Volumen 18 No.1 - 2013
ISSN No. 1692-407X

ComunCuidado

Revista de Estudiantes de Enfermería

Artículo de Revisión

El conflicto armado como factor determinante en el trastorno de estrés postraumático

Germán Albeiro Marentes

Ensayo

Promoción de la salud mental: otra mirada al bienestar

Martha Cristina Santana

Estudio de Caso

Rotación Salud Mental y Psiquiatría – Hospital Universitario Mayor Mederi

Yeimy Marcela León Prieto // Yuly Paulin Lozano Beltrán

Situación de Enfermería

Ser Enfermera

Cindy Vanessa Parra

Revista Comuncuidado

Volumen 18/ ISSN 1692 – 407X

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Revista de Estudiantes de Enfermería

Rector

Ignacio Mantilla Prada

Vicerrector, Sede Bogotá

Diego Fernando Hernández Losada

Director de Bienestar de Sede

Oscar Oliveros Garay

Coordinadora

Programa Gestión de Proyectos

Elizabeth Moreno Domínguez

Decana Facultad de Enfermería

Renata Virginia González

Directora de Bienestar

Facultad de Enfermería

Martha Patricia Bejarano

Corrección de estilo

Albalucia del Pilar Gutiérrez

Diagramación & Diseño

Juan Pablo Nieto

Impresor

GRACOM Gráficas Comerciales

COMITÉ EDITORIAL

Directora

Yeimy Marcela León Prieto

Editor

Eduar Fernando Zambrano Molina

Comité de contenido y redacción

Yuly Paulin Lozano Beltrán

Alejandra Martínez Cuenca

Jessica Hernández Torres

Germán Marentes Hortúa

David Matiz Vera

Contacto

rcomcuid_febog@unal.edu.co

/comuncuidado.unal

@comUNcuidado

Issuu.com/gestiondeproyectos

Universidad Nacional de Colombia

Sede Bogotá

www.unal.edu.co

proyectoug_bog@unal.edu.co

proyectougbog@gmail.com

ugp.unal.edu.co

/gestiondeproyectosun

Derechos de Autor y Licencia de Distribución:

Atribución - No comercial. El material creado puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros si se muestra en los créditos. No se puede obtener ningún beneficio comercial.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIRECCIÓN DE BIENESTAR

DIRECCIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO

ÁREA DE ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL

PROGRAMA GESTIÓN DE PROYECTOS

ACERCA DE LA PORTADA

La obra titulada *Embarkation of the sick at Balaklava* del autor E. Morin after William Simpson en 1855. Se evidencian los heridos de la guerra de Crimea, mostrando cómo los franceses intentan cargar a los heridos en carretas hacia el puerto. Recuperada de: Theroyalcollectione.Gallery.http://www.royalcollection.org.uk/eGallery/object.asp?exhibition=CRIMEA&object=750984n&row=24&detail=about

CONTENIDO

Editorial

Eduar Fernando Zambrano Molina // **Página 4**

El conflicto armado como factor determinante en el trastorno de estrés postraumático

German Marentes Hortúa // **Página 6**

Promoción de la salud mental: otra mirada al Bienestar

Martha Cristina Santana León // **Página 14**

Caso Clínico: Rotación Salud Mental y Psiquiatría – Hospital Universitario Mayor Mederi

Yeimy Marcela León Prieto

Yuly Paulin Lozano Beltrán // **Página 17**

Ser Enfermera: Situación de Enfermería

Cindy Vanessa Parra // **Página 33**

Editorial

En nuestro volumen número 18, Comuncuidado quiere felicitar al personal administrativo, docente y estudiantil de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia por haber obtenido la reacreditación del Programa de Enfermería ocho años más por parte del Ministerio de Educación Nacional, así mismo, los invitamos a continuar avanzando en la educación del recurso humano de nuestra profesión en pro del cuidado de las personas.

Con esta edición, Comuncuidado trae una vez más los aportes de estudiantes para estudiantes, que día a día nos demuestran el conocimiento que se adquiere en el alma máter y cómo este se ve reflejado en el cuidado a las personas que necesitan de él. Encontrarán en nuestras páginas temas diversos que implican el quehacer de nuestra profesión, como lo es, por un lado, el curso para la maternidad y paternidad que identifica el valor del cuidado de la mujer, su hijo y su familia durante la gestación, para un parto y posparto saludable y feliz, y, por otro lado, el tema que esta vez influencia en gran parte nuestra revista por ser un área de gran importancia en la enfermería, la salud mental.

García y Marceil (2007) se refieren a la salud mental desde enfermería como "todo un lujo al que no estamos acostumbrados" con esto afirman que es mucho más frecuente leer o escuchar intervenciones de otras disciplinas en este campo y no las de nuestros profesionales en el cuidado. Por esto queremos destacar las publicaciones de esta edición como parte esencial en nuestra formación, ya que este tema permite una atención integral a la persona teniendo en cuenta el contexto en que se desarrolla y cómo este influye en su bienestar, para así actuar desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento, rehabilitación y seguimiento de la salud mental de cada uno de nuestros sujetos de cuidado.

García, M. J. T., & Marceil, M. P. E. (2007). Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona, España: Glosa.

Esperamos disfruten de esta edición, y que Comuncuidado y sus publicaciones estudiantiles aporten tanto a su vida personal como a la profesional. Los invitamos a seguir participando de nuestra revista, a continuar con el legado que tenemos desde 1988 como escritores, pero también como parte del equipo que hace que esta publicación sea posible gracias a su empeño, compromiso y amor con el conocimiento de nuestra facultad, universidad y, aún más, con nuestra profesión, la Enfermería. Hacemos un llamado para no dejar perder lo que muchos estudiantes han luchado por mantener y que sigue dando sus frutos en la actualidad, ya que hoy gran parte de nuestro equipo de Comuncuidado está por graduarse para ofrecer sus servicios a la sociedad y se hace necesario un relevo generacional. Dejamos abiertas las puertas de nuestra revista a ustedes, que son la base de esta y, por tanto, quienes pueden darle continuidad.

Bienvenidos lectores, y recuerden, Comuncuidado les espera.

Eduar Fernando Zambrano Molina. Editor.

El conflicto armado como factor determinante en el trastorno de estrés postraumático.

Revisión y análisis a partir de la evidencia en el servicio de urgencias y en la unidad de salud mental del hospital Simón Bolívar, Bogotá D.C.

German Marentes Hortúa
gamarentesh@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería- VIII Semestre
Universidad Nacional de Colombia

La ansiedad producto de la exposición a la violencia y el conflicto armado es una de las causas por las que las personas acuden a los servicios de urgencias y posteriormente a las unidades de salud mental. Por tanto, es importante que Enfermería desarrolle y fortalezca la atención integral de las personas con trastorno de estrés postraumático, teniendo en cuenta no solo aspectos de necesidades básicas, o donde se mire la ansiedad desde un punto exclusivamente orgánico, sino que es importante empezar a analizar el hecho de que la violencia es, sin duda alguna, un fuerte determinante en la salud mental de la población colombiana.

En este artículo se pretende hacer una revisión desde la literatura sobre la ansiedad, sus síntomas, los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, la violencia y el conflicto armado, un análisis del trastorno causado por la violencia, una mirada desde los dominios funcionales de Gordon para establecer los daños y plasmar áreas de intervención y cuidado especial por parte de Enfermería en las personas con trastorno de estrés postraumático causada por el conflicto armado. Finalmente, se plasman una serie de recomendaciones para la atención de la persona bajo estas condiciones características.

Como nos lo describe María Isabel Acosta Rey, en su artículo sobre la actuación de Enfermería en un centro de salud mental:

> La ansiedad hace parte de una respuesta adaptativa del ser humano caracterizada por respuestas vivenciales, cognitivas y comportamentales

> en la cual hay un estado de activación ante una señal de alerta urgente, es importante diferenciarlo del temor en el cual hay una alerta ante algo conocido o explícito. La ansiedad es un miedo ante algo difuso e inespecífico (Acosta, 2002).

Pero no podemos olvidar que la ansiedad es una reacción normal del ser humano, como lo indica Acosta (2002), nos prepara para situaciones que nos significan retos, es útil porque nos permite reaccionar mejor frente a momentos difíciles, así que el objeto no es hacer que desaparezca sino reducir sus niveles, de modo que, sean manejables. Pero cuando esta ansiedad dificulta la adaptación, el rendimiento y reduce la libertad de la persona, podemos hablar de "ansiedad patológica" (Acosta, 2002).

Dentro de la revisión que se realizó, se encontró información sobre la crisis de ansiedad, que explicaría lo vivenciado en la Unidad de Salud Mental y el Servicio de Urgencias del Hospital Simón Bolívar, según Acosta, citando a Clark y Salkovskis, los estímulos internos y externos pueden iniciar una crisis, si estos estímulos son percibidos como amenazantes, esto produce un estado de aprehensión y miedo acompañado de sensaciones corporales, y solo cuando estas son interpretadas de un modo catastrófico sobreviene un incremento de la ansiedad, esto, a su vez, incrementará las sensaciones corporales y así crecientemente se convierte en un círculo vicioso que lleva a una crisis de ansiedad. (Acosta, 2002).

Ante esta respuesta conocida como ansiedad, el cuerpo reacciona inicialmente con mecanismos primarios de defensa, como las conductas repetitivas (comerse las uñas, tronar los dedos, rascarse, etc) (Townsend, 2011) cuando estos mecanismos no funcionan, pasan a operar los mecanismos secundarios, Freud postuló varios de estos mecanismos, definidos como distorsiones de la realidad que operan a nivel inconsciente. Los mecanismos de defensa freudianos son represión, negación, formación reactiva, proyección, regresión, racionalización, desplazamiento y sublimación (Schultz&Schultz, 2002). Estos mecanismos de defensa son usados por todas las personas, pero sin duda alguna en la Unidad de Salud Mental y el Servicio de Urgencias, se evidencia como las personas en crisis usan uno o más de estos mecanismos.

Hamilton define una serie de síntomas de la ansiedad y los clasifica por ítems, así podemos identificar síntomas cardiovasculares (elevación del pulso y al tensión arterial, palpitaciones, opresión en el pecho, palidez o rubor, etc); síntomas respiratorios (disnea, taquipnea, sensación de ahogo, respiración superficial); síntomas genitourinarios (dolor a orinar, poliurea, anorgasmia, eyaculación precoz, etc); síntomas gastrointestinales (dificultades evacuatorias, dispepsia, dolor antes, durante o después de comer, nauseas, vómitos, cólicos, diarrea, estreñimiento, etc); síntomas neurológicos (temblores, parestesias, cefaleas, mareos, hipersensibilidad, etc); síntomas neurovegetativos (sequedad en mucosas, sudoración excesiva,

sensación de desmayo); síntomas mentales (sensación de inseguridad, preocupación, dificultad para concentrarse, apatía, perdida de la objetividad, impotencia. etc.) y síntomas comportamentales (inquietud, parálisis motora, temblores, movimientos torpes, evitación, tics, tartamudeo, etc.) (Gastó, Álvarez & Roca, 2008).

Sin duda alguna, la población colombiana está sometida a altos niveles de ansiedad, es así como las consecuencias de una exposición prolongada a esta son diversas y propias en cada individuo, como ya se mencionó antes sobre la "ansiedad patológica", esta se puede traducir en trastorno de ansiedad, que según Myers están marcados por la angustia, la ansiedad persistente y los comportamientos inadaptados para reducir la ansiedad (Myers, 2004). El DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) identifica un trastorno de ansiedad cuando los sentimientos de esta ansiedad son excesivos e interfieren en el funcionamiento normal de la persona, este manual clasifica algunos trastornos de ansiedad como el estrés postraumático, el trastorno de pánico, las fobias específicas, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de ansiedad generalizada, entre otros. (Morrison, 2010).

La exposición a eventos traumáticos hace parte de la vida del ser humano, muchos individuos se adaptan con facilidad y creatividad a estas situaciones, otros quedan afectados y con secuelas biopsicosociales de las cuales derivan múltiples enfermedades. Un evento traumático tiene características identificables, repentinas y brutales que amenazan la integridad propia o de otros, estos eventos se encuentran por fuera del umbral de las situaciones cotidianas del ser humano y este no las puede controlar. La palabra "trauma" es un término adaptado de la cirugía, traduce "herida, efracción de un organismo". Traumatismo se refiere a las consecuencias de esta efracción. El trauma definido por el psicoanálisis se refiere a fenómenos producidos en el interior de un aparato psíquico por acción de agentes exteriores. La ansiedad, reacción normal que pone al organismo en condiciones de defenderse frente a agresiones, puede ser normal adaptativa, desadaptativa o exagerada. Cuando las magnitudes de los hechos desencadenantes de estrés por su misma naturaleza superan límites de tolerancia y sobrepasan la respuesta del organismo desencadena un estrés exagerado y así una desadaptación de funcionamiento psíquico.

Desde 1666 con los registros sobre el incendio de Londres donde describen síntomas similares a los que hoy denominamos "estrés postraumático" se data de esta patología. A través de los años, distintos psiquiatras como Samuel Pepys, Jacob Da Costa, Oppenheim, Charles Myers o Pierre Janet hablan de lo mismo con nombres como "corazón irritable del soldado", "neurosis de guerra" o "shock de las trincheras". En 1920 Sigmund Freud define el trauma psíquico como una ruptura de la barrera de los estímulos y el psicoanálisis tiene en cuenta los traumas de la infancia.

El estrés postraumático es un síndrome posterior a una exposición a un evento traumático extremo o escucha sobre este, la persona reacciona con miedo e

indefensión, revive el suceso e intenta evitar lo que lo recuerde. Las causas pueden ser bélicas, violaciones sexuales, catástrofes naturales, accidentes, torturas, etc. (Abbene, 2008).

El informe mundial sobre la violencia y la salud publicado por la OMS en 2002 define la violencia como "el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones" (Krug, 2002). Pero la definición de este término es tan compleja que no basta con hablar solo de un uso de fuerza, Franco S. referenciado por Vargas R. (2012) define la violencia como una interacción humana a través de la cual, con el uso de la fuerza, se produce daño a otro para la consecución de un fin. (Vargas, 2012).

Planteada así una definición de este fenómeno, es necesario hacer delimitaciones para poder determinar y esclarecer el problema, es así como la OMS propone una clasificación en tres categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, que a su vez se subdivide en conductas suicidas y autolesiones; violencia interpersonal que a su vez se subdivide en violencia intrafamiliar o de pareja y violencia comunitaria; violencia colectiva que también se subdivide en violencia social, política y económica (Krug, 2002).

También en el informe mundial sobre la violencia y salud se recurre a un modelo ecológico para intentar comprender la naturaleza multidinámica del fenómeno. El modelo ecológico (ver figura 1) permite analizar factores que influyen en el comportamiento o el riesgo de cometer o padecer actos violentos clasificándolos en cuatro niveles.

Modelo Ecológico para comprender la violencia

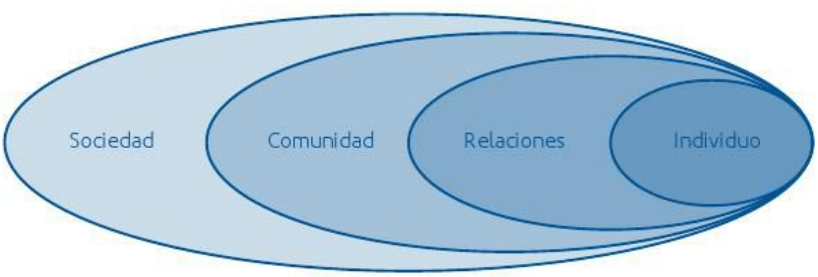


Figura 1. Modelo ecológico para análisis de la violencia propuesto por la OMS, 2002.

En el ámbito del individuo se tienen en cuenta factores como influencia biológica, la historia personal, las características demográficas, los trastornos físicos o psíquicos, los antecedentes de exposición a violencia, etc. En el ámbito de las relaciones se abordan los lazos con familia, amigos, pareja, compañeros, entre otros. En

el siguiente ámbito se abordan los contextos comunitarios, entonces, la escuela, el vecindario, el trabajo, entre otros, son factores que influyen de manera significativa en la aparición de violencia. Finalmente, el último ámbito corresponde al de la sociedad, aquí influye la cultura, las legislaciones, la economía, la educación, etc. (Krug, 2002).

En el texto *La guerra interna y el desplazamiento forzado*, Jaime Zuluaga realiza una caracterización de la compleja dimensión de la problemática de la guerra, la define como una mezcla de intereses políticos, económicos, sociales y de poderes con consecuencias para la población colombiana tan profundas que llegan a cambiar las dinámicas sociales y la conformación sociocultural del territorio, además la población es víctima y objetivo de guerra. Y aunque en un inicio este conflicto armado surge de manifestaciones políticas e ideológicas poco a poco se transforma en una guerra interna atravesada por el poder del narcotráfico. Frente a lo que nos menciona el autor sobre la guerra interna colombiana, cabe destacar la mención a las fuerzas armadas oficiales, las guerrillas y los paramilitares como los actores que constituyen esta guerra, y que la hacen más atroz, además de la ineficaz intervención estatal en la solución de este conflicto (Zuluaga, 2004).

Dado este contexto de violencia anteriormente mencionado, en espacios como la Unidad de Salud Mental y el Servicio de Urgencias es posible encontrar casos particulares donde se evidencian las consecuencias del conflicto armado para la salud mental de la población; esto debido a que las personas se han visto enfrentadas con situaciones traumáticas producto del conflicto, como muerte de sus familiares, pérdida de su rol social y familiar, de la identidad cultural y regional, del proyecto de vida individual, de bienes materiales, agresiones sexuales, desarraigo, presenciar violencia en alto grado y otras situaciones traumáticas. Esto, sumado al hecho de tener que adaptarse a un nuevo contexto social, una nueva ciudad y un nuevo modelo de vida, hace que el riesgo de generar daños en la salud mental se potencie.

Ahora, con respecto a la atención de los trastornos de ansiedad generados por la violencia y el conflicto armado interno, es evidente como las personas no reciben la atención integral que requieren sus casos particulares, y aunque frente a esto la legislación actual ha sido un gran avance, las personas afectadas no tienen un acceso real por la desinformación, la falta de asesoría y de organización. Cuando las personas afectadas por sucesos traumáticos no reciben una atención oportuna y adecuada, lo más probable es que su situación de salud mental empeore.

Tomando el caso particular de un hombre atendido en el Servicio de Urgencias, a quien los grupos armados despojaron de sus tierras, su familia y su rol social se constata el efecto de la violencia y el conflicto armado interno en la salud de la población. Después de presenciar la muerte de sus hijos, padres, hermanos y compañera este hombre fue obligado a salir de su territorio, posteriormente el adquirió

mecanismos de afrontamiento en detrimento de su salud, como el consumo de alcohol, esto potenció su ansiedad y generó dependencia de la sustancia. Además, ha tenido múltiples intentos de suicidio y comportamientos agresivos contra los demás, esto sumado a que ha generado aislamiento social y no cuenta con redes de apoyo primarias. Presenta actualmente *flashbacks*, alucinaciones auditivas y visuales acompañadas de temores específicos y patológicos. Del hecho violento hasta la actualidad han pasado once años. Esto demuestra que los daños en la salud son mayores cuando no hay una atención oportuna.

Haciendo un análisis basado en los patrones funcionales de Gordon se comprueba cómo en el caso anterior se presenta un proceso de interconexión, es decir, todos los dominios funcionales están conectados y guardan relación entre sí. Ejemplificándolo en el caso anterior, esta persona desarrolló problemas hepáticos y gástricos por su adicción al alcohol, pero esta a su vez se produjo por un proceso traumático. Se demuestra que en la persona con trastorno de estrés postraumático producto de violencia y conflicto armado interno los aspectos más afectados son:

Dominio 1. Percepción-manejo de la salud:

Los eventos traumáticos generan una alteración total en cómo la persona concibe su salud y el cuidado de esta, es así como se ve también falta de adherencia a los tratamientos, deficiencia de prácticas preventivas, falta de control en hábitos poco saludables, etc.

Dominio 2. Nutrición:

Se evidencian problemas para la ingesta de alimentos, ya sea por defecto o exceso, además de consecuencias metabólicas producidas por dependencia de sustancias.

Dominio 4. Actividad y ejercicio:

Cuando hay pérdidas de partes del cuerpo hay reducciones en la movilidad. Además de déficit de actividades recreativas y deseos de participar en momentos de ocio. El consumo de energía se altera al igual que los procesos cardiacos y hemodinámicos. El patrón de sueño/descanso se ve totalmente alterado en las personas con trastorno de estrés postraumático, ya que se alteran los ciclos de sueño-vigilia, además de presencia de terrores nocturnos, pesadillas recuentes y aterradoras, e incapacidad de conciliar el sueño.

Dominio 5. Cognitivo/perceptual:

Hay alteraciones de atención, pensamiento o ideación, afectividad, sensopercepción, lenguaje, juicio y raciocinio.

Dominio 6. Auto percepción – autoconocimiento:

La autopercepción y el auto concepto se alteran de forma significativa, hay cambios en la percepción de la valía, la imagen corporal, la identidad y el sentido de la vida.

Dominio 7. Rol relaciones:

La patología de ansiedad altera totalmente los roles sociales de la persona no solo por la pérdida de apoyos como trabajo o estudio, sino porque también implica una sensación de impotencia de ejercer capacidades y además genera aislamiento social y pérdida de la capacidad de relación.

Dominio 9. Adaptación - tolerancia al estrés:

La vulnerabilidad característica de la persona que ha sufrido el trauma le dificulta afrontar amenazas, encontrar maneras de reducir el estrés y de conservar su propia integridad. Por esto es esencial que la persona cuente con redes de apoyo para que ella misma encuentre métodos de adaptación y tolerancia al estrés (Mariaml, s.f).

Sin duda alguna, aunque es importante mejorar la atención por parte del Estado con respecto a la salud mental de la población, las instituciones juegan un papel vital en la atención a la persona en todas sus dimensiones, desde la educación, los servicios, la diversión, la salud, etc. Todas estas instituciones deben ponerse en contexto y buscar mecanismos para que se brinde una atención integral a las víctimas de la violencia y el conflicto armado. El personal es el encargado de brindar este cuidado, por esta razón Enfermería debe tener en cuenta, dentro de su atención, el contexto de la persona, y así evaluar e intervenir desde todos los ámbitos que afectan la salud.

El tratamiento a la persona con trastornos de ansiedad debe realizarse de forma más completa, no solo limitándose a tratar síntomas desagradables o a administrar medicamentos, se debe procurar brindar una atención centrada en un enfoque psicosocial, donde se preste suma atención a factores como la exposición a la violencia, ya que, como se revisó, influyen mucho en la salud mental.

Dentro de esta atención integral, es importante enlazar a la persona con los diferentes recursos e instituciones de ayuda, con servicios y apoyos más reales que no se limiten a vivienda y comida, es aquí donde cosas como la actividad física, la recreación, la atención psicológica, etc., juegan un papel fundamental en la atención de calidad.

Referencias

Acosta Rey M. Isabel. (2002). Actuación terapéutica en un CSM por la profesional de enfermería psiquiátrica en "la patología de ansiedad". Revista *Norte de Salud Mental*; 41–48 (Consultado 2 de junio de 2012). En: http://www.ome-aen.org/norte/22/NORTE_22_060_41-48.pdf.

Townsend, Mary C. (2011). *Fundamentos de enfermería en psiquiatría.* 4a ed. México: McGraw-Hill Interamericana. xxiv, 728.

Schultz, Duane. Schultz, Sydney. (2002). *Teorías de la personalidad.* 7a ed. Mexico: Thompson. P. 56 y 57.

Gastó Ferrer, Cristóbal. Álvarez. Enrique. Roca. Miguel. (2008) *Sintomatología ansiosa en atención primaria* 1ª ed. Barcelona, España: Marge medica books. P. 68.

Myers, David. (2004). *Psicología.* 7ª Ed. New York: Editorial médica panamericana. P. 627.

Morrison, James. (2010). *DSM-IV guía para el diagnóstico clínico.* México Bogotá: Manual Moderno. 653 p.

Abbene, A. I. (2008). *Trastorno por estrés postraumático.* Psicoadolescencia.com. (Consultado el Sabado 30 de Junio de 2012), En: http://psicoadolescencia.com.ar/docs/final1.pdf

Krug EG et al, eds. (2002). *World report on violence and health.* Ginebra, WHO, pg 5.

Notas de clase de Vargas Raquel (2012), profesora de la asignatura "Cuidado de enfermería en salud mental y psiquiatría" de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 4 de Mayo.

Zuluaga, J. (2004). *La guerra interna y el desplazamiento forzado.* Universidad Nacional de Colombia. (Consultado el 10 de Julio de 2012). En: http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/humanas/2004945/docs_curso/descargas/2da%20sesion/Basica/Jaime_zuluaga.pdf.

Mariaml. (s.f). *Patrones funcionales M. Gordon* (Consultado en 10 de Julio de 2012), En: http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccurl/NIPE/pdf/patrones_funcionales_mgordon.pdf.

Promoción de la salud mental: otra mirada al Bienestar

Martha Cristina Santana León
mcsantanal@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería –IX Semestre
Universidad Nacional de Colombia

Los seres humanos además de ser sistemas abiertos que se interrelacionan con el medio ambiente para intercambiar, desarrollarse, adaptarse y sobrevivir (en términos biológicos), somos seres con capacidad de pensamiento, de reflexión, seres de emociones y sentimientos; cualidades que nos hacen únicos y nos dan el carácter de seres integrales o biopsicosociales. La integración existente entre los componentes mencionados que conforman la unidad que llamamos ser humano es fundamental para el abordaje del mismo, un abordaje que es indivisible y que desde el campo de las ciencias de la salud es fundamental para brindar una atención en salud óptima, y específicamente desde Enfermería, un cuidado verdaderamente integral "la comprensión del ser humano como un ser global implica la existencia de una relación de dependencia e influencia mutua entre las distintas partes o componentes de la persona [...] al cuidar hay que atender a la persona en su globalidad, contemplando tanto los aspectos físicos como psíquicos" (Novel, 2000).

Partiendo de esta concepción del ser humano y en el mismo sentido, el del cuidado de la salud, es importante definir la salud más allá de un estado de total bienestar y más allá del mundo orgánico, es decir, primero, la salud es un proceso dinámico, el tener salud depende de las diversas circunstancias que se presentan en nuestra vida cotidiana y que influyen en las diferentes dimensiones del ser humano. Pensar en un estado de salud como un estado de completo bienestar es quizá un ideal que requiere de una total armonía, armonía que nuestro entorno no favorece (violencia, desempleo, pobreza); no obstante, se puede hablar de la salud como un proceso en el que prevalecen momentos de alegría, gozo, amor, autorrealización:

> La salud es un proceso que se presenta en la población humana y no humana, individual y colectivamente, este proceso se caracteriza porque en la mayor parte de la vida o durante largos períodos predominan situaciones caracterizadas por emotividad, solidaridad, capacidad de resolución de conflictos, aceptación para convivir... (García, s,f).

Segundo, retomando lo mencionado anteriormente en relación con la persona como unidad, y teniendo en cuenta la definición propuesta para la salud, es importante reconocer que nuestro cuerpo además de mostrar signos que orientan la

formulación de un diagnóstico médico, es un medio de expresión del mundo interno, es a través de las expresiones corporales que se exteriorizan esas emociones y sentimientos que nos recuerdan que somos más que carbono.

En este punto hablar de la salud, y más específicamente de la salud mental, cobra gran importancia, pues hablar de ella es darle una mirada diferente al bienestar desde el punto de vista físico, implica además un sentirse bien desde adentro, desde el interior invisible pero real, que implica la capacidad de pensar, actuar asertivamente, dar respuesta satisfactoria a aquellas condiciones del entorno desequilibrantes, pero que a la vez son una voz de alarma que indica cuan preparado se está para responder a las adversidades, esto de manera individual; y a la vez evidencian implícitamente la necesidad de poner en marcha estrategias colectivas que brinden apoyo para el mantenimiento y mejoramiento de la salud mental "la salud mental puede ser definida como el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades". (Organización Mundial de la Salud, 2004)

Para hablar de salud mental, es importante incluir un concepto que es clave para garantizarla, dicho concepto es el de promoción. La promoción de la salud mental hace énfasis en "[...] acciones que apoyan a las personas a adoptar y mantener estilos de vida saludables y a que creen las condiciones de vida y ambientes que apoyen la salud". (Organización Mundial de la Salud, 2004). Desde la OMS se ha puesto en evidencia la necesidad de trabajar en la promoción de la salud mental, y cómo no hacerlo si algunas de las cifras concernientes a la situación de la salud mental en el mundo revelan que "450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta, alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año, más de 90 millones sufren de trastornos causados por el uso de alcohol y las drogas..."(Organización Mundial de la Salud, 2004); así mismo, la OMS ha orientado a los países en la generación de estrategias que favorezcan la salud mental de las poblaciones como por ejemplo, mejorando la nutrición, las condiciones habitacionales, el acceso a la educación, reduciendo el abuso de sustancias adictivas, entre otras (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Estas acciones encuentran sentido en la existencia de un compromiso real por parte de los gobiernos que reconozcan la importancia de la salud, y en este caso de la salud mental, para el desarrollo y calidad de vida de los individuos, reconocimiento que se expresa en diversas normas (Ministerio de la Protección Social, 2011), por ejemplo, desde la Constitución Política de nuestro país cuando plantea en el artículo 49 que la promoción, protección y rehabilitación de la salud son garantizados por el Estado a todas las personas; pasando por el Plan Nacional de Salud Pública que, para nuestro caso, menciona en el capítulo cinco (prioridades nacionales en salud), la salud mental y las lesiones violentas evitables; hasta la política

distrital de salud mental, la cual en Bogotá ha propuesto la puesta en marcha de estrategias como: personas formadas, personas informadas, red del buen trato, entre otros (Ruam, 2003), todo lo anterior requiere de un trabajo conjunto desde diversos sectores de la sociedad, como el de la salud, trabajo, vivienda para que el compromiso se evidencie en hechos reales.

Para no ir muy lejos, desde el área de la salud, y en especial desde la contribución de Enfermería, es posible reducir ese espacio entre lo planeado y lo que realmente se lleva a cabo en materia de promoción de la salud mental, pues para poner un ejemplo las prácticas realizadas en instituciones educativas, y dentro de ellas el trabajo realizado con estudiantes y padres de familia, son una muestra viviente de que estamos aportando y de que a través de este tipo de actividades estamos ayudando a la construcción de un entorno donde la salud mental prevalece.

REFERENCIAS

Novel, Martí Gloria, (2000). Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona: Editorial Elsevier Masson.

García, Mery Constanza. (s.f). Aproximaciones conceptuales para diferenciar promoción de la salud de la prevención de la enfermedad.

Organización Mundial de la Salud. (2004). Inversión en salud en mental. Ginebra, Suiza 2004. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243562576.pdf

Organización Mundial de la Salud (2004). Promoción de la salud mental. Informe compendiado. Ginebra, Suiza.

Ministerio de la Protección Social (2011). Guía de atención en Salud Mental en emergencias y desastres. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

Rúam, Luz H. (2003). Acciones de promoción y prevención en salud mental. Una experiencia desde el plan de atención básica en Bogotá 2002-2003. Revista Colombiana de Psiquiatría.Vol 32.

CASO CLÍNICO:

ROTACIÓN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA – HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR MEDERI

Yeimy Marcela León Prieto
ymleonp@unal.edu.co
Yuly Paulin Lozano Beltrán
yplozanob@unal.edu.co
Estudiantes de Enfermería – VII Semestre
Universidad Nacional de Colombia

HISTORIA DE ENFERMERÍA

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: J.D.B
Procedencia: Chiquinquira, Boyacá.
Religión: Católica
Edad: 54 años
EPS: Nueva EPS
Estado civil: Viudo
Ocupación: Pensionada (Antes ornamentación)
Persona responsable: Hermana (M.E.B)
Escolaridad: Bachillerato
Residencia: Bogotá
Fecha de ingreso: A Unidad Coronaria ingresa 11 de mayo de 2012
Motivo de ingreso: dolor torácico, disnea.
Diagnóstico: IAM

ANTECEDENTES

Quirúrgicos: Osteosíntesis, amputación supracondílea derecha, POP angioplastia, hernioplastia umbilical.

Patológicos: DM tipo II, HTA, bloqueo supraventricular, enfermedad coronaria severa de un vaso (POP angioplastia más implante de ADA)

Farmacológicos: Toma Enalapril, Metformina, ASA, Losartan, Amlodipino. Refiere haber ingerido alcohol desde los diez años. Fumó desde los 14 años.

Familiares: Mamá ACV y DM, Hermano ACV

Traumáticos: Fractura tibia y peroné MII

APARATOS Y PROTESIS

Osteosíntesis MII, uso de muletas y silla de ruedas.

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	INDICACIÓN	EFECTOS ADVERSOS
ASA	1 tableta(100mg) /día	Antiagregante plaquetario. Inhibidor de la COX.	Efectos gastrointestinales.
Clopidrogel	75mg/día	Antiagregante plaquetario.	Exantema, diarrea, leve molestia gastrointestinal
Heparina	5000 UI/12h	Anticoagulante. Se une a antitrombina III.	Puede producir alergia.
Atorvastatina	40mg/día	Antilipémico. Reducción del cLDL y triglicéridos.	Elevación de transaminasas.
Metropolol	25 mg/12h	β Bloqueador. Bloqueador selectivo de los receptores β1. Antihipertensivo. Disminuye FC, contractilidad miocárdica y G.C. Regula baroreceptores arteriales.	Insomnio, fatiga. Enmascara síntomas de hipoglicemia en los diabéticos. Náuseas, vómitos, visión borrosa y sudoración.
Amlodipina	10mg/12h	Antihipertensivo. Bloqueador del canales de Ca. Reducción de contractilidad miocárdica, disminuye tono vasomotor periférico y coronario, reduce precarga, aumenta aporte de oxígeno, mejora flujo colateral o redistribuye el flujo en el miocardio isquémico.	Reacciones adversas ligeras o moderadas casi siempre relacionadas con los efectos vasodilatadores periféricos del fármaco. Cefalea y edema. También pueden aparecer debilidad, mareos, sofocos y palpitaciones y suelen estar relacionados con la dosis.
Prazcin	2mg/18h	Antihipertensivo. Bloqueador α y β.	Hipotensión, palpitaciones, estreñimiento, retención de agua. Adinamia.
Clonidina	0.15mg/12h	Agonista α-2. Disminución de F.C, P.A y G.C.	Retención de Na y líquidos. Precaución con IR.
Ranitidina	150mg/8h	Protector de la mucosa gástrica. Bloquea receptores H2 disminuye producción de HCL.	Cefalea, nauseas.

VALORACIÓN FÍSICA CEFALOCAUDAL

Paciente en cama, con actitud agresiva y poco colaboradora, diálogo confuso y poco claro. Desorientado en tiempo y espacio.

Signos vitales

Presión arterial: 153/77 media de 120.

Frecuencia cardiaca: 40lpm

Frecuencia respiratoria: 11

SPO2: 94 con oxígeno cánula nasal 2L

Piel: Pálida, seca y áspera.

Pelo: Alopecia a nivel frontal, cuero cabelludo reseco.

Cara: Simétrica, sin presencia de lesiones ni manchas.

Ojos: Párpados sin presencia de edema, color rojizo. Pupilas isocóricas normoreactivas a la luz, movimientos oculares sin alteración.

Nariz: Tabique simétrico, mucosas resecas, sin secreciones, con oxígeno por cánula nasal a 2L

Oído: Con presencia de cerumen, paciente con hipoacusia.

Orofaringe: Labios y lengua no hidratadas, encías de coloración rosado pálido, pérdida de algunas piezas dentales, sin dificultad para masticación, higiene oral deficiente, presencia de manchas en piezas dentales existentes.

Cuello: Movimientos ascendente, descendente y rotatorio sin dolor. Deglución sin alteración. Ingurgitación yugular tipo II.

Miembros superiores: Pulsos radiales presentes, no hay presencia de cicatrices, piel seca. Presencia de catéter en MSD sin signos de infección. Movilidad sin alteración. Manos con piel reseca, perfusión de 3sg. Uñas engrosadas.

Tórax: Hemitórax simétricos, tamaño y expansión sin alteraciones. Con presencia de estertores basales bilaterales, soplo sistólico. Frecuencia respiratoria: 11. Frecuencia cardiaca: 40lpm.

Dorso: Columna en cifosis.

Abdomen: Globoso y distendido, sin dolor a la palpación. Se evidencia presencia de malla, el paciente refiere antecedente de hernoplastia. Sin presencia de masas. Ruidos peristálticos presentes. Percusión sin alteraciones. Deposición sin alteraciones.

Glúteos: Presencia de enrojecimiento y uso de pañal.

Sistema urinario y genitales: Paciente con sonda vesical a cystoflo. Orina concentrada. Meato urinario sin secreciones.

Miembros inferiores: Amputación supracondilea derecha, se evidencian cicatrices de cirugía de osteosíntesis en MII por fractura de tibia y peroné. Presencia de edema grado II. Pulsos femorales y pedial izquierdo presentes. Pie izquierdo uñas engrosadas y secas.

VALORACIÓN PARES CRANEANOS

Olfatorio: Identifica olores.

Óptico: Agudeza visual disminuida. Refiere emplear gafas. Distingue colores. Campimetría con alteración. Reflejo pupilar directo y consensual activos. A la prueba de seguir un objeto con los ojos tuvo dificultad al continuar el movimiento del esfero.

Oculomotor, troclear, abducens: Se realiza examen del funcionamiento de los músculos oculares (oculomotor/ recto interno, recto superior, recto inferior, oblicuo inferior. Troclear / oblicuo superior. Abducens / recto externo) se le pide al paciente que mire hacia arriba y hacia abajo, abre y cierra los ojos normalmente. Funcionamiento de los músculos sin alteración.

Trigémino: Sensibilidad en cara sin alteración. Reflejo corneal de intensidad normal. Abre y cierra la mandíbula sin dificultad, hace resistencia a fuerza contraria.

Facial: Movilidad de los músculos de la cara normal (arruga la frente, cierra los ojos, sopla, muestra los dientes y mueve las comisuras labiales). Gusto en los 2/3 anteriores de la lengua sin alteración.

Vestibuloclocear: Hipoacusia bilateral (se le susurró al oído, se le pidió identificara el sonido de las manecillas del reloj).

Glosofaríngeo: Hay presencia de reflejo nauseoso.

Vago: Elevación simétrica del velo del paladar y central de la úvula. Paciente con tonalidad de voz ronca. No se evalúa inervación parasimpática.

Espinal: Gira la cabeza contra resistencia ejercida, se encuentra fuerza y tonicidad de esternocleidomastoideo sin alteración. Levanta hombros contra resistencia.

Hipogloso: Saca la lengua y empuja los carrillos.

VALORACIÓN FUERZA Y TONO MÚSCULAR

Musculatura facial sin alteración.

Miembros superiores: Desplazamiento contra resistencia máxima. En apretón de manos fuerza sin alteración.

Miembros inferiores: Desplazamiento contra resistencia máxima (MID amputado).

COORDINACIÓN Y MARCHA

Dedo-nariz: El paciente tiene dificultad para realizar la prueba, lo hace de manera lenta en ocasiones no logra coordinar.

REFLEJOS

Profundos: Se valoran rotuliano y maseterino, presentan intensidad normal.

Superficiales: Se valoran cutáneo abdominal y plantar, intensidad normal.

Otros: Nauseoso, con intensidad normal.

SENSIBILIDAD

Superficial: Táctil, dolorosa y térmica. Logra ubicarla, calidad de sensación similar en áreas simétricas.

Profunda: Presenta propiocepción (paciente conoce la posición de cada parte de su cuerpo y la dirección en la que se mueven)

Discriminatoria:

Localiza y diferencia cuando se le toca en dos puntos al mismo tiempo.

Estereognosia: Reconoce objetos por el tacto. (Llaves)

Topognosia: Reconoce el sitio del cuerpo donde se toca

Barognosia: Distingue el peso entre objetos.

Grafestesia: Tiene dificultad para reconocer las letras y los números que se trazan en su mano.

VALORACIÓN MENTAL

Paciente representa la edad cronológica, postura tensa, realiza contacto visual. Actitud poco colaboradora en algunos momentos de la entrevista.

Conciencia: Confusión mental. Pensamiento se encuentra incoherente con juicios falsos.

Orientación: Orientado solo en una esfera (persona).

Atención: Paciente presta atención a los procedimientos del examen, responde a las preguntas que se le realizan.

Memoria: Retrógrada sin afectación - anterógrada afectada. Paciente presenta dificultad para recordar lo que había desayunado.

Pensamiento: Disgregado, ideas incoherentes.

Afectividad: Labilidad emocional, agresividad, ansiedad, ira, refiere "no quiero vivir más", "estoy cansado, ya no puedo hacer nada". Familiar refiere que el paciente se ha caracterizado por tener frialdad afectiva.

Actividad-motora: Hipokinesia.

Inteligencia: Social y emocional alterada, paciente no se desenvuelve con facilidad en los ámbitos sociales, refiere no tener buenas relaciones interpersonales.

Sensopersepción: Alucinaciones de tipo auditivo y visual con la esposa que ya había muerto. Refiere: "Ella viene a visitarme, me saluda y se queda por ahí", "a la casa también va". Estas se han venido intensificando en los últimos seis meses.

Lenguaje: Presenta disartria (como si estuviese en estado de embriaguez). Coprolalia. Tonalidad alta, dificultad para hablar por resequedad en mucosas.
Juicio y raciocinio: Juicio debilitado.

Sueño: Insomnio de reconciliación. Manifiesta levantarse de tres a cuatro horas antes de lo normal durante los últimos meses. Dice tener sueños con su esposa.

Escala de depresión de Zung: Puntaje 55 (depresión grave).

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR DOMINIOS

Dominio 1. Promoción de la salud

Clase funcional: 1. Percepción de la salud. 2. Manejo de la salud

El paciente refiere que su estado general de salud no ha sido bueno, dice: "estoy cansado, ya no puedo hacer nada, no puedo trabajar".

Dice que el origen de su enfermedad se debe a que el tomaba aguardiente desde los diez años, lo que según él desencadeno la diabetes que le ha generado las demás patologías como el infarto agudo de miocardio.

Dominio 2. Nutrición

Clase funcional: 1. Ingestión. 2. Digestión. 3. Absorción. 4. Metabolismo

Paciente con dieta hipoglúcida, hiposódica; vía oral. Peso de 92 kg, apetito sin alteración. Pérdida de algunas piezas dentales, sin dificultad para masticación.

Deglución y gusto normales.

Valores de laboratorio:

Glucometría: 107 g/dL

Clase funcional: 5. Hidratación

A la valoración física se encuentran labios y lengua no hidratados.

Valores de laboratorio:

Hematocrito: 42%

Hemoglobina: 14 g/dL

Dominio 3. Eliminación e intercambio

Clase funcional: 1. Función urinaria 2. Función gastrointestinal

Paciente con sonda vesical a cystoflo. Orina concentrada. Meato urinario sin secreciones.

Valores de laboratorio:

BUN: 35.71 mg/dL *Aumentado* VN: (10-28 mg/dL)

Creatinina: 2.29 mg/dL *Aumentado* VN: (0.8-1.2mg/dL)

Abdomen globoso y distendido. Ruidos peristálticos presentes. Percusión sin alteraciones. A la palpación se evidencia presencia de malla, el paciente refiere antecedente de hernoplastia. No presencia de masas. Deposición sin alteraciones.

Clase funcional 3. Función tegumentaria

Piel pálida, seca y áspera. Manos con piel reseca, perfusión de 3sg. Uñas engrosadas. Se evidencian cicatrices de cirugía de osteosíntesis en MII por fractura de tibia y peroné. Pie izquierdo uñas engrosadas y secas.

Higiene oral deficiente, presencia de manchas en piezas dentales existentes. Encías pálidas y resecas.

Clase funcional 4: Función respiratoria

Frecuencia respiratoria: 11. Hemitórax simétricos, tamaño y expansión sin alteraciones. Relación inspiración-expiración: 1-2. Mucosas resecas, sin secreciones, SPO2: 94 con oxígeno cánula nasal 2L. Presencia de estertores basales bilaterales. No uso de músculos accesorios. No dolor en respiración. (Anexos: Exámenes diagnósticos - Gases arteriales)

Dominio 4. Actividad y reposo

Clase funcional: 1. Sueño y reposo

Insomnio de reconciliación. Manifiesta levantarse de tres a cuatro horas antes de lo normal durante los últimos meses. Manifiesta tener sueños con su esposa. Refiere que las condiciones ambientales del hospital no le permiten dormir bien.

Clase funcional: 2. Actividad y ejercicio 3. Balance energético

Paciente que permanece en cama sin deambulación. Amputación supracondílea derecha. Uso de muletas y silla de ruedas en casa. Refiere que la mayoría del tiempo permanece acostado. Paciente con fatiga grado III.

Clase funcional: 4. Respuestas cardiopulmonares

Focos aórtico y pulmonar S2>S1, foco mitral y tricúspide S1>S2 con sobreagregado entre S1 Y S2 soplo sistólico. Pulsos cubitales y radiales presentes. Pedial izquierdo presente. Ingurgitación yugular tipo II.

Frecuencia Cardiaca: 40 lpm

Presión arterial: 153/77 mmHg

Dominio 5. Percepción/cognición

Clase funcional: 1. Atención. 2. Orientación. 3. Sensación /percepción

Paciente euproxesico. Orientado en una esfera (persona), disgregado, ideas incoherentes, Presenta alucinaciones de tipo auditivo y visual con la esposa que ya había muerto. Refiere: "Ella viene a visitarme, me saluda y se queda por ahí", "a la casa también va". Estas se han venido intensificando en los últimos seis meses. La familiar corrobora esta información. Labilidad emocional, agresividad, ansiedad, ira, refiere " no quiero vivir más", "estoy cansado, ya no puedo hacer nada". Familiar refiere que el paciente se ha caracterizado por su frialdad afectiva.

Clase funcional: 4. Cognición. 5. Comunicación

Confusión mental. Pensamiento se encuentra incoherente con juicios falsos. Memoria retrógrada sin afectación - anterógrada afectada. Paciente presenta

dificultad para recordar lo que había desayunado. Inteligencia Social y emocional alterada, paciente no se desenvuelve con facilidad en los ámbitos sociales, refiere no tener buenas relaciones interpersonales. Presenta disartria (como si estuviese en estado de embriaguez). Coprolalia. Tonalidad alta, dificultad para hablar por resequedad en mucosas. Juicio y raciocinio debilitado. Actitud poco colaboradora y agresiva. Presenta aislamiento social.

Dominio 6. Autopercepción

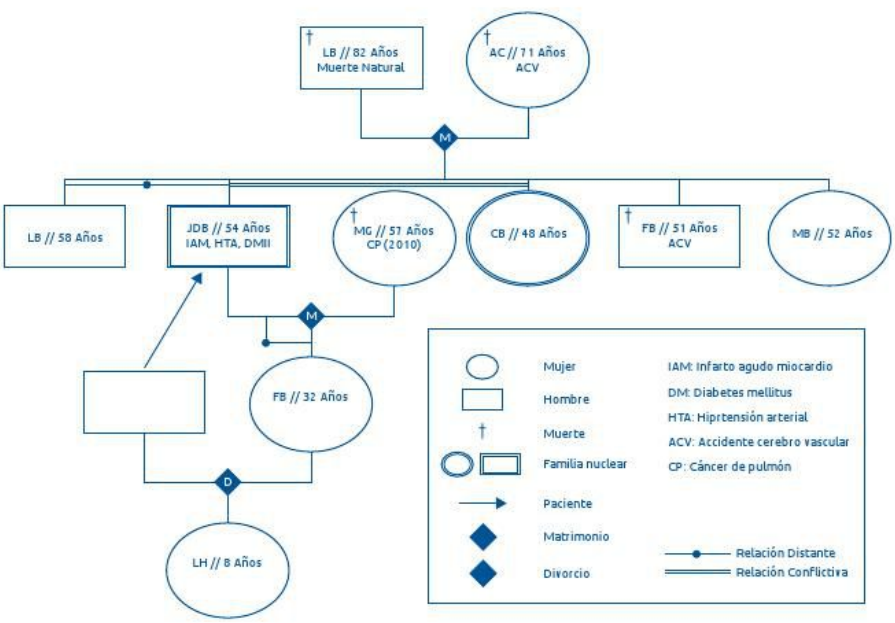
Clase funcional: 1. Autoconcepto. 2. Autoestima. 3. Autoimagen

Según refiere el paciente "desde mi amputación todo cambió, todo empeoró, ya no me puedo ni mover" "ya para qué vivo". Referente al autoconcepto manifiesta ser una carga para todo el que lo rodea. El paciente tiene su autoestima muy debilitada debido a la amputación, limitación de sus actividades de la vida diaria y al debilitamiento de su estado de salud. Además, refiere no haber realizado cosas importantes en su vida. Es egodístonico. Inside negativo.

Dominio 7. Rol / relaciones

Clase funcional: 1. Roles cuidador

La hermana del paciente refiere: "yo soy la que la acompaña en todo" " yo vivo con él y me encargo de la ropa, de la comida y lo del hospital". La hermana refiere cansancio del rol de cuidador.



Clase funcional: 2. Relaciones familiares

Relata que vive con la hermana desde que la esposa murió, refiere "ojalá se fuera, yo no quiero vivir más con ella, tengo que pagarle a mi propia hermana para que me cuide" la relación es bastante conflictiva, a su vez el tiene una hija que es divorciada pero ella vive en Barcelona desde hace cuatro años, lo visitó en febrero del presente año, sin embargo la relación con ella no es muy buena. No se ve con sus otros familiares. No cuenta con redes de apoyo.

Relaciones:

Clase funcional: 3. Desempeño del rol

El paciente recibe la pensión de su esposa, refiere sentirse aburrido por no poder trabajar, manifiesta sentirse no útil y una carga, además manifiesta sentirse solo y sin nadie con quien poder contar.

Dominio 8. Sexualidad

Clase funcional: 1. Identidad sexual. 2. Función sexual. 3. Reproducción

Genitales externos sin secreción, sin edema ni lesiones. Refiere "hace más o menos 2 años no tengo relaciones sexuales". El considera que su amputación y su enfermedad influyeron negativamente en su vida sexual.

Dominio 9. Afrontamiento y tolerancia al estrés

Clase funcional: 1. Respuestas postraumáticas 2. Respuestas de afrontamiento

La muerte de la esposa y la amputación han sido las situaciones más difíciles que él ha vivido. Refiere continuar viendo a la esposa, que ella va a la casa y al hospital a visitarlo, a la vez dice que su amputación afectó todo su vida, ya que se ve limitado para trabajar y para hacer cosas por el mismo, llevándolo a ser totalmente dependiente. Frente a estas situaciones la familiar refiere que tomó una postura agresiva, de poca colaboración, amargado y de aislamiento.

Dominio 10. Principios de vida

Clase funcional: 1. Valores. 2. Creencias. 3. Congruencia entre creencias y valores

Paciente refiere creencias religiosas católicas y expresas que por su limitación no ha vuelto a la iglesia. La familiar refiere que él no lee la biblia, no asiste a la iglesia y que desde su amputación se ha distanciado más de su religión.

Dominio 11. Protección y seguridad

Clase funcional: 1. Infección. 2. Lesión física. 4. Peligros ambientales

Paciente con Catéter periférico (# 18) en miembro superior derecho sin signos de infección. Presencia de sonda vesical. Enrojecimiento en zona glútea. Sin heridas. Sin úlceras. Presencia de cicatriz en MII por osteosíntesis. Amputación en MID.

Clase funcional: 5. Procesos defensivos. 6. Termorregulación

Paciente refiere no ser alérgico a nada.

Presenta temperatura corporal de 36 °C.

Dominio 12. Confort
Clase funcional: 1.Confort físico. 2. Confort ambiental

El paciente manifiesta incomodidad en su estadía en el hospital, refiere sentir dolor en zona lumbar y sacra clasificándolo en 5/10 en la EVA. Refiere " quiero irme a mi casa a morir en paz".

Dominio 13. Crecimiento y desarrollo
Clase funcional: 2. Desarrollo

El paciente refiere no sentirse útil y estar muy aburrido con su vida. Presenta deseos de morir rápido. Cambios constantes de humor tendientes a la tristeza y agresividad. Manifiesta que no tiene planes para sus próximos años de vida, ya que desea morir pronto.

EXAMENES DIAGNÓSTICOS
Electrocardiograma

Ritmo sinusal. Frecuencia 50 lpm. Bradicardia sinusal. Infradesnivel del intervalo ST. Onda T picuda.

Ecocardiograma
Función sistólica del ventrículo izquierdo severamente comprometida. Esclerosis mitral y aórtica. Insuficiencia mitral leve. Dilatación y disfunción moderada ventrículo derecho. Hipertensión pulmonar PSAP 47mmHg. Leve derrame pericárdico sin repercusión hemodinámica.

Ecocardiograma de estrés farmacológico
Estrés farmacológico negativo para isquemia miocárdica.

Prueba de esfuerzo
TA Basal 132/72mmHg

EKG Basal ritmo sinusal

Hallazgos: trastorno de repolarización bilateral.

Angiograma (arteriografía coronaria + cateterismo izquierdo)

Ventrículo izquierdo tamaño normal sin defectos de contractilidad, FE 60% Arteria descendente anterior calibre normal, lesión 80% segmento proximal.

Conclusiones: enfermedad coronaria arterioesclerótica con compromiso severo de un vaso. Función ventricular preservada.

Gases arteriales

pH 7.34

PaCO2 29 mmHg

PaO2 101mmHg

HCO3 15.6 mmHg

FiO2 40%

Troponina I: 0.032 ng/mL VN : (0-0.029ng/mL)

PLAN DE CUIDADO

DOMINIO	1. PROMOCIÓN DE LA SALUD
DATOS SUBJETIVOS	• El paciente refiere que su estado general de salud no ha sido bueno, dice: "estoy cansado, ya no puedo hacer nada, no puedo trabajar". • Dice que el origen de su enfermedad se debe a que el tomaba aguardiente desde los diez años, lo que según él desencadeno la diabetes que le ha generado las demás patologías como el infarto agudo de miocardio. • Familiar refiere que el paciente aún consume alcohol.
DATOS OBJETIVOS	• Paciente con descuido personal. • Mala higiene personal.
DIAGNÓSTICO	• (00193) Descuido personal R/C baja autoestima y depresión E/P falta de higiene oral, no deseos de baño, falta de motivación para realizar el autocuidado S/A deterioro del estado de salud, amputación y limitación en la movilidad. • (00099) Mantenimiento ineficaz de la salud R/C afrontamiento individual ineficaz E/P falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud S/A a la percepción de calidad de vida que tiene el paciente.
META (NOC)	• (0313) El paciente tendrá la capacidad para realizar actividades de cuidados personales y tareas domésticas básicas. • (1602) Generará acciones personales para mantener o aumentar el bienestar. • (1703) Empoderar convicción personal de que se tiene los medios adecuados para llevar a cabo una conducta sobre la salud.

INTERVENCIÓN	• Fomentar baño. • Fomentar higiene oral. • Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de su propio autocuidado como sea posible. • Incentivar a la realización de actividades de la vida diaria necesarias para funcionar en el hogar y en la comunidad. • Facilitar la realización de ejercicios físicos con el fin de mejorar el nivel de salud. • Establecer precauciones generales en paciente con alto riesgo de caída. • Fomentar una deambulación independiente dentro de límites de seguridad. • Estímulo y asistencia en la deambulación para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias. • Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir una mejora en la salud. • Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y su familia para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales. • Animar al paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta. • Ayudar al paciente a clarificar sus valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones efectivas.

DOMINIO	3.ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO
DATOS OBJETIVOS	• Presencia de estertores basales bilaterales. • pH 7.34 • PaCO2 29 mmHg • PaO2 101mmHg • HCO3 15.6 mmHg • FiO2 40%
DIAGNÓSTICO	• (000197) Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional R/C sedentarismo, disminución de la movilidad. • (00030) Deterioro del intercambiode gases R/C hipertensión pulmonar E/P gasometría arterial anormal S/A enfermedad coronaria.
INTERVENCIÓN (NIC)	• Uso de técnicas para la realización de ejercicios con el fin de mejorar el estado físico y el nivel de salud. • Masaje en zona abdominal para favorecer el peristaltismo. • Control de la eficacia del oxígeno (pulsioxímetro, gasometría en sangre arterial). • Promover el equilibrio de ácido-base y prevenir las complicaciones derivados de un desequilibrio de ácido-base. • Mejora de la frecuencia, la precarga, la postcarga y la contractilidad cardíacas. • Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

DOMINIO	4.ACTIVIDAD/REPOSO
DATOS SUBJETIVOS	• Insomnio de reconciliación. Manifiesta levantarse de tres a cuatro horas antes de lo normal durante los últimos meses. Manifiesta tener sueños con su esposa. Refiere que las condiciones ambientales del hospital no le permiten dormir bien. • Uso de muletas y silla de ruedas en casa. Refiere que la mayoría del tiempo permanece acostado. • Paciente con fatiga grado III.
DATOS OBJETIVOS	• Paciente que permanece en cama sin deambulación. Amputación supracondílea derecha. • Focos aórtico y pulmonar S2>S1, foco mitral y tricúspide S1>S2 con sobreagregado entre S1 Y S2 soplo sistólico. • Ingurgitación yugular tipo II. • Exámenes diagnósticos: (Anexos: Electrocardiograma, ecocardiograma, angiograma, tropinina I)

DIAGNÓSTICO	• (00198) Trastorno del patrón de sueño R/C insomnio de reconciliación E/P manifestaciones del paciente de levantarse de 3 a 4 horas antes de lo normal S/A depresión y se intensifica por condiciones ambientales del hospital. • (00097) Déficit de actividades recreativas R/C entorno desprovisto de dichas actividades E/P aislamiento del paciente y falta de motivación para realizar actividades que lo distraigan S/A depresión e irritabilidad • (00088) Deterioro de la ambulación R/C deterioro del estado físico, restricciones ambientales, miedo a las caídas E/P manifestaciones del paciente de no saber usar muletas y tener miedo a las caídas, además de sentirse poco útil S/A actitud poco colaboradora del paciente para recibir acompañamiento para deambulación y falta de educación frente a uso de muletas. • (00029) Disminución del gasto cardíaco R/C dilatación ventrículo derecho, hipertensión pulmonar E/P bradicardia, cambios en el ECG, edema S/A IAM. • (00200) Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca R/C esclerosis mitral y aórtica, hipertensión pulmonar, enfermedad coronaria arterioesclerótica con compromiso severo de un vaso e IAM.
META (NOC)	• El paciente logrará mantener un equilibrio afectivo que propicie un mejor descanso. • Durante la hospitalización lograra mantener un patrón del sueño sin alteración. • El paciente establecerá interacciones sociales en donde se genera un ambiente de apoyo. • Usará actividades relajantes, interesantes y de ocio para fomentar el bienestar. • El paciente tendrá la capacidad de moverse en el entorno independientemente con mecanismos de ayuda.
INTERVENCIÓN (NIC)	• Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia. • Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular simple o ansiedad. • Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima. • Animar al paciente a cambiar de ambiente, a salir de su casa, ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. • Estímulo y asistencia en la deambulación para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias. • Educar al paciente frente al uso adecuado de las muletas u otro mecanismo de ayuda.

DOMINIO	5.PERCEPCIÓN/COGNICIÓN
DATOS SUBJETIVOS	• Orientado en una esfera (persona), disgregado, ideas incoherentes. • Labilidad emocional, agresividad, ansiedad, ira. • Confusión mental. Pensamiento se encuentra incoherente con juicios falsos. Memoria retrógrada sin afectación - anterógrada afectada. Paciente presenta dificultad para recordar lo que había desayunado. • Inteligencia social y emocional alterada, paciente no se desenvuelve con facilidad en los ámbitos sociales, refiere no tener buenas relaciones interpersonales. • Presenta aislamiento social.
DATOS OBJETIVOS	• Presenta alucinaciones de tipo auditivo y visual con la esposa que ya había muerto. Refiere: "Ella viene a visitarme, me saluda y se queda por ahí", "a la casa también va". Presenta alucinaciones de tipo auditivo y visual con la esposa que ya había muerto. Refiere: "Ella viene a visitarme, me saluda y se queda por ahí", "a la casa también va". Estas se han venido intensificando en los últimos seis meses. La familiar corrobora esta información. • Paciente refiere "no quiero vivir más", "estoy cansado, ya no puedo hacer nada". • Familiar refiere que el paciente se ha caracterizado por su frialdad afectiva. • Presenta disartria (como si estuviese en estado de embriaguez). Coprolalia. Tonalidad alta, dificultad para hablar por resequedad en mucosas. Juicio y raciocinio debilitado. Actitud poco colaboradora y agresiva.
DIAGNÓSTICO	• (00122) Trastorno de la percepción sensorial (visual y auditiva) R/C estrés psicológico E/P alucinaciones con la esposa, falsos reconocimientos, irritabilidad y agitación S/A situación de salud del paciente y muerte de la esposa. • (00131)Deterioro de la memoria R/C disminución del gasto cardiacoE/Pincapacidad para retener nueva información S/Aedad y estado de alteración. • (00199)Planificación ineficaz de las actividadesR/C falta de soporte familiar y de amigos E/P falta de plan, falta de organización secuencial S/Adepresión y relaciones interpersonales disfuncionales.

META (NOC)	• El paciente tendrá la capacidad de identificar personas, lugares y tiempo con exactitud. • Generará autorrestricción de la alteración de la percepción y de procesos del pensamiento. • El paciente tendrá expresión efectiva de sentimientos, necesidades e ideas.
INTERVENCIÓN (NIC)	• Constantemente facilitar la orientación en tiempo y lugar. • Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados. • Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma realista. • Fomento de la comodidad, seguridad y orientación de la realidad de un paciente que experimenta creencias falsas. • Ayudar al paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas. • Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la realidad actual.

DOMINIO	6. AUTOPERCEPCIÓN
DATOS SUBJETIVOS	• Según refiere el paciente "desde mi amputación todo cambió, todo empeoró, ya no me puedo ni mover" "ya para que vivo". Referente al autoconcepto manifiesta ser una carga para todo el que lo rodea. El paciente tiene su autoestima muy debilitada debido a la amputación, limitación de sus actividades de la vida diaria y al debilitamiento de su estado de salud. Además, refiere no haber realizado cosas importantes en su vida.
DATOS OBJETIVOS	• Es egodístonico. Inside negativo.
DIAGNÓSTICO	• Desesperanza (00124) • Impotencia (00125) • Soledad (00054) • Baja autoestima crónica (00119)
META (NOC)	• El paciente buscará herramientas para mejorar su estilo de vida.
INTERVENCIÓN (NIC)	• Animar al paciente a evaluar su propia conducta. • Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente. • Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. • Ayudar al paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

DOMINIO	7. ROL/RELACIONES
DATOS SUBJETIVOS	• La hermana del paciente refiere: "yo soy la que la acompaña en todo" " yo vivo con él y me encargo de la ropa, de la comida y lo del hospital". La hermana refiere cansancio del rol de cuidador. • Relata que vive con la hermana desde que la esposa murió, refiere "ojalá se fuera, yo no quiero vivir más con ella, tengo que pagarle a mi propia hermana para que me cuide" la relación es bastante conflictiva, a su vez el tiene una hija que es divorciada, pero ella vive en Barcelona desde hace cuatro años, lo visitó en febrero del presente año, sin embargo la relación con ella no es muy buena. • No se ve con sus otros familiares. • No cuenta con redes de apoyo. • El paciente recibe la pensión de su esposa, refiere sentirse aburrido por no poder trabajar, manifiesta sentirse no útil y una carga, además manifiesta sentirse solo y sin nadie con quien poder contar.
DIAGNÓSTICO	• Cansancio del rol de cuidador (00061) • Procesos familiares disfuncionales (00063) • Desempeño ineficaz del rol (00055) • Deterioro de la interacción social (00052)
META (NOC)	• El paciente desarrollará o mejorará las habilidades sociales interpersonales.
INTERVENCIÓN (NIC)	• Identificar sistemas de apoyo alternativos para la familia de modo que la cuidadora pueda mantener una vida social. • Ayudar a identificar las barreras para entablar relaciones con los demás. • Hablar con el paciente acerca de cómo se desempeña su rol en la familia.

DOMINIO	9. AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS
DATOS SUBJETIVOS	• La muerte de la esposa y la amputación han sido las situaciones más difíciles que él ha vivido. Refiere continuar viendo a la esposa, que ella va a la casa y al hospital a visitarlo, a la vez dice que su amputación afectó toda su vida, ya que se ve limitado para trabajar y para hacer cosas por él mismo, llevándolo a ser totalmente dependiente. Frente a estas situaciones la familiar refiere que tomó una postura agresiva, de poca colaboración, amargado y de aislamiento.
DIAGNÓSTICO	• Síndrome postraumático (00141) • Aflicción crónica (00137) • Afrontamiento defensivo (00071) • Afrontamiento ineficaz (00069) • Deterioro de la capacidad de recuperación personal (00210) • Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188) • Duelo complicado (00135)
META (NOC)	• El paciente mejorará su estado de ánimo y adoptara medidas de afrontamiento eficaces que le permitan mejorar su estado de salud.
INTERVENCIÓN (NIC)	• Facilitar la valoración de los factores estresantes. • Facilitar el hacer conciencia de las reacciones frente al estrés. • Orientación sobre formas de descarga del estrés. • Facilitar el hacer catarsis en cuanto a las estrategias usadas por el paciente para resolver situaciones difíciles. • Duelo: Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida; ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida. • Ayudar al paciente a identificar una fuente de motivación. • Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana. • Facilitar que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que es divertido, gracioso o absurdo al efecto de establecer relaciones, aliviar tensiones, liberar sentimientos de ira, facilitar la enseñanza o enfrentarse a sentimientos dolorosos. • Ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con su discapacidad.

DOMINIO	11. SEGURIDAD/PROTECCIÓN
DATOS SUBJETIVOS	• Paciente refiere no ser alérgico a nada.
DATOS OBJETIVOS	• Paciente con catéter periférico (# 18) en miembro superior derecho sin signos de infección. Presencia de sonda vesical. Enrojecimiento en zona glútea. Sin heridas. Sin úlceras. Presencia de cicatriz en MII por osteosíntesis. Amputación en MID. • Presenta temperatura corporal de 36 °C.
DIAGNÓSTICO	• (00004) Riesgo de infección R/C catéter periférico • Riesgo de caídas (00155) • Deterioro de la dentición (00048) • Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047) • Riesgo de violencia autodirigida (00140)
META (NOC)	• Se prevendrá la infección relacionada con el catéter periférico durante la hospitalización.
INTERVENCIÓN (NIC)	• Realizar limpieza adecuada de la piel. • Se vigila la piel alrededor del catéter en busca de flebitis, infiltración, etc.

DOMINIO	12. CONFORT
DATOS SUBJETIVOS	• El paciente manifiesta incomodidad en su estadía en el hospital, refiere sentir dolor en zona lumbar y sacra clasificándolo en 5/10 en la EVA. Refiere " quiero irme a mi casa a morir en paz".
DIAGNÓSTICO	• Disconfort(00214) • Dolor agudo (00132) • Aislamiento social (00053)
META (NOC)	• Alivio del dolor o disminución a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
INTERVENCIÓN (NIC)	• Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión manual para disminuir el dolor, inducir la relajación y o mejorar la circulación.

SER ENFERMERA: SITUACIÓN DE ENFERMERÍA

Cindy Vanessa Parra
civparrapa@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería – X Semestre
Universidad Nacional de Colombia

Iniciado mi tercer semestre, mis expectativas se centraron en el inicio de las prácticas hospitalarias, ansiedad y deseo de experiencias enriquecedoras para mi formación personal y profesional eran las sensaciones por aquellos días. Llegado el comienzo de la rotación de básicas, encontré a una mujer de 87 años en el último cuarto del pasillo de medicina interna del Hospital de Engativá; tenía los ojos totalmente cerrados e inicialmente pensé que se debía a una conjuntivitis gonocócica que padecía, no era su único mal, no era el más relevante; su diagnóstico de atrofia muscular, desnutrición crónica y abandono social, hacían más que justificada la alimentación por sonda nasogástrica con Glucerna, que recibía y el estado caquéctico en el que se encontraba.

Por una razón que aún no logro explicar, esta señora se convirtió en mi primer reto como enfermera en formación, con ella me propuse hacer realidad el cuidado brindado por una enfermera. Durante los primeros días permaneció en un estado de mutismo absoluto; no respondía mis preguntas, así como tampoco había recibido baño desde hacía ya algún tiempo, simplemente permanecía así, sin ropa, inmóvil, enfrentando el frio con una bata hospitalaria. Ella era una abuelita más, otra de aquellas mujeres que abandonan en un hogar geriátrico, de las que todo el mundo se olvida, de las que parecen volverse un "estorbo" para la sociedad; ni siquiera las auxiliares pasaban por allí, lo único que las ataba a esa anciana era la administración de la nutrición por la sonda nasogástrica y el rutinario cambio del pañal; para todo el mundo parecía ser una anciana sin sentimientos, sin emociones, sin derechos, tal vez, para todos se había convertido en un objeto obsoleto. Esto no era lo que yo quería, para esto no me estaba formando, mi reto con aquella dama se hizo aun mayor.

Durante toda la rotación la cuidé. Es justo aceptar que al principio fue demasiado difícil su cuidado, porque su precario estado de salud físico, y sobre todo psicológico, se constituían como una barrera para el fortalecimiento de esa relación enfermera-paciente que tanto pretendía. Yo me preguntaba por qué aquella mujer no hablaba y por qué ni siquiera hacía el intento de abrir los ojos. La respuesta apareció cuando en sus primeras palabras dijo: "por favor, no me vaya a maltratar";

logré entender cómo una palabra puede no decir nada y al mismo tiempo decirlo todo. Desde ese instante afirmé como nunca mi responsabilidad como cuidadora.

Día a día le brindé cuidados, intenté solventar en lo que más pude sus necesidades básicas y me hice cargo de ella, al menos, en lo que en mis manos estaba. Solo bastó empezar a darle la importancia que ella necesitaba como persona, solo bastó dignificarla, verla más allá de su patología, verla como alguien que podría ser mi madre, mi abuela o hasta yo misma en unos largos años. Las palabras que esporádicamente florecían de su boca adornaron el jardín de pequeñas pero benéficas conversaciones, y como la primavera ella empezó a florecer, a mejorar. Con el paso de los días abrió los ojos mientras la conjuntivitis desaparecía gradualmente, su corazón también me abrió las puertas y por primera vez la veía sonreír. La realización de los procedimientos también se hizo más fácil, ahora ella colaboraba. Desapareció el objeto, ahora éramos ella y yo; le leía cuentos y ella intentaba contar los suyos, esfuerzo que algunas veces resultaba vano porque su estado de salud ya no daba para tanto, el dolor la consumía día a día como cuando se consume un pedazo de papel con el fuego; fue imposible no encariñarme, no solo estuve como enfermera, también estaba mi persona en ese lugar, en aquella mujer que marcaría radicalmente la pauta de mi rol en este campo, el campo de la salud y el cuidado de la vida.

Se acercaba el final de la rotación y, a pesar de que ya no la tuviera asignada como una de mis pacientes, yo la seguía viendo, la asistía en todo lo que podía, me estaba extralimitando en mis acciones académicas y no me importaba, ella se había convertido en un reto personal, humano y profesional. Conseguirle ropa, elementos de aseo, pañales y demás no era una carga para mí, era parte de la responsabilidad y mi compromiso ético, quería con actos manifestarle a esa hermosa mujer que me importaba, que ella aún importaba a pesar de las inclementes escenas que a diario pudiera ver de parte de aquellos para quienes continuaba siendo un objeto. Al fin y al cabo, ¿quiénes podremos llegar a ser si no podemos servirle a otros?

Estuve allí escuchando sus murmullos y haciéndole compañía, tan solo al mirarla, ella sabía que ya no estaba sola, mi mano parecía representar más de lo que alguna vez llegué a imaginar. Me encontraba en la última semana de práctica, y cómo olvidar ese día, cuando ella murió. Su mano entre la mía, sentía esa fuerza que no te deja ir sino hasta cuando ya solo percibes que una sola vida se halla en la habitación; ella me miró y cuando menos lo esperaba, en medio de su dolor, logré escuchar con más claridad que nunca un "gracias". Desde ese momento mi camino profesional quedó marcado, puedo decir que con esto comprendí como nadie qué es ser enfermera.

PARA LOS AUTORES

Las instrucciones que entregamos a los autores buscan orientarlos frente a las normas APA adoptadas por la revista **Comuncuidado** para la evaluación y envío de los manuscritos.

Preparación del manuscrito

Los manuscritos deben elaborarse en tamaño carta (26 x 27,9 cm.), fuente Times New Roman, tamaño 12, espacio 1.5. Las márgenes superior, inferior, derecha e izquierda deben ser de 3 cm.

Los autores deben escribir su nombre completo debajo del título, al lado derecho y debajo la siguiente información: correo electrónico institucional, carrera–semestre en número romano y universidad. Ejemplo:

Pepita L
pepitalll@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería XI Semestre
Universidad Nacional de Colombia

Los trabajos investigativos y de grado deben incluir título, resumen (que no exceda las 250 palabras) en donde debe estar incluido el objetivo, método, resultados, discusión y conclusiones, cinco palabras clave (se recomienda consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS en: http://decs.bvs.br/Elhomepagee.htm), método, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y mínimo ***5*** referencias.

En las situaciones de enfermería no se deben nombrar datos de los pacientes, con el fin de evitar la vulneración del derecho a la privacidad.

Si el documento contiene tablas, imágenes o gráficas la resolución de las mismas debe ser por lo menos de 300x300 pixeles en formato JPG; así mismo, su organización en el documento se llevará a cabo con numeración arábiga, cada una de ellas contendrá un título y la fuente de la que fueron tomadas, datos que se dejarán insertados en el documento de word como guía de ubicación. Adicionalmente, deben estar grabadas fuera del texto en el formato anteriormente señalado.

CITAS: En el estilo APA se utilizan paréntesis dentro del texto en lugar de notas al pie de página o al final del texto.

Cita textual o literal: Citas de menos de 40 palabras

Cita basada en el autor: Referencia al autor al inicio de la cita. Texto. Apellido del autor de la cita (año) afirma: "cita" (p. 90). Texto.

Cita basada en el texto: Datos al final de la frase citada. "Cita" (Apellido, año, página).

Cita de más de 40 palabras: Se escriben aparte del texto, con sangría de 1 cm, un tamaño de letra un punto menor y sin comillas. Al final de la cita se pone el punto **antes** de los datos (recuerde que en las citas con menos de 40 palabras el punto se pone después). De igual forma, la organización de los datos puede variar según donde se ponga el énfasis, al igual que en el caso anterior.

Cita basada en el texto: Datos al final de la frase citada. Cita. (Apellido, año, página)

Cita basada en el autor: Referencia al autor al principio de la cita. Apellido (año) afirma: cita. (p.90)

Cita de parafraseo o no literal

Cita basada en el texto: Datos al final de la frase parafraseada. Cita (Apellido, año).

Cita basada en el autor: Referencia al autor al inicio de la cita. Apellido (año). Refiere cita.

Reglas según autores

Dos autores: Sus apellidos van separados por el símbolo '&'.

- Rosenblum&Kuttner (2010) afirman que es posible (...).

- (...) es necesario hacer esas consideraciones (Rosembum&Kuttner, 2010).

Tres a cinco autores: La primera vez que se citan se indican los apellidos de todos. Posteriormente, se cita solo el primero y se agrega «et al.» seguido de punto (et al.).

Seis o más autores: Se cita el apellido del primero seguido de "et al." desde la primera citación.

Autor corporativo: Se coloca el nombre de la organización en vez del apellido: ONU (2010) afirma (...)/ (...) los desplazados (ONU, 2010)

Cita de una cita: Ejemplo, se está leyendo un libro de Stephen Hawking y este cita una opinión o afirmación de Roger Penrose se cita: Penrose (citado por Hawking, 2010) piensa que las matemáticas (...)

Referencias bibliográficas: Son un listado de los datos de cada fuente consultada para la elaboración de un trabajo y que aparecen citados en el texto. Este listado permite identificar y localizar las fuentes para cerciorarse de la información contenida allí o complementarla en caso de ser necesario.

¡Importante! Todos los autores citados en el cuerpo de un texto o trabajo deben coincidir con la lista de referencias del final, **nunca debe referenciarse un autor que no haya sido citado en el texto o viceversa.**

La lista de referencias se hace con interlineado 1,5, cada una debe tener sangría francesa y el listado debe organizarse según el orden alfabético de los apellidos de los autores de las fuentes. Para la referenciación de números o volúmenes de alguna publicación es necesario usar números arábigos y no romanos.

LIBRO

Forma básica: Apellido, iniciales de los nombres. (Año). *Título en cursiva.* Lugar de publicación: Editorial. Ejemplo: Ynduráin, F. J. (2006). *Electrones, neutrinos y quarks.* Barcelona, España: Crítica.

Libro con autor: Apellido, A. A. (Año). *Título.* Ciudad: Editorial.

Ejemplo: Crick, F. (1994). *La búsqueda científica del alma.* Madrid: Debate.

Libro con editor: Apellido, A. A. (Ed.). (Año). Título. Ciudad: Editorial.

Ejemplo: Wilber, K. (Ed.). (1997). *El paradigma holográfico.* Barcelona: Editorial Kairós

Libro en versión electrónica: Apellido, A. A. (Año). *Título.* Recuperado de http://www.x Ejemplo: De Jesús Domínguez, J. (1887). *La autonomía administrativa en Puerto Rico.* Recuperado de http://memory.loc.gov/cgibin/query/r?m28DOCID+@%28lhbpr33517%

PUBLICACIONES PERIÓDICAS

Artículos científicos (Journal)

Forma Básica: Apellido, A. A., Apellido, B. B. & Apellido, C. C. (Fecha). Título del artículo. *Nombre de la revista en cursiva, volumen en cursiva* (número), pp-pp.

Ejemplo: Cifra, M., Pokorný, J., Havelka, D., &Kucera, O. (2010). Electric field generated by axial longitudinal vibration modes of microtubule. *BioSystems, 100*(2), 122-31.

Artículo Online: Apellido, A. A. (Año). Título del artículo. *Nombre de la revista,* volumen (número), pp-pp. Recuperado de

Ejemplo: Mota de Cabrera, C. (2006). El rol de la escritura dentro del currículo de la enseñanza y aprendizaje del inglés como segunda lengua (esl/efl): Una perspectiva histórica. *Acción Pedagógica, 15*(1), 56-63. Recuperado de http://www.saber.ula.ve/accionpe/

Referencia:

Centro de escritura Javeriano. (2011) Normas APA, Cali: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de. http://portales.puj.edu.co/ftpcentroescritura/Recursos/Normasapa.pdf

CRITERIOS DE PUBLICACIÓN

Com**un**cuidado pretende orientar al estudiante hacia una publicación más profesional, por medio de artículos de análisis de situaciones de la disciplina y de experiencias de trabajo que se realizan dentro de la dinámica de los diferentes planes de estudios. Teniendo en cuenta lo anterior, se establecen criterios de publicación amplios en los cuales se puede participar con:

Artículos
Situaciones de enfermería
Casos clínicos
Opiniones sobre el rumbo académico de nuestra formación profesional
Opiniones sobre la situación actual de la enfermería del país o en general
Experiencias de prácticas tanto hospitalarias como comunitarias
Reseña de trabajos finales de alguna área
Poesías
Anécdotas
Críticas
Los productos deben enmarcarse dentro de los parámetros de respeto y responsabilidad sobre lo que se escribe y el aporte a la profesión.

¿QUIERES HACER PARTE DE LA REVISTA DE ESTUDIANTES?

Puedes hacer llegar los artículos a nuestro correo electrónico comuncuidado@gmail.com

¡Ingresa al equipo de Comuncuidado!¡Te esperamos en el salón de estudiantes!

Encuéntranos también en Facebook como ComuncuidadoUnal

COMUNCUIDADO 18
Se terminó de diseñar en Agosto de 2014.
Para su elaboración, se usó la fuente Ubuntu,
en sus versiones Light, Regular y **Bold**,
tanto Normal como *Itálica.*

Se imprimió en los talleres de **GRACOM** Gráficas Comerciales
los cuales están ubicados en la Carrera 69K # 70-76.
Se imprimieron 500 ejemplares.

Bogotá, Colombia, 2014.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIRECCIÓN DE BIENESTAR
DIRECCIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO
ÁREA DE ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL
PROGRAMA GESTIÓN DE PROYECTOS