

# CINA RESEARCH



Fundación Universitaria Navarra

**UNINAVARRA**

VIGILADA MINEDUCACIÓN

**ENE - ABR**  
**2019**  
Volumen 3 - Número 1  
Neiva - Colombia

# C I N A RESEARCH

**Editor**

Centro de Investigaciones UNINAVARRA - CINA

**Asistente Editorial**

Ana Maria Mañosca Ramirez

**Diseño y Diagramación**

Jesús Mauricio Roa Polania



**U** **NINAVARRA** **A**<sup>®</sup>  
editorial

# CINA RESEARCH

e-ISSN 2590-5562

La revista CINA Research es una publicación cuatrimestral.

Reservados todos los derechos. El contenido de esta publicación no se debe reproducir, almacenar en un sistema de recuperación o transmitir por cualesquiera otros medios (electrónicos, mecánicos, fotocopias, grabaciones u otros) sin el consentimiento previo del editor.

Imagen de la portada correspondiente al cerebro, en dominio público. Creada por Massachusetts General Hospital y Draper Labs.

Centro de Investigaciones UNINAVARRA - CINA

+57 (8) 8740089 - 871 1199 - 8722049

Calle 10 No. 6-41

Neiva - Colombia

<https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/cinaresearch>  
[editorial@uninavarra.edu.co](mailto:editorial@uninavarra.edu.co)

# Contenido

## *Artículo Original*

### **Características tomográficas de los pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular atendidos en el servicio de urgencias de una clínica de Neiva**

Kevin A. Calderón-Ramirez, Carlos I. Hermosa-Fierro, Emir B. Oliveros, Javier R. Coqueco, Viviana P. Cometa, Juan M. Yacelli, Juan D. Dominguez, Marcela Paredes-Laverde

6

### **Percepción del paciente con hipertensión frente al cuidado de enfermería del programa de riesgo cardiovascular**

Jeanette Díaz Corredor, Magda Vivian Franco Jimenez, Liliana Molina Sánchez

17

### **Percepción del adulto mayor institucionalizado frente a la ausencia familiar, una mirada desde la teoría de la autotranscendencia**

Rocío Rodríguez Olarte, Bibiana Acosta Vargas

26

## *Artículo de Revisión*

### **Ansiedad preoperatoria: Importancia del cuidado de enfermería desde el modelo teórico de Kristen Swanson**

Luz Angela Peña Losada, Nicolás Camilo Cuellar Perdomo, Jorge Andrés Ramos-Castañeda

36

### **Factores influyentes con la delegación del profesional de enfermería según la teoría de Hildegard Peplau en el servicio de urgencias**

Jhosman H. Álvarez-Rojas, Cristian C. Mosquera-Monroy, Claudia T. Canacue

43

### **Calidad de Atención de Enfermería Percibida por Pacientes de Urgencias en una Institución de Primer Nivel**

Karollay Julieth Ríos Suarez, Yury Tatiana Ordoñez Ruiz, Jorge Andrés Ramos Castañeda

52

**Percepción de la gestante que accede a la interrupción voluntaria del embarazo frente al cuidado de enfermería**

Ángel Yecid Valencia Guaspud, Sindy Jimena Orjuela Nieto, María Edith Fiesco Cuchimba

60

**Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes y factores asociados**

Irza Y. Cerquera, Sindy Y. Córdoba, Ángela P. Garzón

70

# Características tomográficas de los pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular atendidos en el servicio de urgencias de una clínica de Neiva

Tomographic characteristics of patients diagnosed with stroke treated in the emergency department of a Neiva clinic

Kevin A. Calderón-Ramírez<sup>1</sup>, Carlos I. Hermosa-Fierro<sup>1</sup>, Emir B. Oliveros<sup>1</sup>, Javier R. Coqueco<sup>1</sup>, Viviana P. Cometa<sup>1</sup>, Juan M. Yacelli<sup>1</sup>, Juan D. Domínguez<sup>2</sup>, Marcela Paredes-Laverde<sup>3</sup>

1. *Estudiante de Tecnología en radiología e imágenes diagnósticas, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia*
2. *Md. Esp. Estudiante de medicina interna, Universidad Sur Colombiana - USCO, Neiva - Colombia.*
3. *Qca. Esp. MSc. Docente, Facultad de Ciencias de la Salud, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia.*

## Resumen

**Introducción:** Las enfermedades cerebrovasculares representan una de las principales causas de mortalidad e invalidez funcional en los países desarrollados. **Objetivo:** identificar las características tomográficas, sus principales causas y las áreas comprometidas del cerebro, de los pacientes con diagnóstico de Accidente Cerebrovascular (ACV) que asistieron a la consulta de urgencias en una clínica de alta complejidad de la ciudad de Neiva en el periodo comprendido entre 1 de abril y 30 de junio de 2018. **Materiales y Método:** Estudio descriptivo observacional prospectivo. Los datos se obtuvieron entre el 1 de abril y 30 de junio de 2018, a través de la historia clínica de 47 pacientes con diagnóstico de ACV que asistieron a la consulta de urgencias en una clínica de alta complejidad en la ciudad de Neiva y que incluyeron en su estudio una tomografía de cráneo simple. **Resultados:** Esta patología se presentó con mayor frecuencia en personas de género masculino en un rango de edad entre los 61 a 78 años. De los municipios del departamento del Huila, la ciudad de Neiva, presentó 32 casos, siendo el lugar con mayor número de casos, representado en un 68%. **Conclusiones:** De acuerdo a la información obtenida, las lesiones isquémicas se presentan predominantemente en el área de la arteria cerebral media. Se detectó que la diabetes y el exceso de consumo de calorías son factores de riesgo fundamentales.

## Abstract

**Introduction:** Cerebrovascular diseases represent one of the main causes of mortality and functional disability in developed countries. **Objective:** to identify the tomographic characteristics, its main causes and the compromised areas of the brain, of the patients with a diagnosis of cerebrovascular accident (CVA) who attended the emergency consultation in a highly complex clinic in the city of Neiva in the period covered between April 1 and June 30, 2018. **Materials and Methods:** Prospective observational descriptive study. The data were obtained between April 1 and June 30, 2018, through the clinical history of 47 patients with a diagnosis of CVA who attended the emergency consultation in a high complexity clinic in the city of Neiva and included in his study a simple skull tomography. **Results:** This pathology occurred more frequently in males of an age range between 61 to 78 years. Of the municipalities of the department of Huila, the city of Neiva, presented 32 cases, being the place with the highest number of cases, represented by 68%. **Conclusions:** According to the information obtained, ischemic lesions occur predominantly in the area of the middle cerebral artery. It was detected that diabetes and excess consumption of calories are fundamental risk factors.

## Palabras Clave

Accidente cerebrovascular, Isquémico, Tomografía, Enfermedad (Fuente Decs)

## Keywords

Stroke, Ischemic, Tomography, Disease

## Introducción

Los Accidentes Cerebro Vasculares (ACV) son lesiones que se dividen en dos grandes grupos: isquémicos y hemorrágicos [1]. El diagnóstico temprano de un ACV es vital para un buen resultado del tratamiento, este dado a través del valor pronóstico de la tomografía computada de cráneo simple, permitiendo así el reconocimiento de ciertas particularidades anatómicas y ubicación espacial.

Sin lugar a dudas, se ha demostrado que la tomografía computarizada de cráneo se ha convertido en la principal modalidad de imagen en la evaluación inicial del ACV. Esto se evidencia en los diferentes estudios que han hecho uso de esta gran herramienta [2,3,4,5,6].

González CR y otros [3] realizaron un estudio que incluyó una revisión de los exámenes de tomografía de cráneo en el período noviembre 2016 – agosto 2017 existentes en el Sistema de Información Clínico Estadístico (SICE) del hospital Alfonso Gumucio Reyes del municipio Montero, Bolivia. En el que se revisaron 1926 tomografías de cráneo y se identificaron las principales enfermedades con hallazgos tomográficos de interés en los estudios de TC revisados, para proponer un sistema para evaluar la TC de cráneo en los pacientes con sospecha clínica de ACV.

Por otro lado, Balian NR y otros [4] compararon datos demográficos, en el Hospital Italiano de Buenos Aires con una muestra de 1386 pacientes de los cuales 747 pacientes mostraron indicios de ACV comprobados por tomografía computada, la edad promedio fue de 70 a 80 años, 61% mujeres y 39 % hombres. El diagnóstico realizado a estos pacientes influyó en la toma de decisiones del tratamiento.

Monroy Rojas S y otros [5] mencionan en su estudio que, los accidentes cerebrovasculares de origen isquémico localizados a partir de la oclusión

de una variante anatómica de las arterias para medianas, nacen hasta en un 45% de los casos de una misma ACP (arteria cerebral posterior), ya sea en forma independiente o a partir de un tronco común, se encuentra asociada a eventos trombo embólicos detectables principalmente por la tomografía computarizada registrados en el servicio de urgencias del Hospital Universidad del Norte de barranquilla Colombia [5].

### *Aspectos para reconocer una patología en imágenes*

Para reconocer una patología en imágenes como el ACV se tienen en cuenta aspectos como el tiempo; al cabo de 12 a 24 horas aparece una zona borrosa de baja densidad (Hipodenso: zona más oscura) en el territorio de la arteria cerebral que está obstruida; la zona empieza a estar claramente delimitada al cabo de 24 horas con efecto de masa más marcado.

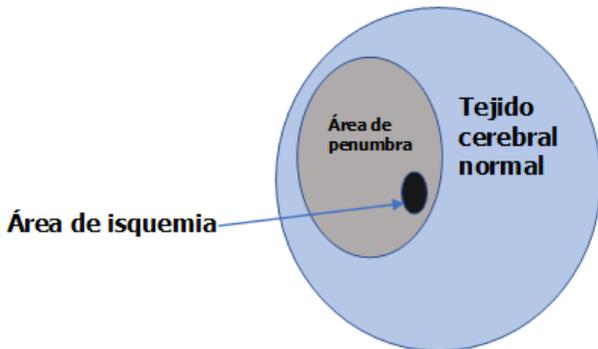
Asimetría: entre los surcos o una compresión mínima de un ventrículo. En cuanto al tomógrafo, éste tiene ventanas que permiten visualizar y clasificar las diferentes zonas.

Clasificación: en ancho y centro de ventana y se determinan gracias a la escala de unidades Hounsfield y lo que hace es darle un valor según la escala de grises a la zona que se va a evaluar [7]-[8]; tiene gran importancia en el estudio tomográfico simple, encontrar cambios tempranos de la isquemia aguda puede aumentar en la tomografía simple variando ancho y centro de la ventana, lo que ayuda a acentuar el contraste en el tejido afectado [7].

Las diferentes densidades que se presentan para determinar las diversas manifestaciones clínicas dependerán de la arteria afectada, así como de la extensión del tejido lesionado, la localización del taponamiento influirá en la extensión del tejido lesionado, es importante identificar el área de penumbra que es el tejido que rodea la zona más

afectada y que está en riesgo de afectarse por la misma isquemia [9]. (Ver Figura 1)

**Figura 1.** Áreas de penumbra y de isquemia cerebral<sup>15</sup>

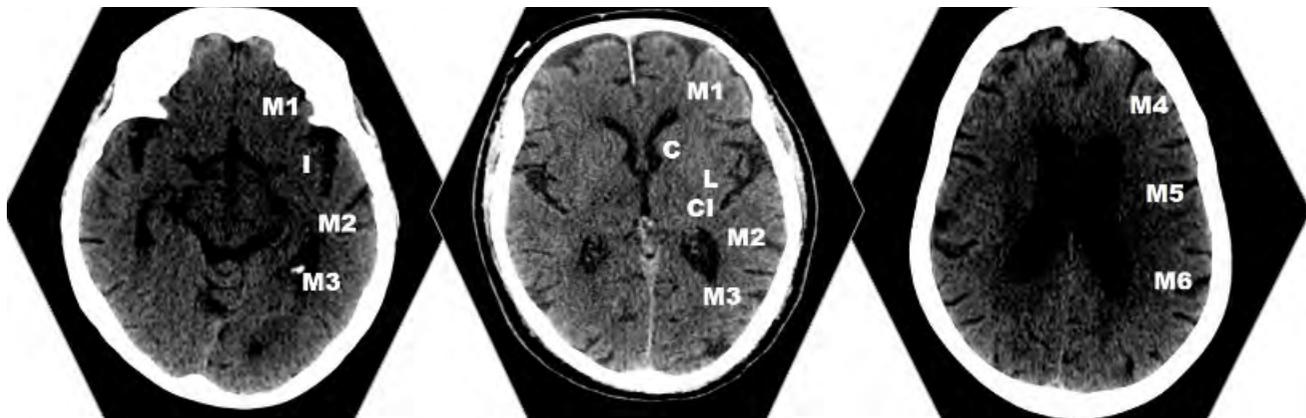


Por otra parte La escala ASPECTS da referencia para conocer los diferentes territorios que afecta la pérdida de flujo y por ende pérdida de oxígeno y nutrientes en esa zona del parénquima cerebral, a la altura los ganglios de la base y del margen superior del sistema ventricular.[9] (Ver Figura 2)

Por ende, conocer la anatomía radiológica es esencial para la identificación de una lesión isquémica y conocer el territorio en donde se presenta la lesión, la adquisición de la imagen se debe hacer en ventana de parénquima cerebral para poder visualizar las diferentes estructuras. Usualmente el cerebro recibe sangre mediante dos pares de arterias principales que se ramifican a través del tejido cerebral y a su vez alimentan las células cerebrales. Existen varios tipos de patrones que nos permiten identificar los signos radiológicos precoces de un ACV isquémico por ejemplo; el signo de la arteria cerebral media (ACM) hiperdensa (parte con más realce blanco) que consiste en la presencia de un trombo o calcificación en la ACM.

Por otra parte, el borramiento de los surcos de la convexidad es uno de los signos más relevantes para identificar una isquemia cerebral (Ver Fig.4- Fig.5)

**Figura 2.** Escala de ASPECTS para valorar el grado de extensión de una lesión isquémica<sup>5</sup>



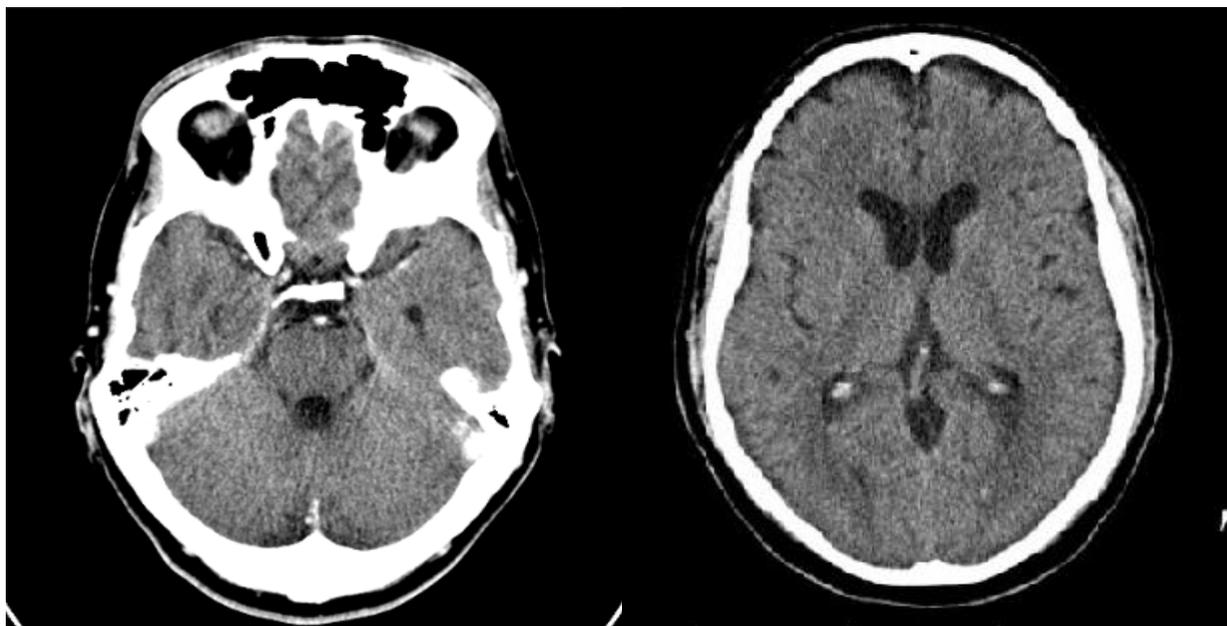
C: Núcleo Caudado / N: Núcleo lenticular / Ci: Capsula interna / M1: zona anteroinferior de la ACM / M2: zona infromedial de la ACM / M3: zona íferoposterior de la ACM / M4: Zona superoanterior de la ACM / M5: zona superomedial de la ACM / M6: zona superoinferior de la ACM

Se deben apreciar estructuras tales como: Lóbulos cerebrales (frontales, temporales, parietales y occipitales), sustancia blanca y gris del cerebro, recordando que la primera es más hipodensa que la

segunda (sustancia blanca uh 20-30 y sustancia gris uh entre 36-46), los 4 ventrículos, la arteria cerebral media y la cerebral posterior. Así cómo los plexo coroideos, el seno sagital y transversos, los senos

paranasales (frontales, etmoidales, esfenoidales). éstas últimas son tres estructuras llamadas duramadre, aracnoides y piamadre [9]. (Ver Figura 3)

**Figura 3.** Representación de TAC de cráneo simple normal<sup>5</sup>



## Materiales y métodos

**Tipo de investigación:** estudio descriptivo observacional prospectivo de corte transversal.

**Población de estudio:** pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular (ACV) que asistieron a la consulta de urgencias en una clínica de alta complejidad en la ciudad de Neiva y se realizó dentro de su estudio una tomografía de cráneo simple.

**Unidad de análisis:** pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular que asistieron a la consulta de urgencias en la institución mencionada y se le realizó dentro de su estudio, una tomografía de cráneo simple en el periodo comprendido entre 1 de abril y 30 de junio de 2018.

**Criterios de inclusión:** pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de accidente cerebrovascular que asistieron a la consulta de urgencias en una clínica

de alta complejidad y se le realizó dentro de su estudio, una tomografía de cráneo simple.

**Criterios de exclusión:** pacientes menores de 18 años.

**Muestra:** no se realizó muestreo ya que se tomó toda la población que asistió al servicio de urgencias por un ACV y a quienes en su estudio se les realizaron una tomografía de cráneo simple.

**Recolección de la información:** los pacientes del estudio fueron obtenidos de la consulta de urgencias. Se realizó el reporte de los hallazgos de la tomografía de cráneo simple y mediante una encuesta se extraen los datos de la historia clínica necesarios para cumplir con los objetivos propuestos de la investigación.

**Tabulación de los datos:** los datos se tabularon en una base de datos utilizando el programa Excel para Windows 2010 para realizar la respectiva agrupación y codificación de las variables.

**Análisis de datos:** para todos los análisis se utiliza el programa Excel.

**Consideraciones bioéticas:** Es una investigación sin riesgo de acuerdo a los criterios establecidos por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y se acoge a los principios bioéticos de autonomía, confidencialidad, beneficencia y no maleficencia. Se realizará una retroalimentación con los datos encontrados en el estudio a la institución encargada de prestar servicios de la salud y a la comunidad científica del área de la salud. El anteproyecto de investigación será sometido a evaluación por parte del comité de bioética del CINA y de la institución de salud.

De igual forma las historias clínicas y los reportes de las tomografías serán protegidos y defendidos como derecho que tienen los pacientes de no ser publicados sus nombres y todos los datos personales permanecerán en total confidencialidad por parte de los investigadores.

## Resultados

Dentro de las imágenes que se obtuvieron de tomografía de cráneo simple se escogieron dos imágenes de dos pacientes con diagnóstico de ACV isquémico con características más notorias demostrando áreas afectadas por semiopatología y anatomía radiológica los diferentes cambios que presenta esta patología. (Ver figura 4 y 5)

Imagen de tomografía de cráneo simple en ventana de parénquima cerebral; se aprecia áreas hipodensas  $<20$  uh en el lado derecho e izquierdo correspondiendo a los territorios patológicos. Paciente con diagnóstico de ACV isquémico en la parte frontoparietal derecha y parietal izquierda (correspondiendo a un foco malásico): región de la ACM derecha e izquierda, también se ve desplazada la línea media contra lateral lado izquierdo colapsando los ventrículos laterales.

**Figura 4.** Tomografía, tomada del estudio.



**Figura 5.** Imagen de tomografía. Tomada del estudio.

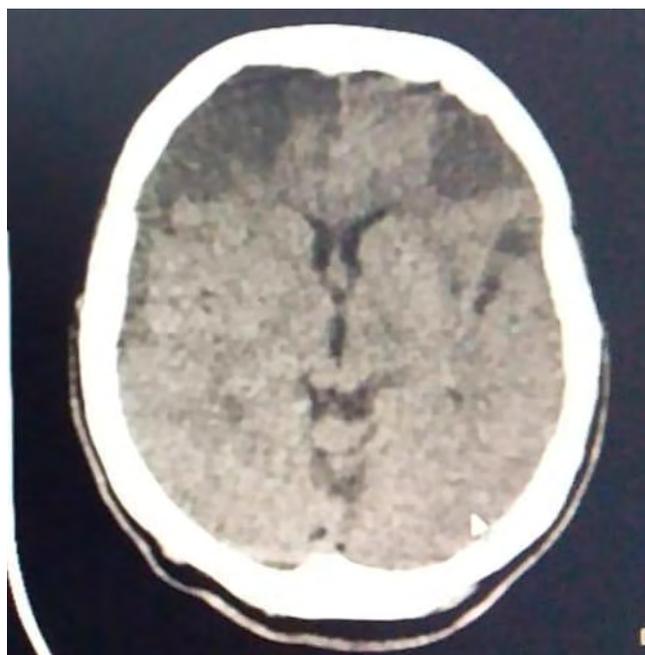


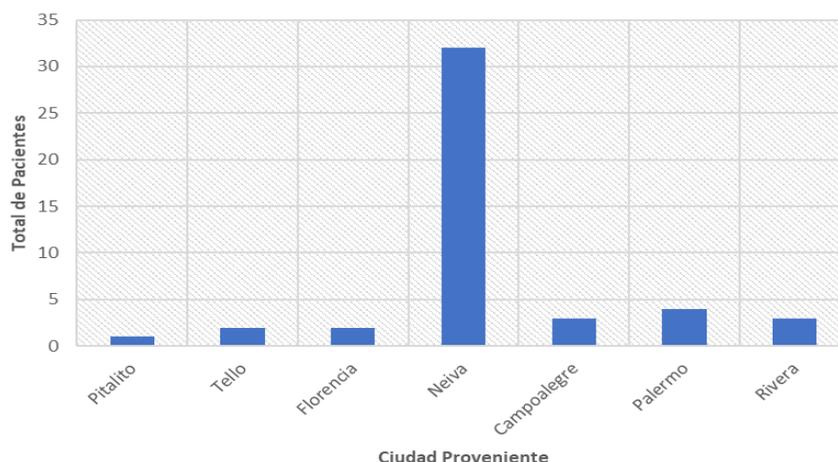
Imagen de tomografía de cráneo simple ventana de parénquima cerebral; presenta áreas hipodensas  $<20$  uh en el área Frontal derecha y frontoparietal izquierda disminuyendo el volumen del parénquima cerebral sano, territorio vascularizado por las arterias cerebrales; anterior y media.

Características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de ACV isquémico.

La figura 6, muestra la procedencia de los pacientes atendidos en la Unidad de Urgencias de la clínica donde se realizó el estudio, donde se observa que la ciudad de Neiva es el lugar con mayor número de casos de pacientes con ACV (32 casos) repre-

sentados en un 68%. Otros municipios tales como Pitalito, Tello, Campoalegre, Rivera y Palermo han reportado ACV inferiores a 4 casos, que representa el 28% de pacientes con ACV. Adicionalmente, la institución presta el servicio hospitalario a otros departamentos, siendo Florencia la que mayor hace uso de estas instalaciones representando alrededor del 4% de casos con ACV.

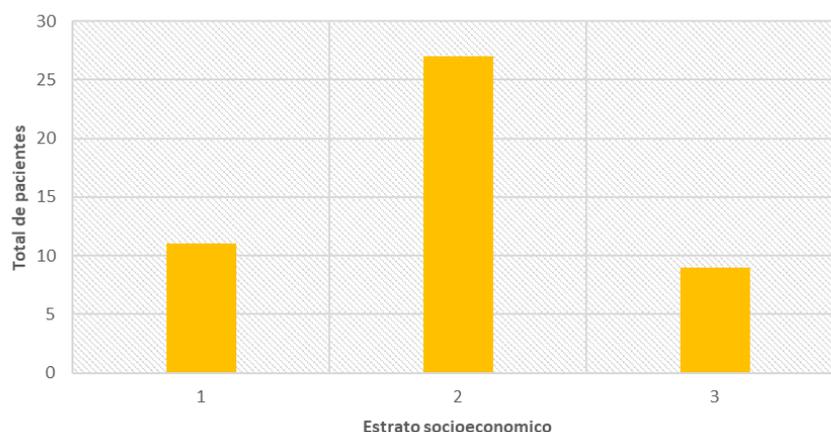
**Figura 6.** Procedencia de los pacientes atendidos en la Unidad de Urgencias.



Además, se analizó el estrato socioeconómico de los pacientes con ACV, tal como se muestra en la Figura 7; donde se observa que los pacientes con más frecuencia a presentar un ACV son de estrato

socioeconómico 2 con 27 casos equivalente al 57%, seguido por pacientes de estrato 1 equivalente al 23% y por último pacientes de estrato 3 con un 19%.

**Figura 7.** Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias con diagnóstico de ACV isquémico.

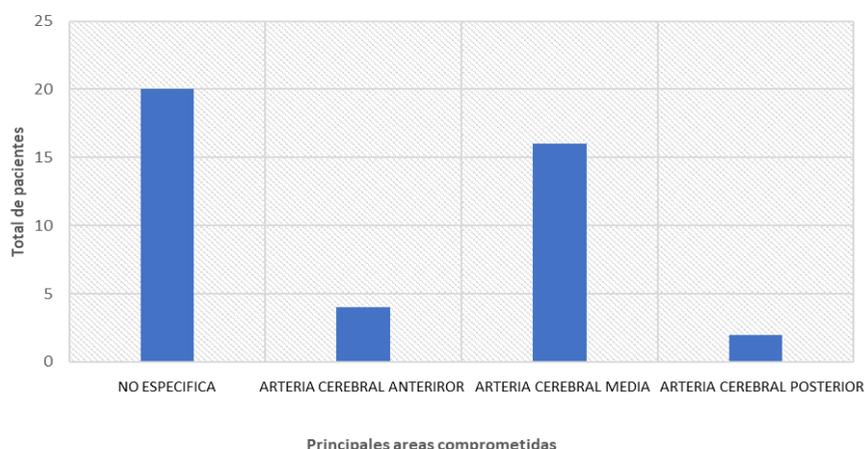


*Principales áreas comprometidas en el cerebro con diagnostico ACV*

La figura 8 presenta las principales áreas comprometidas del cerebro según la tomografía de cráneo simple en los pacientes con diagnóstico de ACV isquémico, la cual informa que en la mayoría de los estudios los especialistas en radiología no especifi-

can las zonas más comprometidas alcanzándose un 47% de la población con desconocimiento de su área afectada. Sin embargo, los casos de arteria cerebral media se encuentra entre los casos más relevantes entre los especificados (38% de casos). Seguidamente, en menor proporción se encontró los casos de la arteria cerebral anterior y la arteria cerebral posterior, representado un 9 y 4% de ACV, respectivamente.

**Figura 8.** Principales áreas comprometidas del cerebro según la tomografía de cráneo simple en los pacientes con diagnóstico de ACV isquémico.

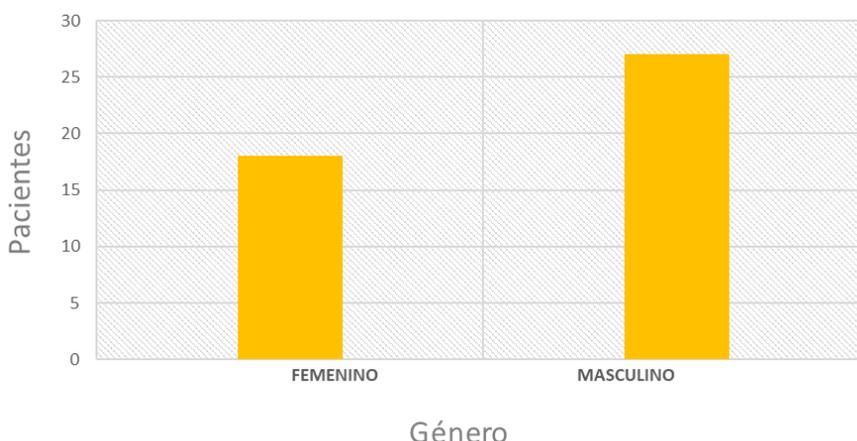


*Frecuencia de ACV según el género.*

La Figura 9 expone la frecuencia de ACV en hombres y mujeres atendidos en la unidad

de urgencias, muestra que la mayor incidencia de casos fueron en hombres (60%) y en menor proporción se manifestó en mujeres (40%).

**Figura 9.** Frecuencia de la ACV en hombres y mujeres atendidos en la unidad de urgencias.



*Frecuencia de ACV según la edad:*

Según Ministerio de Salud y Protección Social [22]\_el ciclo vital puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo tales como niñez (0- 13 años), juventud (14 a 26 años), adultez (27 a 59 años) y tercera edad (60 años en adelante). Para este estudio solo se tuvieron en cuenta las tres últimas etapas debido a que los niños hacen parte de la población de exclusión y la etapa de juventud se consideró para pacientes mayores de 18 años. La Tabla 1, muestra la frecuencia del ACV por tomografía computarizada según la edad, siendo los pacientes de la tercera edad los que mayor presenta esta patología con 38 casos representados en un 80%. Por otro lado, los pacientes en periodo de edad juventud y adultez presentan pocos casos representando un porcentaje inferior al 15%.

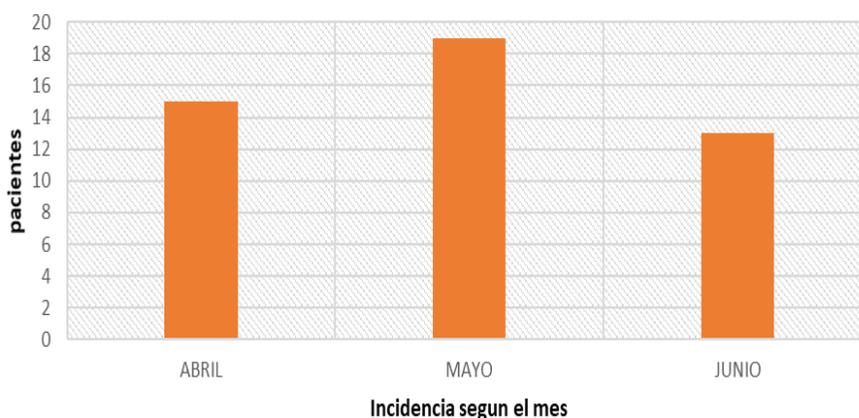
**Tabla 1.** Frecuencia del ACV por tomografía computarizada según la edad.

PERIODO DE EDAD	CASOS DE INCIDENCIA DE ACV	
JUVENTUD	6	12%
ADULTEZ	3	6%
TERCERA EDAD	38	80%

*Frecuencia de ACV según el mes de ingreso*

En la figura 10 se puede identificar el periodo de tiempo y la incidencia del ACV isquémico por meses, indicando que los mayores ingresos se realizaron en el mes mayo con 19 casos, los cuales representan el 40% de los pacientes estudiados. Adicionalmente, en menor proporción se reportaron 15 y 13 casos para el mes de abril y junio, respectivamente; siendo de esta manera inferiores al 32%.

**Figura 10.** Frecuencia según el periodo de tiempo de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias con diagnóstico de ACV isquémico.



**Discusión**

*Evaluación de las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de ACV isquémico.*

En la población Huilense se demostró que el ACV isquémico afecta a las personas de un bajo ingreso

socioeconómico (estrato 2), este resultado es similar al reportado en un estudio realizado en Uruguay en el Hospital Universitario el cual indica que la mayoría de los pacientes que ingresaron con ACV pertenecen a un estrato socioeconómico bajo y medio bajo [10]. De esta misma manera, en Colombia se encontró que el 83% de los pacientes con ACV pertenecen al estrato socioeconómico bajo,

ratificando de esta forma la influencia de las condiciones económicas en este tipo de patologías [11]. Esta relación entre el ACV y el estrato socioeconómico posiblemente se explica que estos pacientes tienen un estilo de vida poco saludable, poco conocimiento sobre alimentación adecuada, los alimentos orgánicos tienen un mayor valor y no es posible para esta población acceder a productos de mejor calidad, [12] otro factor asociado puede ser la falta de actividad física y el deporte [13].

#### *Principales áreas comprometidas en el cerebro con diagnóstico ACV*

En este estudio el área más comprometida se desconoce debido a que las lecturas de las tomografías fueron de “Área no específica”, sin embargo, otra de las áreas comprometidas en gran proporción es la arteria cerebral media, la cual está causando un número considerable de morbilidad y discapacidad [14]. Además, la oclusión de la primera porción de la arteria cerebral media en la mayoría de los casos produce déficit neurológico, asociados a la aparición de émbolos, aunque también puede existir una estenosis ateromatosa [15].

Esta afectación de la arteria cerebral media posiblemente está asociada a factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo y síndrome metabólico [16, 17] debido a que hay una disminución de temporal del flujo sanguíneo y en cuestión de minutos las neuronas cerebrales empiezan a morir causando que las personas tengan dificultades para hablar y comprender, dificultades repentinas para ver con un ojo o con ambos, dolores de cabeza intensos y repentinos sin causa conocida, mareos repentinos o pérdida del equilibrio, entumecimiento o debilidad repentinos en el rostro o en las extremidades, por lo general, en un solo lado del cuerpo [18].

Por otro lado, las arterias cerebrales anterior y posterior en este estudio presentaron un menor número de casos, sin embargo, son consideradas patologías graves debido a que la única posibilidad de

circulación se restringe al flujo desde las arterias cerebral anterior y posterior en la superficie cerebral y cuando esto falla [19], la oclusión origina un déficit grave en los pacientes asociada con debilidad de los músculos y en algunos casos también puede existir paresia [20].

#### *Frecuencia de ACV según el sexo, la edad y el mes de ingreso*

Los pacientes de la tercera edad son los que presentan el mayor porcentaje de casos (80%) siendo los hombres los que tienen una mayor prevalencia de presentar ACV. Este resultado es similar al reportado en un estudio realizado en la clínica Área Sanitaria Norte de Córdoba [16], donde la edad promedio de los pacientes que ingresaron con ACV fue 72 años, siendo el sexo masculino (60%) los que presentan una mayor frecuencia de la patología [21]. Estos resultados se atribuyen ya que los hombres tienden a llevar una vida sedentaria, como por ejemplo el exceso de consumo de calorías, el exceso de peso llevando a que aumenten los triglicéridos en esta etapa de la vida; mientras que en las mujeres los triglicéridos aumentan en la etapa de la menopausia [22].

La frecuencia mostró que el mes de mayo fue donde más se presentaron casos, no se sabe con exactitud la relación con este mes. Un estudio realizado en Ecuador en el año 2009, presentó mayor prevalencia de accidentes cerebrovasculares en el mes de mayo [23]. Aunque no se podría dar una razón exacta de la alta prevalencia del mes de mayo en el presente estudio, se podría asociar las altas temperaturas de la región por dichas fechas [24], lo que provocaría que los pacientes ingirieran bebidas altas en azúcares, repercutiendo considerablemente en su salud, incluyendo la diabetes, la cual es una enfermedad asociada con los factores de riesgo [2].

## **Conclusiones**

Este estudio mostró una alta prevalencia de Accidente cerebrovasculares en hombres mayores, de

clase media. A pesar de estar bajo atención médica es llamativa la falta de control, evaluación y seguimiento de los factores de riesgo. Se corroboró de acuerdo a la literatura, que los pacientes hombres de la tercera edad presentan la mayor frecuencia de ACV, indicando una gran influencia de los factores de riesgo como el sedentarismo, diabetes y exceso de consumo de calorías, los cuales son los encargados de aumentar los triglicéridos causando taponamiento o cierre del calibre arterial.

Los pacientes con ACV isquémico presentan la mayor frecuencia en el territorio vascular de la arteria cerebral media, seguida por la arteria cerebral anterior mostrando que estas zonas son las de menor calibre por lo que tiene una mayor posibilidad de taponarse y adicionalmente son las principales arterias que irrigan el cerebro. Se puede identificar que el mayor número de pacientes registrados que ingresaron, se realizaron en el mes de mayo, los cuales representan el 40% de los pacientes estudiados; posiblemente asociado a las altas temperaturas por los días del mes mencionado. Además, las personas presentaron una mayor atención en la ciudad de Neiva debido a que son de esta localidad, mientras que las personas que viven en otros municipios son atendidas primeramente en los centros de salud de la misma localidad.

Si bien existen factores de riesgo de accidente cerebrovascular que no se pueden cambiar, existen otros de los cuales si se puede controlar o prevenir. Se recomienda que desde las secretarías de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud y desde la misma academia, se hagan más presentes con campañas que instruyan a los ciudadanos sobre la adopción de medidas saludables, especialmente campañas especiales de deporte ajustadas para adultos mayores.

## Agradecimientos

A los docentes Marcela Paredes Laverde, Qca. MSc.; Juan Diego Domínguez, Esp. En epidemio-

logía y residente de medicina interna; Dora Emilia Fierro, Esp. En epidemiología.

## Fuentes de financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias de sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Conflictos de interés

Ninguno.

## Referencias

1. García Fernández, M.A., J. Bermejo, and M. Moreno, Utilidad de las técnicas de imagen en la valoración etiológica y toma de decisiones en el paciente con ictus. Revista española de cardiología, 2003;56(11): 1119-1132.
2. Hochmann, B., et al., Incidencia del accidente cerebrovascular en la ciudad de Rivera, Uruguay. Rev Neurol, 2006; 43(2): p. 78-83.
3. Cabañas, R.G., B.Y.G. Salas, and O.V. Suárez, El ABC del accidente cerebro vascular en la tomografía computarizada de cráneo/The ABC of cerebrovascular accident in the cranial computed tomography. Rev Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias, 2017; 17(1): p. 19-35.
4. Balian, N.R., et al., Predictores clínicos de transformación hemorrágica en accidente cerebrovascular isquémico no lacunar. Medicina (Buenos Aires), 2017; 77(2): 100-104.
5. Monroy Rojas, S., et al., Bilateral thalamic infarction caused by Percheron artery obstruction: case report. Acta Neurológica Colombiana, 2017; 33(2): 104-114.
6. González Trujillo, F., et al., Dissection of cervical cranial arterial vessels. Report of cases presented during 2 years at a clinical institution of Colombia. Discussion with emphasis in treatment. Acta Neurológica Colombiana, 2018; 34(1): 85-91.
7. de Alba Celedón, J.F. and G.M.G. Avendaño. Evento vascular cerebral isquémico: hallazgos tomográficos en el Hospital General de México. in Anales de Radiología, México. 2011.
8. Calzado, A. and J. Geleijns, Tomografía computarizada. Evolución, principios técnicos y aplicaciones. Revista de Física Médica, 2010. 11(3).

9. Balagueró, C.P., La TC avanzada en el diagnóstico del ictus. 2014.
10. Braga, P., et al., Ataque cerebrovascular: un estudio epidemiológico prospectivo en el Hospital de Clínicas de Montevideo. *Rev Med Uruguay*, 2001. 17(1): p. 42-54.
11. Montalvo Prieto, A., et al., Habilidad de cuidado de cuidadores familiares principales de pacientes con ACV: Cartagena (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 2010. 26(2): p. 212-222.
12. Abadal, L.T., I.B. Vintró, and T. Puig, Accidente vascular cerebral: incidencia, mortalidad y factores de riesgo en 28 años de seguimiento. Estudio de Manresa. *Revista Española de Cardiología*, 2000. 53(1): p. 15-20.
13. Beltrán, O., L. Quintero, and O. Chaparro, Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med*, 2007. 15(2): p. 207-217.
14. Sánchez, A.C. and C. Hermenegildo, Enfermedad cardiovascular. *Tiempos médicos: revista de educación médica continuada*, 2007(640): p. 33-37.
15. Bardají Fandos, T., Revisión actualizada sobre enfermedad cerebrovascular: estudio de un caso. *Nursing*, 2003, vol. 21, num. 3, p. 45-57, 2003.
16. García-de Lucas, M., J. Casas-Fernández de Tejerina, and M. Cara-García, Enfermedad cerebrovascular aguda en el Área Sanitaria Norte de Córdoba. *Rev Neurol*, 2007. 44(2): p. 68-74.
17. Durantez, M.I.H., Tendencias de mortalidad por cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular en el periodo 1998-2013. 2017, Universidad Miguel Hernández de Elche.
18. Arregui Azagra, A., Plan de intervención para mejorar la demora en al aplicación de tratamientos en el paciente con ictus. 2017.
19. Romero López, M.J., Estudio clínico del proceso conductual de la emergencia del coma grave por accidente cerebrovascular. 2007.
20. Díez-Tejedor, E., et al., Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. *Rev Neurol*, 2001. 33(5): p. 455-64.
21. Rodríguez Rueda, J.M., et al., Comportamiento de la enfermedad cerebrovascular en un período de dos años. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 2006. 35(4): p. 0-0.
22. Nigro, M.B., et al., Evaluación de factores de riesgo cardiovascular en mujeres de la tercera edad. *Rev Fed Arg Cardiol*, 2005. 34: 358-365.
23. Plúa, M. and L. María, Prevalencia de accidente cerebrovascular en pacientes atendidos en el Hospital del Seguro Social de Portoviejo y propuesta de un protocolo actualizado de manejo. 2012, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Graduados.
24. Quezada, E., E. Antonio, and D.J. Fargas Robleto, Principales factores que predisponen a la muerte por accidente cerebro vascular en pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del HEODRA en el periodo comprendido de enero 2010-septiembre de 2011. 2013.

# Percepción del paciente con hipertensión frente al cuidado de enfermería del programa de riesgo cardiovascular

Perception of the patient with hypertension against nursing care of the cardiovascular risk program

Jeanette Díaz Corredor<sup>1</sup>, Magda Vivian Franco Jimenez<sup>1</sup>, Liliana Molina Sánchez<sup>2</sup>

1. *Estudiante de Enfermería, VIII semestre, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia*

2. *Docente, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia*

## Resumen

La hipertensión arterial es una enfermedad letal que actualmente revela altos niveles de prevalencia a nivel mundial, convirtiéndola en un problema de salud pública. Para la disciplina, el presente estudio denota importancia, ya que permite conocer la percepción que tienen los pacientes frente al cuidado brindado por el profesional de enfermería, cuyos resultados pueden ser referente para posteriores investigaciones. **OBJETIVO:** Determinar la percepción del paciente con hipertensión frente al cuidado de enfermería en el programa de riesgo cardiovascular en una institución de primer nivel de atención de la ciudad de Neiva durante el segundo semestre del año 2018. **MATERIALES Y MÉTODO:** Investigación de tipo cuantitativo con abordaje descriptivo, la muestra estuvo conformada por 168 usuarios de una IPS de primer nivel que cumplieron con los criterios de selección. El instrumento utilizado fue el de percepción del cuidado humanizado de enfermería en su tercera versión. **RESULTADOS:** El 98.5% de los pacientes percibieron el cuidado humanizado por parte de enfermería como excelente, obteniendo la mayor participación de las mujeres en un 62.5%, usuarios entre 56 y 60 años con un 52.5%, el bachillerato con un 52.5% y la procedencia en un 86.3% son de la zona urbana **CONCLUSIONES:** La percepción de los pacientes con hipertensión del programa de riesgo cardiovascular frente al cuidado de enfermería es excelente puesto que se destacó en la manera de como el profesional brinda un cuidado humanizado utilizando una comunicación asertiva y fundamentando en la relación que se crea entre el enfermero y el paciente, fomentando una escucha activa logrando así generar sentimientos y emociones en el paciente, permitiéndole tener una mayor percepción de la atención brindada por el profesional.

## Abstract

Hypertension is a lethal disease that currently reveals high levels of prevalence worldwide, making it a public health problem. For the discipline, the present study denotes importance, since it allows knowing the perception that patients have regarding the care provided by the nursing professional, whose results can be a reference for further research. **OBJECTIVE:** To determine the perception of the patient with hypertension versus nursing care in the cardiovascular risk program at a first-level care institution in the city of Neiva during the second semester of 2018. **MATERIALS AND METHOD:** Quantitative research with descriptive approach, the sample consisted of 168 users of a first level IPS that met the selection criteria. The instrument used was the perception of humanized nursing care in its third version. **RESULTS:** 98.5% of patients perceived nursing care as excellent, obtaining the highest participation of women in 62.5%, users between 56 and 60 years with 52.5%, high school with 52.5% and the origin in a 86.3% are from the urban area **CONCLUSIONS:** The perception of patients with hypertension of the cardiovascular risk program versus nursing care is excellent since it stood out in the way the professional provides a humanized care using assertive communication and based on the relationship that is created between the nurse and the patient, encouraging active listening, thus generating feelings and emotions in the patient, allowing him to have a greater perception of the care provided by the professional.

## Palabras Clave

Formación de Concepto, cuidados de enfermería, hipertensión, Enfermedades Cardiovasculares, atención primaria de salud. (Fuente: DeCS, Bireme)

## Keywords

Perception, nursing care, hypertension, Cardiovascular Diseases, Primary Health Care. (Source: MeSH, NCBI)

## Introducción

Las enfermedades cardiovasculares han aumentado de tal forma que han superado las enfermedades infecciosas como principales causas de mortalidad en el mundo, factores como el envejecimiento de la población, la urbanización acelerada y la adopción de modos de vida mal sanos están influyendo en la salud de la población [1]

Según la Organización Mundial de la Salud [1], la hipertensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos al ser bombeadas por el corazón; desde el año 1978 se habla que en un adulto la presión sistólica igual o inferior a 140 mmHg junto con una presión arterial diastólica igual o inferior a 90 mmHg está dentro de los valores normales. Actualmente, según las nuevas guías de manejo, evaluación y tratamiento de la hipertensión que se han realizado, se acepta que un paciente con tensión arterial normal se encuentra con los valores de su presión sistólica menor a 120 mmHg y la diastólica menor a 80 mmHg [2]. Por lo que se puede decir que la hipertensión es un signo de alarma importante que indica que son necesarios cambios urgentes y significativos en el modo de vida de las personas [1].

Es así, como en el plan decenal de salud pública (2012-2021), en donde se encuentran las políticas sectoriales e intersectoriales, concertadas y coordinadas que permitan impactar positivamente los determinantes sociales [3]. Siendo una de las estrategias contenidas en este programa. La atención primaria en salud que busca mejorar la salud rompiendo barreras y practicas convencionales, al igual que el programa de riesgo cardiovascular, el cual está dirigido por el enfermero (a) quien está capacitado para educar al paciente en lo que se refiere a la patología, los riesgos, las complicaciones y el autocuidado [4,5,6].

Según el informe de las cuentas de alto costo del fondo colombiano del año 2016, publicado 26 de

septiembre del año 2017 [3]. Esta patología es la primera causa de muerte en el mundo y ha cobrado más de 10,3 millones de vidas al año como consecuencia de sus complicaciones [1]. Tanto en América Latina y el caribe entre el 20 y el 25 % [4] de la población presentan la enfermedad [1]. Por otra parte, en Colombia del 100% de las personas que presentan alguna patología crónica, el 73 % de ellos están diagnosticados con hipertensión arterial [7] presentando una alta prevalencia en ciudades como barranquilla con 12.4%, Pereira 11.3%, Cartagena 11.2%, Manizales 11%, seguidas de Medellín, Quibdó, Neiva, Armenia, Sincelejo y Cali con un 10% [3].

De esta manera en la revisión de la literatura se evidenció que los programas de riesgo cardiovascular han tenido un impacto con el paciente que padece la patología; en relación a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, es ahí en donde se demuestra la importancia que tiene el abordaje de la enfermera en la implementación de los planes de atención de enfermería brindando cuidados para la salud de las personas sanas y enfermas, interviniendo en forma activa en la atención del individuo, la familia y la comunidad [8]. Sin embargo, los resultados de los estudios mencionados, se demuestra un vacío en la razón de ser del programa de riesgo cardiovascular en general [9,5,10,8,6].

El presente estudio permitió describir la percepción que tiene el usuario con relación a la calidad del cuidado brindado por parte del personal de enfermería, siendo ésta una estrategia que permite calificar y optimizar la calidad de la atención [9,12,13]. Dando lugar al respeto, consideración, comprensión e interés por la salud, recuperación del usuario, lo que permite crear una relación interpersonal, generando un ámbito acogedor durante la consulta [14].

Hoy por hoy, es de vital consideración que los profesionales asuman su rol de una manera comprometida en la atención al usuario para así poder brindar una atención con calidad, calidez, de mayor agrado,

con cuidados humanizados y seguros. Resulta primordial crear ambientes confortables para el usuario; contando con habilidades comunicativas, técnicas y administrativas, para contribuir en el proceso de recuperación de las personas. Le compete al profesional de enfermería fomentar una relación interpersonal con los pacientes, en un entorno de comprensión, respeto y reciprocidad, manteniendo la escucha activa, adaptando el lenguaje a su propia idiosincrasia, que permita a las personas percibir a un profesional involucrado genuinamente en su atención, generando, uno de los cambios más radicales en la calidad de la atención [15,16].

Es así como el modelo relación de persona-persona de Joyce Travelbee es útil en la práctica en enfermería, interrelacionando los conceptos meta paradigmáticos como son persona, entorno, salud y enfermedad para así poder comprender la situación que vive la persona, familia o grupo [17].

## Materiales y métodos

Es un estudio con enfoque cuantitativo porque se basó en la recopilación y análisis de datos numéricos que se obtuvieron en la realización y aplicación del instrumento “Percepción de comportamiento de cuidado humanizado de enfermería”. Y de tipo descriptivo porque se realizó la investigación en condiciones naturales buscando describir la percepción del paciente con hipertensión frente al cuidado humanizado de enfermería. El método que se utilizó fue intencional o por conveniencia no probabilístico que consistió en la verificación de las agendas del enfermero(a) diariamente y así captar los pacientes con Hipertensión inscritos en el programa de riesgo cardiovascular que cumplieran con los criterios de selección tanto de **inclusión** como son: Paciente con hipertensión arterial en edades comprendidas entre los 30 hasta los 60 años que se encuentren inscrito en el programa de riesgo cardiovascular y Paciente con hipertensión arterial que se encuentre activo en el programa de riesgo cardiovascular en una IPS de primer nivel de Neiva y los de **exclusión** paciente

con hipertensión inscrito en el programa de riesgo cardiovascular que presente alteración de la conciencia o discapacidad cognitiva y Paciente con hipertensión inscrito en el programa de riesgo cardiovascular que no acepte participar en el estudio.

La muestra del presente estudio se conformó obteniendo la información del total de la población, de acuerdo con los datos estadísticos proporcionados por una IPS de primer nivel de Neiva. Estuvo constituida por 1000 pacientes con diagnóstico de hipertensión a corte de julio del 2018. La muestra se calculó mediante la fórmula de la población finita con un nivel de confiabilidad del 95%, una probabilidad esperada del 5%, y un margen de error de un 3%, arrojó como resultado 168 pacientes a los que se le aplicó el instrumento.

Se utilizó una técnica de recolección de datos con previa autorización del Centro de Investigación UNINAVARRA y El Comité de Ética y de la Coordinación Médica Regional de una IPS de primer nivel de Neiva, se seleccionaron los pacientes teniendo en cuenta las agendas de enfermería diaria del programa de riesgo cardiovascular, verificando cuales fueron los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que cumplieron con los criterios de selección.

Se realizó el abordaje de los pacientes con hipertensión arterial después de cumplir su cita asignada en el área de pos-consulta del programa de riesgo cardiovascular, donde se invitó al paciente a participar en el estudio, realizando una breve explicación de los objetivos del proyecto, una vez el paciente haya aceptado participar, se presentó el consentimiento informado, resaltando los principios éticos plasmados en la investigación, se firmó el consentimiento informado con cada uno de los participantes y se procedió a realizar la aplicación del instrumento de la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su tercera versión, fue validado en Colombia en la clínica Country, con un índice de aceptabilidad de 0.92 % y un índice

de validez de contenido de 0.98 %, es confiable por que obtuvo un alfa de Cronbach de 0.96%, genero tres categorías denominadas: categoría número 1. Cualidades del hacer de enfermería; la categoría numero 2 Apertura de la Comunicación Enfermero(a)-paciente y categoría numero 3 Disposición para la atención, el instrumento consto de 32 ítems, con escala de Likert para la calificación de las diferentes afirmaciones donde 1 es equivalente a (nunca) categorizándolo en malo, 2 (algunas veces) como regular, 3 (casi siempre) como bueno y 4 (siempre) como excelente.

El total de puntos por instrumento aplicado se encuentra entre 1-128, si el puntaje obtenido se encuentra entre 97-128 puntos se clasifica como excelente, ahora bien si el valor se encuentra en el rango de 65-96 puntos se clasifica como buena , si se encuentra entre 33 -64 puntos se clasifica como regular y por ultimo si se encuentra entre 1-32 puntos se clasifica como mala percepción de los comportamientos del cuidado humanizado por parte de enfermería.

Se tuvo en cuenta las disposiciones en materia de responsabilidad establecida en la ley 911 del 2004, en el código deontológico para el ejercicio profesional en enfermería, así como los aspectos éticos y legales para la investigación, salvaguardando la dignidad, el respeto, la integridad y los derechos de los seres humanos.

Por la naturaleza de la investigación para los aspectos éticos se tuvo en cuenta la resolución N° 008430 de 1993, se enfatizó en el respeto por las opiniones expresadas por los participantes a quienes se les garantizó la protección de sus identidades y de los que se obtuvo autorización por medio de un consentimiento informado. Se tuvo en cuenta los principios éticos de beneficencia que se desarrollaron mediante una comunicación asertiva con la persona; No maleficencia, en donde prevaleció la ética profesional y brindando seguridad al usuario; Autonomía, en el cual el usuario tuvo la libertad de tomar

la decisión de participar en el estudio, respetando el total derecho de no querer continuar si así lo prefería; confidencialidad de los datos y derecho a la privacidad, en donde los investigadores declararon que en la investigación no aparecen datos personales el cual divulguen la vida del participante poniendo en riesgo alguno su integridad; y por último la justicia en donde Se de distribuyeron los bienes y servicios buscando proveer el mejor cuidado de la salud según las necesidades de cada persona.

## Resultados

### *Características sociodemográficas*

La **tabla 1** muestra los resultados obtenidos relacionados con: el género, la edad, nivel de escolaridad, y la procedencia de la población estudiada.

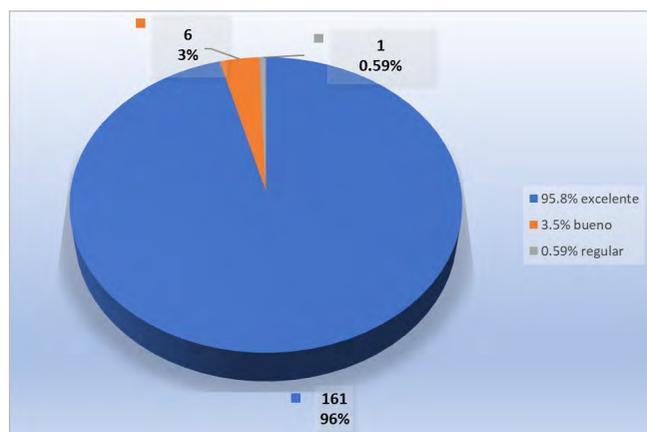
**Tabla 1.** características Sociodemográficas

	CATEGORIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
<b>SEXO</b>	FEMENINO	105	62.5%
	MASCULINO	63	37.5%
<b>EDADES</b>	30-35	6	3.5%
	36-40	10	5.9%
	41-45	12	7.1%
	46-50	18	10.7%
	51-55	34	20.2%
	56-60	88	52.3%
<b>ESCO-LARIDAD</b>	PRIMARIA	48	28.5%
	BACHILLER-ATO	88	52.5%
	TECNICO	6	3.5%
	TECNOLO-GO	8	4.7%
	ESPECIAL-ISTA	1	0.5%
	NO ESTUDIO	1	0.5%
<b>PROCE-DENCIA</b>	UJNIVERSI-TARIO	16	9.5%
	RURAL	23	13.6%
	URBANA	145	86.3%

### Percepción global

La percepción de los pacientes con hipertensión inscritos en el programa de riesgo cardiovascular frente al cuidado de enfermería en una institución de primer nivel se evidenció que el 95.8% de la población lo percibe como excelente, un 3,5% como bueno y solamente un 0.5% como regular. Cabe destacar que, dentro de lo referido por los encuestados, ninguna persona evaluó como malo los cuidados brindados por el personal de enfermería de la institución. **Ver figura 1.**

**Figura 1.** Percepción Global de los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería.



### Cualidades del hacer de enfermería

La enfermera que cuida debe tener un amplio conocimiento formal, con un trato amable, generar confianza, hacerle sentir como persona y con tranquilidad, explicando los cuidados con un tono de voz adecuado respetando sus creencias y valores. Al analizar esta categoría se encontró que 82% respondieron que siempre percibieron el cuidado humanizado por parte de enfermería.

### Apertura de la comunicación enfermero (a)-paciente

La comunicación interpersonal, se considera como un acto de humanidad que se genera entre el pro-

fesional de enfermería y los que atiende un ambiente de confianza y afectividad mutua, porque se entiende que es una herramienta para disminuir el sufrimiento, favorecer la comprensión, la aceptación y la operatividad del tratamiento. Así mismo, el enfermero mantiene una buena comunicación con el paciente mencionando su nombre y cargo, mirándolo a los ojos cuando le habla, dedicándole tiempo para aclarar sus inquietudes, facilitándole el dialogo, explicándole previamente los procedimientos, respondiendo con seguridad a sus preguntas, dándole indicaciones sobre su atención o su situación de salud; proporcionándole información suficiente y oportuna para que el paciente pueda tomar decisiones si lo amerita. En esta categoría se encontró que el 87% de las personas que participaron en el estudio, siempre percibieron comportamientos de cuidado humanizado asociados a la comunicación enfermero-paciente.

### Disposición para la atención

En esta categoría se evalúa si el profesional demuestra interés por brindarle comodidad durante la consulta, dedicándole el tiempo requerido, llamándolo por su nombre demostrando respeto por sus creencias y valores, identificando sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual, escuchándolo atentamente, indagando como se encuentra su estado de ánimo, brindándole un cuidado cálido, ayudándole a manejar el dolor físico, demostrando que es responsable por su atención, resaltando el respeto por sus decisiones, al igual que le explica completamente todo lo relacionado con su tratamiento farmacológico, es así como en el análisis de esta categoría arrojó que el 90% de las personas que participaron en el estudio tuvieron la percepción de siempre haber recibido cuidado humanizado referente a la disposición para atención.

### Discusión

El cuidado de enfermería se caracteriza por que tiene una visión holística de la humanidad en la que

dirige las necesidades fundamentales de los pacientes, los valores y sus experiencias; fortalecido por su conocimiento teórico - científico y habilidades del enfermero(a) (18)], dentro de la categoría de las cualidades del hacer de enfermería, se encontró que el 82% respondieron que siempre percibieron el cuidado humanizado por parte de enfermería y el 1.4% casi siempre, un 2.8 % algunas veces y el 0.85% nunca. Estos hallazgos guardan semejanza con los obtenidos por Ramírez Perdomo en el estudio de percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en una unidad de cuidados intensivos en donde también recibieron una calificación alta los que hacen referencia a la relación enfermera-paciente, mediante la cual se establece confianza y el paciente siente que existe preocupación por él [19].

Las enfermeras cumplen una función importante teniendo una buena relación enfermero-paciente en donde la comunicación asertiva da un paso a establecer una verdadera empatía, entendiendo esta como la capacidad de reconocer y compartir emociones y estados de ánimo con la otra persona para así comprender el significado de su comportamiento. Una buena relación enfermero paciente permite elaborar un plan de cuidados más personalizado, humanizado y ético, [20]. Dentro de la apertura de la comunicación se evidenció que el 87% de las personas que participaron en el estudio, siempre percibieron comportamientos de cuidado humanizado asociados a la comunicación enfermero-paciente, el 2,6% casi siempre, el 5% algunas veces y el 4.6% nunca, Estos resultados son semejantes al realizado por Zúñiga, Romeo y Chávez en la ciudad de Cartagena destacando que el 72% de los pacientes que participaron en su estudio percibieron un cuidado humanizado asociado a la comunicación enfermero-paciente como alta y el 4.4% de los pacientes percibieron una mala atención humanizada porque el enfermero no da a conocer aspectos que para el usuario son desconocidos, sin brindar una información clara y oportuna [21]. Al igual que el estudio realizado por Rodríguez Fernández en Lima, (Perú) en donde los

pacientes perciben la comunicación como favorable, manteniendo un lenguaje y escucha activo [6].

La disponibilidad en la atención está inmersa en los comportamientos del enfermero en donde se involucra los aspectos de la personalidad de ambas partes y moviliza sentimientos más o menos consientes de ambos sujetos, permitiendo surgir un deseo auténtico de ayuda, de respeto y de mantener una actitud abierta para comprender al enfermo como persona, viviendo un proceso vital que afecta sus emociones, sus relaciones y sus actividades [9]. En esta categoría se evidenció que el 90% de las personas que participaron en el estudio tuvieron la percepción de siempre haber recibido cuidado humanizado referente a la disposición para atención, casi siempre 2.2%, algunas veces el 3.4% y nunca 3.5 %, estos resultados son semejantes a los de Santamaria en Bogotá en donde el indicador de disposición de la enfermera se puede observar que el mayor se encuentra en medianamente favorable, al ayudar a disminuir el dolor físico o indagar con el mismo paciente por su estado de salud, pero que 6 de ellos se encuentran con un puntaje mínimo al poder pasar al medianamente desfavorable cuando la enfermera no siempre busca distraerlo de situaciones estresantes o de su estado de ánimo [6].

Dentro de los cuidados de enfermería dirigidos a pacientes con hipertensión, se establece una relación directa enfermero-paciente, donde se debe brindar información clara y oportuna que abarcan desde los problemas amplios y complejos hasta asuntos de la cotidianidad derivados de su situación de enfermedad basados en las fases de ayuda de Joyce Travelbee de poder brindar confianza, credibilidad, interés, trato amable, utilizando un lenguaje comprensivo el cual le permita al paciente crear una mejor percepción del manejo que se le brinda a su enfermedad [21]. Además de los conceptos mencionados anteriormente, las afirmaciones de la Teoría de Travelbee que fundamentan esta investigación en donde la finalidad del cuidado se da por el establecimiento de la relación per-

sona-persona en la medida en que toda acción de cuidar incluye relación interpersonal [22].

## Conclusiones

La percepción de los pacientes con hipertensión inscritos en el programa de riesgo cardiovascular frente al cuidado de enfermería fue excelente, obteniendo mayor participación de la población femenina, la edad entre 56 y 60 años fueron las más representativas entre ambos sexos, en cuanto la escolaridad predominó el bachillerato y en su mayoría procedentes de la zona urbana.

En la interacción directa enfermera - paciente, se generan sentimientos como resultado de la percepción que se desarrolla, usando los sentimientos a través del contacto físico, visual, auditivo, olfatorio, verbal, recibiendo las sensaciones que permiten al paciente crear la percepción originada por la atención brindada por parte del enfermero, en donde se encontró que los pacientes respondieron que percibieron que el cuidado humanizado por parte de enfermería fue excelente y tuvieron una óptima interacción enfermero-paciente lo que les permitió desarrollar una sensación emocional en el momento de la atención favoreciendo la óptima recuperación de su estado de salud.

Dentro del apoyo físico cabe resaltar la importancia de tener una óptima comunicación enfermero-paciente, que se considera como un acto de humanidad en donde se genera un ambiente de confianza y afectividad mutua, porque se entiende que es una herramienta para disminuir el sufrimiento, favorecer la comprensión la aceptación y la operatividad del tratamiento, por lo que se encontró que las personas que participaron en el estudio, percibieron comportamientos de cuidado humanizado asociados a la comunicación enfermero-paciente como excelente.

## Agradecimientos

Los autores de este documento manifestamos nuestro agradecimientos primeramente a Dios por

darnos la sabiduría de realizar esta investigación, a nuestras familias que nos brindaron su apoyo incondicional y con su gran amor hicieron que de los momentos difíciles fueran más llevaderos, por comprendernos en los momentos de ausencia en nuestros hogares, A la jefe Liliana Molina Sánchez Asesora del proyecto, por su colaboración permanente en este estudio, a la Fundación Universitaria Navarra que nos brindó la oportunidad de crecer y hacernos hoy profesionales, a los usuarios quienes fueron objeto de estudio por participar de esta investigación, Al Comité de investigaciones CINA, por darnos el apoyo incondicional, y permitirnos ser partícipe de un congreso internacional que nos enorgullece haber sido ponentes con nuestra investigación, y dar a conocer la importancia del mismo.

## Fuentes de financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Conflictos de interés

Ninguno

## Referencias

1. OMS. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Oms [Internet]. 2013;1–39. [Cited Nov 2018]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf)
2. Jeffrey S. El American College of Cardiology y la American Heart Association emiten nuevas guías más rigurosas sobre la hipertensión. Medscape [Internet]. 2017; [Cited Nov 2018] Available from: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5902091>
3. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia. 2016;1–216. Available from: [https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacion\\_ERC\\_HA\\_DM\\_Colombia\\_2016.pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacion_ERC_HA_DM_Colombia_2016.pdf)

4. Franco-Giraldo Á. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;33(3).
5. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021. *Minist salud [Internet]*. 2012;(32):2012–21. [Cited Nov 2018] Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos-y-Publicaciones/Plan-Decenal-Documento-en-consulta-para-aprobacion.pdf>
6. Fernández L, Guerrero L, Segura J, Gorostidi M. Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión arterial y en la investigación cardiovascular. *Hipertens y Riesgo Vasc [Internet]*. 2010;27(Supl 1):41–52. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1889-1837\(10\)70008-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1889-1837(10)70008-8)
7. Casas M, Chavarro L, Cardona D. Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. 2010-2011. *Hacia la Promoción la Salud [Internet]*. 2013;(1):81–96. Available from: [https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwJxuPnd-6fUAhXE6yYKHQubD-48QFghEMAQ&url=http%3A%2F%2Frevistas.upr.edu%2Findex.php%2Fgriot%2Farticle%2Fdownload%2F1554%2F1430&usg=AFQjCN-HC3Ey03mbcd8MKJ-kvOGqRil5T\\_w&](https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwJxuPnd-6fUAhXE6yYKHQubD-48QFghEMAQ&url=http%3A%2F%2Frevistas.upr.edu%2Findex.php%2Fgriot%2Farticle%2Fdownload%2F1554%2F1430&usg=AFQjCN-HC3Ey03mbcd8MKJ-kvOGqRil5T_w&)
8. ARREOLA CP. Percepciones y creencias del paciente hipertenso en una comunidad atendida por modelo incluyente de salud y otro por el modelo hegemónico de salud. TESIS DE GRADO. 2017;
9. Rojas M W, Barajas L MA. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias. *Rev Cienc y Cuid [Internet]*. 2012;9(1):13–23. Available from: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=86596&id\\_seccion=4224&id\\_ejemplar=8531&id\\_revista=260](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=86596&id_seccion=4224&id_ejemplar=8531&id_revista=260)
10. Zambrano C, Renato; Duitama M, John F.; Posada V, Jorge I.; Flórez A. JF. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]*. 2012;30(2):163–74. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2012000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
11. Mohd Azahar NMZ, Krishnapillai ADS, Zaini NH, Yusoff K. Risk perception of cardiovascular diseases among individuals with hypertension in rural Malaysia. *Heart Asia [Internet]*. 2017;9(2):e010864. Available from: <http://heartasia.bmj.com/lookup/doi/10.1136/heartasia-2016-010864>
12. Coca A, Gómez P, Llisterri JL, Camafort M. Riesgo cardiovascular percibido por el paciente hipertenso y grado de cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial: Estudio Cumplimentha. *Hipertens y Riesgo Vasc*. 2012;29(4):136–44.
13. Rt A. Beliefs about the Origin of the Risk Factors for Suffering from Hypertension in Hypertensive Mexican Group Patients. 2010;12.
14. Chavez D, Romeo R, Zuñiga J, Romero E. Percepción De La Calidad Del Cuidado De Enfermería En Pacientes Hospitalizados En El Hospital Universitario Del Caribe. 2013;53. Available from: <http://190.242.62.234:8080/js-pui/bitstream/11227/2686/1/informefinal.pdf>
15. Contreras R, Ma A, Durán R, Valle M. Procedimientos *Revista Científica de Enfermería*. :1–17.
16. Mastrapa YE, Lamadrid M del PG. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2016;32(4):126–36. Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>
17. Cisneros G. Fanny. Teorías y Modelos de Enfermería. *Fundam Enferm Univ del Cauca [Internet]*. 1996;1–15. Available from: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaY-SuAplicacion.pdf>
18. Rodríguez LMB, Carrillo ELP, Torres KMA, Ortiz KJP, Meza KAA, Capacho MIV, et al. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. *Cienc y Cuid*. 2015;12(1):105–18.
19. Ramírez Perdomo CA, Parra Vargas M. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Av en Enfermería [Internet]*. 2011;29(1):97–108. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n1/v29n1a10.pdf>
20. Hirschberg S, Donatti S, Rijana I, Selan V. The Relationship between the Therapeutic Adherence and Quality of Life in Hypertension. *PSIENCIA Rev Latinoam Cienc Psicológica [Internet]*. 2014;6(2):64–70. Available from: <http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/view/128>
21. Perez Rosabal E., Soler Sanchez YM., Morales Ortiz L. Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. Therapeutic adherence and beliefs about health in hypertensive patients. *Medisan [Internet]*. 2016;20(1):3–9. Available from: <http://www.medisana.sld.cu/index.php/san/article/view/641>

22. Siappo CLG, Núñez YR, Cabral IE. Nursing students' experiences in selfcare during training process in a private university in Chimbote, Peru. Esc Anna Nery - Rev Enferm [Internet]. 2016;20(1):17–24. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160003>

# Percepción del adulto mayor institucionalizado frente a la ausencia familiar, una mirada desde la teoría de la autotranscendencia

Perception of the institutionalized major adult against the family absence, a look from the theory of autotranscendence

Rocío Rodríguez Olarte<sup>1</sup>, Bibiana Acosta Vargas<sup>1</sup>

1. *Estudiante de Enfermería, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia*

## Resumen

**Introducción:** El envejecimiento es un fenómeno del ciclo vital de la biología humana, el cual involucra cambios heterogéneos, patogénicos presentes en los procesos psicobiológicos, emocionales y sociales; sumados a la transición demográfica percibida, se convierten en un constructor de variables que modifican la capacidad de respuesta del adulto mayor frente a los cambios de su entorno, y entre ellos, la ausencia familiar. La aplicación de la Teoría de la Auto-trascendencia, genera un desarrollo continuado en el adulto mayor buscando mantener salud mental y sensación de bienestar durante el proceso de envejecimiento. **Objetivo.** Conocer la percepción del adulto mayor institucionalizado frente a la ausencia de sus familiares a través de la Teoría de la Auto-trascendencia, en el Hogar de Ancianos San Martín de Porres. **Metodología.** La investigación se desarrolló mediante un enfoque fenomenológico e interpretativo que permite desarrollar un estudio de tipo cualitativo. **Resultados.** Para el grupo de adultos mayores del Hogar de ancianos San Martín de Porres del municipio de Palermo-Huila, los factores que propenden o limitan su auto-trascendencia se desenvuelven en su autoconcepción de la vulnerabilidad y el bienestar.

## Abstract

**Introduction:** Aging is a phenomenon of the life cycle of human biology, which involves heterogeneous, pathogenic changes present in psychobiological, emotional and social processes; added to the perceived demographic transition, they become a constructor of variables that modify the response capacity of the older adult in the face of changes in their environment, and among them, family absence. The application of the Theory of Autotranscendence, generates a continued development in the elderly who seeks to maintain mental health and sense of well-being during the aging process. **Objective.** To know the perception of the institutionalized older adult in front of the absence of their relatives through the Theory of the Self-transcendence, in the Nursing Home San Martin de Porres. **Methodology.** The research was developed through a phenomenological and interpretative approach that allows to develop a qualitative study. **Results** For the elderly group of the San Martín de Porres Nursing Home in the municipality of Palermo-Huila, the factors that tend or limit their self-transcendence unfold in their self-conception of vulnerability and well-being.

## Palabras Clave

Adulto mayor, vulnerabilidad, auto-trascendencia.

## Keywords

Older adult, vulnerability, self-transcendence.

## Introducción

El concepto de vejez, estudiado desde la psicología, más específicamente desde la Gerontología, se presenta como relacionado con el tiempo acumulado de vida; tiempo que otorga experiencia y sabiduría, o tiempo de desgaste y vulnerabilidad del ser humano (1). Las dinámicas actuales hacen que se subvalore la sabiduría que puede proporcionar los años de vida, manifestados en la etapa de la vejez; generando fenómenos en población anciana aislada; donde las personas mayores viven encerradas y solas en sus hogares, subsisten con algún recurso económico que posean o que el gobierno les otorgue, o en su defecto, sus familiares aportan económicamente a su manutención; hasta que estas personas no pueden valerse por sí mismas y miembros de su familia le atienden o en su defecto son llevados a instituciones especializadas en estos cuidados. Y como si se tratara “de un invitado del que se espera moleste lo menos posible”, los adultos mayores son enterrados en sus casas, ancianatos, u olvidados en las calles en el peor de los casos (2).

Frente a la problemática anterior, se ha estudiado la situación de una manera más profunda, con el fin de encontrar las consecuencias de estos acontecimientos en la vida de los adultos mayores y posibles soluciones, para tratar de mejorar la calidad de vida de esta población. Es así, que a nivel nacional e internacional se evidencian antecedentes de investigación como: Zuñiga, y otros (3) quienes por medio de un análisis de correlación, quisieron estudiar la percepción del adulto mayor hospitalizado frente a situaciones de abandono de sus familiares; o el trabajo de Guerrero y Ojeda (4), en donde se realiza un análisis al concepto de auto-trascendencia y su inmersión en los procesos de cuidado de enfermería al adulto mayor; también se destaca el trabajo de Guerrero y Yepes (5), quienes por medio de un estudio descriptivo correlacional, buscaron identificar los factores personales y del entorno relacionados con la salud del adulto mayor.

Mendoza (6) se propuso comprender la situación del adulto mayor institucionalizado mediante el desarrollo de una investigación etnográfica y el uso de instrumentos cualitativos de recolección de información, como entrevistas, observación y notas de campo.

En esta ocasión se escoge la Teoría de Auto-trascendencia, propuesta por Pamela G. Reed (7) como base teórica del estudio propuesto acerca de la percepción del adulto mayor del Hogar Geriátrico “San Martín de Porres” del municipio de Palermo frente a la situación de ausencia familiar. Esta teoría, desde la perspectiva de la enfermería, proporciona herramientas para encontrar recursos psicológicos internos en pacientes que le provean bienestar físico, social y psíquico, frente a procesos complejos de entender como lo son el de vivir-envejecer-morir (7).

Con base en los elementos conceptuales de la vejez y la teoría mencionada, se desarrolla el estudio de la percepción de los adultos mayores frente a la ausencia familiar: en este artículo se darán a conocer materiales y métodos utilizados, resultados arrojados, discusión y conclusiones derivadas; así como la bibliografía analizada.

## Materiales y métodos

El estudio se fundamenta en el método cualitativo de tipo fenomenológico, empleando la técnica de la entrevista semiestructurada con el propósito de transcribir e interpretar experiencias vividas y relaciones humanas de adultos mayores (8). Proporcionando elementos para observar al ser humano como un ente indivisible, singular y único que percibe y siente sus experiencias en su interiorización (9); con esto se expone la vulnerabilidad de la población objeto de estudio, teniendo en cuenta su auto trascendencia frente a la ausencia familiar en su estancia en una institución geriátrica.

Los participantes del estudio fueron 59 adultos mayores hombres y mujeres institucionalizados

en el hogar geriátrico San Martín de Porres. En el estudio se incluyeron mayores de 60 años sin alteración de su cognición, el cual fue evaluado mediante un test. (Mini Mental State Examination - MMSE) (10), Con estancia en la institución de dos meses y su participación voluntaria en el estudio. Permitiendo la selección de 5 adultos de sexo masculino con edades entre los 64 a los 75 años que cumplieron con los criterios de selección.

La entrevista semiestructurada se desarrolló en diferentes escenarios del hogar geriátrico, de manera casual pero rigurosa, haciendo sentir cómodo al participante y sin sesgar sus respuestas; dejando a libertad de su juicio la comprensión de la pregunta, proporcionándole la debida orientación, con previa autorización por medio del consentimiento informado, para grabar las entrevistas, mediante un guion de preguntas abiertas que recoge los temas tratados a lo largo de la entrevista; durante este proceso, se tuvo en cuenta la libertad de hacer preguntas adicionales para obtener mayor información sobre el tema (8) La muestra utilizada fue seleccionada por conveniencia o muestra de voluntades hasta la saturación de los datos (11).

Por respeto a la confidencialidad e identidad del adulto mayor, se utilizaron seudónimos. Una vez realizada las entrevistas y las grabaciones, se procede a la transcripción de cada una elaborando conjuntamente el análisis de los datos, datos que no son estructurados pero cada investigador tuvo la misión de estructurarlos teniendo en cuenta características especiales, describir experiencias de las personas, comprender el contexto que los rodea, reconstruir historias, explicar ambientes, situaciones (8) utilizando la selección y organización de fragmentos de información relevantes para extraer la percepción y conceptualización del discurso de los adultos, definiendo las categorías y una vez identificadas, se evidencian la percepción del adulto mayor y relacionado con la teoría de la autotrasendencia.

Dentro de la ética de este estudio se tuvo en cuenta: La responsabilidad deontológica para el ejercicio

profesional de la enfermería, Ley 911 de 2004, el código de ética estipulado para la enfermería como principios fundamentales para promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud, y aliviar el sufrimiento (12), además de los principios, la beneficencia, no maleficencia, la justicia y la autonomía (13). Para confirmar el rigor de la investigación cualitativa se consideraron los criterios de credibilidad, la confiabilidad y la transferibilidad (14).

## Resultados

Se hallaron las siguientes categorías de estudios, las cuales representan fisonomías únicas del significado de las experiencias y vivencias del adulto mayor institucionalizado.

### *Estado de salud*

Los adultos mayores manifestaron contar con un estado de salud poco óptimo, algunos expresaron estar muy enfermos, dificultad para respirar, caminar, o desarrollar sus actividades diarias, ocasionando sentimientos de frustración y tristeza. Luis expresó sentirse bien de salud.

Pablo dijo;

*“Si pudiera salir corriendo, no puedo, me desespero y digo, Dios mío hasta cuándo por favor”*

### *Soledad*

Manifestaron que al llegar al hogar geriátrico no solo es señal de bienestar, a pesar de tener algún familiar que pueda visitarlos ocasionalmente, sino que les crea sentimientos de vacíos afectivos y reflexiones negativas en relación con el mundo.

Luis dijo;

*“... me sentía solo y enfermo no tenía familia y nadie me quería dar posada*

*(...), mi familia se olvidó de mí, una vez yo llamé a una hermana y le dije dónde estaba, pero nunca más me volvió a hablar, entonces me tocó resignarme, sin familia”.*

Son visitados principalmente por enfermeras, médicos voluntarios y sacerdotes.

### *Relaciones familiares*

La mayoría manifestó estar muy distante de su familia, debido a la separación en edades tempranas o porque ellos mismos los abandonaron y no se preocuparon por reencontrarlos, ocasionando en ellos rencores, tal como lo expresa Juan;

*“Tengo tres hijos, uno se fue a la guerrilla y lo mataron en un enfrentamiento en Algeciras, del otro nunca volví a saber, de la única que sé, es de una hija, pero ella dice que me guarda mucho rencor que porque yo la deje abandonada cuando ella era una niña (...) yo le he pedido perdón más de una vez por dejarla abandonada, pero ella dice que no me perdona sino con la muerte, que por culpa de la mamá y mía ha sufrido mucho...y eso me da mucha tristeza de saber que lo único que tengo de familia me desprecia”... (con lágrimas en los ojos)*

Algunos nunca conformaron una familia, mientras que otros sí, pero expresaron la ausencia al no contactarse con ellos y los culpan de su abandono, otros reconocen su culpabilidad del rencor que ocasionaron a sus familiares por su proceder a lo largo de sus vidas.

Para algunos la falta de recursos económicos ha sido un limitante de reencuentro familiar, otros tienen la intención de hacerlo y otro posee sentimientos de rencor por ser abandonados, Luis expresó;

*“Quisiera ir a mi casa a que me devuelvan lo que me pertenece y para que mis hermanas me vean para ver si no les remuerde la conciencia de haberme tirado a la calle”.*

### *Experiencias de vida*

Expresaron que en la niñez fueron marcados por eventos trágicos o desfavorables que repercuten en su vida adulta tales como: abandono de estudios por el trabajo, abandono de su hogar por la violencia y maltratos físicos severos por parte del padre.

Juan expuso; *“Cuando me volé, eso me marcó mi vida, sufrí mucho, pase por cosas que no quiero recordar y que el padre me ayudó a superar”.* Varios casos se presentaron debido a experiencias complejas en la vida de los participantes, ocasionando desintegración familiar. Algunos otros expresaron que el vicio y la delincuencia, estuvieron presente en las experiencias, luego de abandonar su hogar.

Los problemas físicos debido al arduo trabajo de los entrevistados, fueron evidentes dadas sus respuestas, Pablo refiere;

*“...mis labores eran de agricultura lo que saliera del campo, yo fumaba cigarrillo y me cogió mucha tos con fiebre, me fui agravando, agravando, sentía a morirme señorita, me llevaron al hospital y me encontraron tuberculosis y me pusieron en tratamiento muy estricto y como no tenía familia, y pues llamaron a un hermano y dijo que vendría pero nunca vino, las enfermeras me ayudaron en el hospital, (...) entonces me metieron al asilo....*

Algunos manifestaron tener buenos recuerdos familiares de las experiencias vividas en su infancia como comidas y reuniones sociales.

Se evidenciaron secuelas de violencia intrafamiliar, explotación laboral, y alcoholismo en lo que expresaron. Luis dijo que la vida ha sido injusta, por el esfuerzo realizado cuidando sus padres y hermanos, sin encontrar reciprocidad en esta acción, manifestando;

*“La vida es injusta porque lo di todo por mis padres, cuidándolos y sacando adelante a mis hermanos y mire cómo me pagaron, debí haberme conseguido una esposa casarme tener hijos, pero cuando murieron mis papás, ya estaba mayor y no estudié, porque me imaginaba que todos íbamos a estar unidos. Vivo muy triste por eso”*

#### Cuidado geriátrico

Consideran que el hogar geriátrico es un lugar amplio generador de autonomía para realizar diferentes actividades teniendo lo que necesitan como; la alimentación, medicinas y un espacio para dormir. Están satisfechos por la atención, cuidados y cariño que reciben de sus cuidadores. Los llenan de felicidad fiestas y actividades realizadas en el hogar y que les permiten realizar labores haciendo de ellos personas funcionales.

Pablo y Ramiro expresaron que el trato debe estar basado en la comprensión que implica la vida en la vejez, pues deben ser tratados como seres humanos, sin maltrato verbal, sin obligarlos, ni humillarlos. Algunos manifestaron que en otras administraciones del hogar, sus cuidadores les brindaron una atención inadecuada. Pablo expresó;

*“...creen que somos animales que se pueden tratar con se les dé la gana sin pensar que todos vamos a llegar a viejos, (...) los celadores abusaban de las señoras ancianas o enfermas de la cabeza, porque aquí hay de todo, los que las vestían les pegaban y si uno se*

*metía le tiraban la comida, y fíjese uno también enfermo le tocaba comer callado o si no lo llevaba también y muchas cosas que es mejor no decir para evitar problemas”.*

Ángel manifiesta sentirse maltratado por las enfermeras, quienes llegan con malas actitudes, estableciendo horarios estrictos haciéndolo sentir incómodo y despreciado. Ramiro manifiesta que el cuidado es bueno, pero por lo general tiene sentimientos de tristeza al ver a las demás personas en sillas de ruedas, o con enfermedades que les impiden realizar las actividades diarias.

#### Vejez

Reconocieron que al envejecer, sienten la pérdida de energías, que el cuerpo se va enfermando y sienten cargas o limitantes para defenderse, por ello evitan situaciones conflictivas y se esfuerzan por mantener buena relación con las enfermeras, pues están directamente relacionadas con ellos, así mismo son quienes les pueden ocasionar más daños o mayor bienestar.

Aunque la mayoría afirmaron nunca haber pensado llegar a la adultez, ni a vivir en un hogar geriátrico, Luis expresó lo contrario; *“Sí, me imaginaba que llegaba a viejo en la calle sin familia, ya mis seres queridos ya se habían ido”.*

Algunos manifestaron arrepentimiento por las acciones hechas durante el transcurso de su vida, de igual forma, nunca pensaron llegar a esa edad con enfermedades. Pablo dijo al respecto;

*“¿Cuándo uno se va a imaginar viviendo con un poco de ancianos enfermos igual que uno?, atendido a que otras personas nos cuiden; nunca uno se imagina el destino ni tampoco sabe lo que la vaya a pasar; los humanos somos desobedientes porque sabemos*

*lo que nos hace daño y seguimos haciéndolo hasta que no nos vemos bien jodidos no sabemos valorar lo que tenemos”.*

Los sentimientos de tristeza en los adultos mayores son constantes, afirmando que, al pasar de los años, hay soledad y desilusión por falta de sus familias, por sentir que la vida ha sido injusta con ellos. Sin embargo, muchos manifestaron que reemplazan dichos sentimientos realizando actividades del hogar, como hacer oficio, hacer labores de jardín, manualidades, entre otros.

Además indicaron que están en el proceso de resignificar experiencias, ajustándose a los cambios corporales, la aceptación de estar envejeciendo, disfrutar de ciertas actividades, la aceptación de la muerte como parte de la vida, darles significado a las creencias espirituales, permitir que otros los ayuden cuando los necesitan, como lo son las enfermeras. Sin embargo, los adultos mayores participantes expresaron que hay factores mediadores que influyen negativamente y obstaculizan el proceso de auto-trascendencia y son significativos los sentimientos de culpa generados por el arrepentimiento de lo que se hizo y lo que no en el pasado y el encerrarse en el dolor, lo cual a veces no les permite ver más allá de sí mismos.

### *Bienestar y plenitud*

En el concepto de plenitud es muy significativo para ellos pues expresan que este reside al estar en paz consigo mismo, con los demás, pero lo más importante es Dios, quien les proporciona ese estado de paz, así mismos y con el entorno. Para Pablo y Ángel este concepto de plenitud está ligado al hecho de redimirse por los pecados cometidos y no sufrir a la hora de la muerte. Ante ello Pablo expresó;

*“Aquí ya se han ido muchos para el otro lado y no han tenido quien les enseñe de*

*dios para tener un encuentro con dios, yo aprendí con las hermanas de la iglesia y el padre, pero si es necesario que en estos hogares nos ayuden espiritualmente para despegarnos de muchas cosas que a veces uno no las cuenta”.*

La plenitud para Luis es estar bien consigo mismo, con los demás, que vean en él una persona útil, a pesar de su edad, que pueda desempeñar labores de ayuda, considerándolo un gran ser humano.

La alegría para los adultos mayores es sentirse queridos en la actualidad, dado que en el pasado se sintieron despreciados y abandonados por sus familias, hoy por hoy, agradecen tener un sitio que los acoge, cuida y quiere. Además las visitas de personas al hogar, y las actividades que se desarrollan, son generadores de felicidad, pues, tal como lo manifiesta Pablo, lo llena de felicidad que vayan personas y lo visiten, que le compren materas para el jardín, esto lo motiva a seguir trabajando, de igual forma, expresa que la celebración de fiestas y eucaristías le llenan de bienestar.

### *Conservar la esperanza*

Manifestaron un refugio en el perdón de Dios para poder estar en paz hasta el momento de su muerte, de igual forma, realizan oraciones para que tal momento no sea traumático y sin sufrimiento. Ante ello Luis dice que Dios es muy importante en esta etapa de la vida, expresando que;

*“es la compañía de uno en esta edad, tener a alguien con quien hablarle y decirle lo que uno siente a Dios, orarle y pedirle misericordia, para cuando ya le llegue la hora no se sufra y nos perdone nuestros pecados, yo hago el rosario y me parece muy importante que el padre venga a darnos la misa, en eso soy respetuoso y le tengo temor al infierno”.*

## Discusión

Considerando la vulnerabilidad en la etapa del adulto mayor, vista como un síndrome clínico-biológico que comprende la disminución de las capacidades fisiológicas normales ante situaciones de alto impacto (15); implica que el estudio de esta característica, su diagnóstico y tratamiento en el adulto mayor, tendrá repercusiones en el plano social y calidad de vida de los mismos (16).

Pamela G. Reed destaca la vulnerabilidad como la conciencia que tiene cada individuo sobre su naturaleza mortal (4); esta situación generalmente se da cuando una persona pasa por una crisis vital.

Se evidenció en el estudio que, la vulnerabilidad fue apreciada a partir de las percepciones del adulto mayor en el contexto del hogar geriátrico. Se identificó que dentro de los factores comunes del adulto mayor entrevistado, se encuentran los eventos trágicos o desfavorables en la niñez o juventud, los cuales repercutieron en su vida adulta; abandonar los estudios para trabajar, desplazamientos por consecuencia del conflicto armado, maltrato físico por violencia intrafamiliar y otro factor relacionado a la vulnerabilidad fue el estado físico, donde los adultos mayores manifestaron tener un estado de salud poco óptimo, algunos expresaron estar muy enfermos, dificultad para respirar, caminar bien, o desarrollar actividades diarias, desencadenando sentimientos de frustración y tristeza.

La auto-trascendencia según Pamela G. Reed es una fluctuación que el sujeto percibe en los límites que hacen que la persona se extienda más allá de los puntos de vista inmediatos y limitados; esta fluctuación es multidimensional (4). La exploración de este concepto evidenció que los adultos mayores del Hogar de ancianos mencionado, tuvo puntos de intervención que propenden a generar un estado de auto trascendencia en estos sujetos, como acciones de los cuidadores que se centran directamente en un recurso interno del paciente

capacitándolo para la auto trascendencia o indirectamente en factores personales o contextuales que afectan las relaciones personales.

En la auto-trascendencia se encontraron características en los sujetos que indican que están en el proceso como: resignificar experiencias, ajustándose a los cambios corporales, la aceptación de estar envejeciendo, disfrutar de ciertas actividades, la aceptación de la muerte como parte de la vida, darles significado a las creencias espirituales, permitir que otros lo ayuden cuando más lo necesitan, como es el caso de las enfermeras. Sin embargo, hay factores mediadores que influyen negativamente obstaculizando este proceso y son significativos como: sentimientos de culpa generado por el arrepentimiento de lo que se hizo y lo que no en el pasado y el encerrarse en el dolor, lo cual a veces no les permite ver más allá de sí mismos.

El concepto de bienestar, se ha convertido en un objetivo en salud, especialmente de las personas en la edad avanzada; conllevan a la valoración de la funcionalidad geriátrica estableciendo diagnósticos sociales y psicológicos que incurran en la preocupación por generar nuevas políticas públicas que los respalden (17). El cuidado y bienestar de los adultos mayores, es importante para que la enfermería genere protocolos donde se definan acciones e intervenciones necesarias pertinentes, para el cuidado y bienestar del adulto mayor durante su proceso de envejecimiento, desarrollando competencias que favorezcan las potencialidades de los sujetos a quienes los cuidan (incluyendo su familia), para mantener o mejorar su condición humana en el proceso de vivir y morir” (18).

El bienestar como concepto de Pamela G. Reed, se refiere a la sensación de plenitud y de salud, según los criterios que cada uno tenga de lo que significa plenitud y salud, este aspecto fue descrito por medio de la percepción y conocimiento del término de plenitud que poseen los adultos mayores entrevistados. Los resultados del presente estudio eviden-

ciaron que para los adultos mayores participantes, el concepto de plenitud es muy significativo ya que expresaron que este reside en estar en paz consigo mismo, con los demás, pero sobre todo con su Dios quien es para ellos el que les proporciona ese estado de paz y así poder estarlo con su entorno. Expresaron que su mayor alegría es sentirse queridos por los que los rodean. En el pasado se sintieron despreciados y abandonados por sus familias, hoy por hoy, agradecen tener un sitio que los acoge, cuida y quiere.

Coinciden que llegar al hogar geriátrico no solo es señal de bienestar porque recibirán cuidados, sino también un indicador de abandono o de riesgo del mismo por parte de sus familiares, pues a pesar de que tienen algún familiar vivo con el que podrían relacionarse mediante visitas, casi no lo hacen, se comunican muy poco con ellos o prácticamente nada, lo cual les crea sentimientos de vacíos afectivos y reflexiones negativas con el mundo. Por otro lado, al envejecer reconocen pérdida de energías, que el cuerpo se va enfermando y se sienten como una carga o un limitante para defenderse, por ello evitan situaciones conflictivas o se esfuerzan por mantener buena relación con las enfermeras pues son las personas que se relacionan directamente con ellos, así mismo son quienes les pueden ocasionar más daños o mayor bienestar.

Convergen en que el hogar geriátrico es un lugar amplio generador de autonomía para realizar diferentes actividades teniendo lo que necesitan como: alimentación, medicinas y un espacio para dormir, consideran que la atención que les prestan sus cuidadores esta mediada por el cariño, los cuidados y el afecto, ya que estos están pendientes de ellos. Dentro de las actividades que les brindan felicidad están las fiestas, las visitas de personas voluntarias que los hacen que se sientan acompañados y tenidos en cuenta.

En última instancia, el concepto de auto trascender lo toman como la re-significación de experiencias,

la aceptación de envejecer, la aceptación de la muerte como parte de la vida; asimilando la recepción de ayuda por parte de terceros.

Se encontraron factores mediadores negativos, que pueden afectar su estado de auto-trascendencia en su condición de adulto mayor: la depresión; desarrollan sentimientos de soledad, abandono e inutilidad, manifestados en estados de ánimo susceptibles y sentimientos de culpa(19). Otro factor que se concibe es el síndrome de inmovilidad originado por el deterioro fisiopatológico del cuerpo causado por el envejecimiento de las células o en el peor de los casos por afectaciones psicológicas (20); o el síndrome de desuso el cual se concibe como “el estado en el que un individuo se halla con riesgo de deterioro de los sistemas corporales como resultado de la inactividad musculo esquelética prescrita o inevitable” (21).

En este caso concreto los puntos de intervención que propenden generar un estado de auto trascendencia en estos sujetos, serán las acciones que los cuidadores centren directamente en un recurso interno del paciente que lo capacite para la auto trascendencia o indirectamente en factores personales o contextuales que afectan las relaciones entre vulnerabilidad y auto trascendencia, entre auto trascendencia y bienestar y, autotranscendencia y espiritualidad (22).

## Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio nos da la oportunidad de comprender la autotranscendencia, vulnerabilidad y bienestar que perciben los adultos mayores frente a la ausencia de sus familiares, siendo base fundamental para la Enfermería y carreras afines, emerger ante la realidad que vive el adulto mayor permitiendo entender los procesos psicobiológicos, emocionales y sociales, y todas aquello que lo hace frágil y a la vez un ser importante para la intervención individual- familiar y comunitaria, siendo el enfermero

el responsable de proveer un cuidado continuo y humanizado; en especial en personas vulnerables como la población mayor mediante la atención primaria, involucrando y concientizando a la familia en su atención y cuidado en su proceso de salud-enfermedad y envejecimiento.

Permitiendo la creación de nuevos modelos de atención para el adulto mayor institucionalizado en hogares geriátricos, ofreciendo mayor acompañamiento para disminuir el impacto al que se ve enfrentado debido a la ausencia de su familia, proporcionando herramientas útiles a las personas que administran estas instituciones, garantizando un acompañamiento en todo el proceso de una forma activa, ofreciéndole información y valores para afrontar los problemas de esta población, contribuyendo con el desarrollo social, teniendo como elemento fundamental la viabilidad para la prestación de servicios encaminados e integrados a las políticas y programas de todos los niveles de atención, basados en las necesidades de asistencia sanitaria y protección que requiere el adulto mayor durante el proceso de envejecimiento.

### Agradecimientos

Al Comité de investigaciones CINA, por dar la importancia al estudio y el aval para la realización del mismo. Al Hogar Geriátrico San Martín de Pórreres y a los adultos mayores, que permitieron la ejecución de esta valiosa investigación.

### Fuentes de financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

### Conflictos de interés

Ninguno

### Referencias

1. Esquivel L, Calleja AMM, Hernández I, Medellín M, Paz M. Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de educación y desarrollo*. 2009;11:47-56.
2. Vélez MDCC. Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*. 2009(24):87-96.
3. Ramos AZ, Barrios PEP, Mendoza AZ. Percepción del Adulto Mayor Hospitalizado en Cuanto al Abandono por sus Familiares. *Desarrollo Científ Enferm*. 2012;20(4):134-9.
4. Guerrero Castañeda RF, Ojeda Vargas MG. Análisis del concepto de Autotrascendencia. Importancia en el cuidado de enfermería al adulto mayor. 2015.
5. Guerrero N, Yépez-Ch MC. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Univ salud*. 2015;17(1):121-31.
6. Mendoza Cardozo ÁM. Comprensión de la dinámica institucional y la vivencia de los adultos mayores en el hogar geriátrico la Alegría de los Abuelos de la ciudad de Neiva. 2014.
7. Alligood MR, Tomey AM. *Modelos y teorías en enfermería*: Elsevier Health Sciences; 2018.
8. Mollan W. Un estudio empírico sobre la investigación en el derecho y su enemistad con la metodología científica. *Lumen*. 2015(11):127-34.
9. Husserl E. *Invitación a la fenomenología* 1992.
10. Rojas-Gualdrón DF, Segura A, Cardona D, Segura Á, Garzón MO. Rasch analysis of the Mini Mental State Examination (MMSE) in older adults in Antioquia, Colombia. *CES Psicología*. 2017;10(2):17-27.
11. Blanco MCM-C, Castro ABS. El muestreo en la investigación cualitativa. 27. 2007.
12. Guillart LM. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Revista Cubana de Oftalmología*. 2015;28(2):228-33.
13. Garzón Alarcón N. Ética profesional y teorías de enfermería. *Aquichan*. 2005;5(1):64-71.
14. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia médica*. 2003;34(3).

15. Lluís Ramos GE, Llibre Rodríguez JdJ. Fragilidad en el adulto mayor: Un primer acercamiento. *Revista cubana de medicina general integral*. 2004;20(4):0-.
16. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista cubana de salud pública*. 2007;33.
17. Soberanes Fernández S, González Pedraza Avilés A, Moreno Castillo YdC. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2009;14(4).
18. Waldow VR. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de Enfermería*. 2014;23(4):234-8.
19. Valdivia JB. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR POR ABANDONO FAMILIAR.
20. González Madrigal LN. Síndrome de inmovilización en el Adulto Mayor. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2016;72(616):551-5.
21. Bortz WM. El Síndrome por Desuso. *Educación Física y Deporte*. 2010;11(1-2):71-86.
22. Jiménez BM, León CB. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Universidad Autónoma de Madrid. 2010.

# Ansiedad preoperatoria: Importancia del cuidado de enfermería desde el modelo teórico de Kristen Swanson

Preoperative anxiety: Importance of nursing care from the theoretical model of Kristen Swanson

Luz Angela Peña Losada<sup>1</sup>, Nicolás Camilo Cuellar Perdomo<sup>1</sup>, Jorge Andrés Ramos-Castañeda<sup>2</sup>

1. *Estudiante de Enfermería, VII semestre, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia*

2. *Docente, Fundación Universitaria Navarra- UNINAVARRA, Neiva - Colombia*

## Resumen

Durante la etapa preoperatoria el paciente presenta una serie de sentimientos, siendo la ansiedad la causa central del intenso malestar físico y mental, provocado por el desconocimiento de los posibles peligros que pueden suceder en el acto quirúrgico. Por lo tanto se requiere del apoyo integral de enfermería para afrontar dichas situaciones. El objetivo del presente artículo es, analizar los principales estudios sobre la ansiedad preoperatoria e importancia del cuidado de enfermería desde el modelo teórico de Kristen Swanson. Metodología: Revisión en bases de datos. Scielo, Enfermería Global, Pubmed, Worldwide Science. Conclusión: estudios demuestran que las intervenciones de enfermería son un logro que permiten un mejor proceso quirúrgico debido a la disminución de emociones en la etapa preoperatoria, ya que tienen un nivel de significancia en el cuidado de este, mejorando la estancia durante la etapa operatoria y principalmente en la etapa postoperatoria, disminuyendo el dolor y la estancia hospitalaria.

## Abstract

During the preoperative stage the patient presents a series of feelings, with anxiety being the central cause of the intense physical and mental discomfort, caused by the ignorance of the possible dangers that may occur in the surgical act. Therefore, comprehensive nursing support is required to face these situations. The aim of this article is to analyze the main studies on the preoperative anxiety and importance of nursing care from the theoretical model of Kristen Swanson. Methodology: Review in databases. Scielo, Global Nursing, Pubmed, Worldwide Science. Conclusion: studies show that nursing interventions are an achievement that allow a better surgical process due to the reduction of emotions in the preoperative stage, since they have a level of significance in the care of the same, improving the stay during the operative stage and mainly in the postoperative period, reducing pain and hospital stay.

## Palabras Clave

Cuidado de enfermería, paciente preoperatorio, ansiedad, emociones, modelo teórico de Kristen Swanson.

## Keywords

Nursing care, preoperative patient, anxiety, emotions, theoretical model of Kristen Swanson.

## **Introducción**

Las emociones se caracterizan por estar presentes en la vida de cada persona y ser propias de la condición humana, siendo la ansiedad la emoción que más se refleja en los pacientes quirúrgicos. La ansiedad conlleva al paciente a experimentar un intenso malestar físico y mental, causando tensión, aprehensión, nerviosismo y temor [1]. En efecto, esto desencadena “cambios en el organismo como la descarga de catecolaminas, hiperactividad simpática, hipermetabolismo, y modificaciones inmunológicas”, disminuyendo después a lo largo del periodo posquirúrgico [1].

La causa central que conlleva a que el paciente presente algún grado de ansiedad es el desconocimiento del proceso quirúrgico, desde el no saber qué tipo de anestesia se implementará, el miedo a sentir dolor, hasta pensar cómo será la recuperación. Por ello el objetivo principal dentro del rol de enfermería es brindar cuidado holístico e intervenciones que sean eficaces para la reducción de la ansiedad durante la etapa pre quirúrgica [2,3]. De tal manera que los miedos, angustias o preocupaciones que puedan ser motivo de enlentecer el proceso posquirúrgico, disminuyan al momento que el personal de enfermería proporciona cuidados integrales tales como el complementar información sobre aclaración de dudas o creencias erróneas [4].

Por esta razón el profesional de Enfermería tiene una gran responsabilidad no solamente con la aplicación de conocimientos hacia los procedimientos, si no también representando la parte humanística en la cual se puedan identificar las emociones del paciente durante esta etapa. Por lo tanto, Kristen Swanson concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser preciado, en el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal, por consiguiente Kristen Swanson propone cinco procesos básicos de cuidado (Conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias) [5,6].

Así mismo, enfermería dispone de educación científica en la que además de comprender los problemas biofísicos de los pacientes, entiende lo relacionado con cultura, espíritu y sentimientos, caracterizando el arte del cuidado desde una manera enriquecedora para proporcionar un cuidado integral. Esto permite la apertura y desarrollo de las capacidades humanas, la cual implica valores, deseos y compromiso de cuidar [7]. Por lo tanto, con este artículo se pretende analizar los principales estudios sobre la ansiedad preoperatoria y la importancia del cuidado de enfermería desde el modelo teórico de Kristen Swanson.

## **Materiales y métodos**

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Scielo, Enfermería Global, Pubmed y World wide science. Se incluyeron los artículos originales y revisiones bibliográficas escritos en inglés, español y portugués publicados entre 2007 y 2017. Se excluyeron cartas al editor, comentarios y aquellos artículos donde no se analizaban la relación de ansiedad pre operatoria y cuidados de enfermería. Se utilizaron palabras clave como, paciente preoperatorio, ansiedad y cuidado de enfermería, emociones y modelo teórico de Kristen Swanson.

## **Resultados**

Se incluyeron inicialmente 60 artículos de los cuales se preseleccionaron 39 de ellos, que cumplían con los criterios de selección. Del total, 23 estaban en idioma español, 14 en inglés y 2 en portugués. La mayoría de los artículos fueron realizados en países sudamericanos. Los estudios en general fueron cuantitativos cuasi experimentales, cualitativos de tipo fenomenológico, descriptivos y de revisión. Así mismo la población de estudio fueron pacientes quirúrgicos y personal de enfermería.

Se obtuvieron estudios que exteriorizan las intervenciones de enfermería como un logro que permi-

ten un mejor proceso quirúrgico [8–13], causando la disminución de emociones en la etapa preoperatoria, ya que tiene un nivel de significancia en el cuidado del mismo debido a las posibles complicaciones que se encuentran. Por otra parte, otros estudios mencionaban el desinterés de enfermería al momento de poder brindar educación y cuidado emocional al paciente preoperatorio [14–16].

#### *Referencial teórico de Kristen Swanson*

Durante la revisión bibliográfica se encontró un vacío de conocimiento, debido a que ninguno de los artículos revisados mencionaba la aplicación del modelo teórico de Kristen Swanson en pacientes quirúrgicos. Pero de igual manera es importante considerar que los procesos básicos de cuidado de Kristen Swanson, permiten que enfermería brinde cuidado integral al paciente que requiera apoyo, no solo físico sino también emocional, psicológico y espiritual. Esto hace evidente el cuidado de enfermería, la que se caracteriza por actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, acciones terapéuticas y consecuencias de los cuidados [5]. Dichos procesos básicos de cuidado permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado al enfermo, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería [17].

#### *Cuidado y educación de enfermería en la etapa preoperatoria*

Del total de los estudios revisados, 23 artículos están relacionados sobre el cuidado y educación al paciente quirúrgico, de los cuales 7 fueron estudios cuantitativos, en su mayoría cuasi experimentales en la etapa pre y post operatoria, 9 estudios cualitativos de tipo fenomenológico y descriptivos y 7 revisiones bibliográficas.

Estudios indican que los cuidados desarrollados en la etapa pre operatoria varían de acuerdo con la especificidad quirúrgica de cada paciente, asimismo

enfermería debe atender las necesidades manifestadas durante el proceso, por medio de orientaciones psicológicas teniendo efectos positivos considerando la individualidad del paciente [18,19].

En una revisión sistemática reciente, muestra el uso de la información, la música, la acupresión, la acupuntura, la aromaterapia y la información personalizada como medidas de enfermería para reducir la ansiedad pre operatoria, demostrando que los pacientes que recibieron información verbal extendida tienen una menor ansiedad preoperatoria [2,10]. Asimismo descrito por Ping Guo y otros, en una investigación cualitativa llevada a cabo en dos hospitales de China [20].

No obstante, Doñate M et. Al. [21,22], comprobaron que existe asociación entre el grado de información y el nivel de ansiedad, precisando que los pacientes que creen necesitar más conocimientos sobre el procedimiento quirúrgico, presentan niveles de ansiedad mayores que los pacientes que creen necesitar menos.

Ahora bien, el estudio realizado por Rojas Maritza J y otros [23], confirman que educar al paciente en la etapa pre-operatoria es indispensable para el mantenimiento de su integridad biopsicosocial, dado a que los resultados demuestran disminución de los niveles de ansiedad en los pacientes experimentales; 56,6% no presentaron ansiedad en comparación con los pacientes de control. De igual modo la encuesta multicéntrica nacional realizada por Hernández Rosa C. y otros [23], sobre los temores del paciente ante una intervención de cirugía general, destacan el miedo a lo desconocido, a las posibles complicaciones (...), así como la anestesia y control del dolor. Es por lo anterior que el rol de enfermería es indispensable en la etapa preoperatoria y aún más cuando la educación o enseñanza mejora el nivel de conocimiento de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas [3]. Como lo demuestra Ayyadhah Alaa, donde obtuvo como resultado, ocho de los catorce ensayos

señalaron que la educación preoperatoria y la intervención redujeron significativamente la ansiedad preoperatoria [24].

Además, la actitud que adopte el personal de enfermería durante la atención al paciente es favorable en un 87% y medianamente favorable en un 13%, siendo comprobado en un estudio realizado en un hospital público de Perú [25], cumpliendo una función particular e individual en el paciente, caracterizando a enfermería con atributos de sensibilidad humana, logrando que el entorno en el que se encuentran sea lo más familiar posible, permitiendo que el paciente se sienta como en casa, logrando su tranquilidad, confianza y seguridad [1]. A pesar de que Jo Gilmartin y Kerrie Wright (2008) indicaron que la mayoría de los pacientes de cirugía general se sintieron abandonados en la etapa preoperatoria en el Hospital de Norte de Inglaterra [16].

Con respecto al estudio interpretativo cualitativo aplicado por Agneta Aasa [26], concluye que la confianza, el ser visto, la seguridad, la responsabilidad y la participación en los cuidadores es importante para los pacientes con cirugía colorectal. Permitiendo el autocontrol del miedo y ansiedad del paciente accediendo a los efectos positivos del post operatorio, donde enfermería se identifica en el trabajo con seres humanos responsabilizándose del cuidado del paciente y mejorando la satisfacción del cuidado por parte de enfermería [9,14,27].

Igualmente Mottram Anne [11], realizó 145 entrevista semiestructurada, en donde los pacientes elogiaron las relaciones que desarrollaron durante la estancia en la etapa preoperatoria, de tal manera que las interacciones de rutina que pueden no ser significativas por las enfermeras son importantes para el paciente, refiriendo sentirse apoyado y consolados.

Una investigación realizada en Brasil, que se efectuaron a 15 enfermeras demuestra que el cui-

dato consiste principalmente en dar instrucciones al paciente en el período preoperatorio [28]. Teniendo conocimientos adecuados, habilidades y una actitud positiva para ayudar a los pacientes durante su proceso quirúrgico [15].

Por otro lado el investigador Ping Guo realizó una revisión exhaustiva de la literatura, donde han demostrado que se necesita más investigación para evaluar las intervenciones de educación preoperatoria cardíaca para un efecto sostenido [29], promoviendo que el nivel de ansiedad sea inferior, también resaltando que la visita de enfermería preoperatoria es una actividad que está insertada en el período preoperatorio y la no realización de la misma fragiliza el proceso e interfiere directamente en el paciente [13].

#### *Ansiedad preoperatoria: efectos en la etapa postoperatoria*

La mayor parte de los artículos son estudios cuantitativos, donde utilizaron el cuestionario de autoevaluación STAI y la escala de Beck para evaluar la ansiedad [3,22,30,31]. Donde se analizaron numerosos estudios que muestran que el estado psicológico pre quirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación posquirúrgica, cuanto más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia [1].

Carapia Adriana y otros, Cazares Francisco y otros, indican que el cuidado preoperatorio disminuye los niveles de ansiedad, por tal motivo los pacientes no muestran ninguna complicación en la etapa post operatoria, [8,32,33]. Del mismo modo se destaca que la educación preoperatoria es importante, debido a que los pacientes manifestaron menos dolor severo durante las 24 horas postoperatorias, experimentando menos efectos secundarios de medicamentos, aumentando la recuperación quirúrgica, la curación de heridas y la satisfacción del paciente [34–37].

En cuanto al resultado de un ensayo controlado de dos grupos aleatorios de medidas repetidas antes-después, presentó un descenso estadísticamente significativo del nivel de ansiedad preoperatoria, del dolor postoperatorio y aumento del bienestar. Es por ello que el cuidado pre quirúrgico y manejo adecuado de manuales y protocolos son herramientas eficaces [38,39], por lo contrario los pacientes con mayor nivel de ansiedad, tienden a padecer una serie de complicaciones postoperatorias asociadas a una recuperación más lenta y dolorosa [4,40,41].

Con respecto a la investigación realizada en Ecuador por Lourdes Alejandra y colaboradores [30], mostraron que existe una relación entre la ansiedad y el dolor postquirúrgico en pacientes del Hospital Homero Castanier, por lo que aclaran que el estado emocional del paciente ya sea por la falta de conocimiento o por las circunstancias que rodean en el proceso quirúrgico afecta su capacidad de adaptación.

Antonia Kalogianni et.al, en su artículo, también identifica que la educación preoperatoria brindada por las enfermeras reducen las proporciones de infección de tórax y ansiedad en pacientes sometidos a cirugía cardíaca, pero no se encontró diferencia significativa en la duración de la estancia o readmisión. [12,42].

## Conclusiones

En esta revisión bibliográfica, se identifica la importancia de la educación preoperatoria por parte de enfermería, debido al abordaje científico que han realizado diferentes autores desde diversos estudios, utilizando diferentes enfoques de investigación cualitativa y cuantitativa para identificar las acciones y cuidados que influyen positivamente o negativamente al paciente quirúrgico.

Aunque ya se han realizado varios estudios sobre el cuidado de enfermería en pacientes preoperatorios, se recomienda realizar estudios para profun-

dizar la aplicación del modelo teórico de Kristen Swanson en pacientes quirúrgicos.

Con respecto a los estudios hallados, se puede concluir que el cuidado holístico brindado por enfermería hacia los pacientes pre quirúrgicos da como resultado, la disminución de la ansiedad u otras emociones que permiten mejorar la estancia durante la etapa operatoria y con mayor preeminencia en la etapa postoperatoria, disminuyendo el dolor, mejorando la efectividad medicamentosa y la estancia hospitalaria.

## Fuentes de financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Conflictos de interés

Ninguno.

## Referencias

1. Moreno Carrillo P. Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata de la teoría a la práctica. *Inspira Netw.* 2015;20(2):74-8.
2. Rojas, MJ, Azevedo Pérez D. Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumana, Venezuela. *Rev SABER* 2013; 25(3):273-278
3. Lopez C, Martinez A. Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual. *Enfuro.* 2011;118:13-7.
4. Quintero A, Yasnó D, Riveros O, Castillo J, Borrás B. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Rev Colomb Cir.* 2017;32:115-20.
5. Rodríguez Campo V.A VSS. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enferm Glob.* 2012;11:1695-6141.

6. Noguera NY, Villamizar AP. "Un milagro de vida": de la teoría a la práctica de la enfermería. *Rev Col de Enfermería*. 2014; 9(9): 124-132
7. Caro S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. *Rev Salud Uninorte*. Barranquilla. 2009;25(1):172-8.
8. Sadurni AC-, Mejía-Terrazas GE, Nacif-Gobera L, Hernández-Ordóñez N. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Rev Bras Anestesiol*. 2011;65(1):7-13.
9. Orihuela-Perez I, Perez-Espinosa JA, Aranda-Salcedo T, Zafra-Norte J, Jimenez-Ruiz RM, Martinez-Garcia A, et al. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. *Enferm Clin*. 2010;20(6):349-54.
10. Gilmartin J, Wright K, Bs H. The nurse's role in day surgery: a literature review. *Int Nurs Rev* 2007;54(2):183-90
11. Mottram A. Therapeutic relationships in day surgery: A grounded theory study. *J Clin Nurs*. 2009;18(20):2830-7.
12. Guo P, East L, Arthur A. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2011;49(2):129-37.
13. Franco Gonçalves T, Cecília Calbo de Medeiros V. La visita pré operatória como factor atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Rev SOBCEC [Internet]*. 2016;21(01):22-7. Disponible en: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/38>
14. Salazar Maya A. Cirugía: Entre la angustia y la Alegría a la vez. *Aquichan*. 2011;11(2):187-98.
15. Chan Z, Kan C, Lee P, Chan I, Lam J. A systematic review of qualitative studies: Patients' experiences of preoperative communication. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21: 812-24.
16. Gilemartin J, Wright K. Day surgery: Patients' felt abandoned during the preoperative wait. *J Clin Nurs*. 2008;17(18):2418-25.
17. Javier F, Ofelia M. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *J Altern Complement Med*. 2009;9:127-34.
18. Cabal E. VE, Guarnizo T. M. Enfermería como disciplina: [revisión] TT - Nursing as a discipline: [review]. *Rev colomb enferm*. 2011;6(6):73-81.
19. Amthauer C, Falk JW. O Enfermeiro No Cuidado Ao Paciente Cirúrgico No Período Pré-Operatório the Nurse in the Care of Surgical Patients in the Preoperative Period. *Revista de Enfermagem*. 2014; 10(10):54-59.
20. Guo P, East L, Arthur A. Thinking outside the black box: The importance of context in understanding the impact of a preoperative education nursing intervention among Chinese cardiac patients. *Patient Educ Couns*. 2014;95(3):365-70.
21. Doñate Marín M, Litago Cortés A, Monge Sanz Y, Martínez Serrano R. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enferm Glob*. 2015;14(1):170-80.
22. Díez-álvarez E, Arrospide A, Mar J, Alvarez U, Belaustegi A, Lizaur B, et al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enferm Clin*. 2012;22(1):18-26.
23. Fernandez Lobato RC, Soria-Aledo V, Jover Navalón JM, Calvo Vecino JM, Abad Barba FJ, Ferreira Goncalves M, et al. Encuesta nacional sobre los temores del paciente ante una intervención de cirugía general. *Cir Esp*. 2015;93(10):643-50.
24. Alanazi AA. Reducing anxiety in preoperative patients : a systematic review. 2014;23(7):387-93.
25. Oscco-Torres O, Bendezú-Sarcines CE, Escajadillo-Lagos N. Actitud que adopta la Enfermera durante la atención y nivel de Ansiedad del paciente en el Pre operatorio en un Hospital Público De Pisco, Perú 2010. *Rev méd panacea*. 2011;1(3):85-8.
26. Aasa A, Hovbäck M, Berterö C. The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. 2013;(22):1604-12.
27. Salazar Maya ÁM. Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria TT - Nursing care interactions with patient in perioperative period. *Rev Cuba Enferm*. 2012;28(4):495-508.
28. Cabral A, Pereina ER, Rodrigues ARC. Nursing practice of care to patients undergoing elective surgery in the immediate preoperative period. 2013;34(3):132-7.
29. Guo P. Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients : a review of randomised controlled trials. 2014;1-13.
30. Ortiz Andrade AL, Pacheco Llivisaca BX. Relación entre ansiedad prequirúrgica e intensidad del dolor post-

- quirúrgico en pacientes del Hospital Homero Castanier Crespo, 2016. *Rev MÉDICA HJCA*. 2017;9:123-8.
31. Rojas M, Azevedo Perez D. Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumana, Venezuela. 2013;25:273-8.
  32. Cázares De León F, Vinaccia S, Quiceno J, Montoya B. Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: revisión sistemática de la literatura. 2016;10(2):73-85.
  33. Sadati L, Nursing MS, Assistant AP. Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. 2013;
  34. Donnell KFO. Preoperative Pain Management Education : A Quality Improvement Project. *J PeriAnesthesia Nurs*. 2015;30(3):221-7.
  35. Malley AM, Young GJ. A qualitative study of patient and provider experiences during preoperative care transitions. *J Clin Nurs*. 2017;26(13-14):2016-24.
  36. Wilson CJ, Mitchelson AJ, Tzeng TH, El-Othmani MM, Saleh J, Vasdev S. Caring for the surgically anxious patient : a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *Am J Surg [Internet]*. 2016; 12(1):151-9
  37. Pereira L, Figueiredo-Braga M, Carvalho IP. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Educ Couns*. 2016;99(5):733-8.
  38. Bagés F, Fortuño L, Vázquez N. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad , el dolor y el bienestar. *Eglobal*. 2015;39(1695-6141):29-40.
  39. Rincón-Valenzuela D, Escobar B. Preparación del paciente para el acto quirúrgico y traslado al quirófano. *Man práctica clínica basada en la evidencia*. 2014;3(1):32-50.
  40. Valenzuela-Millán J, Barrera-Serrano JR, Ornelas-Aguirre JM. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cir Cir*. 2010;78(2):151-6.
  41. Robleda G, Sillero-Sillero A, Puig T, Gich I, Baños J-E. Influence of preoperative emotional state on postoperative pain following orthopedic and trauma surgery. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(5):785-91.
  42. Kalogianni A, Almpani P, Vastardis L, Baltopoulos G, Charitos C, Brokalaki H. Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2015;15(6):447-58.

# Factores influyentes con la delegación del profesional de enfermería según la teoría de Hildegard Peplau en el servicio de urgencias

Influential factors with the delegation of the nursing professional according to the theory of Hildegard Peplau in the emergency department

Jhosman H. Álvarez-Rojas<sup>1</sup>, Cristian C. Mosquera-Monroy<sup>1</sup>, Claudia T. Canacue<sup>1</sup>

1. *Estudiante de Enfermería, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia*

## Resumen

La enfermería es dinámica y debe desarrollar conocimientos mediante los avances tecnológicos precisos para suplir las necesidades de salud actuales, en búsqueda de una mejor calidad en la prestación del servicio. Las funciones de desempeño y su delegación del cuidado de enfermería en personal encargado, representan una herramienta fundamental en la práctica clínica; es una posible salida para agilizar, en algunas situaciones, la prestación de los servicios de cuidado de enfermería al sujeto de cuidado. La delegación de funciones es considerada como una acción que, si no se realiza con base en los principios y valores de la ética profesional, puede ocasionar problemas éticos, riesgos que podrían comprometer la vida y dignidad de los pacientes de cuidado. El trabajo de Peplau está orientado específicamente hacia la relación entre enfermeras y pacientes y es una teoría para la práctica enfermera. Es necesario recordar que las teorías cumplen la función de explicar, describir y predecir la práctica. El presente artículo tiene el objetivo de describir la influencia en la delegación de funciones de la práctica de enfermería a partir de las teorías de Florence Nightingale y de Hildegard E. Peplau. Se realizó una revisión bibliográfica de 50 estudios relacionados a los factores influyentes con la delegación del profesional de enfermería entre el año 2012 y el año 2018. La influencia en la delegación de funciones de la práctica de enfermería se debe a funciones como: sobrecarga laboral; alto número de pacientes, la mayoría de alta complejidad, baja relación enfermera paciente, déficit de profesionales para una atención de calidad y cumplimiento simultáneo de funciones administrativas. Tales condiciones ocasionan una baja calidad en la delegación de las funciones que afectan a su vez, la atención y cuidado de enfermería brindado a los pacientes, dejando de lado el carácter profesional de la enfermería.

## Abstract

Nursing is dynamic and must develop knowledge through precise technological advances to meet current health needs, in search of a better quality in the provision of the service. Performance functions and their delegation of nursing care to the personnel in charge is a fundamental tool in clinical practice; it is a possible way out to speed up, in some situations, the provision of nursing care services to the subject of care. The delegation of functions is considered as an action that, if not carried out based on the principles and values of professional ethics, can cause ethical problems, risks that could compromise the life and dignity of the patients of care. Peplau's work is geared specifically towards the relationship between nurses and patients and is a theory for nursing practice. It is necessary to remember that the theories fulfill the function of explaining, describing and predicting the practice. The present article has the objective of describing the influence in the delegation of functions of nursing practice from the theories of Florence Nightingale and Hildegard E. Peplau. A literature review of 50 studies related to influencing factors was carried out with the delegation of the nursing professional between 2012 and 2018. The influence in the delegation of functions of nursing practice is due to functions such as: work overload; high number of patients, most of high complexity, low patient nurse ratio and lack of professionals for quality care and simultaneous fulfillment of administrative functions. Such conditions cause a low quality in the delegation of functions that affect, in turn, the care and nursing care provided to patients, leaving aside the professional nature of nursing.

## Palabras Clave

Delegación al personal, rol, Atención de Enfermería. (Fuente: DeCS)

## Keywords

Delegation to staff, role, Nursing Care.

## Introducción

El constante aumento de la población y el desarrollo en algunos países en las últimas décadas, ha provocado que las diferentes áreas del conocimiento se adecúen a las nuevas visiones del mundo, en donde los profesionales se capacitan reforzando los niveles de competencia, crecimiento mutuo, actitud positiva, compromiso, honestidad y autodisciplina, que deben estar presentes en cada una de las prácticas profesionales [1].

La enfermería por su parte, es responsable de articular y difundir términos claros sobre las funciones que desempeñan las enfermeras, en el ámbito de su práctica profesional. Dicha labor es dinámica y debe desarrollar conocimientos mediante los avances tecnológicos precisos para suplir las necesidades de salud actuales, en búsqueda de una mejor calidad en la prestación del servicio [2]. Las funciones de desempeño y su delegación del cuidado de enfermería en personal encargado, son una herramienta fundamental en la práctica clínica; es una posible salida para agilizar, en algunas situaciones, la prestación de los servicios de cuidado de enfermería al sujeto de cuidado [3]. Por lo tanto, la delegación de funciones, si no se realiza con base en los principios y valores de la ética profesional, puede ocasionar problemas éticos, riesgos que podrían comprometer la vida y dignidad de los pacientes de cuidado. Lo anterior permite resaltar la importancia de delegar las funciones de manera adecuada, respetando los rangos laborales y las capacidades profesionales de cada cargo, con ello, generar un campo de acción óptimo dentro del cuidado de enfermería.

Actualmente, es evidente que estas responsabilidades personales hacia el cuidado de los pacientes se ven obstruidas, dedicando la mayor parte de su tiempo a los procesos administrativos, los cuales son muy importantes en la gestión de enfermería dando cumplimiento a la política de atención integral en salud y adoptando sus herramientas para

garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad [4]. No obstante, para lograr el cumplimiento óptimo de la política de atención integral en salud, pueden presentarse factores que obstaculizan la delegación correcta de funciones como: sobrecarga laboral; alto número de pacientes, la mayoría de alta complejidad, baja relación enfermera paciente, déficit de profesionales para una atención de calidad y cumplimiento simultáneo de funciones administrativas [5]. Tales condiciones ocasionan una baja calidad en la delegación de las funciones que afectan a su vez, la atención y cuidado de enfermería brindado a los pacientes, por ello, es prioritario establecer mecanismo de asignación de cargos y delegación de funciones que se adecúen a las necesidades presentes en las instituciones de salud y, de igual forma, que promuevan un cuidado íntegro al paciente.

Por otro lado, cabe resaltar que las funciones de enfermería en el área clínica se relacionan con múltiples funciones administrativas y asistenciales las cuales en el transcurso del tiempo se han incrementado más hacia lo relacionado con la administración del servicio. Debido a las responsabilidades administrativas y políticas institucionales, el profesional de enfermería dispone poco tiempo para desempeñar adecuadamente su labor en el cuidado del paciente [6], dejando de lado el carácter profesional de la enfermería el cual es, según Florence Nightingale [7], el cuidado directo del paciente como tarea esencial de la disciplina [8]. En la actualidad, gran parte de las actividades e intervenciones propias de un enfermero profesional, han sido delegadas al técnico en auxiliar de enfermería, sin medir las consecuencias e implicaciones éticas y legales que conlleva tal delegación [9].

Además de la saturación de funciones administrativas designadas a los profesionales de enfermería en las instituciones de salud, se suma el bajo

número de enfermeras que cubren la atención en el cuidado de los pacientes, lo que pone en riesgo la vida y dignidad de los mismos, mediante la atención brindada de enfermería, dejando de lado la integralidad, seguridad y calidad en el servicio [10]. La inadecuada dotación, también forma parte de los aspectos que impiden una buena funcionalidad de las enfermeras, hace que la enfermera no solo cumpla con otras funciones, sino que también, tenga a su cuidado un número mayor de pacientes, por lo tanto, es casi que necesario delegar funciones que no deberían delegarse [11].

Estas actividades pueden ocasionar que el técnico en auxiliar de enfermería descuide sus actividades propias como la desinfección de la unidad, prevención de úlceras por presión, comodidad y confort, asistencia a las necesidades, control de signos vitales, control estricto de balance líquidos administrados y eliminados, obligando así realizar cambios de rutinas propias del paciente, como la hora de higiene, aseo personal, alimentación, sueño, interrupción en visitas familiares, con tal de cumplir con todas las labores asignadas y delegadas.

Algunos estudios han desarrollado metodologías para identificar los problemas éticos presentados en la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar [12], los procesos de delegación de actividades y los factores que influyen en el profesional de enfermería para delegar intervenciones clínicas no delegables. Dichos estudios han permitido determinar los factores extrínsecos y a grandes rasgos los factores intrínsecos del profesional de enfermería, que conforman el yo interior de cada uno, haciendo hincapié en que el suministro de medicamentos, la limpieza y el cuidado de las heridas, no es suficiente en la tarea integral de un profesional de enfermería, como lo demostró hace más de 100 años Florence Nightingale [13]. No obstante, su labor debe integrarse al deseo de curar y el compromiso emocional con el otro, por medio del aprovechamiento óptimo de los recursos al interior de cada individuo.-

Hildegart Peplau con su teoría de las relaciones interpersonales, establece que la labor del enfermero debe caracterizarse por una comunicación de carácter lingüístico y terapéutico, donde se deben llevar a cabo las tareas de orientación, conocimiento del paciente, comprensión de los estados de salud, y la ayuda en la organización de las actividades del paciente para incentivar su productividad en la sociedad [14,15]. Lo anterior reafirma la importancia de la comunicación en cada una de las fases del cuidado con humanidad y calidad, en garantía del bienestar de los pacientes [16].

Sin embargo, la delegación de funciones se ha visto afectada ocasionando riesgos mediante la asignación de tareas sin justificación, la retro-delegación, y la delegación permanente, dejando de lado los principios básicos de enfermería que, según Florence Nightingale [17] se integran en la fidelidad al paciente, el cumplimiento de las obligaciones y compromisos contraídos con el sujeto a su cuidado y la veracidad. En cuanto a la delegación de tareas, se debe establecer un límite de responsabilidad, evitar excesos y mal uso de la delegación, lo anterior ocasiona un descuido total o parcial de los pacientes que se tienen al cuidado, la falta de ética profesional en situaciones complejas, pueden forzar al enfermero a admitir errores por acción u omisión.

El personal de enfermería es el responsable principal de la calidad en el cuidado del paciente, es indispensable identificar omisiones de atención y factores relacionados con estas omisiones que permiten tomar las medidas pertinentes involucradas en la reestructuración de los servicios de enfermería, para contribuir a la solución del problema del cuidado de enfermería que mejoren la calidad y seguridad de la atención del paciente [18].

La enfermería como disciplina profesional, parte de dos componentes fundamentales, que son el teórico (la ciencia de la enfermería) y el profesional (la práctica de enfermería), que se relacionan

entre sí para desarrollar una práctica profesional comprometida y responsable. Requiere de un sustento disciplinar, que demuestre con hechos que es indispensable en su carácter de disciplina profesional [19]. Dado lo anterior, en la práctica de enfermería, la delegación de funciones debe mejorar la productividad, por medio de la transferencia de responsabilidades y la autoridad a otra persona, no obstante, quien delega, asume la obligación de que se realice la tarea, es allí donde los profesionales de enfermería, actúan en su labor de cuidado.

La labor de enfermería es dinámica y debe estrategias para suplir las necesidades de salud actuales, en búsqueda de una mejor calidad en la prestación del servicio. Las funciones de desempeño y su delegación del cuidado de enfermería en personal encargado, deben fundamentarse en agilizar, en algunas situaciones, la prestación de los servicios de cuidado de enfermería al sujeto de cuidado [20]. No obstante, partiendo de la literatura consultada, la delegación de funciones en ocasiones no se realiza con base en los principios y valores de la ética profesional, causando problemas éticos, riesgos que podrían comprometer la vida y dignidad de los pacientes de cuidado.

Por consiguiente, en la ley 911 de 2004 art 8 [21], en su último apartado, expresa las delegaciones en el área de enfermería, “cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas” entran a participar los factores que influyen en el profesional de enfermería para dicha supervisión y esta es la realidad motivadora de la presente investigación y de forma reflexiva y crítica para que los enfermeros profesionales y estudiantes en formación, le den una mirada objetiva a estos factores, que lleva a la delegación del cuidado directo.

Por otro lado, la Ley 266 de 1996 [22], expresa que la práctica de enfermería debe fundamentarse en conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en

sus propias teorías y tecnologías, no obstante, es un propósito que no se evidencia en muchas instituciones de salud [23], las políticas institucionales, la sobre carga laboral, déficit de enfermeros, falta educación continuada, y falta de responsabilidad personal del profesional de enfermería, hace que el propósito de enfermería sea desviado y deje el cuidado del paciente hospitalizado en segundo plano delegando así sus funciones [22].

Es pertinente conocer modelos teóricos que permitan comprender las diversas problemáticas presentes en el campo de la enfermería, y con ello, establecer medidas que sirvan de mejoramiento en la labor de cuidado. Con el paso del tiempo, la enfermería ha demostrado ser una labor con diversos e importantes cambios, los mismos que le han permitido adaptarse a las sociedades, como la institucionalización de la enfermería moderna establecida por Florence Nightingale quien resaltó la importancia de las funciones de gestión de la enfermería, en función de su conocimiento para la labor [24]. El trabajo de Peplau está orientado específicamente hacia la relación entre enfermeras y pacientes y es una teoría para la práctica enfermera. Por ello, el presente artículo tiene el objetivo de describir la influencia en la delegación de funciones de la práctica de enfermería a partir de las teorías de Florence Nightingale y de Hildegard E. Peplau.

## **Materiales y métodos**

Se realizó una revisión bibliográfica de tipo descriptivo, longitudinal y retrospectivo, con enfoque cualitativo de investigación, en que se recolectó información de archivos y proyectos acerca de casos y controles llevados a cabo en la delegación de funciones en la labor de enfermería, sin emplear juicios de valor y en procura de altos niveles de objetividad [25]. La revisión se comprendió de 50 documentos investigativos a nivel internacional, nacional y regional, que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

Documentos publicados entre el año 2012 y el año 2018. Los documentos consultados que no cumplieron con este requisito, fueron escogidos dada la relevancia para el presente estudio.

Documentos provenientes de fuentes confiables, es decir, repositorios institucionales, bases de datos digitales de diversas universidades reconocidas, revistas indexadas.

Los documentos deben contar con los siguientes datos; título, autores, año, país, institución o revista.

Los documentos deben tratar temas como; factores influyentes con la delegación del profesional de enfermería, aplicación de las teorías de Hildegard Peplau y Florence Nightingale en el servicio de urgencias.

## Resultados - Desarrollo

La delegación de funciones, se define como el “proceso por el cual se le asigna a un colaborador la realización de una determinada actividad o cumplimiento de objetivos, otorgándole la autoridad necesaria, pero reteniendo a la vez la responsabilidad de los resultados. El cumplimiento de estas condiciones por parte de quien delega es irreversible” [26]. Para la realización de dichas actividades, es indispensable establecer roles o funciones en cada institución [27], el papel que cada individuo debe desempeñar en el mundo laboral representa, en general, la forma en que se espera que se realice el trabajo. Las situaciones de ambigüedad y de conflicto de rol en el trabajo repercuten negativamente en el bienestar psicológico. Si no están bien definidas las funciones, se facilita información inadecuada o insuficiente sobre el papel del trabajador en la empresa [28].

En el campo de la enfermería, los roles pueden categorizarse en el rol de extraño, de persona recurso, rol educativo, de institución, de consejero

y de líder [29]. Para la delegación de funciones, es indispensable contar con un rol de liderazgo, para Hildegart, “el enfermero/a asume un rol de líder bajo cualquier nivel, además el paciente reconoce su rol y espera que este pueda ofrecerle dirección durante su situación. Las actividades que desarrolle dependen del rol que el enfermero considere de sí mismo y de la participación del paciente” [30]. La enfermera, ayuda al paciente a asumir las tareas que tienen a su alcance mediante una relación de cooperación y participación activa. Este rol se destaca en la delegación de las funciones que interesan la presente investigación [31,32]. Para establecer una delegación de funciones acorde a las necesidades y cargos del equipo profesional, es indispensable que la enfermera se caracterice por ser líder dentro de su campo, de tal manera que le permita analizar las situaciones y encontrar las debilidades y fortalezas de cada miembro de su equipo, asignando adecuadamente las funciones y promoviendo el cuidado integral a los pacientes.

El cuidado de enfermería, según la teoría de las relaciones interpersonales de Hildegart Peplau [32], tuvo en cuenta las doctrinas de la ciencia conductual, desde las cuales formuló un modelo psicológico que permite al profesional de enfermería separarse de la patología y ver la importancia de los hechos, sentimientos y conductas en la intervención [33]. Esta teoría sirve como guía al profesional de enfermería, favoreciendo la prestación de un servicio de atención personalizada y de sentido humanitario al paciente, considerándolo como un ser Biopsicosocial que está en desarrollo constante, quien a través de las relaciones interpersonales tendrá la capacidad de comprender su situación y de transformar su ansiedad en energía positiva que le permita responder a sus necesidades [34, 35].

Los modelos teóricos interpersonales que se fundamentan en la relación del personal de enfermería con los pacientes, dio sus orígenes a finales de los años 40 [36]. Peplau caracteriza la enfermería como un proceso interpersonal terapéutico en que

se integra la relación humana entre el paciente y una enfermera, de tal manera que sea comunicativa y permita reconocer las necesidades de ayuda [37]. El trabajo de Peplau es específico de la relación enfermera-paciente y se clasifica como una teoría para la práctica de la enfermería [38].

“La interacción enfermera-paciente es un proceso interpersonal, terapéutico y significativo que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable la salud a los individuos” [39]. Partiendo de las experiencias de Peplau con profesionales de la psiquiatría, la medicina, la educación y la sociología, construyeron una visión de lo que es, hace y debería ser un profesional en enfermería. Por lo tanto, estableció unas fases o etapas de superposición en las relaciones enfermera-paciente [38,40–44]. En la etapa de orientación, el paciente acude en busca de ayuda como consecuencia de su enfermedad y en la interacción con la enfermera, puede encontrar alternativas para su adaptación y recuperación [45]. En la tercera etapa, es decir, la de explotación, la enfermera ayuda al paciente a explorar todas las ventajas que tiene para llegar al paso final, por ello, debe tener en cuenta la importancia de la comunicación y sus diferentes etapas [46]. La última etapa, la resolución, el paciente recobra su independencia o suple sus necesidades, y termina el vínculo entre paciente - enfermera, ambos adquieren un crecimiento personal y un equilibrio emocional [47].

## Discusión

La teoría de Hildegart Peplau ha sido utilizada en varias ocasiones por profesionales de la salud para determinar los aspectos característicos de la labor de enfermería, como el liderazgo, delegación de funciones, responsabilidades, entre otros. Se desarrolló una investigación [48] a fin de establecer el diagnóstico de los factores que los profesionales de enfermería perciben como facilitadores para una práctica clínica basada en la evidencia en el Servicio de salud, identificando posibles diferencias

en función de las características de los profesionales y de los entornos en que ejercen. Se mostraron diferencias significativas al analizar el entorno hospitalario y de atención primaria, dichas diferencias se mantuvieron al comparar la categoría y la experiencia profesional. El estudio comparó los entornos de práctica de enfermería de distintas características, como el apoyo de los gestores de enfermería para establecer elementos de mejora, tanto individual como de organización.

Por otro lado, Dávila [24] llevó a cabo un estudio basado en la delegación de autoridad en perspectiva de enfermeras gerentes de instituciones de salud, basado en la institucionalización de la enfermería moderna establecida por Florence Nightingale. Dicho estudio permitió determinar el significado de la delegación de la autoridad en donde la perspectiva de las enfermeras gerentes se enfocó en la responsabilidad, confianza y compromiso como símbolos de actuación dentro de conceptos cognoscitivos, afectivos y técnicos.

Adoptando el modelo teórico de Florence Nightingale, Chaile et al., [49] realizaron un estudio para determinar qué factores producen la desvirtuación del rol de enfermería y su afectación al rendimiento de los profesionales de enfermería perjudicando la calidad de atención. Como resultado de estudio, Chaile et al., [49] encontraron la existencia de actividades diferentes a la labor de enfermería, presente en el personal, la mayoría de los participantes de estudio, encontró desvirtuación en las funciones de enfermería, por los pocos conocimientos acerca de los alcances en sus funciones, anexo a ello, se suma la falta de motivación laboral que perjudica el rendimiento profesional a causa de la excesiva carga laboral, lo que desencadena falencias en la calidad y cuidado brindado.

Los estudiantes de enfermería de la universidad Surcolombiana en su práctica profesional, y los modelos que ellos emplean, para la toma de decisiones en los escenarios de la administración de

los servicios clínicos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, relacionando lo encontrado con el plan de estudios. Se cruzó con la información obtenida en la observación y el análisis de contenido de los documentos que orientaron la formación de los enfermeros. Los hallazgos de la investigación determinaron la necesidad de hacer visible en el plan de estudios la formación en Bioética que debe tener los estudiantes como fundamento de un currículo de Enfermería [50].

## Conclusiones

La influencia en la delegación de funciones de la práctica de enfermería, se desarrolla, sobre todo, en las responsabilidades personales hacia el cuidado de los pacientes, se presentan factores que influyen en la delegación correcta de funciones como: sobrecarga laboral; alto número de pacientes, la mayoría de alta complejidad, baja relación enfermera paciente, déficit de profesionales para una atención de calidad y cumplimiento simultáneo de funciones administrativas. Tales condiciones ocasionan una baja calidad en la delegación de las funciones que afectan a su vez, la atención y cuidado de enfermería brindado a los pacientes, dejando de lado el carácter profesional de la enfermería el cual es, según Florence Nightingale, el cuidado directo del paciente como tarea esencial de la disciplina. En la actualidad, gran parte de las actividades e intervenciones propias de un enfermero profesional, han sido delegadas al técnico en auxiliar de enfermería, sin medir las consecuencias e implicaciones éticas y legales que conlleva tal delegación.

La delegación de funciones se ha visto afectada ocasionando riesgos mediante la asignación de tareas sin justificación, la retro-delegación, y la delegación permanente, dejando de lado los principios básicos de enfermería que, según Florence Nightingale se integran en la fidelidad al paciente, el cumplimiento de las obligaciones y compromisos contraídos con el sujeto a su cuidado y la veraci-

dad. Las posibles implicaciones de una delegación incorrecta, desencadenan en eventos adversos, demora en la atención, pérdidas de campos de práctica clínica y posibles demandas por parte de usuarios insatisfechos.

Hildegart plantea el rol del enfermero como líder bajo cualquier nivel, en donde el paciente reconoce su rol y espera que este pueda ofrecerle dirección durante su situación. Las actividades que desarrolle dependen del rol que el enfermero considere de sí mismo y de la participación del paciente. Por lo anterior, el enfermero en su rol de líder debe ser capaz de canalizar la atención de los involucrados y dirigirlos hacia ideales comunes. Para ello, debe desempeñarse en el sentido de aproximar y ajustar intereses grupales e individuales en consonancia con los objetivos de la organización, determinando las funciones a delegar, en términos de necesidades de cuidado, responsabilidades y pacientes.

## Fuentes de financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Conflictos de interés

Ninguno.

## Agradecimientos

Liliana Molina Sánchez.

## Referencias

1. Souza L, Paulo L, Ferreira A, Ramos H. El liderazgo en la visión de enfermeros líderes. *Enferm Glob.* 2013;30:268–75.
2. Wang LP, Jiang XL, Wang L, Wang GR, Bai YJ. Barriers to and facilitators of research utilization: A survey of registered nurses in China. *PLoS One.* 2016;8(11).

3. Soto P, Reynaldos K, Martínez D, Jerez O. Competencias para la enfermera / o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichán*. 2014;14(1):79–99.
4. Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia. Política de Atención Integral en Salud. *Repos Inst Digit Minsalud*. 2016;97.
5. Sarmiento IL, Tovar-Medina DM, Olaya-Forero FH, Torres DA. Intervenciones de enfermería del campo fisiológico complejo en unidades de Cuidado Intensivo. *RFS Rev Fac Salud*. 2015;59–64.
6. Hanna M, Villadiego M. La administración de enfermería en el área clínica y sus implicaciones en el cuidado. *Rev Colomb Enfermería | Univ El Bosque* 2015;9:65–70.
7. Nava M. Modelo conceptual de enfermería, su relación de la ética y bioética del cuidado con la persona y su dignidad. *Enf Neurol*. 2012;11(2):91–7.
8. Nightingale F. *Notas sobre enfermería*. São Paulo: 1990.
9. Rodríguez Y. Causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la atención de enfermería. [Tesis]. Universidad Nacional Colombia; 2014.
10. León F, Franco Z. Atención Primaria de Salud: Estudios desde la Bioética y la Enfermería [Internet]. 2018. 327 p. Available from: [http://www.bioeticachile.cl/felaibe/documentos/3\\_Enferm\\_y\\_aps.pdf](http://www.bioeticachile.cl/felaibe/documentos/3_Enferm_y_aps.pdf)
11. Gutierrez-Garzon G, Quintero AF. Factores que influyen en el profesional de enfermería para delegar intervenciones clínicas no delegables, ips de tercer nivel, Neiva 2012. [Trabajo de investigación] Neiva: Universidad Surcolombiana;2012.
12. Saquic S. Problemas éticos que afrontan los profesionales de enfermería en la administración del cuidado. [Tesis]. Universidad Rafael Landívar; 2016.
13. Young P, Emery JDC. Florence Nightingale y la Enfermería en el Hospital Británico. *Argent Coloproct*. 2014; 25:34–40.
14. Ruiz Y. Comunicación asertiva, una habilidad clave en enfermería desde la teoría de Hildegard Peplau. [Tesis]. Universidad de La Sabana 2016.
15. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Univ*. 2015;12(3):134–43.
16. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*; 2015;12(3):134–43.
17. Lescaille M, et al. Eticidad del pensamiento de Florence Nightingale. *Rev Habanera Ciencias Médicas*. 2013;12(4):688–96.
18. Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, Díaz-Oviedo A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25(0).
19. Acofaen. Modelos y teorías lineamientos básicos para la enseñanza del componente disciplinar de enfermería. *Asociación colombiana de facultades de enfermería*. 2014;48.
20. Miroslava A, Rosales R, Pérez J, Camacho A. Propuesta para realizar la supervisión en Enfermería con base en una recopilación documental. *Rev CONAMED Supl Enfermería*. 2016; 21:158–63.
21. Congreso de la República de Colombia. Ley 911 de 2004. 2004;2004(45).
22. Congreso de la República de Colombia. Ley 266 de 1996 Por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. *D Of 42710*. 1996;1996(42):8.
23. Pineda C. Problemas éticos de la delegación del cuidado de enfermería en personal auxiliar de enfermería [Tesis]. Pontificia Universidad Javeriana. 2010.
24. Dávila M. Delegación de autoridad en perspectiva de enfermeras gerentes de instituciones de salud. [Tesis]. Universidad Autónoma del Estado de México; 2017.
25. Hincapié S. Métodos, tipos y enfoques de investigación [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 31]. p. 1. Available from: <http://sanjahingu.blogspot.com.co/2014/01/metodos-tipos-y-enfoques-de.html>
26. Hernández M. La delegación de autoridad. Condiciones y Técnicas de Aplicación. *FACES [Internet]*. Available from: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/faces/revista/a4n10/4-10-14.pdf>
27. UGT. Factores psicosociales - Definición de rol. Fund para la prevención riesgos laborales [Internet]. 2012;2–3. Available from: <http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/fichas/Fichas05 Definicion de rol.pdf>
28. Orgambidez A, Pérez PJ, Borrego Y. Estrés de rol y satisfacción laboral: examinando el papel mediador del engagement en el trabajo. *Rev Psicol del Trab y las Organ*. 2015;31(2):69–77.
29. Hinojosa D. Teorías y modelos de enfermería. *Rev Científica Enfermería*. 2013;1–6.

30. Castiblanco M. Propuesta en la aplicación de un instrumento de medición relación paciente-enfermero/a en la unidad cardiovascular de la clínica shao enfocado al empoderamiento del ser en el profesional de enfermería, durante el segundo semestre del 2017. [Tesis]. Bogotá: Univ de la Sabana; 2017;103.
31. Abril Bolaños CJ. “Delegacion” destreza vital de un buen lider. J Manage [Tesis]. Bogotá: Universidad Militar; 2014:14.
32. Naranjo Hernández Y, Rodríguez Larrinaga M, Concepción Pacheco JA. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. Rev cubana Enferm. 2016;32(4):126–38.
33. Peña-Pita AP, Pérez-Giraldo B. Aplicación de la teoría de Peplau en pacientes con diabetes hospitalizados. Rev Cienc y Cuid. 2016;13(2):42.
34. Mena I, Troncoso D, González Y. Las teorías de enfermería y la relación enfermera paciente: aplicación para la práctica. Rev Cient Enferm. 2014;15(10):17–20.
35. Ballon Y, Escalante Y, Huerta M. Relacion enfermera-paciente según la teoria de hildegard peplau en el servicio de centro quirurgico de un hospital nacional. [Trabajo de investigación] 2016;1–43.
36. Triana MC. Efecto del vínculo empático y su relación con el nivel de ansiedad enfermera- paciente, sobre el nivel de ansiedad del paciente adulto en la unidad de cuidado intensivo. [Tesis]. Universidad Nacional de Colombia; 2016.
37. de enfermería del Hospital Arzobispo Loayza servicio de cirugía según la teoría de Peplau Noviembre - 2016. [Trabajo de investigación]. Univ Priv San Juan Baut 2017.
38. Raile M, Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería. Modelos y teorías en enfermería. 2011. 797 p.
39. Machaca NGM. Relación Terapéutica Enfermera Paciente Segun la Teoria de Hildegard E. Peplau, en los Servicios de Cirujía, Del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón. [Trabajo de investigación] Perú; 2014;1–82.
40. Carmen SÁM. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. Av en Enfermería. 2010;(2):107–15.
41. Fernández M, Martínez A, Martínez M. Un siglo cuidando de la Sociedad. Colegio de enfermería de Cantabria; 2015;00(34):39003.
42. García A. Tarrillo M. Interrelación Enfermero-Paciente en los Servicios de Hospitalización, Según La Teoría de Hildegard Peplau, Hospital General De Jaén. Univ Nac de Cajamarca;2014:1–66.
43. Blanco K. Apoyo emocional de la enfermera según teoría de Peplau en el usuario ambulatorio continuador de la unidad de hemodialis del hospital Guillermo Almenara Irigoyen. 2012;53(9):1689–99.
44. Puga Cahuich CL, Caamal Ramírez BI, Guillén L del C, Zúñiga Carrasco IR. Modelo de relaciones interpersonales de Hildegard Peplau de enfermería, en el autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2. Rev Salud Chiapas;2015;3(2):71.
45. Mastrapa Y. Modelo de relación enfermera - paciente - cuidador, en el servicio hospitalizado de geriatría. [Tesis] Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2017.
46. Humaní J, Jaulis M. Apreciación de los pacientes de los servicios de medicina y traumatología sobre la calidad de interrelación enfermera - paciente según la teoría de Peplau. [Tesis]. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2015.
47. Mastrapa YE, Lamadrid M del PG. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Rev Cubana Enferm. 2016;32(4):126–36.
48. De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Abad AS, Veny MB, Vives GA, Campaner CP. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: Situación en las Islas Baleares. Gac Sanit. 2011;25(3):191–7.
49. Chaile M, Cepeda N, Blanco E. Desvirtuación del rol de enfermería y su relación con la calidad de atención. [Trabajo de investigación]. Universidad Nacional de Cuyo; 2015;1–100.
50. Salas FH. Dilemas bioéticos de los estudiantes de enfermería de la universidad surcolombiana en su práctica profesional. Rev Colomb Bioética. 2016;11(2):62–138.

# Calidad de Atención de Enfermería Percibida por Pacientes de Urgencias en una Institución de Primer Nivel

Nursing care quality perceived by patients of emergency at a world-class institution

Karollay Julieth Ríos Suarez<sup>1</sup>, Yury Tatiana Ordoñez Ruiz<sup>1</sup>, Jorge Andrés Ramos Castañeda<sup>2</sup>

1. *Estudiante de Enfermería, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia*

2. *Enfermero, Epidemiólogo, PhD salud pública, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia*

## Resumen

La percepción y satisfacción del cliente resultan importantes en la medición de la calidad de los servicios brindados. Este artículo de revisión busca analizar la calidad de la atención en salud del personal de enfermería, en los últimos 10 años, y realizar un abordaje desde la Teoría de Confort por Katharine Kolcaba. Se realizó búsqueda bibliográfica en MEDLINE, SCIELO y ELSEVIER, obteniendo 49 artículos de tipo descriptivo y analítico publicados entre el año 2009 y el 2016. El promedio de la satisfacción de los pacientes referente a los cuidados de enfermería es de 77%, representando calificación media. El desempeño profesional en la prestación de servicios de salud, se encuentra muy bien valorado, donde el personal de enfermería juega un papel fundamental en la medición de la satisfacción global de las instituciones de salud.

## Abstract

Customer perception and satisfaction are important in measuring the quality of the services provided. This review article seeks to analyze the quality of health care of nursing personnel, in the last 10 years, and perform an approach from the Theory of Comfort by Katharine Kolcaba. Bibliographic search in MEDLINE, SCIELO and ELSEVIER was made, obtaining 49 descriptive and analytical articles in 2009 and 2016. The average of patient satisfaction refers to nursing care in 77%, representing average rating. Professional performance in the provision of health services is highly valued, where the nursing staff plays a key role in measuring the overall satisfaction of health institutions.

## Palabras Clave

Atención de urgencia, primer nivel de atención, servicio de salud, calidad, enfermería.

## Keywords

Urgent care, first level of care, health service, quality, nursing.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un servicio de calidad como “la satisfacción o insatisfacción del usuario, de las expectativas de la población con respecto al trato que debería recibir, haciendo particular referencia al respeto de los derechos humanos, a la dignidad del paciente y al respeto de su idiosincrasia” [1].

Donabedian en 1989 [2] fue el primero en hablar sobre calidad y satisfacción de los usuarios, manifestando que satisfacción es uno de los componentes más importantes para medir la calidad de los servicios. Por lo tanto, es necesario contar con la percepción del cliente para describir la calidad brindada por la institución de salud [3]. Donabedian [2] refiere la evaluación mediante tres componentes: Técnico, Interpersonal y Confort.

La calidad en la atención en salud, se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios [4].

Otro punto importante es el referente al componente de Confort, la enfermera Katharine Kolcaba, publicó un análisis del concepto del confort con su esposo en 1991, donde elaboraron un diagrama con los aspectos de la comodidad, utilizándola como eje principal del cuidado en 1992; contextualizaron a su vez la comodidad en una teoría de nivel intermedio en 1994, demostrando finalmente su teoría en un estudio de intervención en 1999 con la colaboración de Fox [5].

Tanto la calidad como la satisfacción se relacionan de sobre manera, debido a que se ha demostrado que la percepción de la calidad del cuidado se encuentra estrechamente relacionada con la satisfacción de los usuarios [6].

Es así como la calidad de la atención en salud se evalúa a través de las necesidades, expectativas y preferencias que tienen los usuarios al momento de llegar a los servicios de salud y una vez recibida la atención, los usuarios satisfacen o no esas expectativas, así que es a partir de ese punto de vista que evaluar la satisfacción del paciente ha sido adoptada por las instituciones de salud como una estrategia para alcanzar un conjunto de percepciones relacionado a la calidad de la atención recibida con el fin de adoptar un enfoque más integral de la atención [7]. De ahí se obtiene información valiosa para la institución, y la satisfacción se convierte en un indicador esencial para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud [2,7].

Esta revisión tiene como objetivo analizar la calidad en la atención en salud del personal de enfermería, en los últimos 10 años, por medio de la investigación de esta temática dentro de las instituciones de salud y el impacto que tiene el personal de enfermería en la calidad de la atención brindada.

## Materiales y métodos

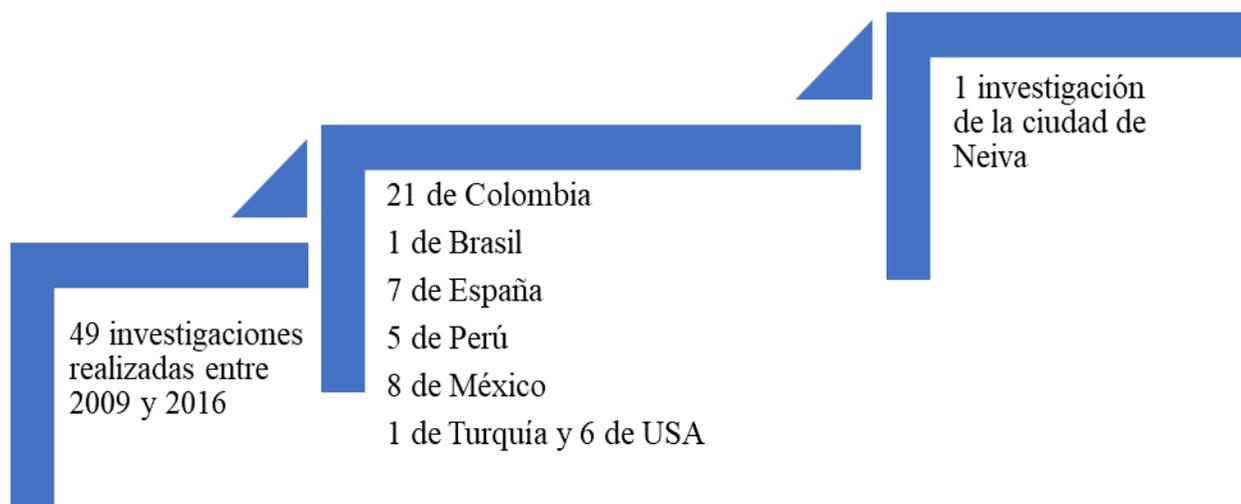
Se realizó una búsqueda bibliográfica de estudios descriptivos y analíticos sobre servicio de urgencias, nivel de atención, y calidad en salud, en bases de datos como: MEDLINE, SCIELO y ELSEVIER. Se utilizaron las siguientes palabras clave: calidad, atención, enfermería, servicios de salud. Se realizaron búsquedas independientes en Google académico con el fin de identificar tesis de grado, artículos de revisión, guías, entre otros que contengan información del tema. Producto de la búsqueda, se obtuvieron 49 estudios de tipo descriptivos. También se investigó acerca de la Teoría de Confort de Katharine Kolcaba, con el fin de identificar el abordaje de esta teoría enmarcada en el área de la gestión de calidad de los servicios de salud brindados por el personal de enfermería.

## Resultados - Desarrollo

De la revisión sobre investigaciones frente a calidad y satisfacción respecto de los cuidados de

enfermería, se refieren algunas muy importantes como antecedente investigativo [4,8–10]. En total se obtuvieron los siguientes: (Ver Figura 1).

**Figura 1.** Resultados de la búsqueda de información.



Se tomaron finalmente 49 investigaciones, realizadas entre 2009 y 2016, de los cuales 21 son de Colombia (1 de estos es de la ciudad de Neiva) [11–16,16–21], 1 de Brasil, 7 de España, 5 de Perú [4,22], 8 de México [5,23–29], 1 de Turquía y 6 de USA [7,30–34]. Algunos tienden a evaluar porcentajes de satisfacción general en promedio de 77% [8,35,36], algunos en hacer diferencias entre calidad y satisfacción [8,19], y otros a validar instrumentos de medición de la calidad y la satisfacción en salud [1,14,37,38].

### *Calidad y cuidados de enfermería*

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas [39]. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el

fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación [39]. Dentro de este contexto, cabe resaltar las investigaciones que se centran en la medición de la satisfacción respecto de los cuidados de enfermería [3,22]:

La investigación “Calidad de Atención y Satisfacción del Usuario” realizada en Iquitos- Perú en 2016 [4], tuvo como objetivo principal determinar la calidad de atención y grado de satisfacción del usuario, en atención de parto del servicio de hospitalización de obstetricia del Hospital Iquitos. Se determinó con esta que la calidad de atención fue buena. En cuanto al grado de satisfacción, el 99% estuvo poco satisfecho, no se demostró relación significativa entre la calidad de atención y el grado de satisfacción del servicio de Hospitalización [4].

En 2014, se realizó un estudio [30] en Brasil, que refiere que entre los cuidados de enfermería eva-

luados, solamente dos fueron considerados seguros - higiene y confort físico; nutrición e hidratación – y los demás clasificados como pobres, sin embargo, los pacientes se mostraron satisfechos con los cuidados recibidos en los dominios evaluados: técnico-profesional, confianza y educacional. Este estudio concluyó que, a pesar del déficit de calidad, fue encontrado alto nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería recibidos. Tales resultados indican la necesidad de que la institución centre sus objetivos en un sistema de evaluación permanente de la cualidad del cuidado, visando atender a las expectativas de los pacientes [30].

Medir la satisfacción relacionada con aspectos técnicos y comunicativos de los usuarios de consulta de Enfermería en Atención Primaria, fue el objetivo planteado en investigación realizada en Montería - Colombia en 2013 [40], en la que participaron 335 pacientes, obteniendo un 76,5% de satisfacción en las respuestas. En cuanto a las sugerencias o propuestas de cambio en las preguntas abiertas presentó un resultado de 92,5% de satisfacción frente a un 7,5% de insatisfacción con respecto a éstas [40].

#### *En primer nivel de atención*

Las investigaciones que se enfocaron en conocer la calidad y satisfacción de los servicios de enfermería propiamente en el primer nivel de atención fueron:

El “Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina” [9] se llevó a cabo en el 2011, en donde se evaluó entre algunas variables el acceso geográfico, el cual fue considerado aceptable por los encuestados al igual que el tiempo de espera y las condiciones edilicias, por otra parte, el desempeño profesional durante la atención, el vínculo establecido entre el profesional y el destinatario y el servicio brindado por el

centro de salud fueron factores resaltados por los encuestados [9].

En Perú, referente al primer nivel y atención primaria, se desarrolló investigación con la finalidad de evaluar el cumplimiento de la estrategia de atención primaria y el grado de satisfacción de los usuarios en un establecimiento con este nivel de atención, refiriendo que el 61,7% de los usuarios mostró satisfacción media y 23,3% satisfacción alta, los usuarios estaban muy satisfechos con la accesibilidad geográfica, y satisfechos con la infraestructura, horarios de atención, resolución de problemas y exámenes auxiliares [41]. El 47% mostró satisfacción media con la atención recibida y el grado más bajo de satisfacción se encontró con los tiempos de espera para atenciones programadas y de emergencia [41].

#### *En Urgencias*

Relacionado con el servicio de urgencias [6] en el 2012 en Norte de Santander –Colombia, se encontró una investigación que evalúa la percepción de la calidad del cuidado de enfermería en este servicio: este permitió determinar que el nivel de percepción de los usuarios, frente a la calidad de cuidado que brinda el personal de enfermería, se encuentra en mediana importancia con tendencia a baja importancia en las categorías, que componen el instrumento Care Q [6].

El trabajo investigativo “Evaluación de La Calidad de Atención de Enfermería y Grado de Satisfacción de Pacientes Atendidos en Emergencias del Hospital General Puyo” [42], tuvo como finalidad determinar la calidad de atención de profesionales de enfermeras que influyen en la satisfacción del usuario del Servicio de Emergencia durante los meses de Octubre 2016- Abril 2017, mediante revisión Bibliográfica. Concluyo que no todas las enfermeras ponen en práctica las normas éticas de enfermería y en determinado momento privilegian la atención a sus amistades; se guían por el

nivel cultural, apariencia y grado de educación de los usuarios para brindar atención de salud; siendo calificada la atención y el trato de enfermería recibida como regular [42].

#### *Validación de instrumentos de medición*

Para la medición de la calidad y la satisfacción de los servicios de enfermería, diversos autores enfocaron sus esfuerzos en la aplicación de instrumentos validados en diferentes poblaciones, ejemplo de estos son:

La investigación “Reproducibilidad del instrumento: Cuestionario De Calidad De Cuidados de Enfermería (CUCACE)” [10], realizada en Colombia tomo 205 personas, teniendo en cuenta la proporción de pérdidas del 20%. Se concluyó con esta que el instrumento CUCACE es una escala válida y confiable para la evaluación de la calidad del cuidado, con un Alfa de Cronbach de 0.930 y que en general tienen una percepción positiva en cuanto a la atención de enfermería con una puntuación positiva de 91.7% [10].

“Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados” en una IPS de último nivel [36], fue otro estudio desarrollado en pacientes que reciben tratamiento en la unidad de oncología de una institución de salud, también con el Cuestionario CUCACE, versión en castellano de Rosario Alonso y colaboradores, 2005, versión en inglés: NSNS (Newcastle Satisfacción with Nursing Scales) de Thomas LH, 1996; obtuvo por su parte, un alfa de Cronbach de 0,96, respecto del cuidado recibido por parte del personal de enfermería fue excelente con un 58,7% [36]. Con esto demuestra que el CUCACE tiene un adecuado nivel de confiabilidad para la evaluación de la satisfacción y la experiencia del paciente hospitalizado y medir la calidad del cuidado brindado por enfermería [36].

#### *Teoría del Confort*

El cuidado es la esencia de la enfermería, por lo cual, la teoría idónea para abordar la temática que se está tratando en la presente investigación es la Teoría de Confort de Katharine Kolcaba [5].

El confort o comodidad se define como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad [43]. Consistente en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de los tres tipos de comodidad son: alivio, tranquilidad y trascendencia que se definen como: Alivio, Tranquilidad, Trascendencia [5].

- Alivio: el estado de un receptor que ha visto cumplida una necesidad específica, se refiere a la satisfacción de necesidades; es decir, se deben aliviar malestares en los pacientes.
- Tranquilidad: el estado de calma o satisfacción, hace referencia a la persona entera, a la comodidad en la mente y cuerpo, estado de satisfacción y positivo.
- Trascendencia: estado en el cual un individuo está por encima de sus problemas o dolor. Este término usado por Kolcaba en 2003, es independiente y se refiere a las medidas de comodidad que fortalecen y engrandecen a una persona.

La persona surge por encima del dolor o problemas se describió con los contextos sobre holismo, como: Los cuatro contextos de la experiencia (físico, psicoespiritual, social y ambiental) estas teorías surgen en 1994 y 1999 con la colaboración de Fox [44].

Kolcaba en 2001 define los tipos de comodidad como:

- Físico: perteneciente a las sensaciones corporales.

- Psicoespiritual: perteneciente a la consciencia interna del yo, como: autoestima, autoconcepto, sexualidad, y el significado de la vida, en relación con un orden o estado superior.
- Social: se refiere a las relaciones interpersonales, familiares y sociales.
- Ambiental: perteneciente al entorno y condiciones e influencias externas. como: luz, ruido, temperatura, entre otros, y como se interrelacionan los sentidos con los contextos surgiendo una estructura taxonómica, en la cual la comodidad de los pacientes es experimentada en un contexto y sentido específico [5].

## Conclusiones

De las investigaciones que se obtuvieron mediante el filtro del presente artículo una satisfacción media, se obtiene un promedio de la satisfacción de los pacientes referente a los cuidados de enfermería de 77%, donde se encuentra muy bien valorado la atención del profesional, evidenciando que el personal de enfermería juega un papel fundamental en la medición de la satisfacción global de las instituciones de salud [1,45,46]. La satisfacción en cuanto a la información brindada por la institución a los usuarios, es percibida de manera elevada, y quienes son responsables de brindarla a los usuarios [6,40,47], es el personal de enfermería, por lo tanto, esta medición es directamente relacionada con la prestación de los servicios brindados por enfermería y consecuencia de ello.

Más allá de la percepción de calidad [48], y todas aquellas variables que implica, tales como la oportunidad, la calidad de información, el respeto por la privacidad, los cuidados brindados por enfermería y la disposición de tiempo para atender las necesidades directas de los usuarios [6,35,49], resulta un buen indicador, pues son quienes se encuentran en contacto directo con los usuarios y sus familias [50].

La enfermería contribuye en el mejoramiento de la comodidad o confort [5,49,29], tanto en el aspecto físico, como en los aspectos ambientales, sociales y psicoespirituales. Así mismo al alivio, tranquilidad y Trascendencia de los usuarios de los diferentes servicios de diversas instituciones de salud en diferentes niveles de complejidad [44].

## Fuentes de financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Conflictos de interés

Ninguno.

## Referencias

1. Consuelo C, Contreras T, Nathalia A, Esteban P, Sepúlveda LR, Báez DR, et al. Reproducibility of a Questionnaire : Quality of Nursing. *Rev Cuid.* 2016;7(2):1338-44.
2. Donabedian, A. "La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?". *Revista JANO.* 1989; 864: 103-110.
3. S Joolae F, Hajibabae E, Jafar Jalal N. Assessment of Patient Satisfaction from Nursing Care in Hospitals of Iran University of Medical Sciences. *J HAYAT.* 2011;17(4):1-11.
4. Sánchez V. Calidad de atención y satisfacción del usuario, en atención de parto del servicio de hospitalización de obstetricia del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García", mayo y junio 2016. [Trabajo de Investigación]. *Univ Cient del Perú.* 2016;72.
5. Nava Galán G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. *Enfermería Neurológica Enf Neurol.* 2010;9(2):94-104.
6. Rojas M W, Barajas L MA. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias. *Rev Cienc y Cuid.* 2012;9(1):13-23.
7. Gurdogan Pasli E, Findik UY, Arslan BK. Patients ' Perception of Individualized Care and Satisfaction

- with Nursing Care Levels in Turkey. *Int J Caring Sci*. 2015;8(2):369–75.
8. Torres C, Buitrago M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Rev Cuid*. 2011;2(1):1–11.
  9. Acosta L, Burrone MS, Lopez de Neira MJ, Lucchese M, Cometto C, Ciuffolini B, et al. Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. *Enfermería Glob*. 2011;10(21):1–13.
  10. Mendoza Moreno EP. Reproducibilidad del Instrumento: Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería (CUCACE) en pacientes hospitalizados en los Comunes Hospital Universitario Bucaramanga, Santander. [Trabajo de Investigación]. 2014;1–67.
  11. Urriago, Maria L; Viafara L. Calidad de la atención en salud Percepción de los usuarios. *Hosp Univ del Valle, HUV, “Evaristo García”, ESE / Fund para el Desarro la Salud Pública Colomb FUNDESALUD*,. 2010;173.
  12. Chavez D, Romeo R, Zuñiga J, Romero E. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados en el hospital Universitario del Caribe [Trabajo de Investigación]. Colombia:Universidad de Cartagena; 2013. *Univ Cart*; 2013;53.
  13. Ministerio de la Protección social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud-PARS-. *Calidad en salud en Colombia, Los Principios*. Vol. 11, Universidad Nacional de Colombia. 2008. 1-233 p.
  14. Barragán Becerra JA, Manrique-Abril FG. Validez y confiabilidad del SERVQHOS para enfermería en Boyacá, Colombia. *Av enferm*. 2010;XXVIII(2):48–61.
  15. Tinoco LMY, Cabally DC, González KH, Siado BP, Mass DD. Estrategias educativas utilizadas por los docentes del programa de enfermería de una universidad de la ciudad de Barranquilla (Colombia) frente a los estilos de aprendizaje de los estudiantes de este programa. *Salud Uninorte*. 2013;29(3):405–16.
  16. Dora Lucía GN. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. *Invest Educ Enferm*. 2009;XXVII(1):24–33.
  17. Lenis, C. Manrique F. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichan*. 2015;15(3):413–25.
  18. Victoria CL. Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir calidad percibida de la atención de enfermería \* Utility of SERVQHOS-E questionnaire to measure perceived quality of nursing care. *CES Salud Pública*. 2014;(5):127–36.
  19. Numpaque-Pacabaque A, Rocha-Buelvas A. Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud. *Rev la Fac Med [Internet]*. 2016;64(4):715–20. Available from: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/54839>
  20. Vega Vega Y. La administración que se enseña en el pregrado de enfermería. *Av en Enfermería*. 2012;(1):95–106.
  21. Lenis-Victoria CA, Manrique-Abril FG. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichan*. 2015;15(3):413–25.
  22. Ministerio de Salud P. Satisfacción del Usuario Externo. *Minist Salud, Peru*.
  23. Montero Mendoza E. Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica. El caso del sureste de Veracruz, México. *Salud Colect* . 2011;7(1):73–86.
  24. Navarrete Navarro S, Delgado Gómez A, Riebeling Navarro C, López García GA, Nava Zavala A. La investigación sobre calidad de la atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social.: Estudio bibliométrico. *Salud Publica Mex [Internet]*. 2013;55(6):564–71. Available from: <http://softwaredocumental.org/repositorio/Texto-completo/2013 - Navarrete Navarro et al. - La investigacion sobre calidad de la atencion en el Instituto Mexicano del Seguro Social.pdf%5Chttp://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002917>
  25. Sisó G. La calidad en la atención en Salud en México a través de sus instituciones. 2015. 1-257 p.
  26. Navarrete Navarro S, Delgado Gómez A, Riebeling Navarro C, López García GA, Nava Zavala A. La investigación sobre calidad de la atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social.: Estudio bibliométrico. *Salud Publica Mex*. 2013;55(6):564–71.
  27. Secretaría de Salud. *La Calidad de la Atención a la Salud en México a través de sus Instituciones 12 años de experiencia*. 2012. 1-254 p.
  28. García M, Ortega Y, Arana B, García A. Calidad del Cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados con dolor. *Horizontes*. 2011;13:3–9.
  29. Silva-Fhon J, Ramón-Cordova S, Vergaray-Villanueva S, Palacios-Fhon V, Partezani-Rodrigues R. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención

- de enfermería en un hospital público. *Enfermería Univ*. 2015;12(2):80–7.
30. Freitas JS de, Silva AEB de C, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG de. Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(3):454–60.
  31. torres c buitrago. Perception of Quality of Nursing Care in Patients Hospitalized. *Cuid Rev Investig Esc Enfermería UDES*. 2011;2:138–48.
  32. Tekin F, Findik UY. Level of perception of individualized care and satisfaction with nursing in orthopaedic surgery patients. *Orthop Nurs*. 2015;34(6):371–4.
  33. Consuelo C, Contreras T, Nathalia A, Esteban P, Sepúlveda LR, Báez DR, et al. Reproducibility of a Questionnaire: Quality of Nursing. *CUIDARTE*. 2016;7(2):1338–44.
  34. Barragán Becerra JA, Moreno MCM. Quality perceived by users of nursing services at three public hospitals. *Enferm Glob*. 2013;12(1):231–43.
  35. Barragán B, A J, Moreno M, María C. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. Quality perceived by users of nursing services at three public hospitals. *Enferm Glob*. 2013;29:217–30.
  36. Torres Contreras C. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Av enferm*. 2010;2(2):98–110.
  37. Torres Contreras CC, Páez Esteban AN, Rincón Sepúlveda L, Rosas Baez D, Mendoza Moreno EP. Reproducibilidad del cuestionario: calidad de cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados. *Rev Cuid*. 2016;7(2):1338–44.
  38. Jiménez EA, Díaz PC, Fernández GG, Rosa A, Manjón P, Bravo PT, et al. Diseño y validación de un cuestionario de calidad de los cuidados de Enfermería del Trabajo en los Servicios de Prevención. *Med Segur Trab [Internet]*. 2013;59(59230):26–49. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v59n230/original2.pdf>
  39. Gómez L. El cuidado de enfermería a los grupos humanos [Ensayos]. *Rev Univ Ind Santander Salud* 2015;47(2):209–13.
  40. Dios Guerra C, Alba Dios MA, Ruiz Moral R, Jiménez García C, Pérula de Torres LÁ, Rodríguez Borrego MA. Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. *Enferm Glob*. 2013;12(3):162–76.
  41. Cuba-fuentes M, Jurado A, Estrella E. la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención . *Rev Medica Hered*. 2011;22(1):4–9.
  42. Ante Vega WM. Evaluación de la calidad de atención de enfermería y grado de satisfacción de pacientes atendidos en emergencias del Hospital General Puyo. 2017;94. Available from: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6327/1/PIUAENF034-2017.pdf>
  43. Bleich SN, Ozaltin E, Murray CJL. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ*. 2009;87(4):271–8.
  44. Urra M E, Jana A A, García V M. Algunos Aspectos Esenciales Del Pensamiento De Jean Watson Y Su Teoría De Cuidados Transpersonales. *Cienc y enfermería*. 2011;17(3):11–22.
  45. Borré Ortiz YM. Calidad Percibida De La Atención De Enfermería Por Pacientes Hospitalizados. *Cienc y enfermería*. 2014;20(3):81–94.
  46. Ortiz YMB, Vega YV. Quality of Nursing Care for Hospitalized Patients. *Cienc y enfermería*. 2014;XX(3):81–94.
  47. Reyes JC, Chaparro JP. Calidad del cuidado de enfermería. Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander. *Articul Orig*. 2013;LIII(1):1–11.
  48. Bravo M. Percepción de la calidad de atención que tienen los usuarios de la consulta externa del Subcentro de Salud de Amaguaña [Trabajo de investigación]. *Univ Técnica Part Loja*. 2011;1:84.
  49. Bautista LM. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichan*. 2008;8(1):74–84.
  50. Molina Mula, Jesús; Hernández Sánchez, Daniel; Sanz Álvarez, Elena; Clar Aragón FG de IB de E en D. Impacto de las actitudes de las enfermeras en la calidad de los cuidados en drogodependientes. *Index de enfermería*. 2012;21(4):214–8.

# Percepción de la gestante que accede a la interrupción voluntaria del embarazo frente al cuidado de enfermería

Nursing care in the pregnant woman who accesses the voluntary interruption of pregnancy from Swanson's theoretical model

Ángel Yecid Valencia Guaspud<sup>1</sup>, Sindy Jimena Orjuela Nieto<sup>1</sup>, María Edith Fiesco Cuchimba<sup>1</sup>

1. *Estudiante de Enfermería, VII semestre, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia*

## Resumen

El cuidado de enfermería es fundamental en el proceso de la gestación y la valoración de la mujer que accede a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Es importante conocer los conceptos e imágenes percibidas acerca del conocimiento y cuidado que tienen las enfermeras en su atención. Se realizó una revisión integrativa de estudios con el fin de conocer el cuidado de enfermería en la gestante que accede a la Interrupción Voluntaria del Embarazo desde el modelo teórico de Swanson. El presente artículo constituye la revisión de 50 artículos y proyectos de investigación publicados entre el año 2013 y el año 2018, con el objetivo de conocer la percepción de la gestante que accede a la Interrupción Voluntaria del Embarazo frente al cuidado de enfermería desde el modelo teórico de Kristen Swanson. Se consultaron repositorios universitarios, bibliotecas digitales y bases de datos de revistas de investigación como SciElo, Redalyc, Dialnet. Se concluye que, las diversas situaciones que deben enfrentar las mujeres que acceden a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) las lleva a presentar sentimientos de frustración o culpabilidad. Desde la teoría de Kristen Swanson, la percepción de las mujeres que accedieron a la IVE, frente a los procesos de cuidado: “estar con”, “conocimiento” y “mantener las creencias”, presentó diversas falencias, las mujeres percibieron la ausencia de apoyo emocional por parte de la enfermera profesional durante el proceso de la IVE, insatisfacción frente a cómo se maneja la parte emocional en el centro de salud, una baja calidad en los conocimientos e información brindada por el personal de enfermería a sus pacientes. Se encontró que la mayor parte de las mujeres perciben un gran distanciamiento de los profesionales de enfermería, hablando de conductas de evitación en el cuidado clínico y emocional de las pacientes.

## Abstract

Nursing care is fundamental in the process of gestation and assessment of the woman who accesses the Voluntary Interruption of Pregnancy. It is important to know the concepts and images perceived about the knowledge and care nurses have in their care. A comprehensive review of the studies was conducted in order to know nursing care in the pregnant woman to access the Voluntary Interruption of Pregnancy from Swanson's theoretical model. This study refers to the review of 50 articles and the research projects published in 2013 and 2018, with the aim of knowing the feeling of gestation that accesses the Voluntary Interruption of Pregnancy in front of nursing care from the theoretical model of Kristen Swanson. We consulted university repositories, digital libraries and databases of research journals such as SciElo, Redalyc, Dialnet. It is concluded that the different situations that women must face when they access the Voluntary Interruption of Pregnancy (IVE). From the theory of Kristen Swanson, the perception of women who agreed to the IVE, compared to the processes of care: "being with", "knowledge" and "maintaining beliefs", has presented several flaws, women have perceived the absence of emotional support from the professional nurse during the IVE process, dissatisfaction with how the emotional part of the health center is managed, low quality of knowledge and information provided by the nursing staff to their patients. It was found that most of the women perceived a great distancing of the nursing professionals, talking about avoidance behaviors in the clinical and emotional care of the patients.

## Palabras Clave

Cuidado de enfermería, Formación de Concepto, Solicitantes de Aborto.

## Keywords

Nursing care, Perception, Abortion Applicants.

## Introducción

El progreso alcanzado durante la última década en relación a la legalidad, seguridad y acceso a los servicios de aborto a nivel mundial ha dado un giro significativo, de manera concisa, la evolución de las políticas en esta área aporta evidencias sobre las tendencias recientes en la incidencia del aborto, poniendo énfasis en el aborto inseguro. Analizando así mismo, la relación entre embarazo no planeado, anticoncepción y aborto, situando a este último en el contexto más amplio de la vida reproductiva de la mujer [1].

La Interrupción Voluntaria al Embarazo (en adelante IVE) es considerado por algunos autores como un acto inmoral, expresando que es una violación a los derechos a la vida que posee todo ser humano, desde su concepción. Aquellas personas que se encuentran a favor del aborto, expresan que dichos procedimientos se llevan a cabo en países más desarrollados, poniendo en evidencia los grandes avances de los mismos [2].

Los países como Estados Unidos que han legalizado los procesos de Interrupción Voluntaria del Embarazo, obtienen como beneficio fundamental el fin “de una época que favoreció la proliferación de sujetos sin escrúpulos quienes, motivados únicamente por dinero, practicaron abortos inseguros y médicamente deficientes que dejaron como consecuencia muchas mujeres muertas o con graves secuelas” [3].

En Colombia, la IVE se encuentra despenalizada en tres casos específicos, mediante la sentencia C-355 de 2006, la Corte Constitucional estableció que penalizar el aborto en todas las circunstancias, como lo hacía el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000), resultaba desproporcionado para los derechos de las mujeres. Por ello, los desarrollos recientes del derecho internacional de los derechos humanos han reconocido que el hecho de obligar a las mujeres a realizarse un aborto en algunas circunstancias es

lesivo para sus derechos humanos, pudiendo ocasionar tratos crueles, inhumanos o degradantes, e incluso tortura, por ello se estableció que el aborto no podría ser penalizado en todos los casos [4].

Anexo a lo anterior, el campo psicológico es uno de los factores mayormente alterados en mujeres que acuden a la IVE, bien sea por costumbres religiosas, culturales y sociales, que influyen directamente en las decisiones tomadas al momento de acudir a dichos servicios [5]. A nivel religioso, para la iglesia el aborto es una ofensa grave según sus creencias, en 1588 Sixto V, asimiló por primera vez el aborto como un homicidio y aplicó la excomunión [6]. “Para la iglesia es fundamental el alma relacionado con el cuerpo por lo cual justifican que, desde la concepción, el embrión posee un alma y se comete un gran pecado pues es solo Dios quien puede interrumpir dicho proceso” [7].

En el campo de la enfermería, los cuidados se hacen fundamentales en el desarrollo del proceso de gestación y la valoración de la percepción por parte de la mujer que accede a la IVE, por ende, es indispensable adoptar métodos aplicables al campo que se desarrollen en pro del cuidado de las pacientes [8]. La práctica científica de la enfermería requiere la adopción de teorías que den significado a la realidad donde se ejecuten cuidados por medio de métodos sistemáticos que permitan determinar, organizar, revisar y evaluar las intervenciones del profesional [9].

Para ofrecer un servicio integral en el cuidado del paciente, es indispensable estudiar los factores que inciden en la percepción de los mismos sobre la práctica de la enfermería [10]. Algunos estudios han determinado que las intervenciones y acciones de cuidado realizadas por enfermeras son netamente dirigidas a la esfera física, es decir, no se individualiza la situación de la mujer, dejando de lado el componente psico-emocional de las pacientes. Por otro lado, las mujeres afirman que no se ofrecen espacios de compañía permanente dentro

de la institución a la pareja, de igual forma se evidencia la falta de información sobre métodos de planificación [11].

Algunos artículos exponen que el trabajo de las enfermeras se realiza generalmente de manera técnica, discriminatoria, juzgadora y burocrática, en la atención a la gestante que accede a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. “La discriminación y los peligros para la salud impuestos a las mujeres por razones culturales, legales y religiosas que involucran el tema del aborto, han contribuido a la precariedad de la asistencia” [12].

Según estudios sobre la satisfacción de mujeres que se realizan una interrupción legal del embarazo, es posible notar que, el trato dado por enfermeras en su campo de acción, varía según el paciente atendido, es decir, personas que acuden con una patología crónica degenerativa son mejor tratados por el personal, que las pacientes que acuden a realizarse una interrupción legal del embarazo, esto puede deberse a factores éticos, morales, ideológicos, profesionales, entre otros [13].

## Materiales y métodos

El presente artículo corresponde a una revisión bibliográfica de 50 artículos y documentos investigativos publicados entre el año 2013 y el año 2018, a partir de la consulta a fuentes de información de variadas universidades a nivel internacional, nacional y regional. Los criterios para su selección, estuvieron dados por lo siguiente:

Tema de investigación: percepción de la gestante que accede a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, el cuidado de enfermería, la aplicación del modelo teórico de Kristen Swanson.

Publicación: desde el año 2013 hasta el año 2018.

Tipo de documento: artículos de revisión, artículos de investigación, proyectos de grado, tesis a nivel

pregrado y postgrado, investigaciones de entes estatales, informes estadísticos de instituciones reconocidas.

Base de datos: repositorios universitarios, bibliotecas digitales, bases de datos de revistas de investigación como SciElo, Redalyc, Dialnet.

## Resultados

### *Cuidado de enfermería*

El concepto de cuidado está integrado por varios significados que se enfocan principalmente en la mejora de la calidad de vida del ser humano, y la prevención de situaciones riesgosas o amenazantes que puedan alterar la salud de las personas, a nivel personal y social [14]. Dicho concepto integra varios elementos como la familia, las emociones, la comunidad, las relaciones interpersonales, el afecto, la escucha activa, los actos comunes de la sociedad, entre otros, que a través de la historia se han relacionado a la labor femenina como el cuidado del hogar, en la escuela, y en la vida, que pueden asociarse entre sí a condiciones afectuosas, de ansiedad y preocupación, así como precaución y prudencia [15].

Se puede definir el hecho de cuidar como una actividad humana que se interrelaciona a diversos factores mediante un proceso cuyo fin va más allá de la enfermedad [16]. En la práctica de enfermería, el cuidado es considerado el eje principal de la disciplina, que implica no solo al paciente sino también a la enfermera como su cuidadora [17].

Frente al cuidado de enfermería, Swanson se refiere al conjunto de procesos secuenciales creados por la propia actitud filosófica de la enfermera, es decir, el hecho de mantener las creencias, por medio de actitudes comprensivas, con conocimiento total de las situaciones, comunicándose con el paciente por medio de mensajes verbales y no verbales [18]. Mena et al., [19] manifiestan que la “expresión

proceso de cuidar en enfermería recoge la forma de pensar y la forma de hacer de los profesionales de enfermería”[19].

Dado que, en la actualidad, el cuidado de enfermería se ve identificado como una monotonía, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, hace que la enfermería sea vista como un apoyo médico y no como una ciencia o arte [20]. Por ello, algunos estudios han ahondado el término de cuidado por parte del enfermero, enfocándose a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado [21].

#### *Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)*

La Interrupción Voluntaria del Embarazo es un derecho fundamental de las niñas y mujeres, el cual fue reconocido como tal por la Corte Constitucional Colombiana mediante la Sentencia C-355 de 2006, bajo unas condiciones específicas [22]. Al reconocer este derecho dispone a decisión individual de la mujer, la decisión de interrumpir su embarazo, por ello, es fundamental que las mujeres cuenten con asesoría para tomar la mejor decisión, mediante la información sobre su estado actual, en la que se les dé a conocer que aun estando inmersas en alguna causal pueden optar por seguir con la gestación y asumir la crianza o dar el producto de la gestación en adopción [23].

En el campo de la medicina, la IVE se cataloga por medio de dos métodos; el método médico, el cual utiliza productos farmacológicos para finalizar un embarazo. Se conoce también como “aborto no quirúrgico”, y el método quirúrgico, el cual utiliza procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo, incluyendo la aspiración al vacío, la dilatación y curetaje (DyC) y la dilatación y evacuación (DyE) [24].

Históricamente el aborto ha estado presente en las comunidades, rodeado de significados y significantes de estigma y discriminación, tejidos en las diferentes culturas en el marco de sus constructos sociales, que además se cimientan en violencias de géneros naturalizadas [25]. El aborto inducido y el embarazo no planeado constituyen dos problemas de salud pública íntimamente relacionados, mientras que los abortos inducidos son producto de embarazos no planeados [26].

Existe un conjunto de factores individuales, sociodemográficos y culturales correlacionados con ambos fenómenos. El nivel educativo y las condiciones socioeconómicas son factores que influyen en gran medida en los niveles de las tasas de fecundidad. Así, son coincidentes las altas tasas de fecundidad, en municipios con un marcado círculo pobreza, una baja escolaridad (no mayor de 4 años) y un mayor deterioro de otros indicadores de salud como mortalidad materna e infantil [27].

#### *Teoría de los cuidados*

En 1991 Kristen Swanson describió su Teoría de los cuidados, que se derivó empíricamente mediante investigación fenomenológica en tres contextos de enfermería perinatal, donde se experimentó el fenómeno de los cuidados [28]. Dentro de su teoría, propone cinco procesos básicos (Conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias) que facilitan la reflexión acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, en donde se relacionan las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería [29–34]. Para determinar la percepción de la gestante que accede a la IVE, los procesos del “conocimiento”, “estar con” y “mantener la fe y las creencias”, son aplicables en el cuidado de enfermería [35].

El conocimiento según Swanson, es el esfuerzo de un individuo por comprender el significado de un suceso en la vida de otra persona, evitando conje-

turas, enfocándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado [36]. “Estar con” hace referencia al estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada [37].

Mantener las creencias es mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y de enfrentarse al futuro con significado, con un nuevo sentido que inicia y se mantiene con el cuidado de enfermería, construyendo la capacidad de las personas para aumentar su estima, manteniendo una actitud esperanzadora [38].

Dada la recolección de información sobre los procesos básicos de la teoría de los cuidados de Kristen M. Swanson, se puede deducir que el cuidado de enfermería se caracteriza por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados [39]. Veiga (2015) [40] expresa que “el cuidado de enfermería es una actividad humana que comporta una dimensión ética que se revela en la intención del cuidado” [40].

### *Percepción sobre el cuidado*

Para conocer la calidad de los servicios de la salud que atienden la IVE, es de prioridad conocer la percepción de sus usuarias. Ésta se define como un fenómeno sensitivo, intelectual y puro que se construye mediante el tacto, la vista, el gusto y el olfato, que, como sentidos se auxilian y complementan recíprocamente [41]. Es el proceso inicial de toda actividad mental y no un derivado cerebral de estados sensoriales [42]. Lo anterior determina la comprensión inmediata de un suceso como una forma primaria de conocimiento, por ello, el contacto con el mundo se inaugura bajo la comprensión del individuo y la interpretación como

desarrollo de la comprensión [43]. La percepción depende de varios factores tanto internos, como externos, pueden relacionarse a estímulos físicos y sensaciones involucrados y a la adaptación de los mismos [44].

La percepción constituye una de las principales fuentes de crítica del ser humano para determinar si algo es satisfactorio o no lo es, por ello, la calidad en el cuidado de enfermería puede medirse a partir del estudio de la percepción de sus usuarios.

En América Latina y El Caribe, el tema de la Interrupción Voluntaria del Embarazo es sumamente relevante. En los países donde la legislación es severa, los procedimientos son practicados en condiciones de alto riesgo para las mujeres. Su práctica es un problema de salud pública, pero también, representa un problema de desigualdad social, económica, étnica y de género, sobre todo en la evidente violación al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos [45].

A través de la historia, se han desarrollado diversas investigaciones a fin de conocer la percepción y experiencia de las mujeres que acceden a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, acerca del cuidado brindado por los enfermeros. En España, una investigación realizó una revisión narrativa para conocer las experiencias de las mujeres que sufren un aborto espontáneo y su relación con los profesionales sanitarios. Los resultados arrojaron que el sentimiento que predomina en las mujeres durante el aborto es la pérdida de su identidad como mujeres embarazadas y el fracaso personal, dado que vivencian una sensación de pérdida variable en cada mujer, basada en la pérdida de proyecciones de futuro [46].

En Costa Rica, se realizó un artículo que analiza la intervención que realiza la (el) enfermera(o) profesional a la paciente post aborto, partiendo del estudio a las pacientes que estuvieron internadas

con este diagnóstico. Los resultados mostraron diversas percepciones entre pacientes y personal de enfermería, evidenciando un bajo nivel de información sobre la interrupción del embarazo, sus procedimientos y consecuencias físicas y psicológicas. Por otro lado, las pacientes encuestadas mostraron una percepción de insatisfacción frente a cómo se maneja la parte emocional en el centro de salud, añadiendo que es necesario mejorar la información brindada por parte del personal de atención [47].

Una investigación enfocada a la percepción de las mujeres que acceden a la IVE, analizó la calidad del cuidado de la enfermera y grado de satisfacción en las necesidades emocionales y espirituales de dichas mujeres. El estudio fue de tipo descriptivo sobre satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales en mujeres postaborto, cuyos resultados evidenciaron que la percepción de las mujeres sobre la calidad en el cuidado de enfermería en la etapa de postaborto, es regular e insatisfecho, mostrando una alta necesidad emocional insatisfecha. También se pudo demostrar que, “existe una relación directa entre la calidad del cuidado de la enfermera y el grado de satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales en las mujeres postaborto” [48].

A nivel nacional, en Colombia, se realizó un estudio acerca de la asesoría y orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo, mediante las percepciones de mujeres atendidas en el Hospital de La Victoria de Bogotá, en el año 2016. El estudio describió las experiencias y percepciones acerca de la asesoría y la orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), que permitió establecer una atención buena por parte del área de ginecología, sin embargo, para el área de enfermería dichas opiniones fueron heterogéneas. Por otro lado, los resultados evidenciaron que la satisfacción frente al servicio fue positivo, no obstante, la asesoría y la orientación carecen de la calidad deseada [49].

Un estudio realizado en el Hospital de San José (Bogotá), se enfocó en la percepción del aborto de los médicos, el cual se desarrolló bajo la finalidad de comprender la percepción acerca de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Los resultados de dicho estudio arrojaron que la Sentencia C-355 de 2006, fue percibida como una disposición necesaria que le reconoce a la mujer el derecho a decidir sobre su vida y reproducción, por otro lado, ofrece una interrupción del embarazo segura [50].

## Discusión

Las diversas situaciones que deben enfrentar las mujeres que acceden a la IVE las lleva a presentar sentimientos de frustración o culpabilidad, anexo a ello, también se pueden presentar opiniones de personas externas que suman la carga de estrés y presión sobre las mismas. Deben enfrentarse generalmente a las controversias con su religión, exponiéndolas a sufrir alteraciones psicológicas, evidenciando la depresión como uno de los sentimientos más comunes en ellas.

Desde la perspectiva de la teoría de los cuidados de Kristen Swanson, se han desarrollado diversos estudios para que las intervenciones de enfermería se generen de acuerdo con una comprensión mucho más operativa del fenómeno en ocurrencia y no meramente como una forma espontánea y coyuntural que responda de manera aleatoria a las necesidades del sujeto receptor del cuidado de enfermería.

Desde el proceso de cuidado “estar con” de Kristen Swanson, el cuidado de enfermería debe fundamentarse en transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada [39], sin embargo, la percepción de las mujeres que accedieron a la IVE, en el estudio de Miranda et al., [47] evidenció que la mayoría de las pacientes (61.4%) opinaron que no percibieron apoyo emocional por parte de la enfermera profesional durante el proceso de la IVE. El estudio de Moya

et al., [48], por su parte, mostró que la percepción de las mujeres sobre el cuidado de enfermería, no corresponde al proceso “estar con” de Swanson, dado que se mostraron insatisfechas frente a cómo se maneja la parte emocional en el centro de salud, no se satisfacen las necesidades emocionales de las pacientes.

Por otro lado, desde la dimensión “conocimiento” de Swanson, las percepciones de las mujeres evidenciaron una carencia en la asesoría y la orientación por parte del personal de enfermería, tal como lo expone el estudio de Villalba et al., [49], cuyos resultados, aunque fueron positivos frente a la satisfacción del cuidado de enfermería, la percepción de las mujeres evidenció una baja calidad en los conocimientos e información brindada por el personal de enfermería a sus pacientes. De igual forma, se evidenció “poco reconocimiento por parte de las mujeres del trato deshumanizante del que son objeto y del estigma interiorizado de la IVE” [49]. El estudio de Miranda et al., [47] evidenció que sólo el 24.2% de las pacientes consideran la información recibida en el proceso de la IVE es adecuada, observando que la mayoría (41.4%) opina que no les dieron educación ni información respecto al procedimiento y cuidados por realizar.

Desde la dimensión “mantener las creencias”, planteado por Swanson, es posible afirmar que no fue evidente tal proceso en el cuidado de enfermería brindado a las mujeres que acceden a la IVE, la comprensión y actitudes positivas no fue evidenciada a partir de las percepciones de las mujeres, por el contrario, la percepción de las mujeres fue que las enfermeras desempeñaron su labor de manera rígidamente clínica, dejando de lado los sentimientos de las mujeres que acceden a la IVE. El estudio de Bravo [46] demostró que la mayor parte de las mujeres perciben un gran distanciamiento de los profesionales de enfermería, hablando de conductas de evitación en el cuidado clínico y emocional de las pacientes.

## Conclusiones

La percepción de las mujeres que accedieron a la IVE, frente a los procesos de cuidado de Kristen Swanson, presentó diversas falencias. Desde el proceso de cuidado “estar con”, el cuidado de enfermería se percibió con la ausencia de apoyo emocional por parte de la enfermera profesional durante el proceso de la IVE, por otro lado, la percepción de las mujeres sobre el cuidado de enfermería, mostró insatisfacción frente a cómo se maneja la parte emocional en el centro de salud, no se satisfacen las necesidades emocionales de las pacientes.

Por otro lado, desde la dimensión “conocimiento” de Swanson, las percepciones de las mujeres evidenciaron una carencia en la asesoría y la orientación por parte del personal de enfermería, se evidenció una baja calidad en los conocimientos e información brindada por el personal de enfermería a sus pacientes. Desde la dimensión “mantener las creencias”, planteado por Swanson, es posible afirmar que no fue evidente tal proceso en el cuidado de enfermería brindado a las mujeres que acceden a la IVE, la comprensión y actitudes positivas no fue evidenciada a partir de las percepciones de las mujeres, por el contrario, la percepción de las mujeres fue que las enfermeras desempeñaron su labor de manera rígidamente clínica, dejando de lado los sentimientos de las mujeres que acceden a la IVE. Se encontró que la mayor parte de las mujeres perciben un gran distanciamiento de los profesionales de enfermería, hablando de conductas de evitación en el cuidado clínico y emocional de las pacientes.

## Fuentes de financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Conflictos de interés

Ninguno.

## Referencias

1. Guttmacher Institute: Aborto a nivel mundial. Una década de progreso desigual Institute, Guttmacher. [Internet]. Estados Unidos; 2009. [cited 19-sept-2018]. Available from: <https://www.guttmacher.org/es/report/aborto-nivel-mundial-una-decada-de-progreso-desigual>
2. López-Sara. La despenalización del aborto con ocasión de una violación. [Tesis]. Quetzaltenango: Univ Rafael Landívar; 2014. 115p.
3. Planned Parenthood Federation of America. Beneficios médicos y sociales desde la legalización del aborto en EEUU. [Internet]. 2012. [cited 19-sept-2018]. Available from: [https://www.plannedparenthood.org/files/5713/9978/1421/BeneficiosMedicosYSocialesDesdeLaLegalizacion\\_0112.pdf](https://www.plannedparenthood.org/files/5713/9978/1421/BeneficiosMedicosYSocialesDesdeLaLegalizacion_0112.pdf)
4. Dalén A, Guzmán DE, Molano P. La regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia. 1ra ed. Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia; 2013:29.
5. Gómez S. La expresión de la sexualidad puerpéra. [Trabajo de investigación]. Univ Eur Madrid; 2012.
6. Rubio M. La Iglesia y el aborto | Espectador. [Internet]. Colombia; 2015 [cited 2018 Mar 20]. Available from: <https://www.espectador.com/opinion/iglesia-y-el-aborto>
7. Castillo SXA. Una Revisión Integral De La Interrupción Voluntaria Del Embarazo. [Trabajo de investigación]. Bogotá D.C., Colombia: Univ Ciencias Apl y Ambient. 2017;1–37.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de capacitación para atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Fondo Población las Naciones Unidas [Internet]. 2014;30.150 [cited 19-sept-2018]. Available from: <https://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/20-Colombia-Guidelines-for-Training-in-Abortion-Healthservices-Ministry-of-Health.pdf>
9. Norma Yaneth Noguera O, Andrea Paola Villamizar M. “Un milagro de vida”: de la teoría a la práctica de la enfermería. Rev Colomb Enfermería 2014;9(9):124–32.
10. Sánchez Rueda G. Las emociones en la práctica enfermera. [Trabajo de investigación] 2014;1 Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/284050>
11. Carreño V.K. HY. Percepción del cuidado de enfermería en la atención post aborto (espontáneo) en mujeres entre los 17 y 25 años en la ciudad de Bogotá [Internet]. 2009 [cited 2018 Mar 20]. p. 1. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8464/1/535448.2009.pdf>
12. Banazeski ÉDB, Bedin AC, Gasparin R, Aparecida V. Cuidados de enfermería en situaciones de aborto inducido / provocado : una revisión integral de la literatura Asistència de enfermagem em situações de aborto induzido / provocado : uma revisão Nursing care in situations of induced / caused abortion : an. Enferm Glob [Internet]. 2016;(43):439–53 [cited 19-sept-2018]. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=d9129fcd-e545-42b0-bab5-9373c56d41f3@sessionmgr120&hid=123>
13. Yvel J, Premiot M, Mustelie YR, Pérez H. Evaluación de la satisfacción de mujeres que se realizan una interrupción legal del embarazo, con base al indicador de trato digno. Rev CONAMED. 2017;15(5):912–9.
14. Céspedes MA. Percepción de la empatía en la atención en la salud y el cuidado en estudiantes y profesionales de enfermería, factores asociados en la relación empática. Una revisión de tema. [Trabajo de investigación]. Univ Ciencias Apl y Ambient UDCA. 2018;1–27.
15. Ramírez, Noé; Valenzuela S. Significado del concepto cuidado en dos grupos de trabajadores (as) chilenos (as). Rev Costarr Salud Pública. 2015;24:6–18.
16. Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan. 2009;9:127–34.
17. Rodríguez-Jiménez S, Cárdenas-Jiménez M, Pacheco-Arce AL, Ramírez-Pérez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. Enfermería Univ 2014;11(4):145–53.
18. Ramos-Garzón JX, Castañeda-Méndez J, Aplicación de la Teoría de Kristen Swanson en el cuidado de pacientes con enfermedad coronaria: una experiencia desde la docencia. [Internet]:63–71. Disponible en: <http://ojseditorialumariana.com/index.php/libroseditorialunimar/article/view/998>
19. Mena Tudela D, González VM, -Gash A, Salas-Medina P, Orts-Cortés MI. Cuidados básicos de enfermería. Universitat Jaume I. España; 2016. 196 p.
20. Verástegui M. Significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo 2012. [Tesis] Lima; 2014. 225 p.
21. Cubas M, Vilcherrez G. Seguridad en el cuidado enfermero de pacientes posoperados por hematoma subdural.

- Servicio de cirugía - Hospital MINSA Nivel III - Chiclayo 2017. [Tesis]. Univ Catol St Toribio Mogrovejo;2018.
22. Aguirre-Roman J, Silva-Rojas A, Pabon-Mantilla AP. Análisis de la sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional sobre la liberalización del aborto en Colombia: argumentos iusfilosóficos que sustentan el debate en el marco de la perspectiva de Habermas sobre el rol de la religión en la esfera pública. *Estud Socio-Jurid* 2015;17(2):168–97.
  23. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355/06 Corte Constitucional de Colombia [Internet]. 2006 [cited 2018 Mar 21]. p. 1. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>
  24. Organización Mundial de la Salud. Norma técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). 2006. p. 10–32.
  25. Secretaría de Salud de Medellín. Interrupción Voluntaria del Embarazo - IVE. *Boletín epidemiológico* [Internet]. 2017;10[cited 19-sept-2018]. Available from: [https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportalDelCiudadano\\_2/PlandeDesarrollo\\_0\\_19/Publicaciones/Shared\\_Content/Boletines/Boletines\\_2017/BoletínEpidemiológico2.pdf](https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportalDelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/Publicaciones/Shared_Content/Boletines/Boletines_2017/BoletínEpidemiológico2.pdf)
  26. Salud M. Interrupción Voluntaria del Embarazo, un derecho humano de las mujeres. *SciELO*. 2015;1(2016):11.
  27. Ministerio de salud. ABECÉ. Interrupción Voluntaria del Embarazo, un derecho humano de las mujeres. *Salud Matern - Derecho a la Matern elegida* [Internet]. 2017;1–14 [cited 19-sept-2018]. Available from: <http://docplayer.es/28322903-Linea-salud-materna-derecho-a-la-maternidad-elegida-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-un-derecho-humano-de-las-mujeres.html>
  28. Cáceres DC, Rey CM, Camargo L. Cuidado para el bienestar de los pacientes en riesgo de desahcondionamiento físico en la unidad de cuidado intermedio del Hospital San Blas proyecto de gestión. [Trabajo de investigación]. Univ La Sabana 2014;120.
  29. de Rodríguez LM. Teorías de cuidado de la disciplina de enfermería. *Aquichan* 2012;12(3):211–2.
  30. Cano Obando MF, Piñeros Niño AJ, Vargas Lopez AM. Propuesta de cuidado de enfermería durante la lactancia materna enmarcado en la teoría de kristen swanson. [Trabajo de investigación]. Univ Nac Colomb 2012;1–97.
  31. Lozano L, Silva M, Cabrera S. Propuesta de cuidados de enfermería basado en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson. 2014;1–153.
  32. Guerra-Ramírez M. Fortalecimiento del Vínculo Padres-Hijo a Través del Proceso de Cuidado de Kristen Swanson. *Cienc innov salud*. 2013;1(2):120–5.
  33. Silisque A. Acciones de cuidado que realizan los enfermeros/as a madres sin pareja que tienen a sus hijos críticamente enfermos o que mueren en el Hospital Materno Provincial “Dr. Raul Felipe Luccini” ciudad de Córdoba, año 2017. [Tesis]. Univ Nac Córdoba; 2017.
  34. Aquino Y, Cajaña K. Aplicación de la teoría de Kristen Swanson para el cambio de actitud hacia la donación de órganos, estudiantes de quinto de secundaria, I.E. Manuel Benito Arenas, Arequipa - 2017. [Tesis]. Univ Nac San Agustín Arequipa 2018.
  35. Rodríguez-Campo VA, Valenzuela Suazo S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enferm Glob*. 2012;11(4):316–22.
  36. Loaiza CM. Análisis del impacto del programa de alta hospitalaria, en la continuidad de la gestión del cuidado en redes de enfermería, en los usuarios de riesgo de la red Este de Costa Rica. [Tesis]. Univ Extrem 2017;316.
  37. Díaz MM. Habilidad de cuidado y carga del cuidador primario informal familiar de los pacientes con enfermedad crónica del “Programa Familiar Acompañante” del hospital Nivel II Vitarte – EsSalud, 2015. Univ Peru Unión [Internet]. 2016;1–139 [cited 19-sept-2018]. Available from: [http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/UPEU/105/1/Bach\\_Evelyn\\_M\\_Cotrado\\_Macedo\\_y\\_Ubaldina\\_J\\_Infantes\\_Mamani.pdf](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/UPEU/105/1/Bach_Evelyn_M_Cotrado_Macedo_y_Ubaldina_J_Infantes_Mamani.pdf)
  38. Monroy SC, Saez ME. Bienvenido bebé: tejiendo lazos de afecto con mi hijo hospitalizado. Univ La Sabana [Internet]. 2016;73 [cited 19-sept-2018]. Available from: [http://intellec-tum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/10409/1/Lina\\_María\\_Arangure\\_Burgos\(TESIS\).pdf](http://intellec-tum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/10409/1/Lina_María_Arangure_Burgos(TESIS).pdf)
  39. Raile M, Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería. Modelos y teorías en enfermería. 2011. 797 p.
  40. Veiga-Rodríguez M. El profesional de enfermería ante la planificación anticipada de cuidados. *Universidade da Coruña*; 2015;387.
  41. En FIAE, Colegio EL, Es DENU, Para P. de los criterios. — Observaciones sobre la infalibilidad del criterio de los sentidos: extensión tangible y extensión luminosa. *Generación del error*. 1867;
  42. Oviedo GL. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Rev de Estudios Sociales*; 2004;(18):89–96.

43. Mora JJ de, Schwartz P. Instituto de Estudios Fiscales (Madrid). De la libertad del comercio. Clásicos del Pensamiento económico español ; 24. 1999;LXIX, 317 p.
44. Vargas-Melgarejo LM. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*. 1994;4(8):47–53.
45. Agnès G, Lerner S. Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe. *La choronique*. 2008;33(0):1–5.
46. Bravo BR. Experiencias de las mujeres en el aborto espontáneo : Revisión narrativa. [Tesis]. Univ Autónoma Madrid; 2017;52.
47. Miranda-Vega LA, Gamboa Chaves AY, Vargas Araya LE. Análisis de la intervención que realiza la (el) enfermera(o) profesional a la paciente post aborto. *Enfermería en Costa Rica*; 2012;32(2):75–80.
48. Moya Gurreoner R, Rivera Diestra L. Calidad del cuidado y grado de satisfacción en las necesidades emocionales y espirituales en mujeres postaborto hospital belén trujillo 2015. [Tesis]. Univ Priv Antenor Orrego. 2015;1–88.
49. Villalba M.P. Asesoría y orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo: narrativas de mujeres atendidas en el Hospital de La Victoria de Bogotá, 2016 [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 20]. p. 1. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/54242/1/1013605045.2016.pdf>
50. Laza-Vásquez C, Castiblanco-Montañez RA. Percepción del aborto: voces de los médicos en el Hospital de San José (Bogotá). *Rev Fac Nac Salud Pública* [Tesis]. 2017;35(1):71–8.

# Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes y factores asociados

Prevalence of alcoholic beverages consumption in adolescents and associated factors

Irza Y. Cerquera<sup>1</sup>, Sindy Y. Córdoba<sup>1</sup>, Ángela P. Garzón<sup>1</sup>

1. *Estudiante de Enfermería, VII semestre, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia*

## Resumen

Los estudios desarrollados acerca del consumo de bebidas alcohólicas en los jóvenes, se fundamenta en que es en esta etapa, donde se da inicio y experimento del uso de diversas sustancias. Investigaciones han demostrado que la edad promedio de inicio es de 16 años, sin embargo, en los últimos años esta cifra se ha incrementado para edades más tempranas. Objetivo: Determinar la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes y los factores asociados. Método: Revisión de literatura en bases de datos EBSCOhost, Elsevier, Jstor, Proquest, Sage Journals, Scopus, Taylor & Francis, Wiley online library, Scielo, a nivel mundial y limitada al período 2013 y 2018. Resultados: La prevalencia actual del consumo de alcohol en adolescentes está entre el 30 y 40%. El promedio de edad para iniciar el consumo es de 13,41 años. El 79.3% de los adolescentes reporta haber tomado alguna bebida alcohólica. El consumo de riesgo de alcohol es superior entre jóvenes del ámbito rural y los principales factores asociados son los consumos de figuras del entorno familiar y escolar. Uno de los principales motivos del consumo es: el entorno social, con el 50.4%. Conclusiones: La problemática de consumo de alcohol en adolescentes ha sido abordada a nivel investigativo y por políticas públicas a nivel mundial y nacional e incluso regional, sin embargo, el fenómeno se sigue presentando. Existen numerosos factores de riesgo y protectores para el consumo de alcohol mediados por la influencia familiar.

## Abstract

The studies developed about the consumption of alcoholic beverages in young people, is based on the fact that it is at this stage, where the beginning and experiment of the use of various substances is given. Research has shown that the average age of onset is 16 years, however, in recent years this figure has increased for younger ages. Objective: To know the prevalence of alcoholic beverages consumption in adolescents and the associated factors. Method: Literature review in databases EBSCOhost, Elsevier, Jstor, Proquest, Sage Journals, Scopus, Taylor & Francis, Wiley online library, Scielo, worldwide and limited to the period 2013 and 2018. Results: The current prevalence of alcohol consumption in adolescents is between 30 and 40%. The average age to start consuming alcoholic beverages is 13.41 years. 79.3% of adolescent's report having taken an alcoholic beverage. The consumption of risk of alcohol is higher among young people in rural areas and the main associated factors are the consumption of figures from the family and school environment. One of the main reasons for consumption is: the social environment, with 50.4%. Conclusions: The problem of alcohol consumption in adolescents has been addressed at the research level and by public policies worldwide and nationally and even regionally, however, the phenomenon continues to occur. There are numerous risk factors and protectors for alcohol consumption mediated by family influence.

## Palabras Clave

Alcoholismo, consumo, bebidas alcohólicas, adolescentes, prevalencia, factores.

## Keywords

Alcoholism, consumption, alcoholic beverages, adolescents, prevalence, factors.

## Introducción

Las bebidas alcohólicas han sido una sustancia ampliamente utilizada desde tiempos inmemorables y su devenir histórico las ha cimentado con gran aceptación social en la actualidad, vinculándose a la cultura occidental desde significativos rituales hasta celebraciones familiares [1]. No obstante, según la Organización Mundial de la Salud, las bebidas alcohólicas pertenecen al grupo de sustancias utilizadas regularmente con fines no médicos, pues son ingeridas, al menos en gran parte, por sus efectos psicoactivos [2–4], efectos por los cuales resultan atractivas a la población, pero particularmente a los adolescentes permeados por las características propias de esta etapa.

Son diferentes los factores asociados a la problemática y algunos, en particular, no son modificables al encontrarse estrechamente relacionados con características biológicas del individuo como la edad, el sexo, entre otras [5]. Durante la adolescencia se produce un aumento en los desafíos sociales, emocionales y educacionales, y se observa un mayor acceso a las sustancias adictivas [6].

Así, la adolescencia que para efectos del código de infancia y adolescencia colombiano incluye a aquellos hombres y mujeres que se encuentran en un rango de edad comprendido entre los 12- 18 años [7], es definida por diversos autores como una etapa de transición de infancia a adultez [8,9], por lo tanto, se encuentra permeada por una cultura estructurada en valores, normas y comportamientos aparece el hábito social del consumo de alcohol.

De esta manera, el consumo nocivo de bebidas alcohólicas se ha convertido en un problema de alcance mundial que pone en peligro no solo el desarrollo individual sino social de las personas [10].

Ahora bien, las características para inicio de consumo en la población a nivel general no difieren de acuerdo a la ubicación geográfica [11]. En Amé-

rica Latina, el inicio de consumo de alcohol varía entre los 12 y 13 años de edad. En Estados Unidos, la edad promedio es de 11,9 años en varones y 12,7 para el sexo femenino [12]. Colombia no es la excepción, la estrategia nacional del consumo de alcohol en 2013 indica que la problemática afecta principalmente a jóvenes entre los 18 y 24 años de edad, seguidos por aquellos de 25 a 34 años y en el último eslabón los menores de edad desde los 12 años [13].

Un estudio realizado por Guerrero y otros, [14], determinó que el exceso en el consumo alcohol implica graves daños a la salud, principalmente por las colisiones de tránsito. Por otro lado, Rodríguez y otros, [15] exponen que los daños ocasionados en el cerebro humano a causa del consumo excesivo del alcohol, se dan principalmente en la adolescencia, dado que estos se encuentran a una mayor vulnerabilidad, dado que el cerebro en ese rango de edad, tiene rasgos peculiares por cuanto se encuentra en una etapa de intensa actividad de remodelación sináptica [15].

Rivera [16] expuso que el efecto del consumo de alcohol durante la adolescencia, en la memoria y el aprendizaje es relativamente corto, es decir, tanto la memoria y el aprendizaje, como los procesos cognitivos del adolescente, se ven alterados en periodos de tiempo cortos. Por otro lado, Ahumada y otros, [17] expresan que el consumo de alcohol es un factor determinante para trastornos neuropsiquiátricos y enfermedades no transmisibles como la cirrosis hepática, las afecciones cardiovasculares y el padecimiento de varios tipos de cáncer. Según la Organización Mundial de la Salud – OMS, el abundante consumo de alcohol es una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo [18].

El alto consumo de alcohol en los adolescentes desarrolla efectos agudos sobre los jóvenes, mediante lesiones accidentales e intencionadas, intoxicaciones agudas, accidentes de tránsito, problemas

escolares debido a la reducción del rendimiento cognitivo y la alteración cerebral como del absentismo escolar, dados los síntomas de resaca que son producto de la intoxicación aguda de alcohol [19,20]. Dentro de los efectos negativos se encuentran las relaciones sexuales sin protección y no planificadas, el consumo de otras sustancias, complicaciones con la ley a causa de la disminución de las capacidades cognitivas y verbales para resolver problemas y conflictos y la formación de un trastorno de dependencia frente al consumo del alcohol en la adultez [18].

En el departamento del Huila, el consumo de drogas de uso lícito e ilícito en población escolarizada de 11 a 18 años en el departamento Huila, evidenció que el alcohol es la droga legal a la cual los jóvenes tienen mayor acceso, por tanto, el porcentaje de consumo es representativo [21]. En la población mayor de 16 años, la prevalencia actual es del 35,15%, resaltando, además, que el consumo por grado escolar aumenta paulatinamente, pero en algunos casos el crecimiento de consumo es acelerado de un grado a otro [22]. El promedio de edad para iniciar a consumir bebidas alcohólicas es de 13,41 años, al llegar a los 14 años de edad, aproximadamente la mitad de los estudiantes ya han consumido alcohol.

En Neiva, una encuesta realizada por la Secretaría de Salud Municipal a 2.968 estudiantes de instituciones educativas de Neiva, determinó que 2.042 de ellos, alguna vez consumieron alcohol entre los 13 y 15 años: 1202 casos detectados y entre 10 y 12 años: 634 casos detectados. El porcentaje de jóvenes que afirman les sería fácil comprar alcohol 11 a 12 años es de: 51%, 13 a 15 años: 74,9% y de 16 a 18 años: 86,3% [21].

En consecuencia, el consumo de alcohol en la adolescencia, en el momento actual, y su impacto nocivo en las poblaciones es un tema relevante para la Salud Pública, puesto que no sólo ocasiona daños a la salud y pérdida de vidas, sino también

morbilidad asociada, discapacidad, detrimento de la calidad de vida y enormes gastos para el Sistema de Salud [23–25], hasta el punto de que su prevención se ha convertido en una de las prioridades en las políticas de salud. A partir de lo anterior, el presente artículo se realizó a fin de determinar la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes y factores asociados.

## Materiales y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de tipo descriptiva con enfoque mixto de estudio, sobre 45 artículos y proyectos de investigación en las bases de datos EBSCOhost, Elsevier, Jstor, Proquest, Sage Journals, Scopus, Taylor & Francis, Wiley online library, Scielo. La pesquisa se realizó entre los meses de enero a abril del año 2018, a nivel mundial y limitada al período 2013 y 2018. Los descriptores utilizados fueron: consumo de alcohol, adolescentes, factores asociados, estudiantes.

## Resultados

El licor como es una bebida alcohólica con una graduación mayor de 20 grados alcoholimétricos que se obtiene por destilación de bebidas fermentadas o de mostos fermentados, o por mezclas de alcohol rectificado neutro o extraneutro, alcohol vínico, holandas o aguardientes con sustancias de origen vegetal: amargas, aromáticas o estimulantes permitidas, o sus esencias o extractos obtenidos por infusiones percolaciones o maceraciones [26].

Se considera consumo abusivo el consumo excesivo y patológico aquel que por frecuencia y/o cantidad conlleve a la pérdida del dominio propio del individuo bien sea de manera temporal o definitiva. En este mismo orden de ideas, se define embriaguez como un conjunto de cambios psicológicos y neurológicos de carácter transitorio, así como en órganos y sistemas, inducidos en el individuo por el consumo de algunas sustancias farmacológicamente activas, las cuales afectan su capacidad y

habilidad para la realización adecuada de actividades de riesgo [26].

Los estudios desarrollados acerca del consumo de bebidas alcohólicas en los jóvenes [27], se ha venido fundamentando sobre todo en el hecho de que es una etapa en que la vida da inicio y se presenta gran frecuencia en el consumo de diversas sustancias. Algunas investigaciones han demostrado que la edad de los 16 años es aquella en promedio, en donde la población inicia el consumo de bebidas alcohólicas, no obstante, durante los últimos años esta cifra se ha incrementado para edades más tempranas [28]. Lo anterior constituye un mayor riesgo de adicción, y por ello, se ve reflejada la necesidad de estudiar los factores que se relacionan al inicio y frecuencia de consumo de alcohol en dicho rango de edad [29].

En los últimos años, se han desarrollado investigaciones que han permitido conocer mejor las influencias psicológicas, sociales y culturales que provocan la toma de decisiones y conductas de los seres humanos, por ello, se ha demostrado que tales influencias impactan fundamentalmente en las acciones de las personas [30]. La definición de conducta proporcionada por la teórica Dorothy E. Johnson, infiere que es el resultado de las estructuras y los procesos intraorgánicos, coordinados y articulados por los cambios en la estimulación sensorial y como respuesta a estos cambios [31,32]. Johnson se centra en el efecto sobre la conducta de la presencia real o supuesta de otros seres sociales con una significación adaptativa mayor [33].

El sistema conductual propuesto por Johnson, expone a la persona como un sistema el cual se integra de 7 subsistemas: realización, afiliación, agresión-protección, dependencia, ingestión, eliminación y sexo [34]. Cada uno se interrelaciona con los otros y con el medio ambiente que lo rodea, los elementos y las funciones para mantener íntegramente el sistema conductual. Otras enfermeras expertas añadieron el subsistema restaurador [35].

Los componentes que conforman el sistema conductual establecen las motivaciones por las cuales un individuo toma el impulso para realizar algo, de igual forma, mide la predisposición del individuo para comportarse de algunas maneras. Cuando el sistema conductual se encuentra en equilibrio y posee una estabilidad, las conductas de la persona se forjan un propósito, se organizan y son predecibles. “El desequilibrio y la inestabilidad en el sistema conductual tienen lugar cuando la tensión y los elementos estresantes afectan a la relación de los subsistemas o de los entornos internos y externos” [36].

La adolescencia es un periodo vital en que la prevalencia del consumo de alcohol es alta, dado que es un periodo de transición entre la infancia y la adultez que supone una mayor conformación de comportamientos e identidad [37]. “Durante esta etapa comienza la toma autónoma de decisiones en aspectos relativos a los vínculos interpersonales, la pertenencia a determinados grupos de iguales y la propia construcción de aspectos identitarios” [38]. Díaz y otros [38] afirman que los adolescentes que consumen mayores cantidades de alcohol, no disponen de suficiente información relacionada a los efectos negativos para la salud.

Para determinar si existe un problema en cuanto al consumo de alcohol, es indispensable medir correctamente las variables asociadas, de esta manera es posible determinar sus efectos en la salud. No obstante, Valencia y otros [39] afirman que “esta estimación resulta enormemente compleja, tanto por la diversidad de formas de consumo de alcohol existente como por la gran heterogeneidad en su clasificación” [39].

Delgado [40] en su investigación encontró que el 79.3% de los adolescentes reporta haber tomado alguna bebida alcohólica, por otro lado, encontraron que dentro de los principales motivos del consumo se encuentran los motivos sociales, con el 50.4%, afectivos con el 24.9%, hedónicos, con el

12.2% y cognoscitivos, con el 7.4%. Cada motivo se caracteriza por relacionar los diferentes sentimientos, pensamientos, situaciones e individuos partícipes del consumo de alcohol. Por otro lado, Villarreal y otros [41] realizaron un estudio encontrando que el abuso en el consumo de alcohol por parte de los adolescentes, se correlaciona directa y positivamente con el consumo presente en la familia y amigos, de manera negativa, se encuentran el funcionamiento familiar, la autoestima escolar, el ajuste mismo y el apoyo de la familia.

Obradors y otros [42] realizaron un estudio cuantitativo transversal con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados al consumo de riesgo de alcohol de 1268 jóvenes según el ámbito de residencia, encontrando que el consumo de riesgo de alcohol es superior en los jóvenes que viven en un ámbito rural (59,6% versus 49,8%). Las borracheras de hermanos y amigos, tener expectativas positivas frente al consumo y haber comprado alcohol se asociaron al consumo de riesgo. En el ámbito rural se asociaron la situación familiar de convivencia diferente a la biparental y el bajo nivel académico, y en el ámbito urbano el alto nivel socioeconómico. Concluyendo de esta manera que el consumo de riesgo de alcohol es superior entre jóvenes del ámbito rural y los principales factores asociados son los consumos de figuras del entorno familiar y escolar.

Telumbre y otros [43] se plantearon como objetivo describir el tipo consumo de alcohol en adolescentes. Se identificó que el 72.1% de los adolescentes han consumido alcohol alguna vez en la vida y el 46.9% en el último año, la edad de inicio del consumo de alcohol fue a los 14.4 años. En relación al tipo de consumo de alcohol predominó un consumo dañino en el 38% de los adolescentes, seguido por un consumo sensato de alcohol (37.2%) y el 24.8% presenta un consumo perjudicial de alcohol. Los resultados muestran que el consumo de alcohol en los adolescentes representa un problema prioritario de salud, lo cual hace necesario el dise-

ño e implementación de programas de prevención dirigidas a este grupo de la sociedad.

Rodríguez y otros [44] realizaron una revisión bibliográfica tuvo como objetivo describir aspectos relevantes del comportamiento ante el alcohol en la adolescencia a nivel mundial. Se realizaron búsquedas individuales en MEDLINE de autores que habían realizado estudios o revisiones relacionadas con el consumo de alcohol en adolescentes durante los meses de diciembre de 2012 a febrero de 2013. Tanto a nivel mundial como en Cuba, la iniciación en el consumo de alcohol sucede en el período de la adolescencia, viéndose influenciado por la incitación familiar y de amigos. Existen numerosos factores de riesgo y protectores para el consumo de alcohol mediados por la influencia familiar.

En Chía, Colombia Trujillo y otros [45] realizaron un estudio de alcance correlacional a fin de identificar las asociaciones entre el consumo de alcohol en adolescentes y la percepción que estos tienen del consumo de sustancias por parte de los padres y de la permisividad parental. Para ello, se utilizó una muestra de 326 adolescentes, cuyos resultados permitieron evidenciar una asociación positiva entre el consumo de alcohol en adolescentes y la percepción del consumo de los padres y de la permisividad parental. Los autores resaltan la importancia de crear estrategias y programas preventivos que promuevan las actitudes favorables de los padres frente al consumo del alcohol en sus hijos.

## Discusión

El estudio realizado por Segura y Caliz [22], informó que la prevalencia actual del consumo de alcohol en adolescentes escolares es del 35,15%. El promedio de edad para iniciar a consumir bebidas alcohólicas es de 13,41 años, al llegar a los 14 años de edad, aproximadamente la mitad de los estudiantes ya han consumido alcohol [22]. Dicho estudio se asemeja a los resultados de la encuesta realizada en Neiva por la Secretaría de Salud Mu-

nicipal, encontrando que el consumo alguna vez de alcohol está entre los 13 y 15 años, el cual representa aproximadamente el 40% de los estudiantes estudiados [21].

No obstante, Delgado [40] en su investigación encontró que el 79.3% reportó haber tomado alguna bebida alcohólica, similar al estudio realizado por Telumbre y otros [43], quienes identificaron que el 72.1% de los adolescentes han consumido alcohol alguna vez en la vida y el 46.9% en el último año, la edad de inicio del consumo de alcohol fue a los 14.4 años

Por otro lado, Obradors y otros [42] encontraron un consumo de riesgo de alcohol es superior en los jóvenes que viven en un ámbito rural (59,6% versus 49,8%). Esto se presenta dado que en el ámbito rural se asocian situaciones familiares diferentes al ámbito urbano, por los niveles económicos. De esta manera, es posible afirmar que el consumo de riesgo de alcohol es superior entre jóvenes del ámbito rural y los principales factores asociados son los consumos de figuras del entorno familiar y escolar.

Lo anterior se asocia al resultado obtenido por Villarreal, Sánchez y otros [41], quienes determinaron que el abuso en el consumo de alcohol por parte de los adolescentes, se correlaciona directa y positivamente con el consumo presente en la familia y amigos, de manera negativa, se encuentran el funcionamiento familiar, la autoestima escolar, el ajuste mismo y el apoyo de la familia. De igual forma, Rodríguez y otros [44] afirman que la iniciación en el consumo de alcohol sucede en el período de la adolescencia, viéndose influenciado por la incitación familiar y de amigos. Existen numerosos factores de riesgo y protectores para el consumo de alcohol mediados por la influencia familiar.

Por otro lado, Obradors y otros [42] encontraron que dentro de los principales motivos del consumo se encuentran los motivos sociales, con el 50.4%,

afectivos con el 24.9%, hedónicos, con el 12.2% y cognoscitivos, con el 7.4%. Cada motivo se caracteriza por relacionar los diferentes sentimientos, pensamientos, situaciones e individuos partícipes del consumo de alcohol. Sin embargo, el estudio de Trujillo y otros [45] permitió evidenciar una asociación positiva entre el consumo de alcohol en adolescentes y la percepción del consumo de los padres y de la permisividad parental.

## Conclusiones

La problemática de consumo de alcohol en adolescentes ha sido abordada a nivel investigativo y por políticas públicas a nivel mundial y nacional e incluso regional, sin embargo, el fenómeno se sigue presentando.

La prevalencia actual del consumo de alcohol en adolescentes está entre el 30 y 40%. El promedio de edad para iniciar a consumir bebidas alcohólicas es de 13,41 años. El 79.3% de los adolescentes reporta haber tomado alguna bebida alcohólica. El consumo de riesgo de alcohol es superior entre jóvenes del ámbito rural y los principales factores asociados son los consumos de figuras del entorno familiar y escolar.

Los factores asociados al consumo se encuentran los motivos sociales, con el 50.4%, afectivos con el 24.9%, hedónicos, con el 12.2% y cognoscitivos, con el 7.4%. La iniciación en el consumo de alcohol sucede en el período de la adolescencia, viéndose influenciado por la incitación familiar y de amigos. Existen numerosos factores de riesgo y protectores para el consumo de alcohol mediados por la influencia familiar.

## Fuentes de financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Conflictos de interés

Ninguno.

## Referencias

- Hernández RL, González MEV. Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. *Psicol y Salud*. 2013;17(1):17–23.
- Ricardo O, Ramírez B. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios de la Universidad Tecnológica Intercontinental (UTIC) - Región Central. Universidad Tecnológica Intercontinental. 2013.
- Loor P, Tigua J. Factores que influyen en el consumo de sustancias psicotrópicas en los adolescentes de 13 a 14 años de edad en la réplica del Colegio Vicente Rocafuerte, 2014 - 2015. Universidad de Guayaquil. 2016.
- Moreno G. Factores de riesgo y protección del consumo de drogas en menores protegidos de la Comunidad de Madrid. Universidad Complutense de Madrid. 2014.
- OPS O. Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. 2015. 59 p.
- Pilatti A, Brussino SA, Godoy JC. Factores que influyen en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos: un path análisis prospectivo. *Rev Psicol*. 2013;22(1).
- Congreso de Colombia. Ley 1098 de 2006 Código de la infancia y la adolescencia. Ley. 2006;2006(noviembre 8).
- Güemes-Hidalgo M, Ceñal González-Fierro MJ, Hidalgo Vicario MI. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integr*. 2017;21(4):233–44.
- Dirinó L. Adolescencia, tiempo de crisis y de transiciones. *Rev Ciencias la Educ*. 2016;26(47):258–70.
- Maximiliano Colqui L, Ortega Ramos A, Salas Mujica M, Vaiz Bonifaz R. Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales, Distrito de Ventanilla. *Rev Enferm Hered*. 2016;8(2):88.
- Gómez AP, Rojas LC, Leidis N, Valor H. Comportamiento de los adolescentes ante el consumo de alcohol en el Consejo Popular “El Vaquerito” Adolescent behavior in front of alcohol consumption in the popular council “El Vaquerito.” *Mediciego*. 2014;20(1):1–6.
- Maximiliano Colqui L, Ortega Ramos A, Salas Mujica M, Vaiz Bonifaz R. Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales, Distrito de Ventanilla. *Rev Enferm Hered*. 2015;8(2):89–96.
- Ministerio de salud y protección social. Estrategia nacional de respuesta integral frente al consumo de alcohol en Colombia. *Minist salud y protección Soc*. 2013;69.
- Guerrero-López CM, Muños-Hernández JA, Sáenz de Miera-Juárez B, Pérez-Núñez R, Reynales-Shigematsu LM. Impact of harmful consumption of alcohol in accident-related mortality and chronic diseases in Mexico. *Salud Pública Mex*. 2013;55(2): S282–8.
- Rodríguez García FD, Sanchiz Ruiz ML, Bisquerra Alzina R. Consumo de alcohol en la adolescencia. Consideraciones médicas y orientaciones educativas. *Actual por temas Salud Ment*. 2014;37(3):255–60.
- Rivera J. El impacto del alcohol en los procesos cognitivo del cerebro adolescente. *Bionoticias Investig* [Internet]. 2017; Available from: <http://biologia.uc.cl/es/investigacion/bionoticias-investigacion/1223-el-impacto-del-alcohol-en-los-procesos-cognitivo-del-cerebro-adolescente>
- Ahumada J, Gámez M, Valdez C. El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai* [Internet]. 2017;13(1665-0441):13–24.
- Vargas Martínez AM, Trapero-Bertrán M, Gil-García E, Lima-Serrano M. Impacto del Consumo episódico excesivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones*. 2018;30(2):152–4.
- Cortés M, Climent B, Flórez G, Torrens M, Giménez J, Espandian A, et al. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol. *Alcohol guía Interv en el Trastor por Consum alcohol*. 2013; 12(9):1–90.
- Gómez R, Agudo M. Escuela Universitaria “ Casa de Salud Valdecilla “ TRABAJO FIN DE GRADO. Escuela Universitaria “Casa de Salud Valdecilla.” 2014.
- Secretaría de salud departamental. Estudio línea base de prevalencia consumo de drogas de uso lícito e ilícito en población escolarizada de 11 a 18 años en el departamento del Huila. *Gob del Huila* [Internet]. 2015; 153. Available from: [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO310052015-estudio\\_drogas\\_huila.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO310052015-estudio_drogas_huila.pdf)

22. SEGURA LS, CALIZ NE. Consumo de drogas de uso lícito e ilícito En Jóvenes Universitarios de la U.D.C.A. Rev UDCA Actual Divulg Científica. 2015;18(2):311–9.
23. Duffy D. Comportamientos y hábitos de consumo de alcohol en púberes escolarizados de la Provincia de Buenos Aires. Eureka. 2014;11(1):8–19.
24. Lellis M, Duffy D, Sceppacuercia L. Identificación y predicción de las modalidades de consumo de alcohol en estudiantes de nivel primario y secundario. Acta académica. 2014.
25. Duffy D. Factores de riesgo y factores protectores asociados al consumo de alcohol en niños y adolescentes. Salud Soc Investig en Psicol la salud y Psicol Soc. 2014;5(1):40–52.
26. Presidencia General de la República de Colombia. Decreto 120 de 2010. Const política. 2010; 2010:1–12.
27. Zapata FJA, Vallejo GAC, Bedoya VHC, Pérez GAC. Consumo De Alcohol Y Factores De Riesgo En Estudiantes De Dos Universidades Colombianas. El Ágora USB. 2015;12(1):127–41.
28. Orcasita L, Lara V, Suárez A, Palma D. Factores psicosociales asociados a los patrones de consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. Psicol desde el Caribe. 2018; Vol. 35(1):33–48.
29. José Ángel Vera Noriega; Jesús Tánori Quintana; Ángel Alberto Valdés Ángel Cuervo; Lydia Esther Martínez Ortega; Ernesto Alonso Carlos MartínezMartínez C. Modelo de medición de la intensidad de consumo de alcohol en Adolescentes. Rev Interam Psicol. 2014;48(número 3).
30. Banco Mundial. Mente, sociedad y conducta. Banco Mund. 2015;38.
31. Veiga Rodríguez M. El profesional de enfermería ante la planificación anticipada de cuidados [Internet]. Universidad da Coruña. 2015. Available from: [https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16110/VeigaRodriguez\\_Maria\\_TD\\_2015.pdf?sequence=4](https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16110/VeigaRodriguez_Maria_TD_2015.pdf?sequence=4)
32. Díaz J, Gagüi M. Patrón adaptación - tolerancia al estrés en los internos de enfermería de la sub - rotación salud reproductiva en el área de Tocoquirurgico del Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel 2014 - 2015. 2015. 1-82 p.
33. Aqueveque F. El cuidado del psicoterapeuta a la luz del cuidado nuclear. Universidad de Chile. 2015.
34. Muñoz K, Mamani M. Bullying y autoestima en los adolescentes de 3°, 4° de secundaria I.E. Juan Domingo Zamácola y Jauregui - Arequipa 2017. Universidad San Agustín de Arequipa. 2018.
35. Campus Virtual. Teorías y modelos. Univ Autónoma del Estado Hidalgo. :1–23.
36. Raile Alligoog M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona. 2011. 416-433 p.
37. Mafaldo R. Actitud del adolescente de cuarto y quinto de educación secundaria frente al consumo de alcohol en la Institución Educativa Nacional “República del Perú” - Villa el Salvador [Internet]. Escuela de enfermería Padre Luis Tezza. 2012. Available from: [http://www.dt.co.kr/contents.html?article\\_no=2012071302010531749001](http://www.dt.co.kr/contents.html?article_no=2012071302010531749001)
38. Díaz García N, Moral Jiménez M de la V. Consumo de alcohol y conducta antisocial e impulsividad en adolescentes españoles. Acta Colomb Psicol. 2018;21(2):110–30.
39. Valencia J, González J. Aspectos metodológicos en la medición del consumo de alcohol, la importancia de los patrones de consumo. Rev Esp Salud Pública. 2014; 433–46.
40. Palacios J-R. Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes. Psicol Iberoam. 2012; 20(1):29–39.
41. González MEV, Sosa JCS, Ochoa GM. Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. Univ Psychol. 2013; 12(3):857–74.
42. Obradors-Rial N, Ariza C, Muntaner C. Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: Diferencias entre ámbito rural y urbano. Gac Sanit. 2014; 28(5):381–5.
43. Yovani Telumbre-Terrero J, Estela Sánchez-Jaimes B, Yovani MJ, Terrero T. Consumo De Alcohol En Adolescentes Del Estado De Guerrero, México Alcohol Consumption Among Adolescents From State of Guerrero, México. Heal Addict. 2014;15(151):79–86.
44. García T, Yong C. Consumo de alcohol en adolescentes: inicios, factores de riesgo e influencia familiar. Multi-med. 2014; 20(2):308–21.
45. Trujillo M, Flórez A. Consumo de Alcohol en los Adolescentes de Chía y su Percepción del Consumo y de la Permisividad Parental frente al Uso de Sustancias. Rev Colomb Psicol. 2013; 22(1):41.