

Simposio internacional de actualización en el cuidado de enfermería al adulto

Volumen 2 - N° 2 - Diciembre 2023

Nixon Tiberio García Méndez, compilador



Autores

Ospina-Álvarez, Natalia
Fuentes-Ramírez, Alejandra
Triana Martínez, Xiomara Alejandra
Escobar-Escobar María B.
Henao-Buriticá, Adíela
Fernández-Rincón, Carmen A.
Cogollo-Milanés, Zuleima
Guevara-Novoa, Claudia
Hernández-Bello, Ladini
Castañeda-Hidalgo, Hortensia
González-Quirarte, Nora Hilda
Rojas-Caballero, Jhon Alexander
Rincón-Bermúdez, Zharick
Del Rio-Machado, Sara
Becerra-González, Tania
Bedoya-Gómez, Karen Estefan
Tobón-Castro, Dana Saharay



Simposio internacional de actualización en el cuidado de enfermería al adulto

Compilador

Nixon Tiberio García Méndez

Magíster en enfermería

Docente titular

© Varios autores
© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana
Vigilada Mineducación

VII Simposio internacional de actualización en el cuidado de enfermería al adulto.

Publicación anual
Volumen 2 N° 2 - diciembre 2023
ISSN: 2805-9794 (en línea)
Primera edición, 2023
Escuela Ciencias de la Salud
Facultad de Enfermería

Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín: Mons. Ricardo Tobón Restrepo

Rector General: Padre Diego Marulanda Díaz

Decano de la Escuela de Ciencias de la Salud y Director de la Facultad de Medicina:
Marco Antonio González Agudelo

Diagramación: Editorial UPB

Dirección Editorial:
Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2023
Correo electrónico: editorial@upb.edu.co
www.upb.edu.co
Medellín - Colombia

Para la reproducción parcial o total de los artículos debe citarse la fuente.



Contenido

Presentación	7
Diseño de intervención de enfermería para pacientes hemato-oncológicos en el alta hospitalaria.....	9
<i>Ospina-Álvarez, Natalia</i> <i>Fuentes-Ramírez, Alejandra</i>	
Cuidado participativo en la unidad de cuidado intensivo: diseño de una cartilla educativa para la familia.....	13
<i>Triana Martínez, Xiomara Alejandra</i>	
Impacto social, económico y psicológico en la calidad de vida de una persona con una herida.....	18
<i>Escobar-Escobar María B.</i> <i>Henao-Buriticá, Adíela</i> <i>Fernández-Rincón, Carmen A.</i>	
Conocimientos, actitudes y prácticas de amas de casa sobre el dengue desde el modelo Nola Pender	25
<i>Cogollo-Milanés, Zuleima</i> <i>Guevara-Novoa, Claudia</i> <i>Hernández-Bello, Ladini</i>	
Razonamiento Clínico y Proceso de Enfermería para la práctica de calidad.....	32
<i>Castañeda-Hidalgo, Hortensia</i> <i>González-Quirarte, Nora Hilda</i>	
Efectividad de las intervenciones educativas para la rehabilitación cardiaca en pacientes con enfermedad cardiaca isquémica: una revisión sistemática.....	36
<i>Rojas-Caballero, Jhon Alexander</i>	



Estrategia educativa para prevención del dengue en comunidad
de la Virginia, Risaralda, 2022 **43**
Rincón-Bermúdez, Zharick
Del Rio-Machado, Sara

Características de soledad en adultos de algunos centros del adulto mayor
Risaralda, 2022 **48**
Becerra-González, Tania
Bedoya-Gómez, Karen Estefan
Tobón-Castro, Dana Saharay



Presentación

Nixon Tiberio García¹

Desde marzo del 2015 se realiza el Simposio de Cuidado de Enfermería del Adulto en la facultad de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana. Este texto recopila las memorias de su más reciente versión. Este simposio se llevó a cabo en un entorno telepresencial, donde expertos líderes en el campo de la enfermería presentaron conferencias magistrales sobre una variedad de temas relevantes para el avance en el cuidado de la salud humana.

Este texto presenta un panorama que demuestra como los enfermeros son profesionales de la salud altamente capacitados y desempeñan un papel crucial en el cuidado de los pacientes en cualquier situación de salud o enfermedad. Se describe como contribuyen al avance de la ciencia y la investigación en el campo de la salud dada su participación en procesos investigativos tanto clínicos como en salud pública, ayudando a desarrollar nuevas prácticas y políticas de atención en salud basadas en la evidencia científica.

El libro está dividido en nueve capítulos, presentando avances sobre los más recientes tópicos de cuidado de enfermería al adulto, así como enfoques innovadores para la atención intrahospitalaria y de atención primaria en salud y estrategias eficaces para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Se abordan aspectos importantes como el cuidado del paciente que convive con una enfermedad crónica, la prevención de enfermedades transmitidas por vectores, la

¹ Enfermero. Magíster en Enfermería, Universidad de Antioquia.
Docente Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana.
Miembro del Comité Organizador y Coordinador Académico del Simposio Internacional de Actualización en el Cuidado de Enfermería al Adulto.
Correos electrónicos: nixon.garcia@upb.edu.co / simposio.cuidadoadulto@upb.edu.co



promoción de la educación en salud, el cuidado de la persona en duelo y cuidados paliativos, el razonamiento clínico y proceso de enfermería para la práctica profesional de calidad, el control de síntomas desagradables en el tratamiento con quimioterapia y la soledad en personas adultas que residen en hogares para personas mayores.

En conclusión, los autores, en su gran mayoría docentes de programas de Enfermería de Colombia y México, invitan a los colegas y al gremio de enfermería en general a la actualización académica continua en el cuidado porque es un vehículo para el desarrollo de habilidades y competencias, que brinda al profesional de enfermería la oportunidad de adquirir conocimientos especializados en áreas específicas de la enfermería y permite integrar el avance de la evidencia científica en la práctica profesional.

Finalmente, estos espacios académicos son imprescindibles para la formación de profesionales reflexivos que trabajen por la calidad del cuidado de enfermería y fomenta el profesionalismo, el aprendizaje continuo y el desarrollo personal, lo que se traduce en una cultura de mejora continua en la profesión de enfermería.



Diseño de intervención de enfermería para pacientes **hemato-oncológicos** **en el alta hospitalaria**

Ospina-Álvarez, Natalia

Enfermera. Magíster en Enfermería, Universidad de la Sabana. Enfermera Líder del área de Hospitalización de la IPS oncólogos del occidente. Manizales, Caldas.

Email para Correspondencia: nataliaosal@unisabana.edu.co

Fuentes-Ramírez, Alejandra

Enfermera. PhD, Universidad Nacional de Colombia. Docente, Investigadora, Facultad de Enfermería y Rehabilitación, Universidad de la Sabana.

Email para Correspondencia: alejandra.fuentes@unisabana.edu.co

Introducción

Según estadísticas de la OMS, “El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad” (OMS, n.d., 2020). Una de las metas para la atención del paciente oncológico es la atención por fuera del área hospitalaria, esto se prevé ya que “las admisiones y la estancia hospitalarias declinan progresivamente y se espera que en el futuro el manejo intrahospitalario del paciente oncológico represente menos del 10% de los casos” (2). Para enfermería como profesión esto se traduce en la necesidad de reinventarse y generar estrategias que le permitan brindar su cuidado a pacientes no institucionalizados, gestionando así no solo el tratamiento médico, el cuidado y la resolución de dudas por parte de los pacientes y sus familiares, sino brindando herramientas para que puedan gestionar su cuidado en el hogar.



Estudios para conocer la competencia de cuidado en el hogar, han ratificado "la importancia y pertinencia de desarrollar no solamente planes de transición y egreso como elemento fundamental en el cuidado de los pacientes y para la orientación de sus familiares, sino que se requiere una política de carácter nacional" (4), esto reafirma el interés en fortalecer la atención de los pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento con quimioterapia, a través de un "plan de alta anticipado y estructurado" (5) que brinde herramientas útiles para ejercer el cuidado en el hogar, fortalecer conocimientos y despejar dudas, tanto del paciente como el cuidador familiar en el hogar.

Como soporte teórico y disciplinar desde la teoría de Mediano Rango de las transiciones, propuesta por Afab Ibrahim Meleis, se permite comprender el proceso de cambio desde un ambiente hospitalario hacia el hogar, además brinda herramientas que permiten que esta transición sea saludable.

La transición impacta en los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales de los pacientes y sus cuidadores familiares, la transición hacia su cuidado en el hogar genera múltiples interrogantes e inseguridades en ellos, los cuales podrán despejarse al contar con un plan de alta anticipado que los prepare para esta situación desde el ingreso a la institución, permitiendo que la transición sea saludable. "La enfermería también fue conceptualizada para cruzar las fronteras individuales al conectarse con otras personas o transferir información" (6), resaltando el rol de enfermería como clave al momento de compartir aspectos importantes para el propio cuidado de los pacientes en el contexto domiciliario, posterior a su egreso. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es: Diseñar una intervención de enfermería para personas con cáncer hematológico en tratamiento de quimioterapia en el alta hospitalaria.

Metodología

Esta intervención sigue los lineamientos de Whittemore & Grey, dirigida a personas adultas con cáncer hematológico que se encuentren recibiendo tratamiento con quimioterapia, verificando que cumplan con los criterios de inclusión como estar hospitalizados y que sepan leer y escribir.

Las sesiones educativas socializadas se realizan con las bases teóricas de la teoría de transiciones de Afab Ibrahim Meleis, la teoría de transiciones, en este caso la

transición dada por el egreso hospitalario, teniendo en cuenta las necesidades identificadas en los pacientes hematooncológicos que reciben quimioterapia, siguiendo la estructura de los planes de egreso basados en búsqueda bibliográfica.

Cada sesión consta de siete minutos de presentación de contenido a través de una cartilla educativa, cinco minutos adicionales en caso de que se identifique requerimiento de refuerzo, además, la entrega del material educativo cuenta con estrategia cara a cara. Posteriormente se aplica la guía para la evaluación y aprobación del nivel según la técnica Teach-back, la cual se realiza en 5 minutos. Las sesiones se desarrollan en tres momentos diferentes: mañana, tarde y en la mañana del día siguiente.

Resultados

La intervención cuenta con los siguientes componentes: Conocimiento, Instrumental y Anticipación.

- **Conocimiento:** El cual será desarrollado en la primera sesión, su objetivo es que la persona CONOZCA los conceptos básicos para su cuidado: incluye aspectos como la educación sobre lo que es el cáncer hematológico, cuáles son sus síntomas, cuáles son los medicamentos para su manejo y los cuidados relacionados con la alimentación.
- **Instrumental:** El cual será desarrollado en la segunda sesión, su objetivo es que la persona desarrolle las HABILIDADES necesarias para cuidarse en su hogar, se dirige a la realización de los procedimientos y habilidades para el cuidado, por ejemplo, detección de signos y síntomas de normalidad, plan de medicación específica de cada paciente.
- **Anticipación:** El cual será desarrollado en la tercera sesión, su objetivo es que la persona pueda tener las herramientas para ANTICIPARSE a su situación de salud por medio de la identificación de signos de alarma y tomar medidas al respecto, se realiza énfasis en la educación dirigida al reconocimiento de signos y síntomas de alarma y la ruta que debe tomar ante la presencia de alguno de ellos.

Cada una de las sesiones finaliza con la evaluación de la comprensión de este componente por medio de la guía para la evaluación y aprobación del nivel según la técnica Teach -back, y de ser necesaria, su respectiva retroalimentación.



Discusión

Esta intervención brinda efectos positivos sobre el paciente, no solo dentro de su estancia hospitalaria, sino en la preparación para el egreso hospitalario y posteriormente en su cuidado en el hogar, permitiendo así incrementar su confianza para la realización de sus actividades de rutina para su cuidado diario y seguimiento del estado de su patología de base, logrando la disminución de consultas y reingresos hospitalarios al contar con conocimiento de sus signos de alarma y los cambios que pueden considerarse normales en el transcurso de su enfermedad.

Los pacientes cuentan con herramientas que permitan realizar seguimiento a su estado de salud, cumplir con las recomendaciones brindadas por el personal de salud y cuidar aspectos no solo físicos sino también emocionales que son socializados dentro de la intervención, permitiendo establecer un puente para el cuidado multidisciplinar como parte fundamental del cuidado integral.

Referencias

1. OMS | Datos y cifras sobre el cáncer [Internet]. [cited 2020 Nov 11]. Available from: <https://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
2. Murillo C. R, Acosta WJ, Piñeros M, Pérez JJ, Orozco M. Modelo de cuidado del paciente con cáncer. Guías Ministerio de Salud Colombia. 2015.
3. Grady PA, Gough LL. Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions. Vol. 108, American Journal of Public Health. American Public Health Association Inc.; 2018. p. S430–6.
4. Carrillo-González GM, Barreto-Osorio RV, Arboleda LB, Gutiérrez-Lesmes OA, Melo BG, Ortiz VT. Competence for home health care in Colombian people with chronic illness and their caregivers. *Revista Facultad de Medicina*. 2015;63(4):665–75.
5. Carvajal-Carrascal G, Fuentes – Ramírez A, Guevara Lozano M, Sánchez – Herrera B. (2018) Efecto de un “plan de cuidado anticipado y estructurado en el alta hospitalaria (PC-AH)”, sobre la carga del cuidado de personas con enfermedad crónica no trasmisible. Convocatoria Interna de Investigación, Universidad de La Sabana, Código ENF- 25-2018.
6. Im EO. Situation-Specific Theories from the Middle-Range Transitions Theory. In: *Situation Specific Theories: Development, Utilization, and Evaluation in Nursing*. Springer International Publishing; 2021. p. 71–87.



Cuidado participativo en la unidad de cuidado intensivo: **diseño de una cartilla educativa para la familia**

Triana Martínez, Xiomara Alejandra

Enfermera. Magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

Docente Facultad de Enfermería, Universidad del Tolima. E-mail: xatrianam@ut.edu.co

Introducción

Por muchos años en las unidades de cuidado intensivo han estado restringidas las visitas por varios motivos, entre ellos se destacan las infecciones, sin embargo, en las últimas décadas algunos estudios han demostrado el beneficio de la visita abierta en estas unidades, tanto para el paciente como para la familia y el equipo de salud (1), hasta llegar a considerar hoy en día que ofrecer a las familias oportunidades para llevar a cabo un papel activo como cuidadores (cuidado participativo) puede mejorar su experiencia, beneficiar al paciente, dar a las familias un sentimiento de cercanía con el mismo (3).

Si se considera la importancia del papel que juega la familia en estas circunstancias, desde enfermería resulta fundamental elaborar materiales educativos dada la carencia de estos en el medio y en la literatura que contribuyan a la preparación y al empoderamiento de los miembros del núcleo familiar que estén dispuestos a trabajar aliados con el profesional de enfermería en favor del paciente crítico, de ellos mismos y de los miembros del equipo de salud.

El presente trabajo tiene como objetivo principal el diseño de una cartilla educativa, dirigida a la familia o cuidador del paciente crítico que se encuentra en



la unidad de cuidado intensivo, para orientar y facilitar el cuidado participativo a partir del principio de cotrascendencia, que hace parte de la teoría de enfermería sobre la evolución humana de Rose Marie Rizzo Parse. Con este principio se busca generar conciencia y motivar al familiar o cuidador respecto a la importancia de involucrarse en los distintos cuidados como la alimentación, los cambios de posición e higiene corporal (7), la identificación del dolor (8), la prevención del delirium (6), entre otras, siempre con el acompañamiento y supervisión de los enfermeros. De esta manera el familiar se sentirá útil y realizará acciones transformadoras que en última instancia beneficiará a los actores implicados: paciente, familia y equipo de salud.

Metodología

El diseño de la cartilla educativa se inició con la revisión de literatura utilizando los descriptores DeCS participación, paciente crítico, familia, atención de enfermería, unidad de cuidado intensivo en las bases de datos, la búsqueda se restringió a artículos publicados entre los años 2002 y 2017 en los idiomas inglés y español de los cuales se seleccionaron 20 piezas. El principio de cotrascendencia de la teoría de Rizzo es el referente teórico en el diseño de la cartilla.

Etapas para la construcción de la cartilla educativa

Se construyó según las recomendaciones del Grupo *Patient Education Network* (PEN) del Jewish Hospital General de Canadá, que establece cuatro elementos para el diseño de materiales educativos en salud (4):

1. **Identificación y priorización de las necesidades de aprendizaje de los pacientes y las familias.** Incluye: Identificación de las principales necesidades, selección de la población objeto y verificación del material existente.
2. **Desarrollo del contenido.** Basado en evidencia, incluye temáticas como: los conceptos principales, la participación de la familia en el cuidado del paciente crítico, los beneficios del cuidado participativo, tipos de cuidados en los que la familia puede participar.
3. **La legibilidad.**
 - La alfabetización y el nivel de lectura: dirigida a mayores de 18 años con un nivel educativo básico y de habla hispana.

- El lenguaje y el estilo de escritura: mensajes cortos, preprueba del material mínimo con seis personas del común, las acciones de cuidado sugeridas a la familia deben ser claras, no más de tres ideas por página y no utilizar tecnicismos (4).
 - Diseño del material: apoyo de una diseñadora gráfica, textos revisados por un corrector de estilo.
 - Apariencia del texto. Las recomendaciones fueron:
 - Fuente Times New Román entre 11 y 14 puntos, justificada a la izquierda.
 - Negrita para hacer énfasis en algunas palabras.
 - Presentación visual: dimensión de 27cm × 21 cm (tamaño carta) y consta de 34 hojas y 18 páginas en anverso y reverso, cubierta y contracubierta.
4. **Evaluación- validación del material previo a la publicación.**
La validación facial y de contenido y la evaluación recomendada por el grupo PEN cada 2 años se realizará posteriormente (4).

Resultados

El resultado es el diseño de una cartilla educativa para integrar al familiar en el cuidado participativo del paciente en la UCI Adulto, según el principio de cotranscendencia de la teoría de Rizzo.

La búsqueda bibliográfica se obtiene de la revisión de la literatura utilizando los descriptores DeCS participación, paciente crítico, familia, atención de enfermería, unidad de cuidado intensivo en las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud, Scopus, Medline, Redalyc, Scielo, Science Direct La búsqueda se restringió a artículos publicados entre los años 2002 y 2017 en los idiomas inglés y español. Se seleccionaron 20 piezas, de acuerdo con los aportes conceptuales para el diseño de la cartilla de las cuales surgieron las siguientes proposiciones:

- La participación familiar en los cuidados básicos del paciente crítico suple una de las necesidades más importantes de la familia: la necesidad de proximidad con su pariente (5).
- Permite disminuir la ansiedad, el estrés y afianzar la relación paciente – familia.
- "La participación de la familia en los cuidados del paciente contribuye a su recuperación porque proporciona apoyo emocional, disminuye la ansiedad, minimiza el aburrimiento e incrementa el deseo de vivir" (7).



- El profesional debe enseñar el concepto de cuidado participativo, sus beneficios y las actividades relevantes de una manera entendible para los familiares.
- La revisión de la literatura científica permitió identificar los siguientes cuidados básicos con los cuales la familia se puede integrar al cuidado participativo en la UCI: cuidados en la alimentación, cuidados de la piel, cuidado en la higiene corporal y en los cambios de posición; cuidados en la identificación y control del dolor y cuidados en la prevención del delirium.

Se integró el principio de cotranscendencia de la teoría de Rizzo en el diseño del material educativo porque al explicar al familiar el concepto de participación familiar en los cuidados del paciente crítico y los beneficios de la misma se genera motivación para tomar conciencia (**poder**) de la importancia que él tiene para el bienestar de su pariente y para sí mismo, esto puede hacerlo sentir útil (**creación**) y alcanzar, junto al paciente y el personal de enfermería, la **transformación** en beneficio de todos especialmente en la recuperación del paciente.

Discusión

La cartilla diseñada contextualiza al familiar del paciente crítico en el ambiente de la UCI y en los conceptos de paciente crítico, familia, enfermera. Permite al familiar conocer el significado de la participación e implicación en los cuidados, relaciona, describe e ilustra los cuidados básicos en los cuales pueden aportar los familiares y/o cuidadores. Enfatiza en que la participación es voluntaria, gradual, guiada y supervisada por el profesional en enfermería y está determinada por las condiciones clínicas del paciente. Motiva al familiar y/o cuidador principal a tomar conciencia (poder) sobre la importancia de involucrarse en los cuidados básicos del paciente en situación crítica. Permite al profesional guiar (creación) al cuidador en función de sus valores, creencias y posibilidades. De esta manera, a partir de la participación progresiva en el cuidado del paciente y del acompañamiento del profesional se genera un proceso de transformación en el cuidador principal.

Referencias

1. Achury LF. Panorama general de las visitas en las unidades de cuidado intensivo. [Internet] Investig. Enferm. Imagen Desarr. 2014;16(1), 61-71. [acceso: 12 nov 2017]. Disponible en: DOI:10.11144/Javeriana.IE16-1.pgvu.

2. Achury Saldaña D. M, Achury Beltrán L. F. Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* [Internet]. 2013;15(2):137-151. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145229803008>
3. Etxeberria, J. Sobrecarga emocional de las familias de los pacientes de la unidad de cuidado intensivo (UCI). [Internet]. España, Universidad Pública de Navarra; 2014 [acceso: 22 jul 2017]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11564/JuneEtxeberriaErauskin.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. Oliver C, Asselstine J, Peterson E, Rosati-White L, Stephenson L. *How to Create Effective Written Patient Learning Materials*. [Online]. Canadá, 2008 [cited: 13 ago 2017]. Available from: <http://www.jgh.ca/uploads/Library/HandbookEngJan20.pdf>.
5. Pardavila MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. [Internet] *Enferm intensiva*. 2012; 23(1), 51-67. [acceso: 15 nov 2017] Disponible en: DOI: 10.1016/j.enfi.2011.06.001.
6. Restrepo D, Niño JA, Ortiz D. Prevención del delirium. [Internet]. *Rev Colomb p siquiat*. 2016;45(1), 37-45. [acceso: 13 sep 2017]. Disponible en: DOI: 10.1016/j.rcp.2015.06.005.
7. Rodríguez M, Rodríguez F, Roncero A, Morgado MI, Theodor J, Flores LJ, et al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. [Internet]. *Enferm Intensiva*. 2003;14(3), 96-108. [acceso: 12 ago 2017]. Disponible en: DOI: 10.1016/S1130-2399(03)78114-0.
8. Tarquino, L. La familia del paciente en unidad de cuidado intensivo. [Internet]. Colombia, Universidad del Rosario; 2014 [acceso: 22 mar 2018]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/9613/1020748017-2014.pdf?sequence=1>.



Impacto social, económico y psicológico en la calidad de vida de una persona con una herida

Escobar-Escobar María B.

Enfermera. PhD, Multiversidad Mundo Real Edgar Morin.
Docente, Investigadora, Facultad de Enfermería, Universidad del Quindío.
Email para Correspondencia: mbescobar@uniquindio.edu.co

Henaob-Buriticá, Adíela

Enfermera. Docente, Investigadora y líder del grupo GRIEEQ,
Facultad de Enfermería, Universidad del Quindío.
Email para Correspondencia: ahenaob@uniquindio.edu.co

Fernández-Rincón, Carmen A.

Enfermera. PhD, Universidad de Manizales. Docente, Investigadora,
Facultad de Enfermería, Universidad del Quindío.
Email para Correspondencia: carmenayde@uniquindio.edu.co

Introducción

Una de las principales causas de afectación a nivel personal, es la percepción de la imagen corporal que puede verse afectada cuando un individuo tiene una apreciación desfavorable por consecuencia de una herida en la cual se vea limitado su desarrollo físico, emocional, psicológico y social a tal punto que no le permita una aceptación de su condición actual en cuanto a su estilo de vida.

El envejecimiento normal involucra cambios fisiológicos inevitables en la composición bioquímica de los tejidos que incluyen el aumento en la glicosilación no enzimática y la oxidación de proteínas con roles importantes. Este proceso es particularmente importante en la piel, donde conduce a deficiencias en el proceso de cicatrización de heridas, de manera que los ancianos son más propensos a padecer de heridas crónicas que las personas jóvenes (1), de allí parten las diferentes dificultades que el ser humano puede experimentar, pues su calidad de vida se ve estrechamente ligada a lo que la herida le permite, limitando así la percepción de su imagen corporal, el afrontamiento que debe tener frente a la herida y a los cambios que esta genera. Por otro lado, el cuerpo experimenta una serie de cambios no solo a nivel fisiológico, sino también psicológico que distorsionan la apreciación del ser humano frente a su cuerpo, frente a su condición clínica y sobre todo la manera de afrontar los problemas, pues a nivel cognitivo el cuerpo inicia una serie de deterioros, generando en la persona trastornos depresivos que pueden dificultar el proceso de curación.

El ser humano es definido como un ser totalitario que integra diferentes conceptos que hacen parte de su formación como persona y que, por ende, integran su personalidad, lo cual define su estilo de vida y la percepción sobre las diferentes realidades a las que se enfrenta día a día. La persona equivale a un sistema integrador de procesos que encaminan diferentes fines, pero que a su vez, trabajan conjuntamente para lograr un objetivo específico, para ello el cuerpo humano emplea diferentes funciones de su organismo, desde la parte neurológica donde se encuentran aspectos de tipo psicológico, conductual y cognitivo, hasta la parte física, donde se enmarcan diversas condiciones de movimiento, fuerza, y desplazamiento que le permiten encajar en un ámbito cotidiano por el que se desplaza cada ser humano.

Todos los aspectos que conforman la personalidad y la conducta del ser humano son el pilar de la calidad de vida, del estilo de vida, de la condición física y mental, del desarrollo cognitivo, y del conocimiento de las diversas situaciones que ofrece el entorno donde se desenvuelve el ser humano (2).

Desde tiempos remotos se ha incluido el término calidad de vida, el cual aborda diferentes enfoques que se orientan más explícitamente a la parte externa que compone el ser humano como lo pueden ser factores económicos y sociales.



Metodología

Se realizó una búsqueda en bases de datos y revistas nacionales e internacionales identificando artículos en los que se reportaran estudios sobre la calidad de vida en una persona con herida, donde se tocaron los ámbitos psicológicos, sociales, físicos y del entorno de la persona.

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos Scielo, PubMed, Aquichan, IBECs, LILACS, Biblioteca Virtual en Salud, Enfermería Global, Scopus, ProQuest, MedLine y HINARI, obteniendo un total de 85 artículos, de los cuales se excluyeron 60 que no cumplían con los siguientes criterios: artículos no mayores a cinco años (2018-2022), artículos de resultado de investigación, revisiones sistemáticas de literatura y revisiones de tema. Como resultado final, fueron tomados en cuenta 25 artículos, de los cuales se les realizó el proceso de análisis correspondiente a los temas de mayor relevancia de acuerdo con el enfoque del presente documento.

La revisión bibliográfica fue desarrollada en la Universidad Católica de Manizales durante el primer periodo del 2022. Se determinaron los siguientes criterios de inclusión a la hora del análisis de los artículos: Temas tratados: Quemados, úlceras venosas, pie diabético, Idiomas: español, portugués, inglés. Año electivo: 2018-2022. Tipo de documento: tesis, artículo científico, artículo investigativo, basados en temas relacionados con calidad de vida, bases de datos nacionales e internacionales.

Los artículos tomados en cuenta para el estudio, fueron analizados y posteriormente vaciados en una matriz, la cual tiene los siguientes ítems: título, autor y año, ubicación del artículo (Bases de datos), citación bibliográfica, palabras clave, objetivo del artículo, introducción o planteamiento del problema, muestra, proceso de medición, resultados, discusión y análisis personal, lo que permitió un desarrollo óptimo a la hora de analizar los artículos, para su posterior utilización en el estudio a realizar.

Resultados

Basándonos en la revisión bibliográfica realizada se logró evidenciar que la gran mayoría de los artículos encontrados tienen como predominio el tema de

quemados, úlceras venosas, pie diabético y heridas de cualquier otra etiología, pero como anotación general, se destacan la úlcera venosa como el tema que más estudios tiene al respecto. De igual manera, cabe describir que 7 de los 25 artículos eran en otro idioma, prevaleciendo el inglés y el portugués. Es importante mencionar que, del total de los artículos analizados, solamente 2 se realizaron en Colombia, y los demás en Suramérica y Norteamérica.

Los artículos analizados dejan ver que a la hora de tratar una herida de cualquier etiología se debe trabajar de manera integral cada uno de los factores que complementan la calidad de vida de una persona, destacando en algunos momentos el componente psicológico, que muchas veces es ignorado a la hora de afrontar un tratamiento en pro de beneficiar la condición clínica del paciente. El ser humano es considerado un ser vivo racional, pensante y que actúa según sus ideales, actualmente se conocen estudios más específicos que esclarecen que la percepción del hombre es quien modifica en mayor medida la razón de sus actos, y por ende de sus pensamientos, prevaleciendo la parte psicológica sobre la física. Como ya se había mencionado antes, existen diversos componentes o áreas que conforman en su totalidad el ser humano, y que pueden ser divididas en cuatro dominios, los cuales son: social, medio ambiente (Entorno), físico y psicológico; de los cuales absolutamente todos se pueden ver afectados por la presencia de una herida.

Según un estudio realizado por Jiménez (3) sobre la percepción de la imagen corporal de un paciente con una herida; especifica que el 78% de 50 personas tenían una percepción desfavorable de su imagen corporal, referente a los aspectos físicos en un 30%, psicológicos 56% y en lo social 96%, reforzando la idea de que la afectación clínica de una herida no se traslada simplemente a la parte física y fisiológica, sino que también contrae dificultades a nivel psicológico y social que puede desencadenar una serie de trastornos depresivos que afectaran la salud mental de la persona y su calidad de vida.

Dentro de los aspectos sociales que se ven afectados resaltan la condición sexual, la parte de afrontamiento a sus dificultades, su relación con la familia y la vulnerabilidad e inseguridad que genera este contexto sobre su parte social, demostrando que se ve estrechamente pareado con las condiciones psicológicas del ser humano, generando en el individuo soledad, depresión, sensación de incapacidad hacia su entorno, inseguridad, desconfianza y sufrimiento que distorsionan completamente su imagen o su condición de vida. Experiencia social



con otras personas enfermas, el ser humano inicia un proceso de afrontamiento diferente al habitual, el cual se asemeja a sus amigos y familiares, construyendo un conjunto de ideas sobre su cuerpo que fundamenta el modo en que se comportará frente a los demás (4).

Discusión

Con base en la información analizada se destacan puntos exactos del estudio que reiteran la importancia de valorar integralmente al paciente con una herida, puesto que su deterioro generalizado en la calidad de vida se origina no solamente a nivel físico, sino que también se incluyen componentes psicosociales y económicos que para ser comprendidos por el profesional sanitario debe de observar al ser humano de manera holística, cobijando todos y cada uno de los dominios que componen la conducta del individuo.

Al tener una herida, la persona adopta nuevas posiciones sobre su percepción de vida, las cuales predisponen al individuo a pensar de manera diferente sobre su imagen corporal, y afectando completamente el entorno que lo rodea, sin dejar de lado la salud mental y física de ese ser humano. A todo lo anterior debemos añadirle las consecuencias que pueden generar una lesión sobre los individuos, la sociedad y el propio Sistema de Salud, como son:

- Afectación en la calidad de vida.
- Disminución de la autonomía y autoestima.
- Riesgo elevado de complicaciones directas e indirectas en el estado de salud.
- Incapacidad para la actividad laboral.
- Elevado coste de su atención.
- Posibles problemas de salud pública derivados de la diseminación de gérmenes multirresistentes.

Como bien lo mencionaba Gonzales (5) se debe de tener en cuenta cómo afecta la enfermedad y el tratamiento de las heridas en la persona, y para ello se debe establecer una comunicación eficaz y oportuna por parte de las diferentes disciplinas del sector sanitario para lograr una atención que abarque todos y cada uno de los factores modificantes de la salud del individuo, permitiendo así generar un cambio no solo a nivel fisiológico sino también psicológico y conductual. Para facilitar el proceso de acople de la persona con una herida a su nueva condición,

se esquematizan seis componentes efectivos que fomentan mejorar la calidad de vida del ser humano (6):

- Potenciar la calidad de vida presente.
- Aumentar la expectativa de vida ajustada a la calidad.
- Potenciar el crecimiento y desarrollo personal.
- Mejorar la calidad del proceso de vivir / morir.
- Mantener o aumentar la capacidad de participación en la toma de decisiones.
- Mejorar la calidad de vida familiar y de los cuidadores tanto profesionales como no profesionales.

Al percibir los diferentes impactos generados en el paciente como consecuencia de una herida, se destaca que al fallar uno de los componentes que sustentan la conducta y la calidad de vida de una persona, se aumentan las posibilidades de que los pacientes sufran un deterioro generalizado, puesto que de esta forma se mantiene un equilibrio constante en el nivel de vida de un individuo, repercutiendo no solamente en el componente afectado sino en todo su entorno. No se está brindando la suficiente importancia a un tema que constantemente se está presentando a nivel mundial, y que es vivido diariamente por una cantidad notable de individuos, reflejando el valor de tratar al ser humano en su totalidad para poder lograr una rehabilitación satisfactoria tanto física como mental.

Referencias

1. Moitinho MS, Yamachi CY, González CVS, de Gouveia Santos VLC, Gamba MA. Determinantes sociales y demográficos relacionados con la cicatrización de heridas en un centro de asistencia y educación en enfermería. *J Wound Care*. noviembre de 2020;29(LatAm sup 3):44-53.
2. Perpiñán S. Atención temprana y familia: Cómo intervenir creando entornos competentes. Narcea Ediciones; 2019. 349 p.
3. Bartra Jiménez D, Hervias Coba GH. Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal hospital II Minsa -Tarapoto, periodo abril - julio 2013. Universidad Nacional de San Martín [Internet]. 2013 [citado 29 de junio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/1569>



4. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Gutiérrez Cuéllar PC. Percepciones, imágenes y opiniones sobre la vejez desde la mirada de los adultos y jóvenes en México. *Espiral Estud Sobre Estado Soc.* Mayo de 2019;26(75):197-237.
5. González Consuegra RV, Gómez Ochoa AM. Contexto social, biológico, psicológico, económico y cultural en personas con heridas en miembros inferiores. *Avances en Enfermería.* julio de 2008;26(1):75-84.
6. Fernández G, Salazar Heredia A, Mollinedo Muños PI. Cátedra universitaria: opción para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en Granma-Cuba. *Revista de ciencias sociales.* 2020;26 (Extra 2):69-80.



Conocimientos, actitudes y prácticas de amas de casa **sobre el dengue desde el modelo Nola Pender**

Cogollo-Milanés, Zuleima

Enfermera, PhD en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Docente titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena. Investigadora, grupo Cuidado a la salud de los Colectivos, Cartagena-Colombia.

Email para correspondencia: zcogollo@unicartagena.edu.co

Guevara-Novoa, Claudia

Enfermera, Magíster en Enfermería, Universidad de Cartagena. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad del Norte.

Email para correspondencia: cguevara@uninorte.edu.co

Hernández-Bello, Ladini

Enfermera, Magíster en Enfermería en Salud Mental, Universidad de Cartagena. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena.

Email para correspondencia: lhernandezb2@unicartagena.edu.co

Introducción

El Dengue se ha constituido en un problema creciente y una amenaza para la salud pública del mundo, se estima que 3,9 millones de personas se infectan cada año en más de 100 países endémicos, debido a las características ambientales y geográficas de áreas tropicales y subtropicales. A nivel mundial, la incidencia y las epidemias de dengue han aumentado exponencialmente en los últimos 35 años (1).



La Organización Mundial de Salud (OMS) y Organización Panamericana de Salud (OPS) han establecido cuatro elementos básicos que son necesarios para el control del dengue, como la voluntad política de los gobiernos, la coordinación intersectorial, la participación activa de la comunidad, y el fortalecimiento de las leyes sanitarias nacionales (1,2). Con respecto a la participación de la comunidad la OMS, actualmente recomienda como método seguro y eficaz de prevención de dengue, el control vectorial del mosquito *Aedes aegypti*, responsable de la transmisión de la enfermedad a los seres humanos y que se reproduce en las viviendas de prácticamente todas las zonas urbanas del área de riesgo (1).

La teoría de Pender ha servido como marco para investigaciones destinadas a predecir sistemas de promoción de la salud globales y conductas específicas como actividad física, estilos de vida saludable, enfermedades crónicas y obesidad; la gran mayoría de los investigadores utiliza la totalidad de conceptos expresados en el modelo para la interpretación del fenómeno estudiado en población adolescente y adulta (3). De ahí que los resultados que se obtengan del presente estudio se analizaran articulando el modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (MPS), que se basa en como las personas adoptan decisiones del cuidado propio de la salud (3). De tal manera, que el modelo permitirá interpretar la interacción de las personas con el entorno cuando intentan alcanzar el estado de salud deseado y enfatiza en el nexo entre las características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con el comportamiento o conductas de salud de las personas (4).

Este análisis permitirá desarrollar acciones dirigidas a eliminar o reducir las barreras internas o externas entre el comportamiento actual y el comportamiento saludable para favorecer el comportamiento deseable, atendiendo el fundamento teórico de Pender (4). El profesional de enfermería lidera acciones de promoción y educación en salud, que suscitan el autocuidado y la asimilación de conocimientos en mejora de la calidad de vida (3). El objetivo de este trabajo es describir los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las amas de casa con respecto a la enfermedad denominada dengue.

Metodología

Estudio descriptivo transversal, la población estuvo constituida por 4500 amas de casa del barrio La Paz de Barranquilla. La muestra estuvo constituida por 384 amas de casa mediante un muestreo por conglomerados, cada conglomerado estuvo representado por 80 manzanas que conforman el barrio, de cada una se seleccionaron cinco viviendas a través de muestreo aleatorio sistemático. Se determinó con un 95% de confianza, un 0.05% de nivel de error y una prevalencia de 50%. Los criterios de inclusión fueron amas de casa mayores de 18 años y que tuvieran la disposición de responder a la encuesta.

Instrumento

Se aplicó la encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) diseñada por el grupo de investigación SYPRES de la Universidad de San Buenaventura-Cartagena, este instrumento fue diseñado teniendo como referencia otros estudios previos sobre el tema y se realizó una validación de contenido por criterio de jueces expertos en el tema. De igual manera, se realizó una prueba piloto en 100 personas que vivían en un sector de la ciudad de igual estrato socioeconómico que el barrio de estudio. La encuesta CAP incluyó preguntas de conocimientos sobre el agente causal del dengue, la transmisión de la enfermedad, la reproducción del mosquito, la larva, entre otros; se interrogó sobre las prácticas alrededor de la prevención del dengue, tales como el almacenamiento del agua, tipo de recipientes para depositar el agua, frecuencia de aseo de los recipientes, medidas para evitar y actuar en caso de dengue; y sobre las actitudes para recibir educación sanitaria y participar en actividades comunitarias alrededor de la prevención de esta enfermedad.

Técnicas de recolección de información

Las encuestas se realizaron en ocho días, donde los 12 encuestadores hicieron 4 encuestas diarias, recolectando la información en un mes. La recolección se realizó los viernes y sábado. En cada jornada de recolección se realizó control de la calidad de la información recolectada, desde la claridad del dato hasta diligenciamiento completo de las encuestas, todas las participantes firmaron el consentimiento informado.



Resultados

Características sociodemográficas de amas de casa participantes

Participaron en el estudio (384) amas de casa, la edad promedio del grupo fue de 44,8 años DE=18,1, el 21,8% (84) ha realizado estudios superiores a la secundaria, llama la atención que el 3,6% (14) son analfabetas. Con relación a la afiliación al sistema de seguridad social en salud el 62% (238) se encuentra afiliado al régimen subsidiado.

Conocimientos sobre el Dengue en amas de casa participantes

El 91,7% (352) de las participantes tienen conocimiento sobre la existencia del dengue, 11,5% (44) amas de casa, manifestaron que en la comunidad se han presentado casos de Dengue en los últimos meses. El 55,7% (214) manifestó que el agente causal del Dengue es un virus, llama la atención que el 25% (96) no sabe cuál es el agente causal de la enfermedad.

Al indagar sobre la transmisión de la enfermedad el 85,4% (328) respondió que esta se transmite por la picadura de mosquito, mientras que 7% (27) no sabe cómo se trasmite esta enfermedad. 59,4% (228) manifestó que el mosquito se reproduce en aguas limpias estancadas, mientras que un 13% (50) manifestó que se reproduce en aguas sucias. Con relación a las manifestaciones del dengue 90% (345) manifestó que los signos y síntomas de esta incluyen dolor de cabeza, diarrea, dolor de huesos, fiebre y vómito. 97,1% (373) manifestó que la enfermedad es medianamente o muy grave, sólo 2,9% (11) no la considera grave.

Actitudes para la prevención del Dengue en amas de casa participantes

El 26,6% (102) de las amas de casa no tiene disposición para recibir educación sanitaria, 74,0% (284) manifestó que en su barrio no se convoca a la comunidad a reuniones periódicas para hablar de la prevención de esta enfermedad y 79,9% (307) no asiste frecuentemente a las reuniones en donde se convoca a la comunidad para capacitar en temas relacionados con el dengue. 64,6% (248)

manifestó educar a otros miembros de la comunidad sobre la prevención de la enfermedad.

Prácticas para prevención del Dengue en amas de casa participantes

El 36,2% (139) de las amas de casa almacenan agua en su vivienda, de ellas 87,8% (122) utiliza tanques para el depósito del agua, estos los limpian con una frecuencia semanal 89,2% (124), mientras que el 4,3% (6) nunca realiza la limpieza de los recipientes. Al hablar de las medidas para evitar el dengue 43,5% (167) limpian la casa, seguido de evitar las aguas estancadas 31,8% (122) y solo el 2,6% (10) no toma ninguna medida. Por otra parte; 97,2% (373) respondió que en casos de dengue consulta al médico/hospital/ IPS, mientras que el 1% (4) se automedican.

Discusión

En el presente estudio el 91,7% de los participantes tienen conocimiento sobre la existencia del dengue, el 73,4% tiene disposición para recibir educación sanitaria y el 69% realizan prácticas inadecuadas para el control del dengue. Datos similares encontraron Hernández Et al (5) donde 93,7% de los participantes tenían conocimiento sobre el dengue, 80,5% tenía disposición para recibir educación sanitaria y 60,1% mostraron prácticas inadecuadas. Parece lógico pensar que al conocer sobre una determinada enfermedad se tendrán practicas adecuadas frente a la misma, sin embargo, es común encontrar poblaciones donde aun teniendo conocimientos no ponen en práctica acciones preventivas y aún peor no están dispuestos a recibir educación sanitaria; condiciones que repercuten negativamente en la adopción de conductas para el cuidado de la salud (3). Estar dispuesto a recibir educación y por ende a interiorizarla y tenerla en cuenta en la vida diaria influirá y favorecerá en gran medida el estado de salud de las comunidades.

En cuanto a las medidas para prevenir el Dengue se observa que las principales son limpiar la casa, seguido de evitar las aguas estancadas y la fumigación. Datos contrarios a los de Criollo Et al (6) donde las medidas de control que utilizaron fueron: destrucción de recipientes, seguido de eliminación de criaderos de mosquitos mediante la protección de depósitos de agua de consumo.



Tener conocimientos sobre la enfermedad y sobre sus síntomas, es importante para que las personas identifiquen tempranamente la enfermedad, consulten a tiempo, den aviso del caso, para contar con un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado de acuerdo con el cuadro del paciente y obtener resultados positivos anticipados que se generan como expresión de la conducta de salud como lo expresa Pender N en su teoría (3,4). Consultar al ente idóneo para la atención de una enfermedad, es optar por una acción que genera resultados positivos para en este caso el control del dengue, Pender N en su MPS considera que estas acciones son beneficios percibidos y que fomentan la conducta promotora de salud (4).

De manera general, la educación sanitaria pretende que los individuos adquieran y conserven hábitos de salud sanos, que aprendan a usar más juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y que estén capacitados para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven que Pender N considera aumentan el compromiso en la participación de una conducta promotora de salud (3).

El análisis de los resultados de manera armónica con los componentes del modelo facilita a los profesionales de la salud entender el proceso salud- enfermedad desde esta perspectiva, así como apoyar la práctica de enfermería. Integrar los aspectos teóricos del modelo, en estudios descriptivos les ofrece la posibilidad a los profesionales de enfermería, de plantear intervenciones que persigan un cambio de comportamiento en el contexto de promoción de la salud, a partir del MPS (4).

Se concluye que la mayoría de las amas de casa tienen conocimientos adecuados sobre el dengue. En lo que se refiere a las actitudes, las amas de casa manifiestan tener disposición para recibir educación sanitaria e incluso para educar a otros miembros de la comunidad. Por su parte las prácticas para la prevención tienen que ver con evitar las aguas estancadas dentro de la vivienda, limpiar los tanques de almacenamiento con regularidad y mantener la casa limpia.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Dengue y Dengue grave. Datos y cifras, 2020.
2. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica del dengue. Resumen de la situación. 7 de febrero de 2020, Washington, D.C. OPS/OMS. 2020.

3. González-Julio, LK. Programa de evaluación del trabajo de enfermería basado en la aplicación del "Modelo de promoción de la salud" de Nola Pender. (Documento de docencia N° 34). Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia, 2016. Doi: <https://doi.org/10.16925/greylit.2001>
4. Aristizábal G, Blanco D, Sanchez A, Ostiguin R. "El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión." *Enfermería Universitaria Eneo-Unam*. 2011; 8 (4): 16-23.
5. Hernández J, Consuegra C, Herazo Y. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Dengue en un barrio de la ciudad de Cartagena de Indias. *Revista de Salud Pública*. 2014; 16(2):281-292.
6. Criollo I, Bernal A, Castañeda O. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue, tras aplicación de estrategias de movilización social. Yopal-Casanare, Colombia. *Investigaciones andinas*. 2012; 16 (29): 1001-1015.



Razonamiento Clínico y Proceso de Enfermería **para la práctica de calidad**

Castañeda-Hidalgo, Hortensia

Enfermera. PhD, Universidad de Alicante. Magíster en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Docente Facultad de Enfermería de Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. E-mail: hcastane@docentes.uat.edu.mx

González-Quirarte, Nora Hilda

Enfermera. PhD, Universidad de Alicante. Magíster en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Docente Facultad de Enfermería de Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. E-mail: noragg@docentes.uat.edu.mx

Objetivo: Considerar el razonamiento clínico en Enfermería en relación con otros elementos indispensables para la formación de profesionales con capacidad reflexiva hacia la calidad en el cuidado de enfermería.

Definición de la idea central de la ponencia: El pensamiento crítico en enfermería permite focalizar la valoración, emitir diagnósticos enfermeros y sustentar las demás etapas del proceso de enfermería (1). Cuando se considera desarrollar el pensamiento crítico es necesario: propiciar la búsqueda de información en diferentes fuentes y perspectivas, hacer planteamientos críticos sobre determinadas situaciones, considerar el punto de vista de los demás y desarrollar una actitud inquisitiva. Cuando las enfermeras basan sus decisiones en investigaciones pertinentes de calidad y proponen o realizan cambios en su institución sobre la base de la ética del cuidado, están ejerciendo un pensamiento crítico constructivo, enriquecedor y comprometido con su profesión (2).

Contenido: El pensamiento nos ayuda a procesar y construir conocimiento, nos hace conscientes de nuestro mundo real y nos permite analizar, comprobar, inferir, concluir, emitir juicios o, simplemente, pensar sin ningún otro objetivo específico. En muchas ocasiones, la información se procesa de manera automática, especialmente cuando la comunicación que se construye no es de interés. Este proceso carece de estructura definida y se utiliza en todos los ámbitos de la vida cotidiana. Sin embargo, existe otro nivel de proceso mental, sistemático, reflexivo, deliberado, autodirigido y orientado a la acción, donde la persona hace uso de conceptos, destrezas y actitudes para crear nuevas respuestas a las situaciones (3). Es precisamente en este nivel donde se encuentra el pensamiento crítico (4). Hoy en día, la práctica reflexiva, el razonamiento y el pensamiento crítico son términos habituales en el ámbito de la práctica enfermera. Cuidar, en el más amplio sentido de la expresión, tiene una repercusión directa en la recuperación de la salud de las personas y en la prevención de complicaciones derivadas de las características individuales de la persona, su enfermedad y comorbilidades, estado psicoemocional y tratamiento farmacológico, así como de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Llevar a cabo este sistema de vigilancia y protección de la integridad y seguridad de las personas que cuida, implica que la enfermera sea capaz, por un lado, de identificar aquellos signos indicadores de alerta del desarrollo de un problema y, por otro, tener la capacidad suficiente para actuar de forma consecuente. La capacidad del profesional de enfermería para poder gestionar eficazmente la gran cantidad de información y datos que recibe depende, en gran parte, del desarrollo de habilidades de pensamiento crítico (3). El pensamiento crítico ha sido identificado como un elemento esencial en la práctica clínica, es importante desarrollar la habilidad de pensar críticamente desde el entorno académico, pero parecen existir dificultades en la transición de la aplicación de las habilidades de pensamiento crítico al entorno clínico (3). El cuidado a la salud que otorgan las enfermeras profesionales debe garantizar una atención de calidad a las personas, familias y comunidades que lo requieren y es resultado, entre otras cosas, de la formación universitaria y la experiencia laboral que se adquiere a través de los años; por lo que se requieren egresadas con las competencias profesionales plenamente desarrolladas, que permitan brindar con alta calidad los cuidados que brindarán y que la población necesita.

Por lo que las instituciones educativas deben promover un mayor desarrollo de habilidades y destrezas de razonamiento clínico y de toma de decisiones que les permita a los egresados, enfrentar problemas complejos (4). Así entonces, el razonamiento y la toma de decisiones clínicas resultan fundamentales en



los profesionales de Enfermería, pues determinan los métodos, procedimientos y acciones específicas que desempeñarán durante su práctica profesional, y también podrán reconocer los escenarios en los que la enfermera utiliza su criterio, experiencia, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas del paciente a problemas reales o potenciales de su salud (5).

Como elemento clave del desarrollo de razonamiento clínico, se puede señalar el uso del Proceso de Enfermería (PE), ya que contribuye a la organización del pensamiento en la atención de las personas. El PE es considerado un modelo de pensamiento crítico, propicio para promover una atención de calidad, dado el alcance de las acciones que se realizan y la base necesaria para la toma de decisiones. Por lo que se considera al razonamiento clínico y al juicio crítico como elementos transformadores que apoyen las decisiones clínicas que toman las enfermeras profesionales que brindan cuidados de calidad, durante la implementación de la metodología enfermera que es el proceso de enfermería y que permite la toma de decisiones adecuadas y por lo tanto la resolución de problemas. Este proceso cognitivo permite a la enfermera determinar el significado de los datos y planificar los cuidados de manera adecuada. Entonces el proceso de enfermería es una manera particular de pensar y actuar que utilizan las enfermeras, y que proporciona el marco en el que las enfermeras utilizan sus conocimientos, habilidades y actitudes y los valores que expresan el cuidado humano (3). Cuando se pretende obtener resultados favorables en los pacientes, es preciso desempeñar las funciones de enfermería a través de intervenciones y acciones del ejercicio libre de la profesión. Los resultados son los cambios observados de las condiciones de salud de los pacientes que resultan del cuidado proporcionado que ha sido pensado crítica y clínicamente (6).

Conclusión: Para promover la calidad del cuidado se debe considerar que debido a la demanda creciente de ejercer la enfermería basada en evidencia es importante ejercer el razonamiento clínico, como elemento fundamental para la toma de las decisiones clínicas de los profesionales de Enfermería.

Las personas no nacen con pensamiento crítico, es preciso desarrollarlo, así como el razonamiento clínico en el personal de cuidado de la salud por lo que tiene que considerarse cotidianamente dentro de los contenidos en programas de formación continuada.

Aporte a la práctica profesional: Evaluar el pensamiento crítico y clínico en los profesionales de enfermería podría ser una competencia necesaria por parte de los gestores, por lo que es importante enseñarlo y desarrollarlo desde los estudios de pregrado.

Referencias

1. Gallardo AA. El pensamiento crítico en enfermería. *Rev Mex Enferm Cardiológica*. 2008;16(3):80-1.
2. Maurício AB, Cruz ED de A, Barros ALBL de, Tesoro MG, Lopes CT, Simmons AM, et al. Efeito de guia para raciocínio clínico na acurácia diagnóstica de estudantes de enfermagem: ensaio clínico. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30:e3515.
3. Zuriquel Pérez, E. Evaluación del pensamiento crítico en enfermería: construcción de un cuestionario basado en el modelo circular de Alfaro-LeFevre. 2016 Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/394049#page=1>
4. Morán Peña L, Velázquez González S, Espinosa Olivares A, Sotomayor Sánchez SM, León Moreno Z, Esquivel Ayala I. El Razonamiento Clínico. Una Aproximación Conceptual como Base para la Enseñanza de la Enfermería. *Desarrollo Científ Enferm* [Internet]. 2008;16(10). Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/16/16-446.php> 1 1 2 2 5
5. Pinto Afanador N. La filosofía del cuidado para transformar la investigación y la práctica. *Av En Enferm*. el 1 de enero de 2006;24(1):81-9.
6. Rivas Acuña V. Estrategias para la aplicación del proceso enfermero y su impacto en la calidad de atención. *Horiz Sanit*. 2008;7(2):13-8.



Efectividad de las intervenciones educativas para la rehabilitación cardiaca en pacientes **con enfermedad cardiaca isquémica: una revisión sistemática**

Rojas-Caballero, Jhon Alexander

Enfermero, Magister en Enfermería con énfasis en cuidado a las personas y los colectivos, Universidad de Cartagena. Docente auxiliar, Facultad de Enfermería, Universidad de Santander. Email para correspondencia: jho.rojas@mail.udes.edu.co

Introducción

En la actualidad las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial dentro del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) junto con el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas (1).

En el último Informe del Estado Global en Salud de la OMS, divulgado en abril de 2021 las enfermedades crónicas no transmisibles fueron la causa de, aproximadamente, el 71 % del total de muertes ocurridas en el mundo, panorama desolador y preocupante teniendo en cuenta el comparativo diez años atrás, para el 2011 esta causa de muerte representaba solo 63% del total de muertes. Un punto adicional que destaca el informe mencionado es que de las cuatro

principales enfermedades crónicas no transmisibles las cardiovasculares fueron las causantes del 55,24 % de las muertes a nivel mundial (2).

Lo anterior representa un riesgo hacia el progreso en la consecución del logro establecido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que denota en la disminución de las muertes prematuras por enfermedades no trasmisibles para el 2030 hasta en un 33% (3). Estas enfermedades afectan desproporcionalmente a países de ingresos medios y bajos, puesto el inicio de esta, se encuentra asociado a factores tales como la urbanización rápida y no planificada, la mundialización de modos de vida poco saludables y el envejecimiento de la población, todo esto asociado a dietas malsanas y sedentarismo, lo que conlleva a la aparición de factores de riesgo metabólicos, adicional a esto existe el efecto de la transición epidemiológica que atraviesan estos países, por otra parte es notoria la diferencia entre los países de ingresos altos en relación con los de ingresos medios y bajos, referente al diseño e implementación de campañas de promoción y mantenimiento de salud cardiovascular, lo cual incrementa el riesgo para que aparezcan estas enfermedades (4).

El Observatorio Nacional de Salud del Instituto Nacional de Salud de Colombia, estableció que las enfermedades cardiovasculares representaron la primera causa de muerte en el país. Las ENT en el 2018 fueron el detonante del 69% de las muertes y se proyectó un incremento del 15% para el periodo 2010 - 2020, lo que conllevaría a totalizar sobre un 73% de la mortalidad y un 60% de la carga de la morbilidad (3).

Del total de fallecimientos atribuidos al grupo de ECV, un 30,6% corresponde a enfermedad cerebrovascular, el 0,5% a enfermedad cardíaca reumática crónica, un 12,4% a enfermedad hipertensiva y el mayor porcentaje un 56,3% obedece a enfermedad cardíaca isquémica (5), lo anterior enmarca la necesidad de interactuar con el paciente con cardiopatía isquémica, la cual según la OMS está definida como el estrechamiento o bloqueo de los vasos sanguíneos (4) cuya causas más frecuente es la enfermedad aterosclerótica de las arterias coronarias, lo que ocasiona alteraciones fisiopatológicas secundarias a la aparición de un desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno del músculo cardíaco (6), estableciendo la presentación de la enfermedad de dos formas; una clínica crónica y estable de presentación de la enfermedad, y otra de forma aguda (Síndrome Coronario Agudo) que tiene mecanismos fisiopatológicos diferentes que precisa un manejo clínico y tratamiento específico, principalmente la angioplastia y el bypass coronario.



En mención de lo anterior es necesario ingresar al paciente con cardiopatía isquémica en su forma aguda a los programas de rehabilitación cardíaca para controlar y disminuir las complicaciones, minimizar las secuelas y asegurar la calidad de vida en estos. Por lo que las intervenciones educativas en el proceso de rehabilitación del paciente son fundamentales para generar el cambio cognitivo - conductual requerido para la modificación de los factores de riesgo.

Objetivo General

Revisar en la literatura científica disponible la efectividad de las intervenciones educativas en pacientes con enfermedad cardíaca isquémica en rehabilitación cardíaca, 2022.

Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la literatura en las siguientes bases de datos; Pudmed, Scielo, Lilacs, Ebsco, Medes, Cuiden, Dialnet, Science Direct y cuidatge sin restricción de resultados. Para la búsqueda de los estudios se emplearon las palabras claves; rehabilitación cardíaca, enfermedad cardiovascular e intervención educativa, estas fueron combinadas con el operador booleano AND para configurar ecuaciones de búsqueda que se adaptaron a los idiomas inglés y portugués.

La búsqueda de bibliografía fue realizada entre los meses de febrero a octubre del 2021 y se tuvo en cuenta el protocolo que establece la declaración PRISMA, esta guía proporciona información con respecto a la formulación de la pregunta, extracción de datos, calidad de los estudios y riesgos de sesgo en las revisiones sistemáticas. La formulación de análisis de resultados se llevó a cabo en los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2021. Lo anterior (búsqueda y análisis de la información) fue realizada por el investigador principal en acompañamiento del tutor de investigación asignado.

Fueron seleccionados para el análisis estudios publicados en los últimos 10 años (2011 – 2021). Los estudios incluidos debían ser cuantitativos de tipo experimental o cuasiexperimental y que evaluarán la efectividad de las intervenciones educativas para la rehabilitación cardíaca en pacientes con cardiopatía isquémica post tratamiento con angioplastia o bypass coronario. Los estudios tenían que

contar con texto completo, y no se tuvo en cuenta el número de la muestra y/o de intervenciones para seleccionar los artículos. Se excluyeron de la revisión los estudios que pertenecían a la literatura gris y/o revisiones sistemáticas y aquellos que tengan una clasificación según la escala de JADAD < 3 .

Para la selección de los artículos se inició en primer lugar con la lectura de título y resumen, posteriormente se realizó lectura del texto completo, la cual permitió realizar una búsqueda inversa que permita examinar la bibliografía de los artículos seleccionados y de esta forma encontrar más estudios que se encuentren por fuera de las bases de datos, la búsqueda hacia adelante fue realizada en Google académico por medio de las citas que han realizado otros autores al artículo seleccionado y de esa forma incluir más estudios que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente definidos. Finalmente, a los estudios encontrados se les realizó la lectura crítica con el fin de evaluar los posibles sesgos metodológicos y/o de publicación.

Para evaluar los posibles sesgos en los estudios y la calidad metodológica de los mismos se hizo uso de la guía de lectura crítica de JADAD, esta guía otorga un puntaje de 0 a 5 a los estudios, si la puntuación es < 3 se considera que el estudio tiene baja calidad metodológica. Por último, se empleó la escala Canadian Task Force on Preventive Health.

Resultados

La búsqueda arrojó un total de 14.849 artículos, después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 20 estudios, de los cuales se escogieron aquellos que obtuvieron una puntuación ≥ 3 según la escala de JADAD que no mostraran sesgos metodológicos. Finalmente se incluyeron en la revisión 10 artículos según la declaración PRISMA.

En general los pacientes que participaron en los estudios eran en mayor porcentaje (60-70%) de sexo masculino, con nivel educativo medio y alto, respecto a la ocupación (55 – 65%) eran trabajadores y jubilados, lo que permitía tener recursos económicos medio – altos ($n=5$), fueron asignados en fase I y II para programa de rehabilitación. Como requisito de participación en los estudios, los aspirantes debieron cumplir: participación voluntaria, pacientes con enfermedad coronaria isquémica, candidatos para tratamiento angioplastia coronaria, pacientes que



requerían programa de rehabilitación, no necesariamente el paciente debía estar hospitalizado se encontró que varios estudios fueron desarrollados en modalidad telemedicina; respecto a la asignación de los participantes en los estudios, estos fueron asignados en su totalidad de manera aleatoria a grupos de intervención y control, en grupos paralelo, esta asignación (oculta) fue realizada por profesionales que no desarrollarían de forma directa intervenciones con los participantes.

Se logró establecer que las nuevas tecnologías resultan de vital utilidad en el desarrollo de los programas de rehabilitación cardiaca, facilitando el desarrollo de las intervenciones educativas, así como su seguimiento, lo que contribuye a asegurar la efectividad de estas en comparación con la rehabilitación tradicional basada en ejercicios físicos.

Los beneficios adicionales para la salud en los pacientes intervenidos van desde mejoras en la calidad de vida, disminución de rehospitalizaciones, reducción en los días perdidos por hospitalizaciones relacionadas con eventos cardiovasculares, así como en la modificación favorable de los factores de riesgo cardiovascular (control de la presión arterial, sobrepeso, alcohol, fumar, consumo de grasa y azúcares); además contribuyen al fortalecimiento de la salud mental en aspectos como la disminución y manejo de la ansiedad y la depresión al encontrar un apoyo social y emocional desde los programas de rehabilitación cardiaca.

Sin embargo, estas intervenciones a corto plazo no logran generar modificaciones en la clasificación de la Asociación del Corazón de Nueva York (NYHA), realizada al momento de la valoración inicial y al finalizar el proyecto (35). Se considera relevante resaltar que los pacientes intervenidos a mediano plazo logran mejoras estadísticas significativas en la valoración de los criterios Framingham, así como se documenta los pocos eventos adversos que pueden llegar a presentar los pacientes.

Discusión

En relación con el impacto de la intervención educativa de Enfermería aplicada en este estudio, la cual estaba orientada al cuidado de enfermería (autocuidado, modificación de factores de riesgo cardiovascular, actividad física, adherencia al tratamiento) se encontró similitud en las modificaciones significativas en los factores de riesgo modificables, en esta investigación se pudo evidenciar que la

intervención educativa, seguida de una evaluación al mes y a los tres meses, ocasionó modificaciones en los FR, lo que se asoció a un mejor estilo de vida, demostrando la efectividad de las intervenciones educativas en la consecución de cambios conductuales.

Roldan et al, describen resultados similares respecto a los cambios psicológicos, emocionales y actitudinales descritos en la presente revisión sistemática, los autores documentan un cambio en el pensamiento positivo de los pacientes con la aplicación de la intervención educativa la cual mejoró de un 65% a un 90%; con relación al conocimiento y comportamiento de los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes se encontraron en la primera medición en niveles leves y mostraron mejoras considerables posteriores a la intervención educativa, los estilos de vida saludable de los pacientes mejoraron positivamente posterior a la intervención. Estos hallazgos resaltan la importancia de las intervenciones educativas en la disminución de factores de riesgo modificables de enfermedades cardiovasculares.

Contrario a los descrito en el presente documento referente a los eventos adversos y rehospitalización Mora et al, describen que un 26% de la población estudio que intervinieron en la valoración inicial para el ingreso al programa de rehabilitación cardiovascular presentaron algún episodio de angina, de los cuales un 15% no requirió ningún tipo de tratamiento y un 5 % tuvieron ingreso hospitalario.

Las intervenciones llevadas a cabo en los estudios seleccionados fueron diseñadas para contribuir a la alfabetización en salud y la autogestión por parte de las pacientes y sus familiares, las cuales fueron diseñados según las necesidades del paciente detectadas durante la valoración inicial al ingreso del programa (n=3), el programa está conformado por un equipo multidisciplinar permitiendo que la educación sea liderada por Enfermería. Las intervenciones se encaminaron a fortalecer el conocimiento sobre la enfermedad cardíaca, factores de riesgo, riesgo cardiovascular, alimentación saludable, actividad física, tratamiento farmacológico y no farmacológico, importancia de adherencia al tratamiento, control dietario y control del peso, control de la presión arterial, autocuidado, curación de la herida de intervención percutánea.

Respecto a las características de la población Brevis et al, reportaron resultados similares a los definidos anteriormente, en este los participantes fueron en un 63% de sexo masculino, presentaban un promedio de edad de 63 ± 12 años,



agrupados preferentemente en el grupo de adulto maduro con un 52%, En cuanto a la actividad, un 73% se mantenía activo, es decir desempeñaba algún trabajo remunerado, mientras que un 27% era cesante o jubilado.

Referencias

1. Organización mundial de la salud. Enfermedades cardiovasculares, prioridades estratégicas. [Internet]. [Consultado 2021 junio 25]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=A59AFBA7B014A36798F1EA54D8756A95?sequence=1
2. Organización mundial de la salud. Enfermedades cardiovasculares, prevención y control. [Internet]. [Consultado 2021 junio 25]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/
3. Organización mundial de la salud. Global status report on non-communicable diseases 2011. [Internet]. [Consultado 2021 junio 25]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/
4. Organización mundial de la salud. Plan de acción mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. [Internet]. [Consultado 2021 junio 25]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
5. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2016; 388(10053):1659-1724
6. Observatorio Nacional de Salud. V Informe ONS. Carga de las enfermedades crónicas no transmisibles. Bogotá 2015. [Internet]. [Consultado 2021 junio 25]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/5.%20Carga%20de%20enfermedad%20ECNT.pdf>



Estrategia educativa para prevención del dengue en **comunidad de la Virginia, Risaralda, 2022**

**Rincón-Bermúdez, Zharick
Del Rio-Machado, Sara**

Estudiantes. Facultad de Enfermería, Fundación Universitaria del Área Andina.
Estudiante del Semillero de investigación Azahar de Risaralda, Grupo de Investigación de
Enfermería Risaralda (GIER).

Email para correspondencia: zrincon3@estudiantes.areandina.edu.co ;
sdel11@estudiantes.areandina.edu.co

Introducción: La infección provocada por dengue es una enfermedad viral aguda que puede afectar a cualquier persona sin importar su grupo etario, sin embargo, en su gran mayoría son niños o adultos mayores. La tasa de infección por dengue en Risaralda en una revisión del boletín epidemiológico, semana 12 de 2022, indica que se presentaron 39 casos de dengue y 40 casos de dengue grave; se considera que el dengue es endémico en una gran cantidad de países^{1,2}, especialmente tropicales y subtropicales con características ambientales en ciudades con temperaturas templadas (25-28° C). Esta infección se transmite por medio de la picadura de un mosquito "Aedes Aegypti" que se encuentra infectado por alguno de sus serotipos, ellos ponen sus huevos en depósitos de agua limpia en cualquier recipiente que esté a la intemperie y que puede almacenar agua, por ejemplo, tanques de agua, macetas, llantas y juguetes. El virus del dengue suele desarrollarse en estas condiciones, como sucede en el municipio de La Virginia, Risaralda, calificada como endémica porque se encuentra ubicada en una zona de humedales, donde ciertas comunidades han invadido laderas del río o con factores ambientales que generan riesgo, sumado a algunos factores socioeconómicos; las



condiciones anteriormente mencionadas, suelen convertirse en desencadenantes de factores de riesgo para la proliferación de la infección por dengue.

Metodología: Tipo de estudio: Estudio de abordaje descriptivo y propositivo; en lo descriptivo se tomó datos sociodemográficos y epidemiológicos que definieron contenidos de la estrategia educativa y en lo propositivo se respondió de acuerdo con la pregunta de investigación con una estrategia de co-creación donde se determinó la actividad educativa adecuada para la prevención del dengue en la comunidad. Se consideró La Virginia la cual tiene una población de 30.095 habitantes, y según el Plan de Ordenamiento Territorial (POT), las áreas urbanas que están expuestas a riesgos naturales de tipo hidrológicos son los barrios de San Carlos, El Progreso, Alfonso López y las áreas por debajo de la cota de inundación de los barrios: El Edén, San Fernando, La Playa, Buenos Aires, Bavaria, Las Américas y San Antonio; estas áreas suman un total de 45.75 Ha, cercana a la margen del río Cauca y Risaralda, con familias en diferentes cursos de vida que habitan en condiciones socioambientales no seguras. Por otra parte, la Secretaría de Salud, Gobernación de Risaralda reportó en el boletín para dengue del año 2019 a marzo de 2022, los siguientes datos epidemiológicos: Casos confirmados (117), no confirmados (22), sospechosos (145) y con modificaciones para infección por dengue (15); estos aspectos que son la razón de la estrategia para pensar en una intervención educativa que lleve a modificar prácticas sociosanitarias inapropiadas, se fortalezcan conductas humanas en pro de la salud familiar y comunitaria transformando los hábitats del mosquito y la prevención del dengue. Con relación a lo descrito la estrategia se lideró desde un pensamiento co-creativo, con un equipo interdisciplinar que se congregó con ideas innovadoras en sinergia con el método de design thinking según las necesidades de la comunidad, con retroalimentación para subsanar la falta de promoción y prevención en el entorno de la comunidad⁷, ideas que fueron plasmadas en el lienzo de co-creación el cual genera unas pautas guiadas por medio una herramienta de mercado llamada Canva, que así mismo, se elaboró como guía educativa tipo infografía didáctica, atractiva y motivadora, que ilustró características del mosquito, virus, hábitat, técnicas de prevención y control; fortaleciendo comportamientos sociosanitarios.

Resultados y propuesta educativa: Con base a la información sociodemográfica y epidemiológica, se llegó a definir la construcción de la propuesta, la cual se fundamenta en las siguientes fases: **Propósito de la propuesta:** Presentar una estrategia educativa con base a los hábitos sociosanitarios² en la comunidad de La Virginia, Risaralda fueron componentes para definir la propuesta, la cual se estructura con **Justificación:** El dengue es una infección que cursa con un ciclo

evolutivo, que puede ser intervenido en alguna fase de su desarrollo por medio de una intervención educativa, para cortar la cadena evolutiva del dengue. En esta forma se responde al Ministerio de Salud en la Estrategia de Gestión Integral (EGI) para el dengue, cuyo modelo de gestión tiene como objetivo fortalecer los programas nacionales, con vista a reducir la morbilidad, la mortalidad, la carga social y económica generada por los brotes y las epidemias de dengue; la estrategia se formula en busca de la disminución y control de factores de riesgo, fomentando conductas individuales y colectivas en prácticas sanitarias para la promoción y prevención, tanto fuera como dentro del sector salud. Además, convoca para elaborar y ejecutar planes nacionales y subregionales integrados que permitan trazar una estrategia nacional sostenible, diseñada por las autoridades y los especialistas de cada país con la cooperación técnica del Grupo de Trabajo, GT-dengue internacional, con estrategias nacionales y regionales de enfoque inter programático, integrado e intersectorial, basado en una práctica, que permita evaluar y dar continuidad a las acciones con recursos nacionales y locales⁴.

Asimismo, la propuesta es un aporte a las metas que busca el Plan Local de Salud de La Virginia, Risaralda cuando planea desarrollar, implementar y evaluar acciones estratégicas que informen y sensibilicen a la comunidad de los riesgos sanitarios, fitosanitarios y ambientales. **Fase diagnóstica:** Realizada con informes de las bases de datos sociodemográficos y epidemiológicos, que muestran la importancia y necesidad de la intervención educativa. **Fase de preparación:** En esta fase se definió el contenido de la estrategia educativa con las temáticas relevantes que motivan a la comunidad para iniciar cambios sociosanitarios personales que controlen el problema del dengue en la comunidad de La Virginia, Risaralda. **Fase de diseño:** Con base en la técnica de Design Thinking, el cual trata de un sistema que genera conceptos creativos y novedosos que se encargan de ayudar a comprender y brindar soluciones ante problemáticas o necesidades, en este caso, de la comunidad de La Virginia Risaralda; El Design Thinking, basa su metodología en el trabajo en equipo, empatía con la comunidad o grupo de personas a intervenir y cómo punto muy importante⁵, el equipo que decide trabajar con esto, debe contar con una actitud de cambio y de creatividad, para elaborar lienzo de co-creación, el cual es un esquema general. **Fase de desarrollo:** La co-creación se trata una forma de innovación colaborativa que se basa en un esquema de trabajo en el cual se realiza una cooperación conjunta entre varios entes relacionados con el tema a trabajar, también, es conocido cómo co-diseño, este sistema apoya la creatividad colectiva, a lo largo del proceso, en este caso de la investigación, apoya la opinión de entes externos y permitir que todos los



conceptos tomados se articulen entre sí, todo en torno a solucionar un problema en común, fortaleciéndose unas ideas con otras, para definir la mejor estrategia de solución de problemas, como es el caso de la estrategia educativa para la prevención del dengue. **Fase de presentación:** Luego del diseño del lienzo de co-creación, se socializó con una entrega pública por medio de una convocatoria a la institución E.S.E Hospital San Pedro y San Pablo, junto a la comunidad de La Virginia, Risaralda. **Fase de seguimiento:** Luego de la presentación pública de la estrategia educativa, se dan recomendaciones a la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo, con relación a su implementación, uso continuo de la estrategia educativa y seguimiento que permitirá en un tiempo próximo ver su impacto como propuesta que modifica hábitos sociosanitarios en la comunidad para la prevención y control del dengue.

Este estudio constituye un aporte de la disciplina a grupos en cursos de vida extremos, como la niñez y el adulto mayor bajo condiciones de riesgo por infección del dengue, implementando la estrategia educativa que fomenta la promoción de comportamientos sociosanitarios y la prevención de factores modificables para esta morbilidad, además, de ser una respuesta frente al tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible en Salud y Bienestar.

Agradecimiento: Gran agradecimiento a nuestra profesora y asesora en el proyecto de investigación Bárbara de las Mercedes Mora Espinoza, una excelente profesora, guía para nuestro conocimiento y crecimiento a nivel profesional.

Referencias

1. Organización Panamericana de Salud. OPS: Dengue [Internet]. [citado 13 julio 2022]. En: <https://www.paho.org/es/temas/dengue>
2. Instituto Nacional de Salud. INS: Boletín Epidemiológico Semanal [Internet]: [citado 8 enero 2022]. En: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2022_Bolet%C3%ADn_epidemiologico_semana_12.pdf
3. Álvarez Escobar MC, Torres Álvarez A, Torres Álvarez A, Semper AI, Romeo Almanza D. Dengue, chikungunya, Virus de Zika. Determinantes sociales. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2018 [citado 12 julio 2022]; 40(1):120-128. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000100013 &lng=es.

4. San Martín JL, Brathwaite-Dick O. La Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control del Dengue en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2007 [Citado 13 julio 2022]; 21(1):55–63. En: <http://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892007000100011>
5. Design Thinking en Español. Design Thinking en Español [Internet]. Design Thinking.es. [citado 13 julio 2022]. En: <https://www.designthinking.es/inicio/index.php>



Características de soledad en adultos de algunos **centros del adulto mayor Risaralda, 2022**

Becerra-González, Tania
Bedoya-Gómez, Karen Estefan
Tobón-Castro, Dana Saharay

Estudiantes. Facultad de Enfermería, Fundación Universitaria del Área Andina.
Estudiante del Semillero de investigación Azahar de Risaralda, Grupo de Investigación de
Enfermería Risaralda (GIER).

Email para correspondencia: tbecerra@estudiantes.areandina.edu.co;
kbedoya10@estudiantes.areandina.edu.co; dtobón4@estudiantes.areandina.edu.co

Introducción: Según, las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, entre el año 2000 y 2050 la población de los adultos mayores se va a duplicar aumentando del 11% al 22%, llegando así a un crecimiento de 2000 millones en el transcurso de medio siglo, por lo tanto, se hará más notorio en los países de ingresos bajos y medianos; al aumentar la población de los adultos mayores es más probable que las familias permanezcan más generaciones que en los años actuales. Es imprescindible entender que habrá mayor demanda en los servicios de salud para atender la morbilidad propia de todos los adultos mayores, su comorbilidad y sus cambios gerontológicos del proceso de envejecimiento relacionados con el deterioro cognitivo que comprometen la capacidad funcional, social y psicológica; siendo uno de estos problemas la soledad que se presenta en muchos de ellos. Con base a lo anterior, es necesario preguntarse: ¿Cuáles son las características de soledad en personas adultas de algunos centros de adulto mayor Risaralda 2022? Para responder el interrogante, se plantea el siguiente

objetivo; Describir características de soledad en personas de algunos centros de adulto mayor Risaralda.

Al respecto, Chaparro², describe la soledad como una experiencia perjudicial, la cual está estrechamente vinculada con el sentimiento de aflicción o tristeza, que afecta la cotidianidad del individuo que la experimenta, las personas de avanzada edad suelen estar más expuestas a manifestar vivencias relacionadas con la soledad por falta de interrelación con amistades y familiares, el cursar con diferentes enfermedades, el deterioro cognitivo y cambios socioemocionales. Por otra parte, Cardona³ resalta que es necesario y apremiante conocer a fondo sobre el adulto mayor, no solo comprender las diferentes causales sociales que lo rodean, siente y piensa, lo que, sin duda, es inevitable hablar de soledad. Es así como la psicología argumenta que desde que una persona nace empieza a percibir diferentes momentos o situaciones de soledad, aventurándose en un papel notorio de aquellas figuras importantes y aquellos ámbitos en que ningún individuo le es compañía.

Para Weiss⁴ hay dos tipos de soledad: la soledad emocional que es evidenciada por la ausencia de un núcleo afectuoso, y la soledad social, la cual está enlazada con la mínima interacción del sujeto con las demás personas, este autor hace un análisis entre las teorías situacionales y caracterológicas para así poder diferenciar la soledad; la primera se acentúa en el punto de vista externo como factor propicio para que se viva el sentimiento de soledad; la segunda alude las diferencias unipersonales, donde algunos individuos están más propensos a vivenciar la soledad estando involucrada su personalidad.

Metodología: Tipo de estudio: Observacional, descriptivo y transversal. Observacional porque se hizo observación directa de los adultos mayores durante la aplicación del instrumento y descriptivo porque se describió variables sociodemográficas, variables de tipos de soledad, con las cuales se hizo análisis univariado y bivariado, además de transversal porque se recogió la información en un momento dado del proceso investigativo.

Población y muestra: Estuvo conformado por 74 personas de algunos centros de adulto mayor en Risaralda y la muestra fueron 43 adultos mayores de 60 años quienes cumplieron los criterios de elegibilidad acorde a criterios de inclusión y exclusión, quienes aceptaron voluntariamente acceder a la encuesta para brindar información necesaria para la realización del estudio.



Instrumento: Se elaboró un cuestionario tipo encuesta con preguntas dicotómicas y politómicas relacionadas con las variables del estudio, el cual tuvo validación facial como de contenido por expertos, para realizar ajustes al cuestionario, luego, se hizo prueba piloto con algunas personas de otros centros del adulto que según criterios del estudio dieron confiabilidad al instrumento, posteriormente se realizó el trabajo de campo para recoger la información y se tabuló en Excel versión 2016, lo que se representó en tablas y gráficos para ressignificar los hallazgos.

Técnicas de recolección de información: Se solicitó permiso institucional con presentación de estudio y se pidió consentimiento informado a aquellas personas que según la escala de Yesavage no cursaban depresión, en el ABC instrumental, el AVD y que tenían un nivel cognitivo adecuado para responder el instrumento, por tanto, se aplicó la encuesta a los sujetos del estudio de manera presencial, en los hogares seleccionados en Risaralda, con una duración de 30 a 40 minutos.

Análisis de resultados: Con base en los resultados arrojados por el instrumento, se procede a realizar el análisis con 43 adultos mayores de los hogares o Centros del Bienestar de Adulto Mayor (CBA) de los municipios Pereira, Dosquebradas y Mistrató sobre las características de la soledad, posteriormente se compararon diferentes variables para establecer porcentajes y sacar conclusiones contemplados en los hallazgos.

Resultados: De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede demostrar que en las características sociodemográficas se halló edad mayor a 80 años 29 casos (67,4%), en género prevaleció masculino 25 casos (58,1%), estado civil solteros 21 casos (48,8%) y apoyo socio familiar por parte de la familia con un total de 29 casos (67,4%). Al realizar cruces entre las diferentes variables de acuerdo al instrumento, se muestra que la población según tipo de soledad, la soledad emocional fue la más representativa en San Francisco de Asís, La Pradera 6 casos (27,2%) y Fundación Edad de Oro en el Corregimiento de Tribunales Córcega con 5 casos (18,1%), luego se encontró la soledad social en dos lugares, en San Francisco de Asís, Mistrató 2 casos (9,1%) y San Francisco de Asís, La Pradera con 5 casos (22,7%). Al analizar los hallazgos más relevantes es preciso señalar que, la muestra de 43 adultos mayores se categoriza en los tipos de soledad que presentan, existiendo un mínimo porcentaje de ausencia de soledad con 9 casos (29%), es decir, que, al observar el total, serán menores al porcentaje final al individualizar los resultados.

Siguiendo con motivos de soledad según edad, se pudo evidenciar que la edad mayor a 80 años presenta un aislamiento social con 8 casos (27,5%) seguido de los sentimientos negativos con 7 casos (24,1%); En tercer lugar, está la insatisfacción de las relaciones humanas con 4 casos (13,7%) y, por último, adultos mayores de 71 a 80 años prevaleciendo los sentimientos negativos con 3 casos (10,3%). Respecto a tipos de soledad según género se reflejó en los hombres mayor soledad emocional 14 casos con (32,3%) frente a mujeres 10 casos (29,4%); para soledad social en género masculino fue 5 casos (14,7%) frente al femenino de 4 casos (29,4%).

Conforme a tipo de soledad según morbilidad, se observó una mayor prevalencia en soledad emocional con Hipertensión Arterial, 7 casos (23,3%), seguida de Sarcopenia con 4 casos (13,3%) y luego, Diabetes con 1 caso (3,3%). Así mismo, en Índice de Fragilidad según edad, se mostró que los mayores de 80 años 12 casos (27,9%) presentan fragilidad ligera, seguido de fragilidad severa con 8 casos (18,6%), y en las edades entre 71 a 80 años prevalece la fragilidad moderada 4 casos (9,3%).

También, en limitación de la salud según tipo de soledad, este indica que en la soledad emocional existe prevalencia en limitación física o funcional con 7 casos (30,4%), frente a la limitación mental-cognitiva con 5 casos (21,7%). Aquellos adultos mayores que no presentaron ninguna limitación según soledad emocional fueron 3 casos (13%) y, en segundo lugar, se halló que la soledad social en la limitación física o funcional fueron 6 casos (26%). De esta forma, los riesgos emocionales asociados a la soledad según estado civil, se demostró que los adultos mayores en su mayoría presentan tristeza-depresión, los adultos que están solteros/as reflejan tristeza-depresión con 11 casos (44%), seguido de los adultos que están casados con 5 casos (20%) y se encontró que las personas viudas/os presentan tristeza-depresión con 3 casos (12%).

Discusión: La soledad y los tipos de soledad es un tema relevante para abordar en el adulto mayor considerando que entre los cambios involutivos de carácter biofísico son bastantes los estudios que hablan de morbilidades de base en el adulto, como enfermedades crónicas no transmisibles, las neurocognitivas y enfermedades crónicas infecciosas, entre otras; teniendo en cuenta que la mayoría de los adultos mayores son pluripatológicos, sin embargo, son escasos los estudios colombianos que se encuentran con relación a las características y tipos del soledad, en particular en el eje cafetero son mucho más escasos. En este



orden de ideas, caracterizar la soledad en algunos centros de adultos mayores constituye un aporte al tema en estudio con relación a esta población en la zona. En primer lugar, en las características sociodemográficas prevaleció la edad en adulto sobre 80 años, en género masculino (58,1%), nivel educativo primaria (58,1%) y estado civil soltero (48,8%). Al respecto, Chaparro² plantea que, a mayor edad de la persona, mayor será el riesgo de presentar soledad. Las evidencias muestran que la soledad es más común en las mujeres, ya que ejecutan menos actividades de relación social fuera del entorno llamado hogar. Es preciso señalar que, el género es un factor importante al momento de referirse qué tanto afecta la soledad a una persona, de manera que, Pinazo⁵ habla de las diferencias de género al alcanzar una edad avanzada que son notorias en el nivel demográfico y socioeconómico gracias a que existe mayor número de mujeres adultas con soledad, en contraste, se halló resultados distintos a lo mencionado, siendo la población participante en su mayoría de género masculino, existiendo mayor soledad en esta población.

También Chaparro², agrega que, en el estado civil, el estar viudo o separado aumenta los niveles de soledad, diferente a las personas que, sí están casados, los cuales pueden experimentar menos sentimientos de soledad y/o abandono. Teniendo en cuenta el nivel educativo, si es superior refieren menos sentimientos de soledad y para ingresos socioeconómicos, las personas de estratos medios y altos presentan menos soledad en relación con las personas de bajos ingresos.

Acorde con Russo⁶, en la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares resalta por su alta incidencia, la Hipertensión Arterial, al avanzar la edad, resaltando la analogía entre la soledad, el cortisol y el estrés, que activan lo neuroendocrino donde se ve implicado el aumento de la presión arterial sistólica, dislipidemias e índice de masa corporal. Para este estudio la HTA, fue la morbilidad prevalente, en efecto la soledad deriva múltiples enfermedades en donde también se presenta, la EPOC, sarcopenia, diabetes, dislipidemia, entre otras, que en conjunto disminuyen la calidad de vida del adulto mayor. Por último, Weis (1973) (Citado en Rubio, 2004)⁴ enuncia que la soledad cuenta con dos dimensiones principales divididas en soledad social y emocional, basado en los resultados obtenidos en este estudio, se puede decir, que ambos tipos son los de mayor prevalencia en el adulto mayor. La soledad social, se evidencia en la carencia de las relaciones sociales y la soledad emocional en la falta de intimidad con otros, en el sentimiento que este genera.

Referencias

6. Organización Mundial de la salud (OMS). Envejecimiento y salud. 2021 [citado abril 3 2022]. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
7. Chaparro Díaz L, Carreño Moreno S, Arias Rojas M. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. Revista Cuidarte. mayo 3 de 2019;10(2). En: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.633>
8. Cardona Jiménez J, Villamil Gallego MM. El sentimiento de soledad en el adulto mayor. Vol. 20, Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr. En: https://acgg.org.co/pdf/pdf_revista_06/20-2-articulo4.pdf
9. Rubio Herrera R. La soledad en las personas mayores españolas. 2004. En: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>
10. Pinazo S, Mónica H, Nunes DB. La soledad de las personas mayores: Conceptualización, valoración e intervención. Universidad de Valencia. 2018. En: https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_soledad_mayores/eu_def/fpilares-estudio05-SoledadPersonasMayores-Web.pdf
11. Russo V, Aparicio J, Becerra C, Castillo C, Depablos N, Díaz E, et al. Hipertensión arterial y percepción de soledad social en habitantes mayores de 55 años. Barquisimeto, Venezuela. Revista Venezolana de Salud Pública. 2020. p. 1–18. En: <https://revistas.uclave.org/index.php/rvsp/article/view/2874/1795>



**Universidad
Pontificia
Bolivariana**

SU OPINIÓN



Para la Editorial UPB es muy importante ofrecerle un excelente producto.

La información que nos suministre acerca de la calidad de nuestras publicaciones será muy valiosa en el proceso de mejoramiento que realizamos. Para darnos su opinión, escribanos

al correo electrónico: editorial@upb.edu.co

Por favor adjunte datos como el título y la fecha de publicación, su nombre, correo electrónico y número telefónico.



Universidad
Pontificia
Bolivariana

