene un mayor control de sus emociones.

El tiempo de hospitalización a medida que pasan los días este tiempo, se convertirá en uno de los factores más negativos para la estabilidad emocional del niño, desarrollándose un grado de ansiedad mayor, apareciendo el nerviosismo y la apatía por todo. Esta situación puede provocar, tanto en el niño como en los padres, un estado de rebeldía y de enfrentamiento a todo y a todos, situación que debe corregirse rápidamente, incorporando los medios adecuados para ello y tratando de disminuir las actitudes negativas surgidas.

El tipo de patología. No es lo mismo la situación a la que se enfrenta un niño que ingresa con un problema de trauma o quirúrgico, por ejemplo, que un niño que tiene problemas oncológicos o una enfermedad crónica. La respuesta es muy diferente tanto por parte del niño como por parte de la familia y de la sociedad, y en función de lo anterior poder determinar si la hospitalización será de corta, mediana y larga estancia; en este punto nos corresponde a los profesionales de enfermería dar una información lo más clara posible que ayude a disminuir el miedo y la ansiedad del niño, del adolescente y los padres, ya que todos están muy preocupados por lo inesperado, lo desconocido y, sobre todo, que los lleva a elaborar una gran cantidad de fantasías.

El tratamiento que debe recibir, como en el caso de quimioterapia, radioterapia, etc., desencadena efectos adversos distintos que se deben tener en cuenta en el momento de brindar el cuidado al niño, sobre lo cual se debe educar a los padres, porque en la época escolar, cuando se reciben medicamentos oncológicos, la actividad intelectual disminuye notablemente. Además, cuando se trata de padecimientos crónicos que ameritan varias hospitalizaciones y tratamientos prolongados y dolorosos, y que pueden alterar la imagen corporal, es fundamental contemplar el apoyo psiquiátrico y psicológico, tanto para el niño como para su familia, como una forma de disminuir la ansiedad que provoca este tipo de padecimientos. La familia de los niños que padecen enfermedades crónicas también debe experimentar un proceso de adaptación a la hospitalización porque esta puede desencadenar un desajuste emocional, apareciendo tensiones relacionadas con la situación laboral, pérdida del empleo por ejemplo, atención a los hermanos del niño que muchas veces quedan en un segundo plano, agravando aún más el conflicto familiar ya existente.

De otra parte surge una preocupación, principalmente en la madre: ¿cómo actuar, o qué hacer cuando el niño se muestra distante o enojado con ellos? Este enojo tiene que ver con las emociones del niño al sentirse abandonado por

los padres en los momentos que ellos tienen que retirarse para comer, bañarse, cambiarse, o bien para atender a los otros hijos cuando es una familia numerosa. Ante esto, un manejo oportuno es tratar de tolerar y contener este tipo de reacciones, ya que hay ocasiones en que la mamá se desconcierta al observarlas y no sabe cómo actuar por lo que a veces se molesta y, como respuesta, puede incurrir en amenazas relacionadas con el abandono, o bien con anuncios de procedimientos médicos o de enfermería que no ocurrirán en breve, refuerzos negativos que no se debe asumir por cuanto repercute en el desarrollo del niño y en la evolución de la enfermedad.

Por lo expuesto, es importante conocer todas las reacciones del niño, del adolescente hospitalizado y de su familia para hacer menos difícil la hospitalización y evitar que se convierta en un trauma, para que la estancia hospitalaria sea agradable y para que la recuperación de la salud física sea más rápida, convirtiéndose de alguna manera en una experiencia enriquecedora, educativa y de madurez para todos los involucrados en este proceso.

BIBLIOGRAFIA

Correa M, Correa A. El vínculo niño-equipo terapéutico. Su papel protector en enfermedades crónicas en *Pediatría* 1997; 32(1).

Campo, Molinillo y Escallón. Trastorno de adaptación en niños hospitalizados. *Revista de Pediatría* 1997.

Duran E, Jaramillo J, Peñaranda C y Urquijo I. Avances en la humanización de los servicios de hospitalización pediátrica. *Tribuna de los derechos de los niños. Boletín trimestral de DNI-Colombia* 4(9): 39-52.

Duran, Jaramillo J. Peñaranda. La hospitalización infantil. Una visión desde la convención Internacional sobre los Derechos del niño. *Tribuna de los derechos de los niños. Boletín trimestral de DNI – Colombia* 4(9): 9 – 20.

Kaplan F y Sadock. Reacciones de los niños a la enfermedad, la hospitalización y las intervenciones quirúrgicas. *Compendio de Psiquiatría*. Salvat Editores, Barcelona 1975; 663-6.

www.comité.bioética.org.

www.hospitalgarraham.org

www.unicef.org.

REFLEXIONES SOBRE LA ATENCIÓN HUMANIZADA FRENTE AL PACIENTE MORIBUNDO.

Afrontamiento del proceso de la muerte por parte de la familia y el Profesional de Enfermería



Isabel Cristina Pabón Silva*
Vilma Tamara Ortiz Nievas**

RESUMEN

La muerte es un hecho que sucede con frecuencia en hospitales y otras instituciones asistenciales.

Muchos estudiantes de enfermería tienen su primer contacto con la muerte durante su experiencia clínica en instituciones de salud, sin estar preparadas para enfrentarse a esta situación.

Todo ser humano en sus últimos momentos de vida necesita estar acompañado, al igual que sus familiares, quienes con dolor e impotencia esperan la partida de su ser querido. Es ahí donde el profesional de enfermería, siendo conciente de las necesidades del moribundo y su familia, debe actuar en forma humana y respetuosa con gran amor y dedicación con el fin de contribuir a que esta situación tan dolorosa sea apaciguada con el apoyo moral que le pueda brindar consuelo y aceptación del proceso de la muerte.

Al vivenciar el profesional de enfermería esta situación, se puede ver afectado emocionalmente, siendo necesario la ayuda y el apoyo de sus colegas, quienes con su experiencia enriquecedora le ayuden a afrontar el proceso del duelo.

PALABRAS CLAVES

Proceso de muerte
Atención humanizada
Afrontamiento

ABSTRACT

PROPER TREATMENT OF THE DYING PATIENT. A DISCUSSION OF THE DYING PROCESS AS IT AFFECTS THE FAMILY AND THE NURSE.

Death is a sudden and frequent fact that occurs in hospitals and other assistance institutions. Many nursing students have the first contact with death during their clinic experience in health institutions without being prepared to face this situation.

Both, the moribund and family members need support in the last painful moments of agony. This is the proper situation for a nurse to be aware of these people and to take. An active part with respect, a great feeling of love and devotion all this with the purpose of alleviating the painful situation, offering moral support and helping to accept the process of death.

As a result of living these traumatic situations, the nurses can result emotionally affected and need their colleagues' support who with an enriching experience help them to face the process of sorrow and mourning.

* Enfermera Universidad Nacional de Colombia, Paciente Crítico Cardiovascular Heart Internacional Hospital La Tour Ginebra Suiza.

** Enfermera Universidad Mariana, Esp. Enfermería Materno Perinatal, Universidad del Valle, Esp. Docencia Universitaria Universidad de Nariño.

KEY WORDS:

Death process, Humane attention,
Acceptance

El proceso de la muerte, así como la vida de un individuo, es algo personal. Uno de los problemas principales para comprender la muerte es que en la cultura occidental se trata de un tabú y una experiencia poco familiar. En otras culturas como la oriental es un hecho que hay que celebrar por cuanto consideran que la muerte es el nacimiento a otra nueva vida.

La muerte es un hecho que sucede con frecuencia en hospitales u otras instituciones asistenciales. La muerte es una experiencia nueva y extraña que no afecta a la mayoría, teniendo el concepto que esta se presenta más en la vida adulta que en edades tempranas.

Muchas estudiantes de enfermería tienen su primer contacto con la muerte durante su experiencia clínica en instituciones hospitalarias sin estar preparadas para enfrentarse a esta situación.

La simple idea de la muerte es atemorizante e incluso insoportable para muchos. Sin importar las creencias religiosas, para cualquier persona es difícil imaginarse fuera de este mundo. Los profesionales de enfermería tienen un compromiso profundo con la vida y la salud. Los pacientes moribundos representan una contradicción directa con dicho compromiso. En ocasiones, el personal médico y de enfermería reacciona ante ellos como si representaran el fracaso de su asistencia y conocimientos. Aunque no pueda hacerse nada para revertir el proceso, los pacientes moribundos y sus familiares pueden recibir ayuda durante los últimos días de los mismos.

A fin de ayudar de manera óptima al paciente moribundo, los profesionales de enfermería deben analizar sus propios sentimientos y opiniones acerca de la muerte. Un principio básico a tener en cuenta es que los pacientes son individuos que merecen tratarse con respeto y dignidad, sin importar sus antecedentes o estado.

Sin embargo, diversos estudios han mostrado que los valores sociales determinan las reacciones ante los moribundos. Factores como la edad, atractivo, situación socioeconómica y los logros que él haya tenido,

influyen en la atención que se le brinde al paciente, obteniéndose un servicio de buena calidad o abandono durante la agonía. Frecuentemente los profesionales de enfermería constituyen el vínculo más importante de los moribundos con la vida; les brindan comodidad física y apoyo emocional. **iNo olvidemos que la atención de los moribundos abarca el aspecto emocional, siendo éste el más importante en este momento!** Los profesionales que trabajan en áreas en que es común la muerte (UCI, Urgencias, servicio de oncológica etc.) necesitan compartir sus sentimientos y reacciones con otros a fin de obtener el apoyo necesario y enriquecerse con las experiencias de los colegas, de tal manera que contribuya a fortalecer la parte humana que nuestra profesión debe tener y acrecentarla día a día alejándonos de la cruel insensibilidad que en algunas ocasiones se convierte en una vergonzosa característica del personal de salud, catalogando este momento como una situación sin trascendencia, sólo sensibilizándonos cuando forma parte de un hecho que toca a nuestra familia, siendo ahí cuando como personal de salud exigimos se nos trate humanamente olvidando que nosotros tal vez no lo hemos hecho.

Con el fin de contribuir a dar una atención más humana, es importante tener en cuenta que las personas enfrentan la muerte de diversas maneras. Según Kübler-Ross (1969),¹ las respuestas emocionales de quien enfrentan la muerte se clasifican en cinco etapas:

1. **NEGACIÓN Y AISLAMIENTO:** El reconocimiento y la aceptación de que la muerte ocurrirá pronto es algo difícil; las reacciones comunes consisten en aislarse hasta que se activan otros mecanismos de defensa. La negación permite conservar la esperanza de continuar existiendo. Con frecuencia los pacientes aceptan que están muriendo pero sus familiares continúan negándolo; esto demora la comunicación de preocupaciones. La negación del aislamiento se interrumpe cuando el paciente empieza a hablar acerca de los asuntos que deja pendientes (cuestiones personales, situaciones económicas y disposiciones varias que ha tomado respecto a su conyuge, hijos y otras personas).

¹ SUDDART Y BRUNNER Enfermería Médico Quirúrgica
Vol.1 7a. Ed. Pág. 160

2. **IRA:** La siguiente emoción que se expresa es la ira; no es preciso responder al paciente cuando hace la pregunta “por qué yo?,” pero puede ayudársele brindándole apoyo y compañía.

La conducta de los enfermos en esta fase es difícil porque nada de lo que puede hacerse parece agradable. Las profesionales deben esperar que ocurra esta expresión de ira y no tomarla como algo personal. Los pacientes con frecuencia desean manifestar su enojo e impotencia. Una vez que ventilan estos sentimientos pueden pasar a la etapa siguiente.

3. **NEGOCIACIÓN:** La negociación es una fase de adaptación de la muerte, en la que el moribundo trata de “llegar a un arreglo”. Es usual que este sea con Dios, el médico o el profesional de enfermería: “sólo quiero vivir hasta la boda de mi hijo. Después podré morir”. Si es posible, deben satisfacerse los deseos del paciente.
4. **DEPRESIÓN:** El impacto pleno de lo inevitable es evidente en esta etapa. Los mecanismos de defensa ya no son eficaces; la gente siente y expresa tristeza y angustia mediante el llanto, buscando el apoyo de parientes y enfermeras. La resolución de esta fase lleva tranquilamente a la etapa final.
5. **ACEPTACIÓN:** Es una fase de relativa paz. El paciente parece estar en una fase de recuerdo del pasado y contemplación del futuro desconocido. Es frecuente que no hable mucho pero que desee que otras personas estén cerca. Si se alivia el dolor, en caso de estar presente, la persona que ha aceptado la muerte con frecuencia desea el consuelo de tener contacto con los seres importantes en su vida.

A lo largo de nuestras vidas hay eventos que dejan huellas imborrables en la mente y en el tiempo de cada uno de nosotros sucesos memorables que en ocasiones llenan de júbilo a quienes son partícipes, llevándolos al deseo de celebrar, obviamente en compañía de los seres queridos (familiares y amigos) y, por qué no, de quienes de una u otra manera han sido parte de dicho momento; es el caso de la llegada de un nuevo ser a la vida y a cotidianidad de una familia, la cual, con el apoyo del personal médico y

de enfermería acompañarán a la futura madre en el arduo proceso del parto. De la misma manera, existe necesidad de la presencia de familiares, amigos y allegados que hagan compañía al paciente terminal, al adentrarse en el desconocido e inquietante mundo del más allá.

El ser humano por naturaleza es sociable. Desde el principio de sus días, con su llanto reclama la compañía de un ser querido que le dé la seguridad para emprender el largo camino de la vida. Así mismo, cuando se encuentre un paciente cercano a la muerte en la soledad de una lúgubre y fría habitación de un hospital, lo último que desea es estar solo.

La mayor necesidad que reclama es la presencia de sus seres queridos que le den fortaleza para dar ese paso tan difícil. Al sentir que deja a personas que en ocasiones, aún dependen de él con el fin de partir en paz sin dejar nada pendiente en este mundo, el enfermo terminal siente que debe encontrarse con aquellas personas con quienes desea reconciliarse y manifestarles su sentir, así como dejar en claro sus asuntos.

Por tal motivo nosotros como personal de enfermería siendo conscientes de las necesidades del moribundo, debemos propender por conseguir que los familiares tengan acceso al ser querido que pronto partirá.

A fin de ayudar de manera óptima al paciente moribundo, los profesionales de enfermería deben analizar sus propios sentimientos y opiniones acerca de la muerte. Un principio básico a tener en cuenta es que los pacientes son personas los cuales deben tratarse con respeto y dignidad, sin importar sus antecedentes o estado.

En el momento desafortunado en el que se produce la muerte los familiares presentan sufrimiento. La ayuda a las personas que presentan dolor es una parte triste e inevitable de la profesión de enfermería. Es un deber humanitario ayudar a enfrentar al moribundo y a su familia el proceso natural que todos debemos experimentar.

Labor difícil de el profesional de enfermería cuando se le encomienda informar a los familiares lo ocurrido, siendo en este momento el apoyo compasivo lo que puede ayudar a sobrellevar la situación.

Para contribuir al paciente terminal y a su familia a afrontar

el proceso de la muerte con dignidad, es importante tener en cuenta algunas pautas a seguir:

- Cuando comuniquemos el hecho a los familiares debemos hacerlo en forma clara. Se debe evitar los términos muy complicados, ya que esto puede confundir más a los familiares. Incluso cuando se habla simplemente de la muerte ellos pueden estar en estado de shock emocional de manera que no entienden lo que se les dice. Debemos estar atentos a responder cualquier pregunta.
- Es necesario respetar los derechos de los familiares al estar junto al paciente que va a fallecer. La muerte no es siempre predecible, pero al avisar a la familia que esta puede suceder en cualquier momento se les da la oportunidad de asistir al paciente, observarlo y empezar a aceptar su muerte, así como de tener los últimos recuerdos imborrables del ser querido.
- Mantener un ambiente privado y tranquilo para que se puedan despedir; este ambiente les facilita expresar sus emociones en una forma más desinhibida y aceptar su muerte.
- Si en ese momento nosotros no sabemos qué decir, debemos permanecer en silencio, pero siempre con una actitud de apoyo. Al estar presentes como profesionales de enfermería, indicamos que todavía estamos disponibles para continuar con la asistencia y prestar ayuda en todo lo que esté a nuestro alcance.
- Se debe respetar las creencias culturales y religiosas de la familia y darles la oportunidad para que puedan realizar sus ritos y oraciones. Los familiares pueden estar con el cuerpo el tiempo que ellos requieran, vestirlo, arreglarlo; este contacto físico con el cuerpo puede ser una ayuda terapéutica importante.
- Debemos estar pendientes de la aparición de molestias físicas en los familiares, como náuseas, disnea, lipotimias, cefaleas y otras. El haber estado sometidos a situaciones muy estresantes por el sufrimiento, hacen que se exacerbén enfermedades ya presentes como son las cardiopatías, diabetes etc. Si alguno de

los familiares presenta algún trastorno debemos atenderlo de inmediato.

- Es necesario ayudar a los familiares a recoger los efectos personales del fallecido.
- Cuando un recién nacido fallece se debe animar a la familia a que lo coja y lo atienda. Se les debe entregar por ejemplo una copia de sus huellas plantares, o de una fotografía, si la hay, para reforzar el hecho de su breve existencia. No es aconsejable ofrecer falsos consuelos, diciendo que la muerte ha sido lo mejor que pudo haber sucedido o de que una pareja joven puede sustituir al niño que acaba de morir.
- Cuando entre los familiares se encuentra algún niño, puede surgir la pregunta inevitable como "¿yo también me voy a morir?". Se debe dar respuesta en forma clara de tal manera que el niño pueda entender.
- La familia debe estar en contacto con el personal del servicio donde falleció el ser querido, con el sacerdote, así como con grupos de autoayuda, debido a que todos ellos pueden contribuir a superar el sufrimiento.
- En algún momento de nuestra vida profesional, toda enfermera (o) se va a ir a enfrentar a una muerte que va a ser difícil de aceptar. Es posible que ese paciente nos recuerde a alguien querido, o quizá esa muerte no fué tranquila sino con mucho sufrimiento. No debemos rechazar nuestros sentimientos en esos momentos, ya que los procesos de duelo no resueltos pueden manifestarse con síntomas de agotamiento como fatiga, insomnio, cefalea o la sensación de que no fuimos muy competentes en la atención que se le brindó al paciente. Debemos discutir estas experiencias con los compañeros para que juntos superemos el proceso del duelo.

BIBLIOGRAFIA

Revista NURSING año 2003 noviembre pagina 19.

Enfermería médico quirúrgica BRUNNER Y SUDDARTH
7ma Ed. Volumen 1 pag. 160.

*Las malas noticias
y el sufrimiento por
un fallecimiento
pueden constituir una
parte dolorosa de la
profesión de enfermería.
El conocimiento del
proceso es útil para
superar nuestras
propias emociones
y para ayudar a las
familias durante estos
dolorosos momentos,
contribuyendo de
una u otra forma a
sobrellevar este hecho
inevitable por el que
todos pasaremos.*



INCIDENCIA DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS EN MAYORES DE 15 AÑOS QUE ASISTIERON A CONSULTA EXTERNA en las diferentes insituciones de salud del municipio de Ipiales en el período Marzo de 2003 a Marzo de 2004

Mayelly Tibaduiza Garcia*
Marisol Popayan**
Alvin Quiñones***
Carlos Orlando Paredes Villota****

RESUMEN

La investigación pretendió determinar la incidencia de Sintomáticos Respiratorios mayores de 15 años que asistieron a Consulta Externa en las diferentes Instituciones de Salud del Municipio de Ipiales, tales como IPS Municipal, Hospital Civil, Saludcoop, IPS Acizi, Cruz Roja, IPS Mas Salud y Vida, donde se muestra la delicada problemática que se vive en este municipio con el llamado Bacilo de Koch, pues a pesar del uso de antibióticos y el éxito de las campañas de vacunación, se siguen presentando casos de Tuberculosis.

Entre las enfermedades infectocontagiosas bacterianas, encontramos que la Tuberculosis ocupa un lugar considerablemente significativo en los problemas de Salud Pública del país, a pesar de que existen medios preventivos para evitar su incremento en la comunidad, ésta se propaga sin el cuidado necesario de los entes receptores de primera instancia; así mismo, la Tuberculosis es una enfermedad que sigue siendo, hoy en día, la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo. Se estima que anualmente más de 500.000 muertes en la población infantil y más de 2 millones de muertes en la población adulta están afectando el desempeño de roles ocupacionales.

La importancia de este estudio, radicó en la focalización y captación de Sintomáticos Respiratorios para contribuir con la aplicación rigurosa de las políticas de atención a esta problemática de salud que, aunque existiendo en Colombia un programa de Tuberculosis que basa sus

actividades en la promoción, diagnóstico y tratamiento de los enfermos de Tuberculosis Pulmonar, no se está cumpliendo con las normas y protocolos de atención allí contempladas. De igual forma, pretendió influir en el perfil epidemiológico y el cuidado de la salud pública en este municipio del departamento.

El presente estudio nos permitió establecer claramente la relación existente entre los factores de riesgo con la sintomatología respiratoria, destacándose los siguientes aspectos:

- En el estudio, se concluye que la relación existente entre los factores de riesgo y la sintomatología respiratoria que desarrollaron los pacientes que asistieron a consulta externa fueron directamente proporcionales. Y el género de mayor afectación fue el sexo femenino, con un porcentaje de 59%; las edades en las que se encontró la mayor incidencia se ubica en el rango de edad de 35 a 44 años.

* Terapeuta Ocupacional: Directora Programa Académico Terapia Ocupacional, Universidad Mariana de Pasto. Especialista en Gerencia de la Salud Pública, Centro de Estudios Superiores CES Medellín

** Enfermera: Enfermera Hospital Universitario Departamental Nariño (CSEPROENSA). Especialista en Gerencia de la Salud Pública, Centro de Estudios Superiores CES Medellín.

*** Medico: Director Local de Salud Ipiales. Especialista en Gerencia de la Salud Pública, Centro de Estudios Superiores CES Medellín.

**** Medico: INPEC Mujeres. Especialista en Gerencia de la Salud Pública, Centro de Estudios Superiores CES Medellín.

- Los factores de riesgo de mayor predisposición para adquirir la sintomatología respiratoria fueron, en orden de importancia, los siguientes: medio ambiente, con un 93%, hábitos higiénicos con un 84%, hacinamiento con el 68% y las alergias con el 59%.

PALABRAS CLAVES

Bacilo de Koch, Tuberculosis, Sintomático Respiratorio, Salud Pública, Micobacterias, Incidencia, Aeróbicas.

ABSTRACT

In the present study, based on data from different health institutions, it is found a deterioration in the performance of TB control.

This paper looks at the reasons to treat tuberculosis (TB) from an epidemiological, economical, and human rights point of view, explores issues as stigma and poverty in relation to TB. It then studies what can be done in the field by the different institutions such as the public health system, private sector and the community.

It is estimated that in a year 500.000 people will progress from tuberculosis (TB) infection. TB related illness and deaths cause of millions of potentially and productive years of life.

According to a statistical analysis, women are perceived to get TB more than men. We also found a significant and negative correlation between some risk factors, factors associated with identifying tuberculosis contacts, taking into account individuals older than fifteen years.

INTRODUCCION

El propósito de este estudio fue contribuir con estrategias nuevas e innovadoras para el seguimiento de los programas de Tuberculosis de las diferentes IPS del municipio, a través de una propuesta puntual para la prevención y control en la aparición de nuevos casos de Tuberculosis. Para esto

se hizo necesario establecer un Objetivo general en el estudio, el cual buscó: Determinar la incidencia de Sintomáticos Respiratorios de 15 años que asistieron a Consulta Externa en las diferentes instituciones de Salud del Municipio de Ipiales en el periodo Marzo de 2003 a Marzo de 2004, para establecer factores atribuibles y estrategias de promoción y prevención que permitieran cumplir con las metas proferidas por el Ministerio de Protección Social. Así mismo se determinaron unos específicos: -Determinar los factores socio demográficos (procedencia, edad, escolaridad) en mayores de 15 años que presentaron sintomatología respiratoria, el segundo buscó determinar los factores de riesgo directamente relacionados con la adquisición de sintomatología respiratoria y por último el diseño de una propuesta de prevención y atención en el manejo de pacientes sintomáticos respiratorios mayores de 15 años que asistieron a Consulta Externa en las diferentes instituciones de salud del municipio de Ipiales en el periodo Marzo de 2003 a Marzo de 2004, tendientes a controlar la enfermedad y disminuir la mortalidad.

El marco teórico que soportó el problema de investigación se centró en el análisis de estudios similares y estadísticas sobre esta problemática en un contexto globalizado.

La tuberculosis continúa constituyendo un serio problema de salud en la Región de las Américas, donde cada año se notifican cerca de 250.000 enfermos y fallecen alrededor de 20.000 por esta causa. Según la Organización Mundial de la Salud, Colombia se ubica en el rango de 50 a 99 casos por 100.000 habitantes aunque para el 2002 la incidencia notificada fue de 26.2 por 100.000 habitantes.

En relación con esta información y al estudio que nos convoca, se conoce un estudio sobre la Prevalencia de Sintomáticos respiratorios, de infección y enfermedad tuberculosa y sus factores asociados: en la población Mitú, Vaupés, del 2001, en el cual su objetivo era medir la proporción de sintomáticos respiratorios en la población, la prevalencia de casos de tuberculosis, de vacunación con BCG y la frecuencia de infección con *Mycobacterium tuberculosis*. Se incluyeron en el estudio 165 viviendas elegidas aleatoriamente por medio de un muestreo por conglomerados ($n=20$ conglomerados) y se encuestaron 972 personas. La prevalencia de sintomáticos respiratorios fue de 3.6% (IC95%: 2.6-4.9%) mientras que la vacunación con BCG fue de 94%. Las personas vacunadas tenían una prevalencia menor de síntomas respiratorios (OR=0.37:

IC95% 0.15-0.95). La prevalencia de tuberculosis fue de 1.4% y se encontró que las personas con cicatriz de BCG tenían tres veces menos probabilidad de haber tenido tuberculosis (OR=3.3; IC95% 1.0 – 14).

Estos hallazgos permitieron sugerir al grupo de investigadores que la proporción de sintomáticos respiratorios que el Programa Control de Tuberculosis tiene como meta de búsqueda (10%), debe ser actualizada mediante una investigación operativa nacional. Asimismo, refuerzan la necesidad de lograr buenas coberturas de vacunación con BCG en poblaciones endémicas.

Este tipo de estudios muestran claramente las debilidades que se evidencian en el manejo del Programa de Tuberculosis pues si bien estos resultados no son tan altos comparándolos con estudios realizados en países no latinoamericanos como Indonesia (3.7%), Uganda (4.1%) no se descarta que no se este haciendo una adecuada captación de los sintomáticos respiratorios así como un reporte inmediato del sintomático por desconocimiento y permitiendo por consiguiente que los datos no sean tan veraces.

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación

El tipo de investigación es descriptivo, ya que presenta los datos de Sintomáticos Respiratorios relacionados con diagnóstico de Tuberculosis en el municipio de Ipiales en personas mayores de 15 años que asistieron a Consulta Externa de las diferentes instituciones de salud del municipio. Es un estudio retrospectivo porque se canalizan los casos presentados en el periodo Marzo de 2003 a Marzo de 2004.

Muestra

De 600 sintomáticos respiratorios que asistieron a Consulta externa en las instituciones de salud del municipio de Ipiales relacionadas a continuación; se les tomó muestras de esputo para baciloscopia. De los cuales 234 pacientes que equivalen al 30% son la muestra de estudio para esta investigación durante el periodo Marzo de 2003 a Marzo de 2004.

TABLA 1. RELACIÓN POR SEXO DE LA MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

SEXO	MUESTRA TOTAL		MUESTRA INVESTIGACION	
HOMBRES	280	46.6%	97	41%
MUJERES	320	53.3%	137	59%
TOTAL	600	100%	234	100%

TABLA 2. PACIENTES SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS CON EXAMEN DE BACILOSCOPIA.

INSTITUCIONES DE SALUD IPIALES	SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS	BACILOSCOPIAS TOMADAS	PROMEDIO
IPS Municipal	133	375	2.8
Hospital Civil	38	95	2.5
PS Mas Salud y Vida	12	32	2.6
Saludcoop	21	54	2.5
IPS ACIZI	18	39	2.1
Cruz Roja	12	26	2.1
TOTAL	234	621	2.6

Las técnicas utilizadas para la recolección de información fueron la **encuesta estructurada**: esta permitió obtener datos importantes para el estudio realizado; datos de identificación, Evolución de sintomatología, inmunización, factores de riesgo y antecedentes patológicos, fue aplicada por enfermera encargada del programa de TBC, auxiliares de enfermería de cada IPS y promotoras de salud pertenecientes a la Red municipal durante la Consulta Externa de las diferentes instituciones anteriormente mencionadas y su aplicación duró aproximadamente 30 minutos, los días lunes, jueves y viernes en el horario de 6:30 am a 10:00 am. **Las Historias Clínicas**: fueron revisadas para verificar la información obtenida en las encuestas y de igual forma facilitó el seguimiento y control del proceso infeccioso. Los parámetros tenidos en cuenta fueron: motivo de la consulta, antecedentes personales y familiares, evolución, tratamiento y pruebas diagnósticas como la baciloscopia seriada.

El procedimiento para la recolección de la información en este estudio se hizo a través de los datos obtenidos en la encuesta estructurada, la revisión de las historias clínicas y los registros de baciloscopias tomadas. Una vez diligenciadas las encuestas y revisados los registros pertinentes se procedió al análisis e interpretación de los resultados para determinar la incidencia de Sintomáticos Respiratorios en mayores de 15 años que asistieron a consulta externa en las diferentes instituciones de salud, para esto se tuvo en cuenta la descripción general de la muestra seleccionada y posteriormente se realizó un cruce de las variables más significativas para el despeje del problema y los objetivos planteados en la investigación.

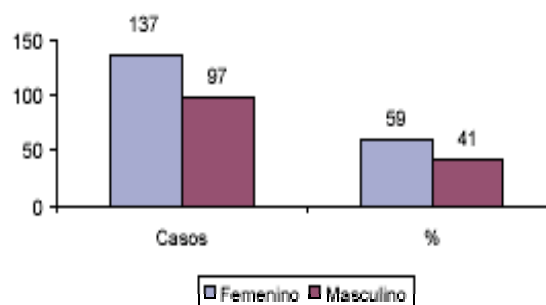
Una vez obtenidos los datos se realizó el respectivo análisis de los resultados a través del programa informático EPI-INFO versión 6.0. Toda la información contenida en este documento fue procesada en un equipo con el sistema Operativo Windows 98 y las gráficas fueron diseñadas en el programa Microsoft Excel.

RESULTADOS

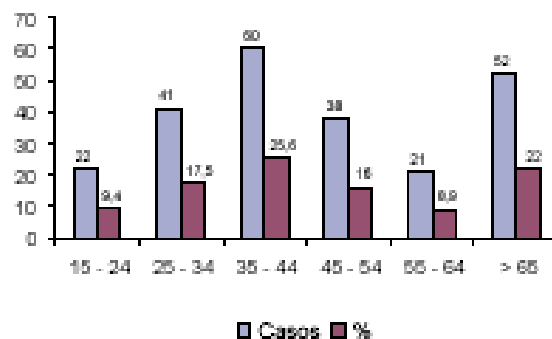
El presente estudio permitió establecer claramente la relación existente entre los factores de riesgo con la sintomatología respiratoria que desarrollaron los pacientes que asistieron a consulta externa en las diferentes instituciones de salud del municipio de Ipiales en el periodo marzo 2003 a marzo del 2004. De lo cual

se concluyó:

- Que el género de mayor afectación por la Sintomatología Respiratoria fue el Femenino con un porcentaje del 59 %.



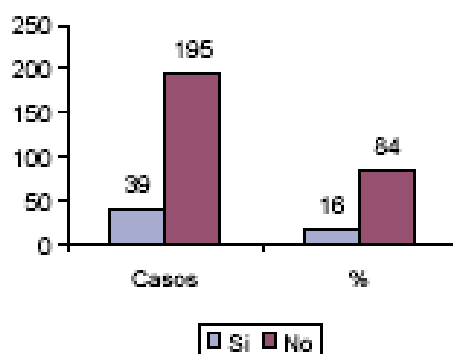
- La mayor incidencia de sintomáticos respiratorios se ubica en el rango de edad de 35 a 44 años, siendo esta la población potencialmente más productiva del municipio.



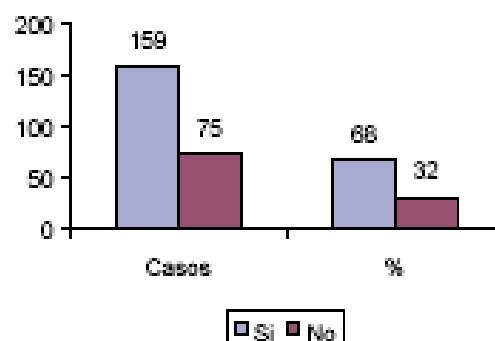
- Los factores de riesgo de mayor predisposición para adquirir la sintomatología Respiratoria fueron las Alergias (59%), el Ambiente (93%), el Hacinamiento (68%), y los Hábitos higiénicos con (84%).

- La zona de mayor procedencia de los sintomáticos

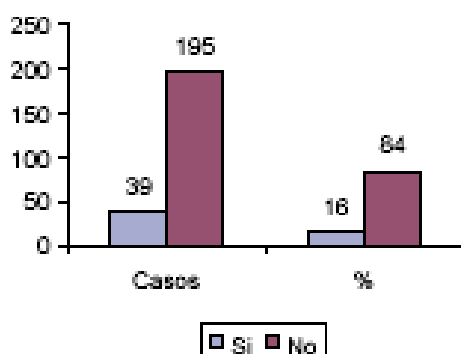
HABITOS HIGIENICOS



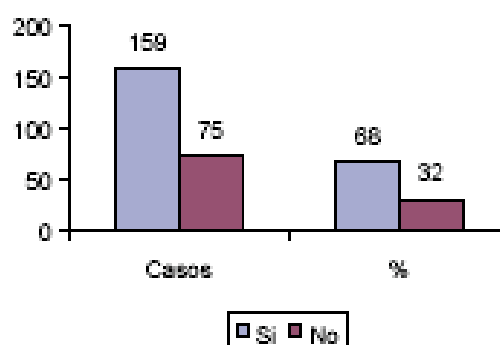
HACINAMIENTO



ALERGIAS



AMBIENTE



respiratorios fue la Urbana con un porcentaje del 77% que corresponde a 180 personas.

- El proceso administrativo del programa de Tuberculosis de cada institución de salud reflejó la negligencia por parte de sus responsables al no establecer un control adecuado para la captación y seguimiento de los sintomáticos respiratorios evadiendo así, el incumplimiento y compromiso social legislado por el Ministerio de la Protección social.
- El cruce de variables permitió conocer que de las 234 personas sintomáticas respiratorias encuestadas, a quienes se les realizó el examen de Baciloscopia seriada, 11 obtuvieron resultados positivos para BAAR ... lo cual corresponde al 5% de la población objeto de estudio.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio permitieron obtener un claro panorama sobre la gestión administrativa y operativa de los programas de Tuberculosis en las diversas IPS del municipio de Ipiales, lo cual evidenció en muchos casos negligencias que inciden directamente sobre el bienestar integral de una comunidad.

Las implicaciones que este estudio tiene para posteriores investigaciones es que facilitaría la ubicación tanto de sintomáticos respiratorios como de enfermos de Tuberculosis pues, existe una base de datos en cada IPS para su seguimiento, pero a su vez puede convertirse en una limitante ya que si no se actualiza periódicamente con el rigor de la propuesta hecha, no servirían de mucho esos datos.

Del mismo modo se hace necesario la sensibilización y

compromiso de cada uno de los actores involucrados en la administración, desarrollo y ejecución de los programas institucionales de Tuberculosis pues si se desea un real impacto de estos, en el perfil epidemiológico es indispensable que las administraciones se inicien en la cultura de la autoevaluación permanente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

www.minproteccionsocial.gov.co

MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Promoción y Prevención. Guía de atención de la Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar. Bogotá D.C Colombia, mayo de 2002, pàg- 3-42

www.col.ops-oms.org.co Coyuntura, Economía e indicadores sociales, SISA 30. Diciembre 2001, pàg. 16-20

TUBERCULOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES. Colombia, 1998, pàg. 3-27

INFORME DE GESTIÒN. Plan de Atención Básica. Departamento de Nariño, 2001 – 2003, pàg. 73

Periódico EL TIEMPO. Domingo 26 de septiembre de 2004. Prevención “Crisis Mundial de Tuberculosis”, pàg. 3 – 11

<http://www.saludsantander.gov.co/epra-tbc.htm>

Resolución 412 del 25 de febrero de 2000 y acuerdo 117 del 22 de diciembre de 1998.

<http://www.infomed.s/d.cu/indtituciones/ipk/bolepid/bol32-02.htm>

MINISTERIO DE PROTECCIÒN SOCIAL. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2003. Organización Panamericana de la Salud, pàg. 4.

GUÍA DE TUBERCULOSIS PULMONAR Y EXTRA PULMONAR.

PARADIGMAS del cuidado de la salud

Ricardo Vega Caicedo., M.D.*

En la cotidianidad Muchas veces nos encontramos en situaciones donde la creencia popular o conocimientos científicos obsoletos salen a relucir. Es allí donde en nuestra imagen mental aparecen los famosos paradigmas

Y qué es un paradigma? Es una afirmación sobre algún hecho de la realidad con una explicación, tan convincente para la sociedad, que es adoptada como verdad, a pesar de que sea posible comprobar que no es cierta. Es una verdad que puede llevar mucho tiempo y en ocasiones se torna como una verdad absoluta. Pero como toda ciencia, la salud va cambiando día a día y muchos de los paradigmas han quedado atrás gracias al conocimiento científico. En este artículo vamos a discutir sólo algunos de los miles de paradigmas que envuelven de una manera equívoca el panorama del cuidado de la Salud, y explicar la verdad a la luz de la evidencia científica.

RESÚMEN

En el devenir del cuidado de la salud se suscitan falsas creencias absolutas o paradigmas que entorpecen en casional la búsqueda del bienestar integral de la persona. Es así como en este artículo se exponen algunas de la situaciones en donde la evidencia científica ha comprobado la no veracidad de ciertas afirmaciones.

ABSTRACT

In the evolution of health care, false beliefs have emerged which sometimes obstruct the integral well being of a person. This article presents some situations in which scientific evidence proves the invalidity of certain beliefs.

PALABRAS CLAVES

“Sí dejo de fumar, mis pulmones vuelven a la normalidad”

Falso, puesto que en los pulmones existen células del sistema inmunológico llamadas macrófagos alveolares que encierran las partículas de los tóxicos del cigarrillo. Esta reacción deja una marca negruzca en el tejido llamada antracosis que ocasiona una pérdida de funcionalidad en dicho segmento o región pulmonar. Si usted deja de fumar evita seguir dañando sus pulmones, pero nunca volverán a ser los mismos, ni alcanzarán la “normalidad previa”

“No soy alcohólico, sólo tomo cada 8 días en las rumbas hasta que se termina la fiesta.”

Falso. Alcohólica no es sólo la persona que toma licor todos los días, ni la que persiste con aliento alcohólico en la mayor parte del tiempo. Un grado inferior de alcoholismo es el presentado por la ingesta semanal

* Docente de Anatomía, Neurología y Semiología Clínica -
Universidad Mariana

de alcohol, puesto que el organismo se expone a una sobrecarga abrupta de etanol en un solo día, y además la persona comienza a tener dependencia psicológica con el alcohol, puesto que dependerá cada vez más de mayor cantidad de licor para sentir placer cada 7 días; es decir, se crea una tolerancia que puede afectar el transcurrir laboral o académico de la persona. Por tal razón, el que toma cada semana puede ser considerado también un alcohólico.

“Como tengo flujo vaginal, me voy a tomar la citología ya mismo”

La citología es una prueba de tamizaje de lesiones inflamatorias, preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino. No tiene como obligación reportar los gérmenes que se encuentran en los flujos vaginales, a pesar de que en muchos casos se informe. Para tal fin se toma el denominado frotis vaginal (Gram y directo vaginal). La citología es un método para detectar tempranamente el cáncer de cérvix; por eso no hay que esperar a que haya un flujo para tomárselo. Toda mujer que haya iniciado relaciones sexuales se debe realizar periódicamente la citología. Si el resultado es normal, nuevo examen en un año; y si este normal también, un examen en 3 años. No obstante si en el resultado se encuentra anormalidad o algún tipo de inflamación, la periodicidad del examen variará de acuerdo a las Recomendaciones médicas del caso.

No hay que vacunar a los niños porque les da reacción”

Es uno de los paradigmas que poco a poco se ha venido abajo, puesto que los efectos adversos que pueden producir las vacunas tales como fiebre, dolor e induración en el sitio de aplicación del biológico, vómito, entre otros, no son comparables al beneficio de protección de enfermedades potencialmente mortales e incapacitantes tales como polio, difteria, tétanos, meningitis por H. Influenza, tuberculosis extrapulmonar, etc. Es una irresponsabilidad por parte de los padres no llevar a sus hijos a vacunar. Por lo tanto no se debe temer a los efectos adversos de las vacunas; hay que temerle a las infecciones de las cuales nos protegen.

“Déle leche materna a su hijo sólo hasta el año de edad; si le continua se dando volverá alto de naturaleza”

En ningún estudio clínico pormenorizado y estandarizado está comprobada dicha afirmación. Seguramente se le

atribuyó dicha característica de la leche materna a algún caso coincidental sin relevancia científica. En cambio, el hecho de suprimir la lactancia materna de una forma temprana, puede acarrear para el niño problemas emocionales, de autoestima, fragilidad en su sistema inmunológico, y en algunos casos desnutrición. Es política mundial promover la lactancia materna por lo menos hasta los dos primeros años de vida.

“Si estoy dando lactancia materna, y quedo embarazada nuevamente, debo suspenderle a mi hijo la leche materna, porque si no se termina”.

Falso. Se puede continuar con embarazo y lactancia materna a la vez, en la gran mayoría de los casos. La única excepción sería si la madre tiene historia de abortos tempranos o partos prematuros. De lo contrario, los beneficios de la lactancia materna cobijarán al primer hijo y al producto de la subsiguiente gestación, tanto a nivel emocional como fisiológico.

“Cuando se tiene gripa, no hay que bañarse”

Es una creencia muy popular sobre todo en el clima frío, puesto que se asegura que la exposición al frío durante el baño puede posiblemente agravar los síntomas de un resfriado común. No obstante realmente es necesario el baño diario, aún en presencia de enfermedad por varias razones: el baño diario evita la contaminación de la piel y la proliferación de bacterias en la piel procedentes del medio externo que pueden reproducirse y producir una nueva infección ante el trastorno inmunológico ocasionado por una episodio de resfriado común o rinofaringitis; el vapor de agua que se produce en el agua tibia es coadyuvante en la movilización de las secreciones de la vía aérea superior, es decir ayuda a que las secreciones no se queden estancadas y no sean un caldo de cultivo para procesos bacterianos. No obstante el baño diario en las personas con infecciones respiratorias debe ser rápido, y con medidas de protección inmediatas al frío ambiente

“El método del ritmo es el más efectivo método de planificación”

La fisiología del ciclo menstrual de la mujer no presenta una homogeneidad absoluta entre período y período, puesto que el influjo hormonal de la mujer puede verse

afectado por trastornos de la alimentación, uso de otros medicamentos, problemas emocionales, uso de anticonceptivos, etc. Por lo tanto, en la mayor parte de las mujeres los días en los cuales sucede la ovulación no son los mismos mes a mes. Además, gran parte de las mujeres pueden presentar fenómenos de ovulación espontánea, es decir que sale apto un óvulo hacia las trompas de Falopio antes o después de la fecha supuesta de la ovulación.

Por tales razones, el denominado método del ritmo, que consiste en abstenerse de relaciones sexuales durante los días en que se sugiere aparece la ovulación, no tiene buena confiabilidad por la variación de los fenómenos del ciclo menstrual, e incluso por la sobrevivencia de los espermatozoides en el moco cervical que puede ser hasta de 2 días, y por su parte el óvulo puede durar hasta 24 horas. En algunas series se ha encontrado efectividades prácticas incluso menores al 60 %, lo cual deja al método del ritmo como una estrategia de poca confiabilidad; por tal razón se desaconseja su práctica.

**“Los medicamentos son
la estrategia más eficaz para curar los
problemas de gastritis “**

Las personas que tienen problemas relacionados con enfermedad ácido péptica, tienen la creencia que los medicamentos van a curar su enfermedad, y que cuando toman un medicamento antiácido su enfermedad tiene una curación momentánea. No obstante el medicamento es sólo la mínima parte del control de una enfermedad considerada como crónica. Muchas veces, incluso, los medicamentos enmascaran el dolor de patologías graves tales como los cánceres.

Por eso la estrategia más eficaz para controlar la gastritis y los problemas relacionados es tener una alimentación balanceada, suprimiendo las sustancias que puedan inducir inflamación en la mucosa gástrica, tales como los alimentos con alto contenido de sal, preservativos, condimentos y fritos, así como sustancias estimulantes como el té y el café, y más aun otras como los derivados del humo del cigarrillo y el licor. No espere que los medicamentos contra la gastritis hagan milagros; primero cuide su alimentación. Ejemplos como los anteriores son creencias que deben

ponerse en tela de juicio para que los estilos de vida saludables poco a poco se vayan interiorizando en nuestra comunidad para el bienestar biopsicosocial de las personas. Cada uno de estas creencias con el tiempo se irán cambiando por otras más veraces a la luz de la evidencia, para un mejor cuidado de la salud.

SÓLO UNA REFLEXIÓN

Fanny Yaneth Torres C.*

"Ningún factor influye tan desfavorablemente en la profesión de enfermería como la falta de estímulos, preparación, y liderazgo del propio personal de enfermería."

RESUMEN

El profesional de enfermería debe surgir como tal, teniendo en cuenta que sus saberes y adquisición de competencias deben ir de la mano con su preparación y formación universitaria a esto se le debe añadir que la sociedad debe reconocer su contribución a la salud, evitar la confusión de quehaceres con otras ocupaciones, y no dejando que otras realicen actividades propias de enfermería llevandonos a ceder campos de acción propios de la profesión, además debemos estimular su desarrollo promoviendo la delegación de funciones propias de su naturaleza, y asignando la retribución económica acorde con su nivel de formación y preparación, llámese especializaciones, maestrías, doctorados entre otras, así como también liderar la independencia de la rama de la medicina en relación a nuestro objetivo social como lo es "el cuidado de la salud" demostrando evidencia científica y profesionalismo.

PALABRAS CLAVES

Autonomía, liderazgo, reconocimiento, formación profesional, formación científica, dependencia

ABSTRACT

Nursing is a noble profession based on university instruction, supplemented by practical experience. It is important to distinguish the various aspects of nursing from other disciplines. Nursing is taking care of health.

La Enfermería es considerada actualmente como una acción, o una actividad realizada predominantemente por mujeres, y utiliza un saber que viene de otras ciencias, producto además de una síntesis producida por ella misma para aprehender el objeto de la salud en aquello que concierne a su campo específico (el cuidado de enfermería) cuyo producto final es el de atender a las necesidades sociales, o sea, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la recuperación del individuo, o para el control de la salud de la población. Aún teniendo en cuenta la idea anterior la profesión de Enfermería actualmente ¿es considerada como esencial, de utilidad pública, y de un valor social incuestionable?.

Para dar respuesta a este interrogante se debe hacer un análisis sociológico donde encontramos aspectos que la caracterizan como tal: por una parte existe una fuerte participación femenina, como ya se dijo anteriormente, sin demeritar la actual participación masculina en ella; además se le asigna una jornada de trabajo en turnos muchas veces seguidos, con un merecido descanso después de una larga jornada laboral, lo cual sobrecarga así la vida personal de estos profesionales; así mismo, con el paso del tiempo ha adquirido un enorme conocimiento científico y empírico tanto en las universidades como en el ambiente de trabajo; posee el dominio de la cotidianidad con el paciente y el ambiente hospitalario, como también cumple la función de guardar informaciones privilegiadas; no obstante aún le hace falta poseer el monopolio de conocimientos, lo cual significa que existen algunos profesionales que carecen del conocer y saber aplicar la práctica profesional con evidencia científica, y esto hace

* Enfermera Universidad Mariana, Especialista en Gerencia de Servicios de salud Universidad Cooperativa de Colombia y CES de Medellín.

que la enfermería experimente en la propia estructura interna una fuerte crisis, no sólo en la división del trabajo sino también en la disputa por el quehacer diario como profesión dificultando su efectiva participación como profesional, ya que según la visión del cliente o paciente quien recibe el cuidado y demás profesionales, los diferentes niveles de ocupación que realiza este talento humano son más o menos las mismas cosas que podría desempeñar otro personal; por ello, aunque se determine como profesión no se siente que se posea un saber específico, llevando esto a la fragilidad frente a la concurrencia en el mercado de los servicios de la salud cuando ésta reivindica el monopolio del ejercicio profesional.

Teniendo en cuenta lo anterior, la enfermería acaba disputando el mercado de trabajo con aquellas llamadas ocupaciones afines, tales como los técnicos y auxiliares de enfermería, quienes tienen una autonomía técnica reducida, puesto que son pocas las actividades que se ejecutan sin la coordinación profesional del médico; y también por la idea que la población tiene acerca del trabajo del enfermero, asumiendo que sus actividades pueden ser ejecutadas por otras ocupaciones parecidas al de la enfermería; esto promueve la visión de que el enfermero (a) no es esencial para la sociedad, además de generar una fuerte dependencia de la labor médica y del trabajo asalariado en las instituciones de la salud, ya sea en el sector público o privado. Esto hace que la enfermería se visualice como una ocupación de reducida autonomía económica y profesional.

No obstante, no todo es negativo ya que cabe destacar que el servicio de enfermería, a diferencia de otros profesionales de la salud, es el único que permanece alerta al cuidado del enfermo 24 horas al día y todos los días del año; además tiene a su cargo una serie de funciones no solo administrativas sino también asistenciales, que están relacionadas con el movimiento de pacientes, el control de material y el equipo de salud; también es necesario considerar algunos factores que puedan influir en la calidad de la atención de enfermería, no sólo en los aspectos técnicos, sino también científicos; el profesional de enfermería "sabe", "conoce", "toma decisiones" porque, no solo está a la expectativa de las órdenes del médico y demás profesionales de la salud. Se debe tener en cuenta una serie de consideraciones más, como son el trato humano a los pacientes, valorar si el paciente es tratado con cortesía y afecto, si tiene la impresión de que

el personal del servicio está interesado en su atención como individuo y no solamente como si fuera un número o un paciente anónimo de una sala; si los parientes amigos y visitantes reciben también la consideración que merecen; si tiene el enfermo la sensación de seguridad porque el personal en general del hospital se interesa en su recuperación, comodidad, salud y bienestar general; si el paciente está limpio y cómodamente instalado; si los medicamentos o demás tratamientos se les administra con habilidad, si el personal medico brinda la atención correcta, con consideración y oportunamente, y otros detalles que contribuyen a afirmar la sensación de seguridad del paciente.

Todos los factores que se han nombrado contribuyen en conjunto a proporcionar la atención correcta desde el punto de vista de la profesión de enfermería y a su realización como tal. Sin embargo, hay que considerar también que en la actitud del enfermero (a) muchas veces influyen factores extrahospitalarios de tipo personal, familiar, problemas económicos, sociales o laborales, que como a toda persona puede hacerle llegar a su centro de trabajo con preocupaciones que dificulten el establecimiento de una excelente relación enfermera-paciente-equipo de salud; por otro lado, dentro del mismo hospital, el trato inadecuado de parte de los supervisores/as, los jefes/as e incluso los médicos, puede influir en la actitud pasiva de los enfermeros(as), lo que sumado a pequeños problemas como la falta de material adecuado en el momento oportuno y la dificultad para conseguir los medicamentos o el material de curación en los lugares de aprovisionamiento y otras gestiones de tipo asistencial, hacen que la enfermero(a) se sobrecargue innecesariamente de una tensión que no favorecerá la correcta actitud hacia el cliente/paciente y hacia su desempeño profesional.

Por otro lado, un aspecto más que desfavorece la atención de enfermería y la profesión como tal es la precariedad en el empleo con inadecuación en los niveles de cuidados y funciones propias de enfermería e inadecuación del salario a la categoría profesional, formación, estudios realizados y desempeño, llevándolos a un subempleo; así también la falta de desarrollo, promoción y autonomía profesional, falta de definición de las funciones propias de enfermería y normativas de funciones obsoletas, falta de coordinación del equipo asistencial, deficiente aplicación de la metodología del enfermero (a) y registros inadecuados y falta de incentivos y estímulos contribuyen

a la pasiva imagen de este profesional. Todo esto hace evidente la crisis de la profesión de Enfermería. Pero al afrontar esta crisis es necesario al menos abordar los siguientes retos:

- * Aumentar los niveles de formación, investigación y de servicio, de acuerdo con las necesidades y expectativas públicas y privadas del sistema de salud propias de cada país, en este caso de Colombia.
- * Afirmar la autonomía y autoridad de enfermería en el ámbito de la práctica de acuerdo con sus niveles de competencia y responsabilidad, a través de la aplicación científica y saber específico, y según reglamentación de su ejercicio profesional.
- * Reconocimiento social de la Profesión de Enfermería en el ámbito de su contribución a la salud.

Sin embargo, para alcanzar los retos anteriores es necesario al menos conseguir que se identifique al profesional de enfermería como genuino e imprescindible para la sociedad, definir el perfil profesional de enfermería en las instituciones de salud y demás empresas que ameriten su desempeño, avanzar en un modelo retributivo que permita diferenciar niveles entre los demás profesionales a través de la valoración de los puestos de trabajo, promover aún más el desarrollo científico y profesional de la enfermería a través de la creación de foros de discusión que generen opiniones sobre el futuro y presente de la profesión.

En conclusión, al reflexionar acerca de cómo el proceso del trabajo en la salud se viene desarrollando a lo largo de los años, se observa que en las últimas décadas se ha definido un crecimiento notable en las diferentes disciplinas y en las prácticas ligadas al campo de la salud, ya sea en Medicina, Enfermería, Fisioterapia, entre otras; por lo tanto, la **ENFERMERÍA** como rama del conocimiento tuvo también una complejidad tal, que diversificó sus saberes y sus prácticas de tipo cualitativo y cuantitativo, y que no se puede considerar a ésta simplemente como una mera disciplina, o mantenerla subordinada a las reglas establecidas por una corporación, en el caso de la Medicina, como se viene observando a lo largo de la historia en el sector de la salud. Se debe mencionar

que todas las profesiones del área de la salud, como la enfermería, acumuló un acervo de conocimientos específicos expresivos, que tienden a afirmarse y a crecer en el sentido de la especialización científica, y que somos nosotros, los profesionales de enfermería, quienes tenemos que asumir y liderar este proceso como un reto, hacerlo tangible y visible a la sociedad, evitando así caer en el futuro en un abismo de dependencia médica del cual no podamos surgir con autonomía profesional.

UNA SOCIEDAD CON DISCAPACIDAD para la convivencia debe ser un tema de interés para todos

Diana Cristina Lourido Jurado*

RESUMEN

Este artículo es una invitación a la reflexión sobre la temática de la discapacidad en la sociedad actual, referenciada desde una óptica discriminativa resultado del proceso de socialización y aprendizaje sesgado, que dicta parámetros estéticos y conductuales que permiten a nuestra sociedad tradicional, moderna y postmoderna su desempeño en un mundo incierto. Además, se destaca el compromiso de actores fundamentales para el cambio de esta visión social sesgada hacia la discapacidad, como son las mismas personas con discapacidad, sus familias, los profesionales del sector de rehabilitación y, por supuesto, los sujetos activos de una sociedad que buscan condiciones de equidad y justicia para todos, sin considerarlas como una utopía.

PALABRAS CLAVES

Discapacidad, Minusvalía, Sociedad

ABSTRACT

A SOCIETY WITHOUT THE ABILITY TO LIVE TOGETHER SHOULD BE A TOPIC OF INTEREST FOR ALL

This article is an invitation to reflect on the inability in society, coming from discrimination, which is the result of a warped process of socialization and learning which dictates aesthetic parameters and rules of conduct which give our society--traditional, modern and postmodern--its freedom in an uncertain world.

Further, it emphasizes the obligation of fundamental

actors, because they are the same persons who have the inability, their families, the professionals in the field of rehabilitation and, of course, the persons active in society who seek equality and justice for all, without considering it to be an Utopia.

La humanidad ha logrado grandes avances desde que se erigió como la especie "superior" en el planeta tierra, y ha logrado desarrollar tecnología suficiente para protegerse y/o dominar¹, hasta cierto límite, las fuerzas naturales que la rodean. Hoy, a comienzos del Siglo XXI, el hombre² se enfrenta a nuevos retos, o tal vez al "reto fundamental", de ampliar su perspectiva y mejorar su calidad de vida franqueando la barrera del modelo individualista que impera en la actualidad.

Para lograr alcanzar éste, que me he atrevido llamar el "reto fundamental", se debe reflexionar sobre las causas de las actuales condiciones que han llevado a nuestra sociedad humana al grado de barbarie que presenta hoy.



* Terapeuta Ocupacional, Docente del Programa Académico de Terapia Ocupacional de la Universidad Mariana. Septiembre 2005.

¹ Dentro de nuestra disciplina existen teóricos como Gary Kielhofner o Mary Reilly que aseguran que dicho dominio ha sido posible solo a través de la ocupación como acción con propósito.

² Me referiré de aquí en adelante al hombre no en sentido del género masculino, sino en el de humanidad o especie, es decir que se trata tanto de seres masculinos como femeninos.

1. Todo hombre es un ser social, es decir, es un individuo que se construye inmerso en una sociedad; es humano en la medida que va adquiriendo por medio de la interacción con otros seres humanos las características para serlo; este fenómeno es lo que llamamos socialización, o lo que autores como Berger y Lukman denominan el "individuo como resultado de la realidad". Desde que nacemos se nos educa dentro de una cultura con valores, tradiciones, imaginarios, etc. que contribuyen al desarrollo del sujeto mediante la actuación de roles, a lo largo de toda su vida.
2. A partir del proceso de socialización se implanta un modelo de enseñanza que pugna por el desarrollo académico a través de los primeros estadios (niñez, adolescencia y juventud) del ser humano; es gracias a este modelo como se introducen sesgos a la conducta y a la perspectiva humana, y se privilegian ciertos valores sobre otros para lograr un "orden" general; una clasificación insidiosa que afecta a esa misma sociedad que la promueve, pues le permite vivir en un estrecho margen de certidumbre en un mundo caracterizado por el cambio. Esta enseñanza constituye una educación limitada produciendo prejuicios que pueden desencadenar actos discriminatorios contra el propio ser humano; de allí la horda de movimientos nacionalistas, fundamentalistas, racistas, homofóbicos, etc. que hoy atentan contra el orden que los produjo.

Hasta aquí hemos llegado a una idea, ya conocida y desarrollada por grandes pensadores y por algún desprevenido sujeto: somos creadores de nuestros propios vicios y desgracias. Sin embargo, mi intención no es la de alinearme con escépticos o personas negativas, pero sí la de brindar un punto de vista diferente hacia un sector de la población que como profesional del sector de la salud, y más específicamente el de rehabilitación, posee un compromiso hacia el hacer visible este tema. Y es que si nacionales del mal llamado tercer mundo, afrodescendientes, indígenas y homosexuales, entre otros, sufren las consecuencias de la educación sesgada que nos brindan nuestras culturas, qué se puede decir de las personas con discapacidades (que pueden ser indígenas, nacionales tercermundistas u homosexuales). Ellas, las personas con discapacidad, nacen teniendo que asumir impotentes, o aprendiendo, la subvaloración como consecuencia de las barreras, ante todo indirectas³, que son aquellos comportamientos, creencias, valores y normas, que en

la interacción cotidiana las estigmatizan y segregan como personas diferentes, o mejor "anormales"

Con las personas en situación de discapacidad se efectúa, desde que la adquieren o nacen con la deficiencia física, mental o emocional, una violencia aún peor que con los grupos minoritarios o débiles antes mencionados; ésta consiste en impedirles ser y lograr autonomía, definida ésta última como "la capacidad para actuar uno mismo, para ser principio de sus propias acciones, sin dependencia de otras personas ni de apoyos en constricciones del medio"⁴. Sin autonomía cualquier ser humano, con deficiencias o sin ellas, es un minusválido, puesto que no puede desempeñar un rol productivo para su sociedad, colectivo humano que lo considera como un individuo sin potencialidades, por lo que adopta hacia él una actitud paternalista (barrera indirecta), produciendo con ello seres humanos dependientes e indeseables como estereotipo para las masas; sentimiento natural (nadie desea tener una limitación o deficiencia evidente o no) que es proyectado en la enseñanza que produce prejuicios... y así, indefinidamente, se cierra un ciclo que impide cumplir con la mal llamada por algunos utopía de una alta calidad de vida para todos, entendida ésta como las condiciones de vida deseadas para cada individuo miembro de una sociedad cualquiera.

En una sociedad se deben satisfacer la mayoría de las necesidades de quienes la componen, ya que si no es así, ésta se estanca y debilita; pero si en la sociedad se posibilita la satisfacción de las necesidades fundamentales (estudio, vivienda, trabajo, etc.) de todos los que la conforman, no solo será una sociedad dinámica y fuerte, sino que también cumplirá el principio de igualdad que debe regir entre los hombres, como básico para el acceso a una buena calidad de vida y usufructo de los recursos que ofrece el planeta para todos.

Pero no se puede ser ingenuo y considerar que lo anterior se logrará reformando la educación social; se debe actuar en varios frentes:

1. Las personas con discapacidad, o mejor en

3 NARANJO, Sandra. OTOYA, Cristina Y QUINTANA, Patricia. Accesibilidad: Una Esperanza. Artículo Docentes Escuela de Rehabilitación Humana, Universidad del Valle. 2000.

4 BAURA, José Carlos. Instituto Nacional de Servicios Sociales, II Master Iberoamericano en Integración Santiago de Chile, 1995, Pág.:25.

situación de discapacidad⁵, deben agremiarse (la unión hace la fuerza!) y darse a conocer, hacerse visibles, para que sean sentidas como parte de la sociedad; sólo cuando sentimos que una persona es valiosa por lo que aporta (económica, cultural y afectivamente) tenemos respeto hacia ella; esto se aprende en la sociedad limitada con su enseñanza sesgada. Pero hasta cierto punto es valiosa dicha enseñanza, puesto que ella presenta exigencias a todos y a cada uno de los miembros activos de la sociedad humana y de todos aquellos que desean conformarla de forma participativa y dinámica. En este caso, las personas con discapacidad, deben obtener poder adquisitivo (dinero) a través del trabajo, para desempeñar un rol productivo de acuerdo con las exigencias del contexto en el que interactúan.

2. La familia de las personas con discapacidad que es la que coloca la primera piedra, fundamento de vital importancia que enmarca el estilo personal de vida, de sentir, explicar y reproducirse de cada individuo, debe capacitarse para participar activamente en el proceso de formación o aceptación de su miembro con discapacidad, interactuando con profesores y profesionales para apoyar, reforzar, cuidar y supervisar la calidad de las acciones que se realicen, logrando integrar a la persona en situación de discapacidad y sí misma a la sociedad, que en algunos momentos parece darle la espalda y, que en otros, se torna tan agresiva que no deja más remedio que el aislamiento.
3. Los profesionales de la salud y afines (Trabajadores Sociales, Psicólogos, Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas, Médicos, Enfermeros y, por supuesto, Terapeutas Ocupacionales) deben tener muy claro que la rehabilitación es un proceso cuyo fin es el logro del mayor grado de independencia posible en cada persona con discapacidad, y que esto exige cambios al contexto y para el individuo sometido al proceso; por ello este proceso debe tener un término, por más extenso y tortuoso que éste parezca. No es razonable, de ningún modo, que los apoyos terapéuticos que brinda un equipo profesional se conviertan en “la muleta mental” que

sostendrá al “paciente” en su posición de sujeto inerte, indefenso y dependiente.

4. Por último, sin ser menos importante que los puntos anteriores, tenemos a la comunidad que vive con la discapacidad; ésta debe confrontar sus temores y trascender a un mundo en el que la convivencia con equidad en las posibilidades de desarrollo personal sean una realidad. Porque es el reto del nuevo siglo: la convivencia, con o sin desarrollo tecnológico.

La sociedad y su cultura marcan la vida humana, pero no como régimen impuesto, sino como sistema base de la construcción del individuo social que erige y participa a favor o en contra de lo que otros construyen a su alrededor o junto a él; esto es un axioma que afecta a todos los seres humanos indistintamente, sean o no personas con discapacidad; así que es menester que esa misma sociedad brinde los espacios exigidos a su vez por todos para la convivencia pacífica sin importar sus diferencias, puesto que precisamente la dignidad de un ser humano radica en la integralidad de su ser, en el poder escoger la forma de vida a seguir y su especial manera de ser. Sólo respetando la dignidad humana y promoviendo la buena calidad de vida lograremos dejar de coexistir en la sociedad limitada en la vivimos, una sociedad en situación de discapacidad para la convivencia. Aprenderemos mucho de otros, en especial de aquellos que no son iguales a nosotros. La pregunta final es: ¿usted se atrevería?

⁵ En los últimos años la terminología alrededor de la discapacidad, la minusvalía y la deficiencia ha avanzado hasta configurar el concepto de “situación de discapacidad” en la que el referente no es el promedio de la población, sus cualidades físicas, mentales o emocionales, sino el desempeño mismo de cada sujeto, sus posibilidades de participación y las estructuras funcionales que vea afectadas, en conclusiones trata de una nueva visión en la que la limitación física, mental o emocional no son un para siempre y tampoco son exclusivas de las personas cuyos cuerpos no se hallen completos, de acuerdo ha esta nueva configuración del término, podemos ser discapacitados o limitados en muchas actividades, aunque nuestros cuerpos sean muy completitos, solo basta no cumplir con las exigencias o requerimientos de una actividad determinada.

EL CUIDADO DOMICILIARIO del neonato prematuro

Miryam Piedad Erazo M. *



RESUMEN

El artículo contiene información muy importante sobre el neonato prematuro, sus características y cuidados que debe proporcionársele.

PALABRAS CLAVES

Neonato, Cuidados, Prematuros

ABSTRACT

PREMATURE NEWBORN CARE

This article contains important information about the premature newborn--his characteristics and the care he should be given.

El ser humano es comunicación por naturaleza; se descubre y realiza como persona en el encuentro con los otros. De ahí que sea importante favorecer las relaciones desde el nacimiento. En el caso de los neonatos prematuros estas relaciones son especialmente con enfermeros (as), médicos, auxiliares de enfermería entre otros, por lo que es necesario que ellos establezcan una comunicación que favorezca el desarrollo de los neonatos.

La prematuridad es un proceso que afecta el desarrollo del bebé nacido antes de que se hayan cumplido 37 semanas

* Esp. Materno-perinatal U. del Valle . Docencia
Universitaria UDENAR

de gestación; los problemas de los bebés prematuros están relacionados con la inmadurez de sus sistemas orgánicos, por lo que necesitan cuidados especiales en la sala de neonatos hasta cuando sus sistemas orgánicos se hayan desarrollado lo suficiente como para mantenerlos con vida sin necesidad de brindarles apoyo especializado. Estos cuidados pueden durar semanas o meses dependiendo del grado de prematuridad de los bebés.

Entre los problemas más comunes relacionados con la inmadurez de los órganos se encuentran:

- Complicaciones respiratorias como la enfermedad de membrana hialina.
- Inmadurez del sistema nervioso central que ocasiona dificultad para coordinar la succión, deglución, susceptibilidad a hemorragias intracerebrales o episodios de ausencia de la respiración.
- Inmadurez gastrointestinal que conlleva a intolerancia de los alimentos.
- Inmadurez renal.
- Inmadurez del sistema cardiovascular.

Entre los factores de riesgo que pueden contribuir a que se presenten partos prematuros se encuentran: embarazos en adolescentes, falta de cuidados prenatales, mala nutrición y drogadicción.

Algunos de los problemas inherentes a la salud de la madre son:

- Antecedentes de un parto prematuro.
- Enfermedades o infecciones no tratadas (infección del tracto urinario, o infecciones de las membranas amnióticas).
- Anomalías del útero o incompetencia cervical.
- Ruptura prematura de membranas o placenta previa.

Un recién nacido pretérmino se caracteriza por presentar:

- Bajo peso al nacer.
- Aspecto muy pequeño, delgado.
- Piel de roja a rosa delgada, lisa, brillante, arrugada.

- Pelo fino, plumoso.
- Poca o ninguna evidencia de grasa subcutánea.
- Cabeza muy grande respecto del cuerpo.
- Extremidades extendidas.
- Venas que pueden apreciarse fácilmente a través de la piel.
- Cartílago de la oreja suave, flexible, poco desarrollado.
- Pocas arrugas finas en las palmas de las manos y en las plantas de los pies.
- Articulaciones laxas, fácilmente manipulables.
- Reflejos de prensión, succión, deglución y faríngeo o nauseoso ausentes, débiles o ineficaces.
- Incapacidad de mantener la temperatura corporal.
- Frecuentes episodios de apnea
- Cuerpo cubierto de vellos llamados lanugo.
- Llanto débil.
- Bebés usualmente inactivos que pueden presentarse extrañamente activos inmediatamente después de nacer.
- Clítoris agrandado (niñas)
- Escroto pequeño y desprovisto de pliegues (niños)

En los últimos años, ha aumentado el índice de supervivencia de los recién nacidos prematuros, hecho que ha coincidido con el establecimiento de programas orientados a mejorar la salud de las madres, la planificación del tiempo de embarazo y la introducción de nuevas técnicas importantes para la atención neonatal.

Muchos problemas pueden conocerse antes del parto. Las pruebas prenatales y el control del parto han reducido la incidencia de la mortalidad perinatal, y la atención especializada del recién nacido con problemas ha aumentado su índice de supervivencia

Cuando el prematuro es dado de alta de la institución hospitalaria, los padres se vuelven aprehensivos, les asaltan múltiples preocupaciones e inseguridades respecto a la atención de su hijo. Temen que todavía está en peligro, ser incapaces de reconocer los signos de distrés o enfermedad.

Razón por la cuál es necesario el apoyo interdisciplinario del personal de salud a los padres de familia o cuidadores cuando el niño es dado de alta con el fin de optimizar la atención del niño en casa, brindando asesoría oportuna. Al bebé se le deben brindar cuidados de enfermería hasta que esté en capacidad de alimentarse por vía

oral, de mantener una temperatura corporal adecuada y de lograr un peso de más o menos 2.000 kgr. Sin embargo otro tipo de problemas pueden complicar el tratamiento especialmente en bebés muy pequeños que podrían necesitar de un periodo más prolongado de hospitalización.

Cuando el bebé prematuro llega a casa se le debe brindar un ambiente adecuado y se debe evitar estar en contacto con personas o niños con tos, resfrío, diarrea o fiebre.

Es importante no fumar en el ambiente donde está el bebé, ni utilizar aerosoles.

Se debe cuidar de que no haya moscas ni mosquitos sobre el bebé o sobre la leche que vaya a tomar. El tul mosquitero es ideal para protegerlo.

Se recomienda además no llevarlo a lugares en donde haya mucha gente; además es imperativo el retiro de muñecos de peluche porque pueden desencadenar procesos alérgicos.

Referente a la temperatura del bebé, si hace frío puede bajar la temperatura del cuerpo. Es necesario abrigarlo y siempre tener el ambiente cálido; se debe evitar los cambios bruscos de temperatura.

En la alimentación, es común que el prematuro se duerma o se canse con la alimentación; es necesario que el padre de familia o el cuidador recuerde el comportamiento del niño cuando estaba hospitalizado, y lo aplique en casa.

El mejor alimento es la leche de su madre; es necesario lavarse las manos antes de amamantarlo, e igualmente tener un cuidado estricto con los recipientes en donde se almacena la leche extraída manualmente y con la refrigeración de la misma en caso de que la madre necesite salir del hogar.

El prematuro debe recibir suplementos vitamínicos, como la vitamina D, para que sus huesos sean fuertes y el hierro para formar glóbulos rojos y evitar que se ponga anémico. Estos suplementos los debe tomar hasta su primer año de vida, especialmente, con previa indicación médica.

El baño es importante y necesario que se realice diariamente teniendo la precaución de hacerlo en un ambiente

cerrado, sin corrientes de aire para evitar enfriamientos. Se debe utilizar jabón y champoo suaves, además no es aconsejable el uso de talco porque la piel del prematuro es muy sensible y se puede irritar fácilmente. La ropa debe ser en algodón preferiblemente, cómoda, y se debe abrigar antes de colocársela.

El control médico mensual es necesario para evaluar la evolución del niño.

Es importante hacerle varios controles oftalmológicos, ya que el pequeño es todavía inmaduro y sus ojos deben ser revisados por un oftalmólogo especializado en prematuros hasta que llegue a término. En el caso de que haya sufrido una hemorragia cerebral se recomienda una ecografía cerebral. También se debe controlar el desarrollo de su audición.

Las vacunas se deben administrar cuando el médico lo sugiera; generalmente se indican cuando el prematuro haya alcanzado un peso no menor a 2.500 kgr.

El desarrollo de la inteligencia del prematuro depende de la edad gestacional en que nació, es decir a mayor edad gestacional mayor posibilidad de adaptarse más fácilmente al mundo externo.

Su cerebro es inmaduro y llegará a la madurez cuando llegue a las 40 semanas. Demorará más tiempo para sostener la cabeza por sí solo, tomar el sonajero y hablar en comparación a un niño que nació a término.

Por eso cada vez que sea evaluado hay que “corregirle la edad” a la que tendría si hubiera nacido en la fecha probable del parto. Se evaluará el crecimiento y el desarrollo, e igualmente es conveniente la valoración por el neurólogo y, si es necesario, se indicará estimulación temprana.¹

El método madre canguro consiste en mantener al prematuro en contacto piel a piel con su madre; se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar del prematuro.

Sus principales características son:

¹ Babysitio: Bebé: Cuidados especiales del bebé prematuro.

- Contacto piel a piel temprano, continuo y prolongado entre la madre y el bebé.
- Lactancia materna exclusiva.
- Se inicia en el hospital y se puede continuar en el hogar.²

Por último se recomiendan algunos consejos importantes para los padres de familia o cuidadores del prematuro:

- Siempre que lo lleve a control médico, informe que el niño es prematuro de tantas semanas.
- Comente con el médico todas las dudas y para no olvidarlas anotarlas en casa.
- No utilice leche de vaca para alimentarlo.
- Si su hijo no se despierta para alimentarse o no quiere hacerlo, consulta inmediatamente al médico.
- Si tiene fiebre, diarrea, cambia de color (cianótico, icterico, pálido) consulte inmediatamente.

² www.who.int/reproductive-health/publications/kmc/index-sp.html-18k-17agosto 2005.

VEINTE AÑOS DE HISTORIA en el Programa de Enfermería: 1969 - 1989

Gloria Maya Pantoja*
Karina Gallardo Solarte**

RESUMEN

El artículo hace un breve recuento del proceso de desarrollo del Programa de Enfermería, de la Universidad Mariana, desde su creación hasta el año 1989. Son veinte años de historia que muy seguramente le interesará revivir a la comunidad universitaria mariana, especialmente a los estudiantes y docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

PALABRAS CLAVES

Enfermería, Historia

ABSTRACT:

TWENTY YEARS OF HISTORY IN THE NURSING PROGRAM : 1969-1989

This article is a brief history of the development of the nursing program at Universidad Mariana. These twenty years, 1969-1989 will be of great interest to the entire Universidad Mariana community, especially the students and professors in the Health Sciences Department.

KEY WORDS

Nursing, History

El programa de Enfermería inicia labores en el mes de agosto del año 1969 como programa adjunto de la Universidad del Valle, Institución de Educación Superior que lo asesoró hasta 1975, dentro del Proyecto Regional de Enfermería para el Sur Occidente de Colombia.

Según oficio No. 18173, de mayo 6 de 1969, el Ministerio de Educación Nacional autoriza al entonces Instituto Mariano, Colegio-Universitario-Maridíaz, la apertura e iniciación de labores en la carrera intermedia de Enfermería, con seis (6) semestres de duración. Sor M. Remberta Bischof, Franciscana de María Inmaculada, Superiora Provincial y Presidenta del Comité Directivo del Instituto Mariano, y Sor María Seferina Egger, Franciscana de María Inmaculada, Rectora por 10 años, el 8 de Julio del 1969 invitan a una comisión de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle para que visiten el Instituto Mariano, con el fin de estudiar la conveniencia y viabilidad de la carrera intermedia de Enfermera General. Dicha comisión, además de la visita a la Institución, la comisión visita hospitales de Pasto, la Universidad de Nariño, los asilos y las Instituciones de Salud Pública.

El 9 de Julio de 1969, siguiendo las normas del Decreto 1464 de 1963, el Instituto Mariano solicitó al Ministerio de Educación la autorización para fundar la carrera de Enfermería General e iniciar labores el 11 de agosto de 1969. Se presentaron al examen de admisión 80 aspirantes, a quienes se les aplicó pruebas de inteligencia, de aptitud, de interés y de carácter, siendo admitidas 33 aspirantes. El 9 de Septiembre, la señorita Inés Viveros asume la dirección de la Escuela de Enfermería

* Enfermera y Especialista en Docencia Universitaria.
Decana de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Mariana.

** Enfermera y Especialista en Docencia Universitaria.
Directora del Programa de Enfermería de la Universidad Mariana.

del Instituto Mariano, y en 1970 sugiere que, para el funcionamiento de la Escuela se adecuen los laboratorios con todos los materiales; que se dote la biblioteca con bibliografía especializada, y se contrate a seis (6) docentes profesionales en Enfermería, de tiempo completo, con el fin de supervisar a las estudiantes y al mismo tiempo mejorar los servicios del hospital.

En 1970 el Ministerio de Educación Nacional realiza dos visitas al Instituto Mariano, en las cuales aprueba la apertura de nuevos semestres, concede licencia de funcionamiento y aprobación al Programa de Enfermería, que a partir de entonces podrá otorgar el título de “Enfermera General”. Además, se crea el cargo de Director, siendo la Señorita TEODORA MUÑOZ, Magíster en Enfermería, la segunda directora, y quien establece un calendario semestral. En el plan de estudios se cursa: Microbiología, Parasitología, Farmacología, Nutrición, Metabolismo, Quirúrgica, Bioestadística, Epidemiología, Psiquiatría y Química General, entre otras. Para sus labores técnicas, el Hospital San Pedro sirvió de clínica Universitaria, mediante acuerdo suscrito entre las directivas, y allí dirigió las prácticas URENNY LEHNER, especializada en Suiza en estos campos de la medicina. De esa manera el 19 de diciembre de este año, doce estudiantes de Enfermería de tercer año reciben su toca de enfermera, en una ceremonia sencilla y de gran significado.

En ese mismo año se formaliza el convenio con la Universidad del Valle, con el objeto de desarrollar un programa coordinado para la formación de Enfermeras en el Sur Occidente colombiano. Cabe destacar la valiosa donación recibida de la W.K Kellogg y del Ministerio de salud.

En año 1971 fue nombrada la señorita ANGÉLICA PÉREZ H. en reemplazo de la señorita TEODORA MUÑOZ., quien se trasladó a Cali a la Universidad del Valle. Ingresan 39 alumnas al programa y se contrata a cuatro enfermeras que pertenecían al cuerpo de paz para trabajar en los hospitales, mejorando así los campos de práctica. El día 3 de diciembre, el Ministerio de educación Nacional, mediante Resolución número 7113, autoriza ampliar la carrera a ocho semestres y otorgar el título de Enfermera Superior.

En 1972 Ingresa como profesora de la Escuela de Enfermería la Señorita ROSA HELENA SATIZABAL BONILLA, Licenciada en Enfermería egresada de la Universidad del Valle. El 2 de Junio de este año se celebró con gran éxito la primera conferencia sobre planificación familiar de acuerdo con la moral cristiana, a cargo del Doctor ARMANDO CIFUENTES, dirigida a las alumnas del Tercer semestre de Enfermería. El día nueve del mismo mes, a las 5:00 p. m. y en el teatro Maridíaz, se llevó a cabo el acto





de graduación de la primera promoción de Enfermeras Generales. A este acto asistieron: Monseñor JORGE A. GIRALDO RESTREPO, Obispo de Pasto, Dr. CLAUDIO CERON PAZ, Delegado del Ministerio de Salud, Dr. JOSÉ MARIA SALAZAR BUCHELI, Gobernador del Departamento, Dr. ETIENNE SERRA, Embajador de Suiza en Colombia, señorita PIEDAD PORTILLA, delegada del Ministerio de Salud Pública, señorita GABRIELA RÍOS, delegada de la Universidad del Valle, y El Consejo Superior del Instituto Mariano.

Recibieron el diploma de Enfermería General las señoritas: Isabel Cristina Cerón Souza, Ligia Erazo Martínez, María Victoria Enríquez Conto, Brenda Guerrero Palentino, Gloria Cecilia Nogales Preciado, Zoraida Meza Bastidas, Nancy Salazar Almeida y Fabiola De Los Ríos de Guerrero.

En 1974, la Cruz Roja Colombiana, junto con el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, dan un informe favorable a la visita académica practicada al Instituto Mariano. En este año el programa cuenta con 82 estudiantes y está dotado de una biblioteca con 305 volúmenes y hemeroteca. Además, las estudiantes podían acceder a la biblioteca médica del Hospital San Pedro o de los profesores del programa. Los sitios de práctica de los estudiantes fueron: Hospital Civil, Hospital Departamental, Hospital Infantil los Ángeles, con 80 camas, Hospital Psiquiátrico San Rafael y Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, además de los hospitales regionales de Túquerres, La Cruz y Sandoná, los Centro de Salud Bomboná y Lorenzo

de Aldana, la Guardería la Milagrosa, y los Centros de Rehabilitación.

El 27 de junio de 1974 se otorgó el diploma de Enfermera General a: Gloria Cielo Álvarez Ramírez, Aura Rosario Arboleda Molina, Amparo Cabrera Rivera, Ruth Delgado Polo, Beatriz del Carmen Erazo Narváez, Gloria Amparo Estrella, Cecilia Gonzáles, Blanca Eugenia Guerrero Martínez, Aída Montero Silva, Socorro Muñoz Nates, Margarita Lucero Pérez de A., Myriam Portilla de Santacruz, Elia del Carmen Rosales Rengifo, Diva Revelo C, y Marlene Salazar de Guerra.

En la visita realizada por la Cruz Roja Colombiana y el Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, los estudiantes manifestaron por primera vez el deseo de que el programa se ofreciera a nivel de licenciatura. Hasta 1975 el programa de Enfermería General tuvo la coordinación y asesoría de la Universidad del Valle, año en que finaliza el convenio de regionalización. Cabe destacar que durante el convenio mencionado se contó con la asesoría y acompañamiento permanente de la Enfermera, con título de maestría, ROSAURA OBREGON, de la Universidad del Valle. Fue una experiencia positiva y, gracias a ello, el Programa, que se ofrecía con enfoque Clínico, quedó bien posicionado en el contexto regional. La señorita ANGÉLICA PÉREZ regresa a la Universidad del Valle, y la dirección es asumida por la Enfermera ROSA HELENA SATIZABAL BONILLA, quién fue nombrada por el Consejo Directivo de la Universidad.

En 1977, según resolución No. 3951 del 6 de mayo,



En 1975, el ICFES realiza una visita oficial al Programa, y sus evaluadores conceptúan que el Programa capacita a las enfermeras para planear, ejecutar, dirigir y evaluar el cuidado de enfermería del paciente y de familia en situaciones clínicas variadas.

A partir de este año se empieza a estructurar el currículo para desarrollar el programa en ocho semestres y otorgar el título de Licenciada en Enfermería. Se incluye Fisiopatología, Demografía, Investigación, Legislación y Salud Comunitaria.



el ICFES emite concepto favorable al Ministerio de Educación Nacional sobre aprobación del Programa de Licenciatura en Enfermería, lo cual define la situación legal del Programa.

Teniendo en cuenta las necesidades de salud del departamento de Nariño, la escasez de licenciadas en Enfermería, y las recomendaciones del ICFES en las evaluaciones del programa de Enfermería General, el Instituto Mariano organizó el Programa de Licenciatura en Enfermería, como parte integral de la Facultad de Ciencias de la Salud, con el fin de preparar mejor al personal para brindar atención integral al individuo, a la familia y a la comunidad, teniendo en cuenta los aspectos de promoción, curación, rehabilitación de la salud; además, para desempeñar funciones de docencia en educación formal a nivel superior. Se conservaron los mismos criterios de admisión. La Universidad, para responder a las exigencias del Ministerio, crea la Facultad Ciencias de la Salud, siendo la primera decana ROSA HELENA SATIZABAL. El Programa de Licenciatura en Enfermería tuvo una duración de cuatro años.

Cabe anotar que antes de hincar el Programa de Licenciatura se organizó un programa complementario con duración de un año para Enfermeras Generales, siendo la coordinadora del Programa fue la Magíster NIVIA PÉREZ, quien se retira a los seis meses, siendo reemplazada por CRISTINA CERÓN SOUZA. Este Programa de Complementación se abrió en Agosto

de 1977, con un promedio de 30 estudiantes, quienes recibieron el título de Licenciada en Enfermería, el 18 de julio de 1978, y con esta promoción se cierra el programa.

En 1979 ocurrió un hecho muy importante en nuestra Institución y para el programa: La Hermana SEFERINA EGGER renuncia a su cargo como rectora y es reemplazada por la hasta entonces Vicerectora Académica, la Hermana ELIZABETH GUERRERO NAVARRETE fmi, quien dirigió esta institución hasta 1987. La meta que se propuso la Hermana Elizabeth fue la consecución del título de la universidad para el Instituto. Este empeño requería una descentralización de funciones y la creación de nuevas fuentes de trabajo. Después de muchos esfuerzos y de sobrellevar múltiples dificultades económicas, el Ministerio de Educación, mediante Resolución 1362 del 3 de febrero de 1983, reconoce al Instituto Mariano como Universidad. En enero de 1979 la Hermana CONSTANZA BONILLA asume la Decanatura de la Facultad, e inicia los trámites para ingresar a ACOFAEN, para lo cual viaja con RITA AGUILAR a un Encuentro organizado por esta asociación Barranquilla, logrando el ingreso de la facultad a esta asociación 1980. Se firma, igualmente, un convenio con la OPS para que los estudiantes de la Facultad adquieran material bibliográfico a bajo costo. En esta época se recibe a los primeros estudiantes de sexo masculino al Programa de Enfermería. En el mes de septiembre, el ICFES visita al programa y conceptúa que se debe reestructurar el currículo. En 1980, con la participación de las docentes GRACIELA BOHÓRQUEZ,

Hna. SOCORRO ISABEL MONTENEGRO, BARBARA MORA DE JARA, RITA AGUILAR, CRISTINA CERÓN, AURA ARBOLEDA, GRACIELA ZÚÑIGA, PILAR PAZOS, LAURA INÉS SANTACRUZ, BEATRIZ ERASO Y GRACIELA RODRÍGUEZ DE MELO, y con el apoyo de representantes de la Javeriana, la Universidad Nacional y el Ministerio de Salud, se presenta un nuevo modelo de plan de estudios para el programa, donde se plantea colocar en uno de sus más altos niveles de prioridad las necesidades de salud de la colectividad. Este enfoque demandó muchos cambios en la preparación de la enfermera a fin de posibilitarle una mayor competencia profesional. Es por eso que el Programa de Licenciatura en Enfermería sufrió algunas modificaciones en su currículo y en su denominación, organizando un currículo integrado de 8 semestres académicos para otorgar el título de Enfermera Profesional, según la Ley 80 de 1980 que reglamentaba en ese momento la Educación Superior.

De 1980 a 1982 la decanatura de la Facultad estuvo a cargo de CRISTINA CERÓN. Y es precisamente en el año 1982 cuando el ICFES, mediante resolución 1064, del 6 de agosto, renovó hasta el 31 de diciembre de 1984 la aprobación del Programa de Enfermería, autorizando a la

Universidad Mariana para otorgar, durante este periodo, el título de Enfermera.

De 1983 a 1984, ocupó la decanatura de la Facultad la Hermana SOCORRO ISABEL MONTENEGRO. En 1984 la Universidad del Valle ofrece una asesoría para integrar en el currículo la semiología; para ello dicta un curso en el cual se prepara a todas las docentes, posibilitando de esta manera el cambio en el plan de estudios. En 1984 asume la decanatura la Enfermera BEATRIZ ERASO, hasta 1989.

En 1986 se celebra un convenio con la Universidad del Valle con el fin de ofrecer el programa de Profesionalización de Enfermeras Generales, a través de la metodología a distancia. Ingresan un promedio de 30 estudiantes de la región, y como Coordinadora del Programa fueron nombradas: ROSAURA OBREGON, por la Universidad del Valle, y la Hermana CONSTANZA BONILLA, por la Universidad Mariana.

De esa manera transcurrió la historia hasta 1989, en el Programa de Enfermería.



EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA: eje de nuestra profesión

Carmen O. Narváez E. *

*“La práctica presidida por una
sistemática racional ordenada, es la clave
de una buena asistencia sanitaria...”*

Yura y Walsh.

RESUMEN

El presente artículo brinda una visión global del proceso de atención de enfermería y la forma como este se aplica en el desarrollo del plan de estudios del Programa de Enfermería de la Universidad Mariana.

ABSTRACT

The following article gives a global view of the process of attention in nursing and the way how this is used in the development of the studies plan of nursing program of the Mariana University.

PALABRAS CLAVE

Proceso de atención de enfermería
Modelos de atención
Atención Integral
Teorías de enfermería
Plan de cuidados
Plan de estudios

ABSTRACT

THE RESPONSIBILITIES OF NURSING: THE AXIS OF OUR PROFESSION

This article presents a global vision of the responsibilities of nursing and the method in which these are used in the development of a plan of studies in the School of Nursing at Universidad Mariana.

Indudablemente, tal como lo expresan las autoras arriba citadas, nuestra práctica enfermera es más productiva y beneficiosa en pro del paciente y la satisfacción del trabajo bien hecho, cuando con anterioridad a los cuidados brindados existe una planeación y organización previas e individualizadas para cada usuario. Ello permite brindar un cuidado integral y de calidad para cada uno de ellos. Ese “cuidado integral y de calidad” sólo se logra si se aplica y se pone en marcha cada una de las fases inseparables y secuenciales que contempla “el Proceso de Atención de Enfermería” (P.A.E).

Hablar del Proceso de Atención de Enfermería es referirnos al sello, a la insignia que nos identifica como profesionales de enfermería; es el método a través del cual hacemos intervención. Aunque su origen se remonta a los años 50 cuando Lydia Hall consideraba que “la asistencia sanitaria es un proceso” y Jean Orlando incluía el término “proceso” como tal en la enfermería, su reconocimiento en nuestro país ha sido muy lento comparado con el auge que ha tenido en otros países como los de Norteamérica. A pesar de esto, poco a poco el proceso de atención ha tomado posesionamiento en las diferentes instituciones de Educación Superior que ofrecen el programa de enfermería en Colombia, y entre ellas el programa de enfermería de la Universidad Mariana donde se constituye en el eje del plan de estudios, especialmente en el subárea profesional específica.

Se pueden encontrar muchas definiciones del P.A.E; entre ellas:

* Enfermera. Especialista en el cuidado del paciente en estado crítico. Coordinadora Docencia – Servicio: U. Mariana- Hospital Universitario Departamental. Docente Programa de Enfermería Universidad Mariana.

“Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”¹.

“Relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluye los esquemas de comportamiento y acción del paciente y de la enfermera y la interacción resultante”².

“Es un método sistemático y ordenado de obtener información para identificar problemas del individuo, de la familia, de la comunidad, el cual permite planificar, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Es por tanto la aplicación del método científico en el quehacer del enfermero(a)”³.

No obstante, sea cual fuere la definición por la cual se opte, considero es importante tener en cuenta la finalidad del mismo: “mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente; y si dicho nivel decae, proporcionarle la cantidad y calidad de cuidados necesarios para restituirlo; y en el caso de que no pudiera lograrse el bienestar del paciente, el proceso debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como se pueda durante el mayor tiempo posible”⁴.

La flexibilidad y características cambiantes del proceso contribuyen a que esta finalidad se mantenga, puesto que el mismo está en constante revaloración.

Bondades e importancia del proceso de atención de enfermería:

El Proceso de Enfermería como instrumento en la práctica enfermera(o) le permite al paciente ser partícipe de su propio cuidado, le ofrece atención individualizada, continua y de calidad de acuerdo con la priorización de sus problemas reales o potenciales. Asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia, comunidad.

Por su parte al profesional le facilita la comunicación con el grupo interdisciplinario, a la vez que le permite evaluar el impacto de los cuidados de enfermería y satisfacción en su trabajo, además de proporcionar la base y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.

ETAPAS DEL PROCESO

A continuación hago un breve repaso de las etapas del proceso, recalcando que ellas son interrelacionadas y que solamente para efectos académicos se las separa.

Valoración:

Se refiere a la fase de recolección de datos procedentes de diversas fuentes: paciente, familia, historia clínica y personal de salud, a través de diferentes técnicas: entrevista, observación y exploración física. Estas técnicas proporcionan al enfermero(a) un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recogida de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y la planificación de los cuidados.

Diagnóstico:

Se constituye en un juicio acerca del problema del paciente, de su estado, y que requiere la intervención del conocimiento enfermero para ser solucionado o minimizado. Para emitir un diagnóstico de enfermería se exige tener en claro conocimientos científicos previos, además de tener en cuenta entre otras las siguientes condiciones: que éste no es un diagnóstico médico, y debe evitar emitir juicios de valor; debe estar redactado en términos comprensibles para todo el personal y debe estar redactado en función del paciente y no de la enfermera(o). Puedo afirmar que es el diagnóstico de enfermería el que define realmente la práctica profesional, puesto que enmarca claramente qué es lo que se hace.

Planificación:

Podría Destacar que en esta fase se contempla las metas esperadas y las actividades de enfermería planteadas con la finalidad de solucionar o minimizar el problema encontrado en el paciente. Para ello es necesario tener en cuenta la priorización de los diagnósticos emitidos.

1 HERNANDEZ, Conessa y ESTEBAN Albert. Fundamentos del conocimiento en enfermería. McGrawHill. Madrid. 1999. Pág 128

2 IBIDEM

3 ROLDAN, Amparo y otra. Proceso de Atención de Enfermería. Trabajo de Investigación.

4 HERNANDEZ, Conessa y ESTEBAN Albert. Fundamentos del conocimiento en enfermería. McGrawHill. Madrid. 1999. Pág 128

Evaluación:

La evaluación, como última fase del proceso, se considera siempre en relación con las metas propuestas y con la respuesta del paciente a la acción planificada. La evaluación permite encontrar, además, nuevos problemas y replantear nuevos diagnósticos y actividades.

El proceso de atención de enfermería que se aplica en el programa de enfermería de la U. Mariana.

Actualmente se podría decir que el Programa desarrolla un nivel básico del proceso de atención; lastimosamente, y con lo observado en la práctica diaria, las egresadas no proyectan su uso ni continúan su aplicación en el desarrollo de su vida profesional. Muy seguramente habrá necesidad de implementar otro instrumento diferente al Kardex que permita operacionalizar el proceso, y de este modo la egresada continúe proyectándolo en el cuidado al paciente.

Durante la formación del educando el proceso de enfermería se ejecuta diariamente en las Instituciones de salud, y el documento final del mismo se refleja en un documento llamado "plan de cuidados" en el cual se contempla: valoración, emisión de diagnósticos, elaboración de metas, actividades de enfermería, ejecución de actividades y evaluación.

Puedo afirmar que para ello no nos regimos por un modelo conceptual y teórico específico, sino que por el contrario tratamos de integrar las diferentes filosofías de nuestras teoréticas y plasmarlas en el proceso que se desarrolla; es así como se tiene en cuenta a Virginia Henderson y E. Maslow para trabajar el proceso desde el punto de vista de la satisfacción de necesidades interferidas en el paciente sin dejar de lado las perspectivas de autocuidado formuladas por D. Orem y la adaptación de Callista Roy; los modelos psicológicos trabajados por B. Newman, D. Jonson, I. King; los modelos sociológicos de Martha Rogers y Madeleine Leininger; los patrones funcionales de Marjori Gordon para trabajar con comunidades; y las taxonomías formuladas por la NANDA. Estas últimas basadas en la alteración de la respuesta humana, también se tienen en cuenta, aunque se prefiere que la estudiante en el momento de formular sus diagnósticos de enfermería no encasille al paciente en diagnósticos preestablecidos, sino que por el contrario, ponga en juego su juicio crítico,

y desde ese juicio formule su diagnóstico de enfermería teniendo en cuenta los problemas encontrados en el paciente, su entorno y los recursos disponibles para que el paciente alcance mejores niveles de salud.

Así mismo se busca que el diseño de las acciones que el estudiante planteé no se queden en lo rutinario; por el contrario dé paso a la creatividad en las mismas y demostrar por qué la enfermería se considera también un arte.

En este mismo sentido, el proceso de atención ha contribuido a la Facultad Ciencias de la Salud, y al Programa en el desarrollo de investigación formativa por parte de los estudiantes, puesto que a través de la aplicación de este método se ha contribuido a generar protocolos de atención, presentados también a las Instituciones de salud donde nuestras(os) estudiantes ejecutan su práctica.



Universidad Mariana

¡Tu Mejor Decisión