ISSN 1692 - 407x • 2016

COMUNCUIDADO

VOL 19 - 02

REVISTA DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

ARTÍCULO PRINCIPAL 6 Pag
Análisis de la relación entre no desayunar o hacerlo de manera inadecuada y la obesidad infantil

CASO CLÍNICO 30 Pag
Cuidado de enfermería en un paciente con enfermedad crónica en situación aguda. Experiencia de intercambio.

NARRATIVA DE ENFERMERÍA 59 Pag
Mi imposibilidad de comunicarme, mi condena a morir.

PASATIEMPO 67 Pag
Sopa de letras: Enfermedades huérfanas.

Apoyan

Facultad de Enfermería
Dirección de Bienestar
Programa Gestión de Proyectos
Sede Bogotá

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Revista Comuncuidado
Revista de Estudiantes de Enfermería
Volumen 19 Nº2 / ISSN 1692 – 407X

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá

ComUNcuidado es un proyecto estudiantil integrado por profesionales de enfermería en formación, de diferentes semestres, el cual busca incentivar la producción de textos e ilustraciones de tipo académico, resultado de las experiencias teórico-prácticas de la carrera. Con 28 años de trayectoria, tiene el objetivo de seguir incentivando la excelencia de los estudiantes y transformarse en un referente nacional e internacional para la Enfermería.

Contacto Comuncuidado

rcomcuid_febog@unal.edu.co
/comuncuidado.unal
@comUNcuidado
issuu.com/comuncuidado

Universidad Nacional de Colombia
Cr. 45 No 26-85 Edificio Uriel Gutiérrez
Sede Bogotá
www.unal.edu.co

proyectoug_bog@unal.edu.co
/gestiondeproyectosUN
ugp.unal.edu.co
issuu.com/bienestarbogotaun

Los textos presentados en la siguiente publicación expresan la opinión de sus respectivos autoresy la Universidad Nacional de Colombia no se compromete directamente con la opinión que ellos puedan suscitar.

Rector
Ignacio Mantilla Prada
Vicerrector
Jaime Franky Rodríguez
Director de Bienestar de Sede
Oscar Oliveros Garay
Coordinadora Programa Gestión De Proyectos
Elizabeth Moreno Domínguez
Decana Facultad de Enfermería
Yanneth Mercedes Parrado Lozano

COMITÉ EDITORIAL
Dirección
Jhon Edison Gutiérrez Uribe
Editores
Wendy Lorena Salinas González
Edwin Humberto Muñoz Parra
Equipo de Colaboradores
Jhon Alexander Pulido Achagua
Diana Katherine Alfonso Gamboa
Revisión Docente
Yanira Astrid Rodríguez Holguín
Corrección de Estilo (PGP)
Diana Consuelo Luque Villegas
Diagramación y Diseño (PGP)
Andrés Fernández Rodríguez / Diana Londoño Aguilera
Impresor / GRACOM Gráficas Comerciales

Derechos de Autor y Licencia de Distribución
Atribución • No Comercial • Sin Derivar

CONTENIDO

EDITORIAL
4 Jhon Alexander Pulido Achagua y Diana Katherine Alfonso Gamboa

EXPERIENCIA DE PRÁCTICA
6 Análisis de la relación entre no desayunar o hacerlo de manera inadecuada y la obesidad infantil
Aida Martínez Pérez, David Gutiérrez Valdez y Jorge Alberto Muciño Barrientos

18 Remotivation: Art and Science in Nursing Care
Luis Fernando Penagos Cubillos, Adrian Camilo Restrepo Meléndez, Geidy Fiorella Suarez Suarez y Carlos Andrés Sarmiento Hernández

ARTÍCULO DE OPINIÓN
24 La educación como proceso emancipatorio en la búsqueda de una formación en salud crítica y de una salud para todos y todas
Carlos Julio Saavedra Cantor y Pablo Edilberto Torres Acevedo

CASO CLÍNICO
30 Cuidado de enfermería en un paciente con enfermedad crónica en situación aguda, experiencia de intercambio
Diana Katherine Alfonso Gamboa y Jhon Alexander Pulido Achagua

44 Intervenciones de enfermería para la persona con depresión e ideación suicida: un caso clínico
Claudia Isabel Hernández Castillo y Nathaly La-Rotta Salamanca

NARRATIVA DE ENFERMERÍA
52 La rotonda del rio
Germán Marentes Hortúa

55 Cuando nos enfrentamos a la vida
Lury Jazmín Fandiño Herrera

59 Mi imposibilidad de comunicarme, mi condena a morir
Vannesa Alejandra Romero Alemán.

62 Dolor de alma
Liset Yurani Ussa Leal

PASATIEMPO
67 Sopa de letras:
Enfermedades huérfanas
Integrantes revista ComUNcuidado

EDITORIAL

Jhon Alexander Pulido Achagua
Diana Katherine Alfonso Gamboa
Estudiantes de X semestre
Integrantes de la revista ComUNcuidado
Universidad Nacional de Colombia

Con el volumen 19-II de la revista ComUNcuidado, se cierra un ciclo como estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Es difícil encontrar palabras que logren expresar todas esas vivencias acumuladas durante la vida en la academia; los cientos de experiencias diferentes han contribuido a nuestro crecimiento personal y profesional como enfermeros.

El progreso de la revista es evidente:
a) incremento y diversificación de productos de calidad recibidos y publicados, y, si bien, la mayoría de trabajos proceden de estudiantes de la facultad, hay una creciente participación de estudiantes de otras universidades tanto de nuestra nación como de Brasil, México, Perú y España; y b) el reconocimiento en el ámbito local, nacional e internacional, aunque su visibilidad no es toda la que ansiamos. Confiamos en que el relevo generacional de la revista comprenda muchas caras nuevas, con un inesperado aire lleno de ideas e ilusiones que contribuyan a los nuevos retos en pro de la excelencia y la visibilización.

Al contemplar el trabajo de la revista, nos encontramos con 28 años de compromisos y dedicación al cuidado de enfermería; comprobamos que el esfuerzo de las antiguas y nuevas generaciones de personas, instancias, integrantes y colaboradores del equipo de trabajo a lo largo de los años se condensa en dos palabras: ComUncuidado vive.

Nos vamos en un momento histórico para la Facultad de Enfermería, pues se abren las puertas de su propio primer hospital universitario y se hace entrega del nuevo edificio; por ello, esperamos que sea el inicio de nuevos horizontes y triunfos. Emprendemos una nueva etapa, la vida profesional, sin embargo, les aseguramos que parte de nuestros mejores años quedan en la Revista, la Facultad y la Universidad, y, por lo tanto, prometemos volver a esta, nuestra casa.

EXPERIENCIA DE PRACTICA

ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE NO DESAYUNAR O HACERLO DE MANERA INADECUADA Y LA OBESIDAD INFANTIL

Aida Martínez Pérez
Estudiante de Enfermería
VII semestre
Universidad de Oviedo
aida_mp_lka@hotmail.com

David Gutiérrez Valdez
Estudiante de Enfermería
VII semestre
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
pato45_donal@hotmail.com

Jorge Alberto Muciño Barrientos
Estudiante de Enfermería
VII semestre
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
enf_alberto@gmail.com

RESUMEN

La alta prevalencia, la tendencia al aumento, las graves consecuencias y los elevados costos hacen de la obesidad infantil un importante problema de salud pública. Problema prevenible y, por tanto, susceptible de intervenciones educativas, entre las que numerosos estudios y programas destacan, entre otras, el desayuno.

El objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre no desayunar o realizar un desayuno inadecuado y la obesidad infantil. Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico transversal, con una muestra de 99 niños con edades comprendidas entre los 10 y 12 años, pertenecientes a la escuela primaria Francisco Sarabia y Tinoco (México). A todos los participantes se les realizó un examen antropomórfico, una medición de la tensión arterial y se les aplicó un cuestionario elaborado por los propios investigadores, en el período abril-mayo del 2015. Para el análisis de los datos, se utilizó la estadística descriptiva e inferencial. El análisis descriptivo reveló un alto porcentaje combinado de obesidad y sobrepeso (48,5%) en la muestra. No se halló asociación entre las variables calidad del desayuno y obesidad. La prueba de Spearman no evidenció diferencias significativas en ninguno de los análisis correlacionales realizados, a excepción de la asociación entre la tensión arterial y la calidad del desayuno (p=0,036).

Palabras clave: *Desayuno, obesidad pediátrica, estudios transversales*

ABSTRACT

It is known that high prevalence, rising trend, serious consequences and considerable costs turn pediatric obesity in an important problem of public health. This is a preventable problem, therefore, it´s susceptible to educational interventions where some studies and programs distinguish, among others, the breakfast.

The aim of this study was to analyze the association between breakfast skipping and pediatric obesity. An analytic cross-sectional study was carried out on a population of 99 (10-12 years old) school children from Francisco Sarabia y Tinoco school (Mexico). Sociodemographic data, anthropometric measurements and blood pressure were collected. A food frequency questionnaire was also taken from April to May of 2015. Descriptive statistic and inferential were carried out using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). The descriptive analysis revealed a high combined overweight and obese percentage of 48,5%. Skipping breakfast was not associated with obesity. Spearman's correlation coefficient showed no significant differences, with the exception of blood pressure and breakfast association (p=0,036).

Keywords: *Breakfast, pediatric obesity, cross-sectional studies.*

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la obesidad infantil es considerada como uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. La Organización Mundial de la Salud (2013) calcula que existen 41,7 millones de niños con sobrepeso en el mundo, de los cuales 5,7 millones residen en América. Para Latinoamérica, México encabeza la lista mundial de obesidad y sobrepeso infantil (Unicef México, 2015). La encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012 revela un aumento notable de la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 5 a 11 años de edad entre 1999 y 2006, siendo más marcado este aumento en los niños, con un ascenso de aproximadamente 14 puntos porcentuales (de 22,8 a 37,4%). Del 2006 al 2012, la tendencia ha sido la estabilidad de las cifras (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012).

La obesidad infantil no se relaciona únicamente con problemas de salud futuros (enfermedades no transmisibles) sino que los niños obesos sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión; además, presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015a). La obesidad, el sobrepeso y las enfermedades no transmisibles son, en gran medida, prevenibles; por tanto, la forma de actuación más adecuada será la prevención.

Para la prevención de la obesidad y el sobrepeso infantil a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015b) ha desarrollado el programa: estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, con la concepción de un enfoque multisectorial. El programa solicita la participación de todos los sectores de la sociedad para la lucha contra la obesidad (padres, escuelas, sector privado,...). Entre las innumerables estrategias que propone la OMS (2015b), se destaca el proporcionar un desayuno saludable a los niños y los adolescentes por parte de sus padres, así como ofrecer programas alimentarios saludables por parte de las escuelas.

En el año 2005, se puso en marcha, en España, la estrategia Nutrición, actividad física, prevención de la obesidad y el sobrepeso (NAOS) desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Agencia Española de Seguridad Alimentaria [AESAN], 2015), bajo el lema de "Invertir la tendencia de la Obesidad". Este programa necesitó de la implicación de 4 ámbitos: familiar y comunitario, escolar, empresarial, y sanitario. Dentro del ámbito familiar y comunitario se exponen diez recomendaciones, de las cuales la número nueve señala: "nunca prescindir de un desayuno completo, compuesto por lácteos, cereales (pan, galletas, cereales de desayuno...) y frutas, al que debería dedicarse entre 15 y 20 minutos de tiempo." (p. 25).

Más concretamente, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2007) llevó a cabo la campaña Despierta, desayuna, come sano y muévete, con el objetivo de promover hábitos alimenticios saludables desde la infancia. Siguiendo esta misma línea, la Secretaría de Salud del gobierno mexicano (2013) elaboró, en la Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes, los tres pilares que sustentan la estrategia nacional son: salud pública, atención médica, y regulación sanitaria y política fiscal. En el apartado "Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia" señala las siguientes acciones:

> Consolidar las acciones enfocadas a la reducción de azúcares, grasas saturadas y sal en los programas de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria, particularmente en el programa de Desayunos Escolares y alimentos distribuidos por los Sistemas Estatales para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal (DIF D.F en las escuelas) <y> fortalecer la inclusión de verduras, frutas, leche descremada, cereales integrales, leguminosas y agua simple potable en los programas de la estrategi- desayunos escolares. (2013, p. 20)

El desayuno es considerado la comida más importante del día y numerosos estudios han demostrado la importancia de este hábito. El realizar un desayuno de forma habitual se asocia con un menor índice de masa corporal (IMC); una mejor regulación del apetito; control de la glucemia, nivel de energía, estado de ánimo, calidad de la dieta y prevención de la obesidad. Mientras que la ausencia de este conlleva al aumento del picoteo, patrones de ingesta irregulares o mayor consumo de alimentos de bajo valor nutricional, como lo establecen los estudios de Segovia Galiano y Moreno Villares (2010); Pereira Mark, Erickson, McKee, Shrankler, y Raatz (2011); Kyriazis et al. (2012); Mushtaq et al. (2011); Fernández Morales, Aguilar Vilas, Mateos Vega y Martínez Para (2011); Van Lippevelde et al. (2013); Watanabe et al. (2014); Karlen, Mansino, Fortino y Martinelli (2011), y Cohen, Evers, Manske, Bercovitz y Gayle Edwad (2003).

En relación con la obesidad, la ingesta total de alimentos y la distribución de la misma a lo largo del día, ambas influyen en su aparición. Repartir el consumo de alimentos a lo largo del día y desviar la ingesta energética hacia el comienzo del mismo se han asociado con pesos más bajos. Tanto en la población infantil, como en adolescentes y adultos se ha observado que aquellos que omiten el desayuno tienden a desarrollar hábitos incorrectos en la alimentación (Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid, 2003). A pesar de los notables beneficios que aporta un desayuno equilibrado (cereales, fruta, leche y proteínas), 1 de cada 5 niños mexicanos llega a la escuela sin desayunar y de los que sí realizan un desayuno, este se compone, en la mayoría de los casos, de cereales con un alto contenido en azúcar, ausencia de frutas y productos de origen animal (Daniela, 2010).

La obesidad es una enfermedad crónico-degenerativa con una alta prevalencia, la cual causa discapacidad en la población y que consume una gran cantidad de recursos (OMS, 2015b). La alimentación, junto con el sedentarismo, constituyen los factores determinantes en su aparición (Joseph et al., 2008). Los hábitos alimenticios y los estilos de vida adquiridos en la infancia se mantienen a lo largo de la vida. Dentro de estos hábitos, la omisión del desayuno ha sido relacionada con la aparición de obesidad. (Segovia Galiano, 2010).

En este contexto, el presente estudio fue llevado a cabo en la escuela primaria Francisco Sarabia y Tinoco (México), con el objetivo de analizar la relación entre no desayunar o hacerlo de manera inadecuada y la obesidad.

Objetivos

General

Detectar si existe relación entre no desayunar o realizar un desayuno inadecuado y la obesidad infantil en niños de 5° y 6° año de la escuela Primaria Sanabria y Tinoco.

Específico

Determinar en qué medida las variables sociodemográficas influyen en la obesidad Identificar la calidad de los alimentos con la que los niños de 5° y 6° de primaria desayunan.

Metodología

Hipótesis

El no desayunar o realizar un desayuno de forma inadecuada es un factor de riesgo para el sobrepeso/obesidad infantil.

Diseño del estudio

Estudio analítico transversal de una muestra seleccionada de niños pertenecientes a la escuela primaria Francisco Sanabria y Tinoco. Los criterios de inclusión utilizados fueron: estar cursando 5° o 6° año de primaria en el turno matutino en el momento de realizar el estudio y presentar el consentimiento informado firmado por el tutor los días de las entrevistas. La escuela trabajada fue seleccionada por la Clínica de Medicina Familiar Moctezuma ISSSTE. La fuente primaria de los datos fue la dirección central, la cual proporcionó el permiso para realizar la investigación y aportó el número total de niños inscritos en 5° y 6° año de primaria (N=121). Se calculó el tamaño muestral obteniendo un resultado de n=93.

El estudio constó de dos partes. Por un lado, la entrevista dirigida y desarrollada por el equipo de investigación en cada grupo de 5° y 6° de primaria, la cual fue elaborada por el equipo investigador y revisada por la docente a cargo. La entrevista constó de doce preguntas; además del nombre, la fecha, la edad, el grado, el grupo, el sexo y la somatometría, las preguntas fueron de tipo cerrado y opción única, a excepción del número 10 y 11 (opción múltiple). En la encuesta se incluyeron las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo y ocupación laboral de los padres) y las esenciales (frecuencia del desayuno, calidad del desayuno, lugar,...). Para seleccionar las categorías del apartado correspondiente a la ocupación laboral, se utilizó como referencia la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 (CNO-11). La segunda parte consistió en un examen antropométrico realizado con el apoyo del resto de compañeros que integraron la práctica VIII del plan de estudios de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza. En dicho examen, se midieron las siguientes variables: peso, talla, presión arterial y perímetro abdominal; para ello, se requirió de una báscula con tallímetro proporcionada por la clínica, esfigmomanómetro, fonendoscopio, tensiómetro digital y cinta métrica, proporcionados por los alumnos. La recolección de los datos fue llevada a cabo en tres ocasiones (16, 21 y 23 de abril) puesto que los participantes del estudio olvidaron entregar los consentimientos informados a sus tutores en varias ocasiones y se debió permitir a algunos alumnos llevar el cuestionario a casa. En total, se obtuvieron 99 encuestas.

No.	NOMBRE Y DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE *Nivel de medición*	ESCALA	CLASE DE VARIABLE
1	Alumno. Número consecutivo asignado a las encuestas.	Cuantitativa continua	1-99 niños.	
2	Edad. Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Cuantitativa continúa.	9-13 años	Interviniente

Tabla 1. *Variables sociodemográficas.*

4	Grado y Grupo. En el que se encuentra el niño al momento de la entrevista.	Cualitativa politómica *Nominal*	1 = 5° "A" 2 = 5° "B" 3 = 6° "A" 4 = 6° "B"	
5	Sexo. Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.	Cualitativa dicotómica *Nominal*	0 = Mujer 1 = Hombre	Interviniente
6	Ocupación paterna y materna. Actividad remunerativa.	Cualitativa politómica *Ordinal*	1 = Director o gerente de empresa 2 = Profesionales *(médico, enfermero, abogado, ingeniero)* 3 = Técnicos 4 = Personal de oficina *(contable, administrativo)* 5 = Servicios de restauración, protección y vendedores 6 = Sector agrícola, ganadero, forestal y pesca 7 = Artesanos y trabajadores industriales 8 = Ama de casa 9 = Desempleado 10=Otro	Interviniente
7	Nivel académico. Nivel máximo de escolaridad alcanzado por la madre y el padre.	Cualitativa politómica/ Ordinal	1 = Sin estudios 2 = Primaria 3 = Secundaria 4 = Preparatoria 5 = Universidad	Interviniente
8	Convivientes. Número de personas (incluyendo al niño) que conviven regularmente en la casa.	Cuantitativa discreta/ Intervalo		Independiente

9	Domicilio. Lugar donde habita el entrevistado en relación con su delegación.	Cualitativa politómica/ Nominal	1 = Venustiano Carranza. 2 = Iztacalco. 3 = Iztapalapa. 4 = Gustavo A. Madero. 5 = Ecatepec de Morelos.	Interviniente

No.	NOMBRE Y DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE *Nivel de Medición*	ESCALA	CLASE DE VARIABLE
10	Talla. Altura en metros.	Cuantitativa continúa *Razón*		
11	Peso. Peso en kilogramos	Cuantitativa continúa *Razón*		

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 2. *Variables esenciales.*

12	IMC. Índice de masa corporal, criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso en kilogramos, entre la talla en metros elevada al cuadrado	Cuantitativa continúa *Razón*		
13	Percentil IMC. Percentil de índice de masa corporal (IMC) para niños y niñas entre 2 y 20 años de edad	Cuantitativa continúa *Razón*		Dependiente
14	Clasificación de IMC. Agrupación de percentil de índice de masa corporal (IMC) para niños y niñas entre 2 y 20 años de edad.	Cualitativa politómica *Ordinal*	Percentil 1 = 5-49: Bajo peso 2 = 50-84: Normo Peso 3 = 85-95: Sobrepeso 4 = 96-100: Obesidad.	Dependiente
15	Tensión Arterial Sistólica. Valor máximo de la tensión arterial en sístole (cuando el corazón se contrae). Se refiere al efecto de presión que ejerce la sangre eyectada del corazón sobre la pared de los vasos.	Cuantitativa continúa *Razón*		
16	Percentil de Tensión Arterial Sistólica. Percentil de tensión arterial sistólica (Tas) para niños y niñas entre 1 y 13 años de edad.	Cuantitativa continúa *Razón*		

17	Tensión Arterial Diastólica. Valor mínimo de la tensión arterial cuando el corazón está en diástole o entre latidos cardíacos. Depende fundamentalmente de la resistencia vascular periférica. Se refiere al efecto de distensibilidad de la pared de las arterias, es decir, el efecto de presión que ejerce la sangre sobre la pared del vaso.	Cuantitativa continúa *Razón*		
18	Percentil de Tensión Arterial Diastólica. Percentil de tensión arterial diastólica (Tad) para niños y niñas entre 1 y 13 años de edad.	Cuantitativa continúa *Razón*		
19	Clasificación de Tensión Arterial. Clasificación de la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias.	Cualitativa politómica *Ordinal*	1 = Presión Baja 2 = Normo Presión 3 = Pre Hipertensión 4 = Hipertensión	Dependiente
20	Calidad del Desayuno. Primera comida del día con la cual rompes el ayuno.	Cualitativa politómica *Ordinal*	-2 = Muy Bajo -1 = Bajo 0 = Inadecuado 1 = Bueno 2 = Muy bueno.	Independiente
21	Lugar desayuno. Sitio en el que se realiza la acción de desayunar.	Cualitativa politómica *Ordinal*	1= Casa 2 = Calle 3 = Escuela 4 = Casa + Calle 5 = Casa + Escuela 6 = Escuela + Calle 7 = Calle + Casa + Escuela	
22	Preparación. Persona que prepara el desayuno que el niño va a consumir	Cualitativa politómica *Ordinal*	1 = Madre 2 = Padre 3 = Él mismo 4 = Abuelos 5 = Otro 6 = Mamá + Papá 7 = Mamá + Yo 8 = Mamá + Abuela 9 = Mamá + Papá + Abuela	
23	Suma de Calidad del desayuno: Sumatoria Total de la calidad del desayuno de Lunes a Domingo.	Cuantitativa Discreta *Intervalo.*		
24	Puntuación Z de CD: Puntuación Z, Sumatoria total de calidad	Cuantitativa Discreta/ Intervalo.		

Fuente: *Elaboración propia.*

Se llevó a cabo el análisis estadístico con el programa IBM Grad Pack for SPSS Statistics Premium v23 (ElectronicDelivery) para Windows 7 a 64bits, con licencia 4f7d4bf41419f76aa05f. Se realizó una estadística descriptiva y se calcularon las medidas de tendencia central (media, mediana y moda). Medias, desviaciones estándar y rangos de las variables cuantitativas, y frecuencias relativas (en porcentajes) y absolutas de las cualitativas. Se aplicó la prueba Z para transformar la variable "Calidad del Desayuno" de una distribución real a una distribución normal. Una vez que la variable cumplió los criterios de normalidad, se utilizó la prueba de Spearman/Kendall para detectar la posible asociación entre dos variables cuantitativas (calidad del desayuno y obesidad).

Aspectos éticos

Esta investigación fue llevada a cabo de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki para la investigación con seres humanos. Asimismo, se solicitó la aprobación de la institución partícipe. Todos los individuos que participaron en el estudio fueron informados debidamente y se entregó a los respectivos padres el consentimiento informado antes de iniciar el estudio.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 99 niños (50,5% niñas) con una mediana de edad de 11 años. Todos pertenecientes a 5° y 6° año de primaria, y distribuidos en dos grupos: "A" y "B", como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. *Frecuencias totales según grado y grupo*

GRADO	TOTALES	CONTESTADAS
5° A	32	27
5° B	29	28
6° A	28	25
6° B	32	19
TOTAL	**121**	**99**

Fuente: *Elaboración propia.*

En el examen antropométrico se midieron la altura, el peso, el índice de masa corporal (IMC) y la tensión arterial (TA). Los niños presentaron una altura y un peso medios de 1,4672m (IMC 95%, 1,4521-1,4823) y 44,59kg (IMC 95%, 42,4810-46,7129) respectivamente. El porcentaje combinado de obesidad y sobrepeso alcanzó el 48,5%. Por último, los valores de TA revelan que el 64,6% de los niños presenta tensión arterial baja, seguido del 22,2% con normopresión.

La Tabla 4 muestra las frecuencias en porcentajes de las siguientes variables, nivel de estudios y ocupación paterna. Ambos progenitores poseen estudios superiores (preparatoria y universidad). No obstante, la ocupación que predomina en las madres de los escolares es la de ama de casa (47%); mientras que en los padres destaca otros (30%); seguidos del trabajo de oficina (17%) y trabajador industrial (15%).

Tabla 4. *Porcentajes de las variables ocupación paterna y nivel máximo de escolaridad*

VARIABLE		PADRE	MADRE
Actividad remunerativa	Director /gerente	6.1	5.1
	Profesional	8.1	5.1
	Técnico	9.1	3
	Oficina	17.2	11.1
	Obrero	15.2	11.1
	Primario	1	1
	Artesano	5.1	47.5
	Casa	2	1
	Otros	30.3	13.1
	TOTAL	**93.9**	**98**
	Sistema	6.1	2
Nivel máximo de escolaridad alcanzado	Sin estudios	3	1
	Primaria	7.1	11.1
	Secundaria	24.2	20.2
	Preparatoria	32.3	40.4
	Universidad	22.2	20.2
	TOTAL	**88.9**	**92.9**
	Sistema	11.1	7.1

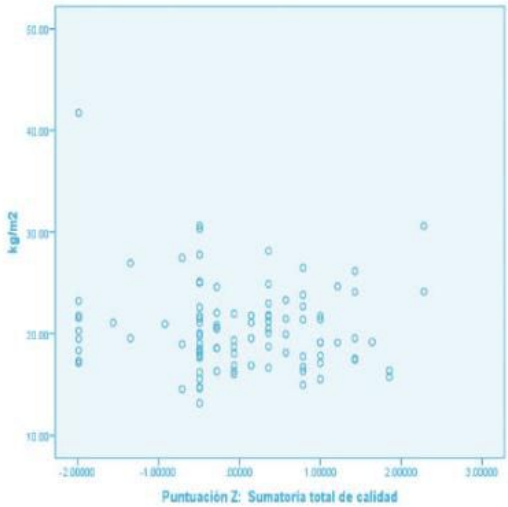
Fuente:*Elaboración propia.*

En relación con la variable esencial del estudio, la calidad del desayuno sigue una distribución normal, como se ha mencionado anteriormente. Se agrupó en 5 categorías (desde Muy Bueno hasta Muy Malo) en función de las desviaciones estándar que presentaba cada niño, redondeando de forma consensuada a partir de 0,6. Se obtuvo una media de 16,31, con una desviación estándar de 4,685.

La Gráfica 1 muestra porcentualmente la frecuencia de la calidad del desayuno. La mayoría de los niños (69%) desayunan de forma regular y solo un 5% de ellos cumplen los criterios expuestos en la encuesta para realizar un desayuno adecuado. Asimismo, este desayuno se realiza principalmente en casa (58,6%) y es preparado por la madre (51,15%) o esta misma con la ayuda del niño (6,1%).

Gráfica 1. *Frecuencia en porcentaje de la calidad del desayuno.*
Fuente: *Elaboración propia.*

La prueba de Spearman reveló un coeficiente de correlación de -0,037; esto evidencia una asociación negativa muy débil (0 a 0,19) o casi nula. De igual forma, el valor 'p' (valor comprendido entre 0 y 1 que mide el grado de acuerdo entre la información que proporciona la muestra y la hipótesis nula del test de hipótesis) es mayor a 0.05 (p=0.717); por lo que no se rechaza la hipótesis nula y se concluye que no hay asociación entre las variables de calidad del desayuno y obesidad. La gráfica 2 muestra la ausencia de asociación lineal.



Gráfica 2. *Diagrama de dispersión del IMC frente a la sumatoria de calidad del desayuno.*
Fuente: *Elaboración propia.*

La Tabla 5 resume el análisis correlacional de las variables en estudio. Ninguno de los análisis reveló asociaciones significativas, a excepción de la TA y la calidad del desayuno. El análisis correlacional de estas dos variables demostró una asociación negativa débil (coeficiente de correlación= -0.211) pero significativa (p=0.036).

Tabla 5. *Análisis correlacional de las variables de estudio*

RHO DE SPEARMAN

kg/m2			SUMATORIA TOTAL DE CALIDAD			
N	**SIG.** *(bilateral)*	**COEFICIENTE CORRELACIÓN**	**N**	**SIG.** *(bilateral)*	**COEFICIENTE CORRELACIÓN**	
99	.717	-.037	99	.	1.000	Sumatoria total calidad
99	.	1.000	99	.717	-.037	kg/m2
99	.000	.901**	99	.886	-.015	Clasificación del IMC
93	.443	.080	93	.147	-.151	Actividad remunerativa (padre)
97	.928	.009	97	.635	-.049	Actividad remunerativa (madre)
92	.595	.056	92	.086	.180	Nivel máximo de escolaridad (madre)
88	.084	-.185	88	.692	.043	Nivel máximo de escolaridad (padre)
99	.751	.032	99	.598	-.054	N° de personas que viven y duermen en la misma casa
90	.068	.193	90	.985	-.002	Sitio asignado para realizar la acción de desayunar.
90	.421	.086	90	.089	.180	Persona que prepara el desayuno

Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio revelaron un alto porcentaje combinado de sobrepeso y obesidad (48,5%); dato bastante superior al que arroja la ENSANUT del 2012 en niños de 5 a 11 años (32-36,9%). En relación con el desayuno, los datos mostraron que los niños de la escuela primaria Francisco Sarabia y Tinoco sí desayunan, en su mayoría; aunque este desayuno se realiza de forma "regular" en un 69% de los casos. No se ha hallado relación entre estas dos variables en nuestra muestra (p=0,71). Esta asociación sí ha sido demostrada en varios estudios, como el que fue realizado por Mushtaq et al. (2011), en una escuela primaria de Lahore (Pakistán), el cual demostró una diferencia significativa en el IMC entre los niños que no desayunan y los que sí, con un p-valor menor de 0,001 para una muestra total de n=1860. Contrario al estudio realizado por Watanabe et al. (2014) en Japón, con una muestra de 766 adultos con edades comprendidas entre 30 y 79 años, que no ha reportado diferencias significativas en relación al IMC y el suprimir el desayuno (p=0.345).

La ausencia de relación que se halló en el estudio pudo ser debida a diversas causas. Una de ellas pudo manifestarse en el error del diseño del cuestionario debido a la ausencia de validación de este. Otras causas pudieron ser la redacción confusa de las preguntas, la mala selección de estas o la falta de adiestramiento del personal que realizaba las entrevistas. Asimismo pudo darse un sesgo de memoria al preguntarles a los niños qué desayunaban normalmente. Otra causa pudo ser la mala elección del tipo de estudio, limitado por la falta de tiempo y presupuesto, siendo preferible optar por un estudio experimental. Por último, el p-valor arrojado en el contraste de hipótesis pudo ser ocasionado por el pequeño tamaño de la muestra (n=99) o por una asociación real entre las variables, pero de poca magnitud debido a los múltiples factores que intervienen en la aparición de la obesidad y que no se han controlado en el estudio.

REFERENCIAS

Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud. (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3Referencias-2010, *Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.* Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Global and regional trends by WHO Regions, 1990-2014 Overweight. *En: Global Health Observatory Data Repository.* Recuperado de: http://apps.who.int/gho/data/view.main.NUTWHOOVERWEIGHTv?lang=en

Unicef México. (2015). *El doble reto de la malnutrición y la obesidad.* En: Salud y Nutrición, Unicef. Recuperado de: http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm

Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012. Síntesis ejecutiva.* Recuperado de: http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf

Secretaría de Salud del Gobierno Mexicano. (2012). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad.* Recuperado de: http://activate.gob.mx/Documentos/ACUERDO%20NACIONAL%20POR%20LA%20SALUD%20ALIMENTARIA.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015a) *Obesidad y sobrepeso. Centro de prensa. Nota descriptiva N°311.* En: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015b) *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Programas y Proyectos.* En: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/diet physicalactivity/childhood_what_can_be_done/es/

Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESA). (2005). Estrategia NAOS. *Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad.* Recuperado de: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2007). *Despierta, desayuno, come sano y muévete.* En: Campañas 2007 – Prevención de la Obesidad Infantil. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/campannas/campanas07/obesidad.htm

Secretaria de Salud del Gobierno Mexicano. (2013). *Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.* Recuperado de: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf

Galiano-Segovia, M.J. & Moreno-Villares, J. M. (2010). *El desayuno en la infancia: más que una buena costumbre.* En: Acta Pediátrica Española, 68(8), 403-408.

Pereira, M. A.; Erickson, E.; McKee, P.; Shrankler, K.; Raatz S.; Lytle, L. A. & Pellegrini, A. D. (2011). *Breakfast frequency and quality may affect glycemia and appetite in adults and children.* En: The Journal of Nutrition, 141(1), 163-168.

Watanabe, Y.; Saito, I.; Henmi, I.; Yoshimura, K.; Maruyama, K.; Yamauchi, K.; Matsuo, T.; Tanigawa, T.; Kishida, T. & Asada Y. (2014). *Skipping Breakfast is Correlated with Obesity.* En: Journal of Rural Medicine, 9(2), 51–58.

Van Lippevelde, W.; Te Velde, S. J.; Verloigne, M.; Van Stralen, M. M.; De Bourdeaudhuij, I.; Manios, Y.; Bere, E.; Vik, F. N.; Jan, N.; Fernández Alvira, J. M.; Chinapaw, M. J. M.; Bringolf-Isler, B.; Kovacs, E.; Brug, J. & Maes L. (2013). *Associations between family-related factors, breakfast consumption and BMI among 10- to 12-year-old European children: the cross-sectional ENERGY-study.* En: PLOS ONE, 8(11), 1-8.

Karlen, G.; Mansino, M.V.; Fortino, M. A. & Martinelli, M. (2011). *Consumo de desayuno en estudiantes universitarios: hábito, calidad nutricional y su relación con el índice de masa corporal.* En: Diaeta, 29(137), 23-30.

Kyriazis, I.; Rekleiti, M.; Saridi, M.; Beliotis, E.; Toska, A.; Souliotis, K. & Wozniak, G. (2012). *Prevalence of obesity in children aged 6-12 years in Greece: nutritional behaviour and physical activity.* En: Archives of Medical Science, 8(5), 859-64.

Mushtaq, M. U.; Gull, S.; Mushtaq, K.; Shahid, U.; Shad, M. A. & Akram, J. (2011). *Dietary behaviors, physical activity and sedentary lifestyle associated with overweight and obesity, and their socio-demographic correlates, among Pakistani primary school children.* En: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 8(130), 1-13.

Fernández-Morales, I.; Aguilar-Vilas, M. V.; Mateos-Vega, C. J. & Martínez-Para, M. C. (2011). *Calidad del desayuno en adolescentes de Guadalajara (España) y su relación con la prevalencia del sobrepeso y obesidad.* En: Nutrición Hospitalaria, 26(5), 952-8.

Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid. (2003).
2. El Desayuno Saludable. En: Colección Nutrición y Salud. Recuperado de:-http://www.madrid.org/csSatellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobheadervalue1=filename%3Dt018.pdf&blobwhere=1119147688088&blobheadername1=Content-Disposition&ssbinary=true&blobheader=application%2Fpdf

Rea, D. (21 de junio de 2010). *Llegan sin desayunar el 20% de alumnos. En: Reforma.vlex.* Recuperado de: http://reforma.vlex.com.mx/vid/llegan-desayunar-20-alumnos-209345495

Secretaría de salud. (2013). *Guía de Práctica Clínica Intervenciones de Enfermería para la prevención de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención.* Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-690-INTER_ENFERMERIA_SOBREPESO_Y_OBESIDAD/IMSS-690-13-GER-INTERV_ENFERMERxA_SOBREPESO_Y_OBSESIDAD.pdf

Pérez, E. C.; Sandoval, M. J.; Schneider, S. E. & Azula, L. A. (2008). *Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes.* En: Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina, (179), pp.16-20.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2014). *La Obesidad y la economía de la prevención: "fit not fat" hechos claves–México, actualización 2014.* Recuperado de: http://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2014-MEXICO_ES.pdf

Keane, V. (2008). *Valoración del crecimiento.* En: Robert, M. K. ; Richard, E. B.; Jenson, H. B. & Stanton, B.F. (Eds.). Nelson Tratado de Pediatría, Vol. 1, Parte II (pp. 70-71). Madrid, España: ELSEVIER.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). *Elaboración de un patrón OMS de crecimiento de escolares y adolescentes.* En: Bulletin of the World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull_es.pdf?ua=1

Joseph, A. S. & Colin, D. R. (2008). *Sobrepeso y Obesidad.* En: Robert, M. K.; Richard, E. B. ; Jenson, H. B. & Stanton, B. F. (Eds.). Nelson Tratado de Pediatría, Vol. 1, Parte V: Nutrición, (pp. 232-233). Madrid, España: ELSEVIER.

Peña, R. (2014). *Diabetes tipo 2 en niños.* En: Asociación Mexicana de Diabetes Jalisco. Recuperado de: http://www.diabetesjalisco.org/dm2ninos.html

Bernstein, D. (2008). *Historia clínica y exploración física.* En: Robert, M. K.; Richard, E. B.; Jenson, H. B. & Stanton, B. F. (Ed.). Nelson Tratado de Pediatría, Vol. 2, Parte XIX: El sistema cardiovascular, Sección 2. Estudio del sistema cardiovascular, Capítulo 422. (pp.1860-2). Madrid, España: ELSEVIER.

Hernández, S. (2004). *Fisiopatología de la obesidad.* En: Gacéta Médica de México, 140(2), S27-

REMOTIVATION: ART AND SCIENCE IN NURSING CARE

Luis Fernando Penagos Cubillos
Estudiante de Enfermería
VIII Semestre
Universidad Nacional de Colombia
lfpenagosc@unal.edu.co

Adrian Camilo Restrepo Meléndez
Estudiante de Enfermería
X Semestre
Universidad Nacional de Colombia
adcrestrepome@unal.edu.co

Geidy Fiorella Suarez Suarez
Estudiante de Enfermería. IX Semestre
Universidad Nacional de Colombia
gfsuarezs@unal.edu.co

Carlos Andrés Sarmiento Hernández
Estudiante de Enfermería
IX Semestre
Estudiante de Derecho
I Semestre
Universidad Nacional de Colombia
casarmientoh@unal.edu.co

RESUMEN

El presente texto resume las actividades realizadas por un grupo de estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en la práctica de Salud Mental y Psiquiatría en el semestre 2015-I. El objetivo es ilustrar al lector en la diversidad del arte y sus manifestaciones aplicadas a través de una modalidad psicoterapéutica, denominada terapia de remotivación, dentro del contexto de atención en salud mental.

Palabras clave: Enfermería en salud comunitaria, atención a la salud mental, servicios de salud mental, psicoterapia de grupo (DeCS).

ABSTRACT

This article summarizes the activities developed by a group of undergraduate nursing students from Colombia National University during the practice of Mental Health and Psychiatry in the first semester of 2015. The aim is to illustrate the diversity of art and its manifestations applied through a psychotherapeutic modality called remotivation therapy, within the context of mental health care.

Keywords: Conmunity health nursing, mental health assistance, mental health services, psychotherapy of group (MeSH).

DID YOU KNOW?

Remotivation is an objective therapeutic modality (Laskiewicz, 2012) designed to help people to promote socialization, self-esteem and security. The sessions are held individually or in small groups (e.g. 6 people). Each session can last 30 to 60 minutes and it can be performed once a week (York, 2006).

According to Murphy, Conley and Hernández (1994), remotivation therapy objectives are to:

- Encourage the person to explore the real world.
- Develop skills to communicate, share ideas and experiences.
- Develop feelings of acceptance and recognition.

In remotivation sessions, the therapist focuses its efforts to find the "unwounded" or healthy areas of the subject´s personality. The biggest effort is to discuss and develop the healthy aspects of personality no matter how repressed they are (Murphy, 1994; Laskiewicz, 2012). Remotivation therapy differs from other therapies for two reasons (Bierma, 2012):

- It focuses on the skills of the person, rather than its disabilities.
- It's addressed to discuss concrete ideas rather than feelings or subjective emotions.

The phases or stages of a Remotivation session are (Murphy, 1994; NRTO, 1995):

Climate of Acceptance.
The therapy seeks to focus attention on the person and create a quiet and pleasant atmosphere.

Bridge to reality.
The therapist makes questions and the participants provide answers about a subject; it starts on general topics followed by specific ones.

Sharing the world in which we live in.
The conversation goes into a deeper topic, and the therapist search the participation of the entire group. It is recommended to make objective, simple and specific questions that do not generate excessive controversy.

Appreciation of the work of the world.
This stage is designed to approach the topic of work in relation to the person. It seeks to motivate the individual to perform activities (e.g. handicrafts) according with the topic of conversation.

Climate of appreciation.
The therapist thanks individually to participants and a new meeting is planned ahead.

Application in Mental Healthcare

Remotivation therapy was applied through artistic work with users from a psychiatric clinic in Bogotá D.C. These people are all day long in the clinic; some of them receive care for a short period of time while stabilizing their health; others have been hospitalized for several years.

Artistic and creative activities were chosen, based on the evidence supporting their positive impact on the mental process. The main reason which artistic and creative activities were selected is the existence of evidence about the positive impact of these activities on the mental health of patients (Araújo, Gómez, Teixeira & Ribeiro, 2011; Caddy, Crawfrod, & Page, 2012). According to Caddy et al. (2012), performing creative activities involves intense concentration and an altered perception of time, growth of new neural networks and a complex interaction between mind and body. All these are reflected in changes as strengthened self-esteem, self-efficacy, distractibility followed by release of concerns, increased sense of security, satisfaction, empowerment and self-confidence (Araújo et al., 2011; Caddy et al., 2012).

Figure 1. *Rumba shakers made in crafts session.*
Source: *Final Report delivered to institution.*

10 sessions of remotivation were conducted for a period of two months, in which the working phase was performed with artistic and creative activities. The topics were:

Crafts.
It consisted of making rumba shakers ("maracas") with recyclable materials (yogurt caps, cardboard), paints and decorative objects.

Household daily tasks.
Create a collage with clippings of different household activities.

Places or important objects.
Creating a painting of important places or objects for the patients.

Passive recreation with origami.
Creating a simple object using the origami technique guided by the students.

Balloon twisting.
Shaping balloons into different and ingenious figures.

Cold porcelain.
Patients were encouraged to translate any idea or feeling through character building and materialization with cold porcelain.

Figure 2: *Balloon twisting.*
Source: *Final Report delivered to institution.*

Artistic expression of life project.
Expression of short, medium and long term life project through artistic posters.

Papercraft (three-dimensional paper figures).
Building models from paper according to personal preferences.

Graphomotor skills.
Patients were stimulated to concentrate by painting figures from templates.

Creating a living space through art.
Patients were encouraged to interact with their mates, using an activity as pretext.

Results

As a form of evaluation of the activities, a final report was presented to the institution, which contains detailed procedures and recommendations for future interventions. Each activity was reported with full disclosure, objectives and grade of accomplishment (Table 1). Among the objectives were: contribution for the use of leisure time, developing interpersonal and communication skills, motivation to participate in each session, stimulation of creativity, cooperation and skills as attention, memory, concentration, logic and fine motor skills.

Table 1. *Specific objectives and evaluation.*

ACTIVITY	OBJECTIVE	EVALUATION
Crafts	To create visual art to embody ideas and experiences about household tasks.	Not all the patients of the service participated on the session.
Household daily tasks	To promote communication skills among the participants through the elaboration of handicrafts.	The participants talked about the handicrafts between them and with the students.
Places or important objects	To encourage the interest, knowledge and communication skills about daily activities and objects from the real world.	One new participant who was not engaged in previous activities took part in the session.

Passive recreation with origami	To promote fine motor skills, especially in older persons who participate in the activity.	Older people who participated were able to finish the activity successfully.
Balloon twisting	To encourage the patients to explore the real world trough balloon twisting.	Patients stated to feel joyful creating their own figures like flowers, dogs and airplanes.
Cold porcelain	To communicate ideas and feelings through elaboration of figures with cold porcelain.	Patients created messages for their mates; other played with the cold porcelain and created figures. The participants showed pleasure with the activity and they even helped with the cleaning
Artistic expression of life project	To foster the development of a positive self-esteem regarding personal skills and goals.	Emphasis was made in thinking about a productive future.
Papercraft (three-dimensional paper figures)	To help participants to get distracted from negative thoughts with a concrete activity.	Some of the participants folded more than one figure, stating that they wanted to give it to a beloved one.
Graphomotor skills	To promote improvement in focusing through the logic applied in tracing defined points to create pictures	This activity had the highest number of participants. The paintings created by participants were exposed in a wall.
Creating a living space through art	To stimulate participation skills with group activities.	Participants drew collages in poster size representing a living space.

Source of data: *Final report delivered to institution.*

CONCLUSION

Changes were evident in participants of the sessions. These changes were reflected in the participation, attention, concentration, motor skills and improvement of interpersonal relationships, consistent with the results presented by Sullivan et al. (2001) and Araújo et al. (2011), who found, from therapy remotivation, positive effects as improved relationships with peers, staff and family members; decreased depressive symptoms and improvement in mood.

A review about the scientific production related to remotivation is necessary and, additionally, to write and publish reports about the use of this therapeutic modality.

ACKNOWLEDGEMENTS

We thank professor Martha Lucio Álvarez, an excellent mentor from this university and, at the same time, a glimmer of hope for people who receive her nursing care. Recently, we conducted a mental health and psychiatry practicum; so, we worked with people who live with mental disorders, including people with depression and schizophrenia (commonly named in our society as "locos" [mad]); people with drug problems, suicide attempts, etc. Working with these people, who have been systematically ignored and violated in our context, motivated us to write this article for trying to illustrate the impact of art and science in the lives of these subjects (also subjects of rights).

REFERENCES

Araújo, L.; Gómez, V.; Teixeira, C. & Ribeiro, O. (2011). Programa de Terapia de Remotivação em idosos institucionalizados: estudo piloto. In: *Revista de Enfermagem Referência, 3(5), 103-111.*

Bierma, J. (1998). *Remotivation group therapy: Handbook for the basic course.* Maine, United States: National Remotivation Therapy Organization.

Caddy, L.; Crawford, F. & Page, A. (2012). 'Painting a path to wellness': correlations between participating in a creative activity group and improved measured mental health outcome. In: *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 19(4), 327-333.*

Laskiewicz, D. M. (2012). *Remotivation therapy: What a concept?* Retrieved from: http://ezinearticles.com/?Remotivation-Therapy:-What-a-Concept?&id=6811248.

Murphy, M.; Conley, J. & Hernández, M. (1994). Group remotivation therapy for the 90s. In: *Perspectives in Psychiatric Care, 30(3), 9-12.* Retrieved from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6163.1994.tb00433.x/pdf

Sullivan, F. R.; Bird, E. D.; Alpay, M. & Cha, J. H. (2001). Remotivation therapy and Huntington's disease. In: *Journal of Neuroscience Nursing, 33(3), 136-142.*

York, A. M. (2006). Handbook of Remotivation Therapy (Review). In: *Physical Therapy, 86(3), 463.*

ARTICULO DE OPINIÓN

LA EDUCACIÓN COMO PROCESO EMANCIPATORIO EN LA BÚSQUEDA DE UNA FORMACIÓN EN SALUD CRÍTICA Y DE UNA SALUD PARA TODOS Y TODAS

Carlos Julio Saavedra Cantor
Estudiante de Enfermería - VI Semestre
Universidad Nacional de Colombia
cajsaavedraca@unal.edu.co

Pablo Edilberto Torres Acevedo
Estudiante de Enfermería - VI Semestre
Universidad Nacional de Colombia
tapabloe@unal.edu.co

RESUMEN

Es sabido que al hablar de educación se aborda un tema muy amplio; especialmente, cuando se habla de su relación con la salud; por ello, a lo largo del texto se describirán algunos paradigmas, modelos actuales y críticas, las cuales son necesarias en la búsqueda de la salud para todos. Primero, se describirá un poco acerca de cómo es la formación educativa en los estudiantes de ciencias de la salud, específicamente en Bogotá, Colombia; finalmente, se darán algunas aproximaciones acerca de lo que es la pedagogía de la liberación, propuesta por Paulo Freire en la búsqueda de una educación que libere, concientice y alfabetice al oprimido.

Palabras Clave: Educación, salud, educación en salud.

ABSTRACT

It's known that when we speak about education, we speak about a huge topic; especially when it´s related with health; wherefore, throughout this text we will describe some of the paradigms, actual models and critics, which are needed in the search of health for all. The first topic would describe how is the formative education of health science students, especially in Bogota, Colombia; finally, would be given some approaches about the meaning of "Pedagogy of liberty", proposed by Paulo Freire and related with the search of an education that makes free, conscience and alphabetizes the oppressed.

Keywords: Education, health, health education.

La educación se concibe como un proceso social e histórico de interacción entre seres humanos libres e iguales; es un proceso dinámico permanente, de experiencia, de aprendizaje intencional e incidental, entre sujetos políticos y su entorno biopsicosocial, determinándoles su manera de pensar, sentir, actuar, y convirtiéndoles en un producto de su cultura, con la capacidad de reproducir o transformar el ambiente que lo rodea (El concepto de educación, 2012). Por ello, la educación se convierte en un tema muy amplio para tratar; situación que se agudiza cuando se habla de su relación con la salud. Teniendo esto presente, a lo largo del texto, se describirán algunos paradigmas, modelos actuales y críticas, los cuales son necesarios en la búsqueda de la salud para todas y todos. Primero, se describirá un poco acerca de cómo es la formación educativa en los estudiantes de ciencias de la salud, específicamente en Bogotá, Colombia; en segundo lugar, se darán algunas aproximaciones a cerca de lo que es la pedagogía de la liberación, propuesta por Paulo Freire, en la búsqueda de una educación que libere, concientice y alfabetice al oprimido.

La educación incide en el desarrollo social y cultural de las naciones, y, por lo tanto, de su perfeccionamiento se esperan logros significativos en el bienestar de los países, la superación de la pobreza, los adelantos tecnológicos, la consolidación de la paz, el progreso y el desarrollo integral de la sociedad (Pinzón, 2008). Sin embargo, no todas las ideologías educativas y, especialmente, los métodos utilizados en la formación de profesionales médicos y, en general, en las ciencias de la salud en Colombia, recogen estos planteamientos. De esta forma, los fines de la educación están firmemente determinados por los paradigmas educativos que los rigen.

En la formación médica Latinoamericana, se reconocen dos paradigmas diferenciados: el enfoque "flexneriano" y "el crítico"; este último intenta superar algunos de los postulados de Flexner e introduce una mirada diferente sobre la determinación de la salud, la cual gira en torno al proceso salud-enfermedad. La formación médica en Colombia y, particularmente, en la Universidad Nacional, recoge, en mayor medida, el método flexneriano (planteado en 1910); esto como resultado de la fuerte influencia que jugaron los modelos educativos médicos de los Estados Unidos.

Con el método flexneriano se establecen los prerrequisitos académiwcos con estudios de biología, química y física para la admisión a las escuelas de medicina; se afirmaba la necesidad de alcanzar la integración de las ciencias básicas y las ciencias clínicas en los cuatro años propuestos; además de estimular el aprendizaje activo. Toda la propuesta de Flexner giró alrededor del rol del médico en el tratamiento de la enfermedad; tanto, que llega a plantear que si no existiera la enfermedad no tendría razón de ser la existencia del médico, siendo categórico en su juicio acerca de que la calidad de una escuela puede medirse por la calidad de los clínicos que produce; idea que perdura todavía dentro de la educación médica contemporánea. En esencia, el modelo flexneriano colocó, como fundamental, la dimensión biológica de la enfermedad y la atención al individuo basada en la "departamentalización" o territorialidad del conocimiento y la especialización de la práctica médica (Pinzón, 2008).

En la actualidad, se puede evidenciar la permanencia del método flexneriano en los procesos formativos en las ciencias de la salud en Colombia y, específicamente, en Bogotá. Aquí se observa que no se ha avanzado del morbicentrismo, a diario, en las clases, se enseña a reconocer y actuar frente a la aparición de la enfermedad y cada vez se desconoce más la determinación social en salud, llegando a confundir la determinación social con factores de riesgo, situación que se vive en las asignaturas que, en su componente, enseñan la "salud pública" y la abordan desde paradigmas reduccionistas, los cuales no permiten que la concepción hegemónica biológica y clínica de la salud progresen.

En contraposición al método flexneriano y en repuesta a las múltiples inequidades que emanan de este, surge el paradigma crítico de la salud, el cual reconoce lo político, lo económico y lo social en la determinación de la salud, en la constitución de las formas de estratificación social, y de los procesos de salud y enfermedad.

Como elementos destacados del paradigma crítico sobresalen (Pinzón, 2008):

- La importancia dada a la atención primaria, como estrategia fundamental para la promoción, prevención y recuperación de la salud.
- La tendencia al tratamiento de diversas patologías en casa y a la disminución de la estancia hospitalaria en otros casos.
- El valor creciente que se ha otorgado a los aspectos administrativos de la medicina.
- La desaparición progresiva de la práctica liberal y autónoma del médico.
- El ascendente conocimiento y participación de la comunidad en los aspectos relacionados con su salud.

La construcción de un modelo educativo alternativo debería tener en cuenta las relaciones entre el concepto de salud, los modos de producción y las circunstancias socioeconómicas, con el fin de analizar y proponer un sistema adaptado a la sociedad y acorde con sus necesidades, teniendo en cuenta los procesos realizados alrededor del mundo, los inconvenientes, las divergencias, y el propósito investigativo y docente que las deben caracterizar. (Pinzón, 2008)

En cuanto al contexto nacional y distrital, en la Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá, a partir de la pérdida del Hospital San Juan de Dios, cerrado por la aplicación de políticas neoliberales como la Ley 100 de 1993, ha existido una fractura y un déficit en la formación de los estudiantes de carreras de la salud. Esto, sin contar con que el hospital brindaba atención en salud a los habitantes de las localidades que rodean la zona, como Los Mártires, San Cristóbal, Antonio Nariño, Rafael Uribe Uribe; lo que ocasionó que, en la actualidad, los habitantes de estas localidades no cuenten con la atención en salud de un hospital de tercer y cuarto nivel. En respuesta a esto, las personas que requieren atención en salud han tenido que acudir a hospitales como el Tunal y Santa Clara, sobresaturando los servicios de salud en el Distrito; por su parte el Estado no ha subsanado la deuda en materia de salud con los habitantes de estas zonas. Para resumir, desde el cierre del hospital San Juan de Dios se encuentran dos comunidades perjudicadas; por un lado, las personas que recibían la atención en salud y, por el otro, la comunidad académica de las Facultades de Ciencias de la salud en la Universidad Nacional.

Es aquí donde surge un interrogante: ¿Cómo se educan los estudiantes de la salud de la Universidad Nacional en la actualidad? En el presente, los estudiantes asisten a convenios docencia-servicio, tanto con entidades públicas como privadas; desde la opinión de los estudiantes, esto ha generado división y fragmentación de las disciplinas de la salud, ya que no existe la integralidad en la atención a los pacientes, ni unidad como equipo de salud. Otra de las sensaciones percibidas por los estudiantes es que, en algunas ocasiones, los campos de práctica tienen falta de autonomía y de calidad académica. Por otro lado, los estudiantes han podido vivenciar la inequidad, pues encuentran instituciones que cuentan con insumos para brindar atención y otras que no; así mismo, se experimenta la sobresaturación de los servicios de salud, haciendo que, desde la formación académica, se contribuya y reproduzca el modelo de salud actual, un modelo que se liga al modo de producción capitalista y neoliberal, donde se brinda atención medica al que tiene con qué costearla.

Esto es lo que nos ha generado la implementación de políticas neoliberales, una reducción de costos por encima de la vida de los pacientes y un sistema de salud que solo busca llenarle el bolsillo a las Empresas Promotoras de la Salud (EPS), fomentando el desfalco que estas realizan al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Al día de hoy es triste y aberrante ver que, durante años, la mejor universidad del país no ha contado con un hospital universitario; además, es importante recordar que lo que se necesita no es únicamente un hospital universitario para que se formen profesionales de la salud, sino una red de hospitales manejados por la universidad pública, donde se responda a las demandas de salud de la población colombiana y no se vea involucrado en la competencia mercantil y acumulación del capital.

En el 2011, el movimiento estudiantil colombiano logró detener la reforma o nueva ley de educación implementada por el gobierno de Juan Manuel Santos, en este momento se consolidó una construcción programática entre las distintas Universidades del país y con la participación de la sociedad; a pesar del intento de deslegitimación del gobierno hacia la Mesa Amplia Nacional Estudiantil (MANE).

La MANE recogió a la gran mayoría de los estudiantes de las Universidades, quienes conciben la educación como un derecho y se abanderan en el programa mínimo de los estudiantes, el cual cuenta con seis puntos: calidad académica, bienestar universitario, libertades democráticas, autonomía universitaria, financiación y relación Universidad-sociedad; todos estos son de vital importancia para la formación de los estudiantes de la salud, en especial, el de relación Universidad-sociedad, en el que se enmarca la responsabilidad social de la universidad con la sociedad y, por ende, de los estudiantes de la salud con las necesidades en salud de los colombianos y las colombianas (MANE, 2012).

Los profesionales de la salud nunca deben dejar de formarse ni caer en la monotonía de los centros clínicos al cumplir con labores netamente técnicas; es necesario fomentar la educación y la investigación en estos profesionales para generar avances científicos en salud, los cuales estén al servicio de todas las colombianas y los colombianos. Frente a la educación para los pacientes, es importante tener un trato humano y no caer en la lógica de realizar los procedimientos sin siquiera explicarle a los pacientes qué procedimientos se les están realizando, aunque, tristemente, en la práctica se encuentre lo contrario, simplemente los profesionales de la salud se están limitando al trámite de los consentimientos informados sin generar educación y concientización en los pacientes.

¿Otro mundo mejor es posible? Sí, pero se necesita una nueva educación para la revolución. La educación es una herramienta por la cual las personas en formación aprenden lo que otras personas quieren que aprendan; pensamos que la educación con la que contamos hoy día es una aparato ideológico impuesto en las escuelas, los periódicos, la radio, la televisión y hasta la Internet, la cual suele ser más permisiva, al encontrar lo que queramos. Hart y Negri (2000), por su parte, plantean que la educación debe superar las fronteras de los países y Estados, para ser necesariamente planetaria.

Una educación no puede limitarse únicamente a lo que conocemos en las escuelas; es necesario buscar en otros lugares (la tienda, el barrio, la comunidad, entre otras); aquellos donde se encuentra la subjetividad. Desde la casa, el aula, la fábrica, la iglesia, entre otras; se maneja un control sobre la población a cargo de las elites dominantes; así mismo, hay que sumarle los medios de comunicación que intervienen durante el proceso educativo, en lo que se convierte al aula en el lugar donde los niños y niñas reproducen lo que han aprendido sin preguntarse nada. La educación que empodere las poblaciones y les genere un conocimiento crítico es la educación que los opresores quieren que eviten a toda costa las mayorías populares; por su parte, estas elites contribuirán para replicar una educación que subyugue y aprenda labores técnicas, sin fomentar investigación y alternativas a la lógica del sistema dominante actual.

En la lucha de la Medicina Social y la Salud Colectiva por el derecho a la salud, es necesario que esta pase por el empoderamiento de las poblaciones y, este tipo de empoderamiento, se puede dar a través de la alfabetización de las comunidades, planteada por Paulo Freire. Según sus planteamientos, existen dos tipos de educación: la primera, la "tradicional" o "bancaria"; está se brinda a las elites dominantes u opresores. La segunda, una educación planteada a través del "Método Freire de la Pedagogía Liberadora", basada en una pedagogía para los oprimidos, donde buscan su liberación y se concientizan sobre el mundo de lucha de clases en el que viven. Con esto, se entiende que el pensamiento de Freire es basado en el Marxismo, al encontrar un mundo de opresores y oprimidos, además de una emancipación por parte de las masas oprimidas.

Los oprimidos, como lo plantea Freire, deben estar comprometidos con el cambio y concientizarse de su realidad; esto se evidenciará con la praxis de estos sujetos en la búsqueda de la transformación (Ocampo, 2008). Por ello, la alfabetización del oprimido no debe usarse únicamente para que este aprenda a leer y escribir; lo más importante debe ser la creación de una conciencia de liberación que genere hombres nuevos, en una sociedad que tiene como motor la acumulación del capital y no la educación para todas y todos como prioridad. Las clases dominantes han creado una serie de mitos que legitiman el régimen, como: 'defender el orden en nombre de la libertad', 'la propiedad privada como fundamento del desarrollo del ser humano', 'la rebelión del pueblo no es más que un pecado en contra de Dios'; este tipo de educación a través de los mitos son impartidos a los seres humanos con el fin de evitar su emancipación y liberación.

Freire critica vorazmente el tipo de educación "bancaria o tradicional", en la cual el maestro es el sujeto y dueño de la información y el educando se convierte en un receptor de esta información; por ende, el buen educador será el que mejor logre llenar los recipientes del educando y el mejor educando será el que acepte esta información con mayor docilidad y memorización. Este tipo de educación legitima a los opresores, ya que los educadores están formando

seres más adecuados para el gobierno opresor. De esta manera, los opresores considerarán peligroso para sus intereses una educación que piense auténticamente en la realidad y dificultarán, a gran escala, el pensamiento auténtico y real (Monclus, 1988). Ante esto, Freire plantea una educación liberadora, que debe dar más importancia a los educandos en ese proceso enseñanza-aprendizaje, donde los educandos se convierten educadores y los educadores en educandos; convirtiéndolo en un proceso de enseñanza-aprendizaje tanto para educadores como educandos, al tiempo que los educadores dejan de ser transmisores de los opresores y existe un acto permanente de descubrimiento por la realidad.

Desde el punto de vista de Freire, el diálogo es la herramienta para cumplir su objetivo: compartir ideas los unos con los otros lleva a la socialización; lo que permite una compresión del mundo y de sus realidad (Ocampo, 2008). El Método Freire de la Pedagogía Liberadora es una corriente educativa en la búsqueda de una sociedad más libre y con justicia social a través de la educación; esta sigue unos principios de dialogicidad y socialización, los cuales generan conciencia de explotación en los oprimidos; esta, a su vez, generará una praxis de la liberación. Esta pedagogía basa su función política en los países subdesarrollados, en donde predomina la pobreza y el hambre de las mayorías a costa de la riqueza y el lujo de las minorías (Torres, 1983).

Con el fin de dar a conocer nuevas herramientas que se aproximen a la construcción de una salud para toda la población colombiana, se escogió la pedagogía de Paulo Freire; puesto que la construcción de una nueva salud es imposible sin la concientización de los oprimidos, echo que se logra mediante la alfabetización de los mismos; contando, también, con que esta nueva salud se plantearía como y derecho fundamental y garantizado por el Estado, en donde se comprenda que la salud está determinada por el acceso y las condiciones de trabajo, educación, vivienda, alimentación y todo aquello necesario para que un ser humano logre los nieles de bienestar y vida digna. Esto no se logrará sin la organización y movilización de las masas, en la búsqueda de la toma del poder estatal, en aras de la transformación social y del modelo de producción actual.

Los oprimidos alcanzarán el nivel de alfabetización y emancipación, siempre y cuando existan esos principio de diálogo y socialización entre todos; por ello, los profesionales de la salud, junto a todas las personas que creen en que se puede tener y vivir en un mundo mejor, deben completar la tarea de la educación liberadora, de modo que lleguemos a la segunda y definitiva independencia.

REFERENCIAS

Hardt, M. & Negri, A. (2000). *Imperio.* Sadier E. (trad.). Recuperado de: http://www.infojur.ufsc.br/aires/arquivos/Michael%20Hardt%20-%20Antonio%20Negri%20-%20Imperio.pdf

Mesa Amplia Nacionl Estudiantil (MANE). (2012). MANE Mesa Amplia Nacional Estudiantil de Colombia. Recuperado de: http://www.docsity.com/es/noticias/vida-del-estudiante/mane-mesa-amplia-nacional-estudiantil-de-colombia/

Monclús, A. (1988). *Pedagogía de la Contradicción: Paulo Freire: Nuevos planteamientos en educación de adultos: estudio actualizado y entrevista con Paulo Freire*. Barcelona, España: Anthropos.

Ocampo-López, J. (2008). Paulo Freire y la pedagogía del oprimido. En: *Revista Historia de la Educación Latinoamericana, 10, 57-72.*

Pinzón, C. E. (2008). Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. En: *Acta Médica Colombiana, 33(1), 33-41.*

Pochicasta. (2009). *El concepto de educación.* Recuperado de: https://pochicasta.files.wordpress.com/2009/09/concepto-educar-clase.pdf

Torres, C. (1983). *La praxis Educativa de Paulo Freire.* México: Ediciones Guernica

CASO CLÍNICO

CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN SITUACIÓN AGUDA, EXPERIENCIA DE INTERCAMBIO

Diana Katherine Alfonso Gamboa
Estudiante de Enfermería – X Semestre
Universidad Nacional de Colombia
dkalfonsog@unal.edu.co

Jhon Alexander Pulido Achagua
Estudiante de Enfermería – X Semestre
Universidad Nacional de Colombia
jhapulidoac@unal.edu.co

RESUMEN

Caso clínico que utiliza el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) con la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outocomes Classification (NOC) en un hombre internado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General de Xoco, una institución de carácter público, especialista en trauma y urgencias de la Ciudad de México, debido a la agudización del estado de sus enfermedades crónicas y del desarrollo de otras. Se busca mostrar la importancia de emplear el PAE para proporcionar cuidados más individualizados, integrales, continuos y de calidad, así como, manifestar las similitudes de vulnerabilidad que presenta la población de México con Colombia, dos naciones golpeadas por conductas particularmente parecidas en relación con las condiciones de calidad de vida de sus habitantes.

Palabras clave: Enfermedad crónica, cuidados de enfermería, proceso atención de enfermería, plan de cuidados de enfermería, unidad de cuidados intensivos, México.

ABSTRACT

Clinical case using Nursing Attention Process (NAP) with North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC) taxonomy in a man admitted into the Intensive Care Unit (ICU), at the General Xoco Hospital, a public institution specialized in trauma and emergency of Mexico City, due to the worsening of the state of his chronic diseases and the development of others. It seeks to show the importance of using the NAP to provide more individualized, comprehensive and continuous quality care. Also, to demonstrate the similarities of vulnerability that Mexican population presents with Colombia, two nations hit by particularly similar behaviors in relation to the conditions and quality of life of their inhabitants.

Keywords: Chronic disease, nursing care, nursing attention process, nursing care plan, intensive care unit, Mexico

INTRODUCCIÓN

La situación en salud es determinada por condiciones del cuerpo biológico y del ambiente; por consiguiente, debe tener en cuenta las necesidades, posibilidades y limitaciones de la salud individual y colectiva, reflejo del desarrollo y contexto nacional (modelo político, económico, social, cultural, ambiental, entre otros) en el que se desenvuelve la vida de la población (Chapela, Contreras, Cerda & González, 2011).

La región de las Américas tiene niveles muy altos de desigualdad socioeconómica, razón por la cual los países que la integran se encuentran más expuestos a factores de riesgo de padecer las enfermedades y morir a causa de ellas, siendo así mismo mayores los esfuerzos para ayudar a la población (Organización Panamericana de la Salud [(PAHO, por su nombre en inglés]), s.f.a-b). La PAHO (s.f.a-b) afirma que el cambio en el estilo de vida y los cuatro factores de riesgo (sedentarismo, tabaquismo, régimen alimentario poco saludable y consumo nocivo de alcohol) son tema de interés en toda la Región, puesto que reconoce su vínculo con otros factores biológicos de riesgo (hipertensión arterial, hiperglucemia, dislipemia y obesidad), situación que coincide con el comportamiento en salud de Colombia y México, países afines en algunos aspectos, incluyendo la salud.

En el caso de México, Lozano et al. (2014) indican que la salud actual difiere de la salud en décadas pasadas; por consiguiente, su abordaje también debe ser diferente para responder a los factores de riesgo: "(…) conductuales (dieta, consumo de tabaco, alcohol y drogas, falta de ejercicio), estructurales (saneamiento básico, contaminación ambiental y doméstica, seguridad vial), metabólicos (glucosa en ayuno, tensión arterial), sociales (violencia de pareja), entre otros riesgos ocupacionales que resultan determinantes de la salud y sobre los cuales podemos actuar." (p. 17).

El cuidado de enfermería es un proceso dinámico que utiliza herramientas científicas, metodológicas y tecnológicas para ofrecer cuidados a la población en un contexto social, institucional y de redes de relaciones, las cuales le otorgan un significado, siendo influenciado, por lo tanto, en algunas áreas de competencia, por los modelos y organización de un país (Reyes-Gómez, 2015, Prefacio). El intercambio académico es, entonces, una oportunidad para conocer, en un contexto particular, otros escenarios profesionales, y socializar conocimientos y experiencias (personales, académicas, sociales, culturales, etc.) que aportan a la formación integral de la persona y al desarrollo, expansión y diversificación de la visión del mundo (Jiménez-Mendoza, 2015).

La academia de Enfermería, con el fin de hablar el mismo lenguaje de Enfermería, en la mayoría de los países, aceptó y aprobó la utilización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), una herramienta válida, sistemática, dinámica, organizada, secuencial, metódica, medible, científica, oportuna, de fácil aplicación, y de juicio crítico y evaluable, que se sustenta en el método científico y apoya en la producción (filosófica, conceptual, teórica e investigativa) de la profesión (Reina, 2010). El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Asunción-Paraguay, y el Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO) (2013) lo señalan como un instrumento, gracias al cual, la enfermería procede para resolver las necesidades humanas y brindar sus cuidados individualizados y holísticos a la persona, familia y/o grupo, de manera que permita alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud. Implica la utilización del método científico y sus etapas: i. Valoración: reunir la información; ii. Diagnostico: formular el problema; iii. Planificación: proponer objetivos e intervenciones; iv. Ejecución: emprender las intervenciones, y v. Evaluación: determinar la efectividad de las intervenciones.

El objetivo de este caso clínico fue dar a conocer el PAE con la taxonomía NANDA-NIC-NOC en un hombre internado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General de Xoco, dada la agudización del estado de sus enfermedades crónicas y del desarrollo de otras.

METODOLOGÍA

Para la realización del caso clínico se utilizó el Proceso Atención de Enfermería (PAE) y el modelo de datos subjetivos, datos objetivos, análisis diagnóstico, objetivo del plan, acciones de intervención y evaluación de resultados (SOAPIE).

Valoración.
Recolección de la información a través de fuentes directas (paciente) y fuentes indirectas (madre del paciente e historia clínica). Se empleó el Formato 015 Instrumento Guía Valoración por Dominios Funcionales[1].

Diagnóstico.
Análisis de la información y formulación de los diagnósticos de enfermería, con base en los principales problemas encontrados, usando la taxonomía NANDA.

1. Este formato es específico y propiedad de la Universidad Nacional de Colombia.

Planeación
Elaboración de un plan de cuidado de enfermería estableciendo los objetivos mediante la taxonomía NOC y las intervenciones de la taxonomía NIC.

Ejecución.
Puesta en marcha de las intervenciones especificadas en el plan de cuidado de enfermería elaborado.

Evaluación.
Verificar el alcance de los objetivos propuestos, aplicando nuevamente la taxonomía NOC.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Ficha de identificación

Nombre: K. H. X. T	**Ocupación:** Mecánico automotriz
Edad: 34 años	**Domicilio:** México D.F.
Sexo: Masculino	**Institución:** H. General de Xoco
Estado civil: Separado	**Servicio:** UCI
Escolaridad: Técnica completa	**Días de estancia:** 3
Religión: Católica	

Antecedentes

Patológicos.
Diabetes melitus tipo 2 (DM II) desde hace 13 años, a razón de pancreatitis alcohólica y dislipidemia. Actualmente, diagnosticado con cetoacidosis diabética severa, hipertensión arterial e hígado graso.

Farmacológicos.
Insulina NPH y metformina oral, habitualmente. Actualmente, en UCI ciprofloxacino, omeprazol, metoclopramida, enoxaparina, enalapril, nifedipino, butilhioscina e insulina.

Toxicológicos.
Consumo de alcohol desde los 13 años, con frecuencia de tres veces a la semana durante 16 años y de cigarrillo desde los 15 años, de dos paquetes diarios durante 7 años.

Quirúrgicos, traumáticos, transfusionales y alérgicos. Niega.
Familiares. DM en padres, hermanos y primos.

Motivo de ingreso y condiciones de consulta

El paciente llegó a las instalaciones del hospital el día lunes, en compañía de su madre debido a que experimenta una decaída en su estado general de salud, posterior a un evento de celebración familiar el día domingo, donde ingiere 1.500 ml de bebida alcohólica fermentada y 6 onzas de destilada: dolor ocular y en epigastrio, polidipsia, polifagia, poliuria, hipotermia, y dificultad para respirar. Al ingreso en el servicio de urgencias presenta un resultado de 557 mg/dl en el examen de glucometría y refiere pérdida de fuerza desde la semana anterior.

Diagnósticos médicos

Diabetes Mellitus, cetoacidosis diabética, dislipidemia, hipertensión arterial (diagnóstico nuevo) e hígado graso (diagnóstico nuevo).

Medicamentos

Tabla 1. *Medicamento y efecto terapéutico en el paciente K. H. X. T.*

MEDICAMENTO	EFECTO TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE
Ciprofloxacino 400mg IV c/12h	Antimicrobiano por sospecha de proceso infeccioso en las vías urinarias.
Omeprazol 40mg IV c/24h	Inhibe la secreción de ácido en el estómago, actuando como protector gástrico durante el proceso de hospitalización.
Metoclopramida 10mg IV c/8h	Intervienen los receptores D2, 5-HT3 y 5-HT4 implicados en el vómito, actuando sobre la sensación de náuseas y emesis.
Enoxaparina 60mg SC c/24h	Anticoagulante que potencia el efecto inhibitorio de la antitrombina III previniendo la formación de coágulos por prescripción de reposo absoluto.
Enalapril 50mg VO c/12h	Inhibidor del ECA que da lugar a concentraciones reducidas de angiotensina II, y conduce a disminución de la actividad vasopresora y secreción reducida para el manejo de altas cifras tensionales.
Nifedipino 30mg VO c/24h	Inhibe el flujo de iones Ca al tejido miocárdico y muscular liso de arterias coronarias y vasos periféricos para el manejo de altas cifras tensionales.
Butilhioscina 10mg IV c/8h	Espasmolítico e inhibidor de la producción de secreciones para el alivio del dolor abdominal (epigastrio).
Insulina NPH 20UI SC c/24h	Regula el metabolismo de la glucosa para la estabilización de las altas cifras de glicemia.

Fuente: *Vademécum Fármacos en enfermería, Tiziani, 2010.*

Valoración de enfermería

A la fecha de valoración, cumplía el tercer día dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Valoración primaria

A: Vía aérea permeable y consciente.

B: Frecuencia respiratoria de 21r/min saturando 94%, movimientos respiratorios simétricos y a la auscultación murmullo vesicular en ambos campos pulmonares.

C: Frecuencia cardiaca de 65l/min, tensión arterial de 130/77mmHg, presión arterial media de 95mmHg, perfusión periférica de 2 segundos, temperatura de 36°C. Catéter periférico permeable de calibre 16G a nivel de vena cefálica en extremo distal de miembro torácico derecho con solución salina 0.9% a 41cc/h.

D: AVDI en A (Alerta) con pupilas simétricas y normoreactivas.

E: 36°C

Valoración secundaria

Anamnesis: AMPUS

Alergias: Ninguna.

Medicamentos: Insulina NPH y metformina.

Patologías previas: Diabetes Mellitus II.

Última comida: No se registra.

Sucesos previos: ingesta alcohol (1500 ml de bebida fermentada y 6 onzas de destilada).

Tabla 2. *Signos vitales y somatometría.*

Peso: *75 Kg*	**Talla:** 1.81 m	**IMC:** 22.8
Frecuencia Cardiaca: 65 lpm	**Frecuencia Respiratoria:** 21 rpm	
Saturación Oxigeno: 94%	**Temperatura:** 36° C	
Tensión arterial: 130/77 mmHg.	**Presión arterial Media de:** 95 mmHg	

Fuente: Datos de valoración de enfermería.

Examen cefalocaudal

Neurológico.

Paciente consciente, alerta, orientado en sus 3 esferas (tiempo, espacio y persona), colaborador al interrogatorio y anamnesis, Glasgow con resultado de 15 puntos.

Físico.

Habitus exterior: Masculino, adulto joven en cuarta década de la vida, con edad aparente a la cronológica, aparenta un buen estado de salud física, prescripción de reposo absoluto en cama. Fascies y actitud normales.

Cabeza: Normocéfalo, buena implantación capilar, pupilas isocóricas y normorreactivas, función visual con sospecha de disminución, pabellón auricular adecuada implantación y forma, fosas nasales hidratadas sin secreciones, cavidad oral hidratada y piezas dentarias completas con inadecuada higiene.

Cuello: Cilíndrico con pulsos carotideos presentes y en sincronía, sin masas ni megalias. Movilidad normal.

Tórax: Mesoformo, simétrico, ruidos cardiacos fuertes rítmicos, dinámica ventilatoria adecuada con murmullo vesicular conservado pero disminuido en ápices pulmonares.

Abdomen: simétrico, doloroso a la palpación profunda en epigastrio (Murphy +) de 6/10 en la escala análoga de dolor, se palpa hepatomegalia y sin presencia de masas.

Extremidades superiores e inferiores: Simétricos e íntegros, acceso venoso periférico permeable a nivel de vena cefálica en extremo distal de miembro derecho, pasando solución salina al 0.9% a 41cc/h. Vendaje elástico a indicación de presión venosa en miembros inferiores

Genitales: Acorde al sexo y edad, con inserción de sonda Foley número 16 y uresis de aspecto color amarillo claro. No se evidencian lesiones en el área de inserción.

Valoración terciaria: Valoración por dominios

Dominio 1. Promoción de la salud

El paciente refiere que, en general, su estado de salud es "malo". Consumió alcohol desde los 13 años, con frecuencia de tres veces a la semana durante 16 años y, de cigarrillo desde los 15 años, de dos paquetes diarios durante 7 años. Antecedentes familiares de Diabetes Mellitus en padres, hermanos y primos. Aunque tiene conocimiento de que debe evitar alimentos ricos en grasa, azúcares y sal continúa con su consumo "queda más fácil salir y comprar tortas, tacos, sincronizadas, huaraches, (...)"; dadas sus características laborales, el déficit de tiempo, las dificul-

tades monetarias, así como el deseo propio. Explica que por cuestión de tiempo y ante la idea de tener un aparente control sobre su sintomatología, aplaza la asistencia periódica a los controles médicos "solo al sentirme mal". Su acompañante (madre) refiere que K.H.X.T., en ocasiones, olvida tomar los medicamentos y "peca" comiendo y tomando "antojitos" (tacos, tortas, alcohol, refrescos,...). Ha sido hospitalizado en cuatro ocasiones durante los últimos años por descompensación de su patología.

Dominio 2. Nutrición

Paciente con 75 Kg de peso, 1.81 m de talla e IMC 22.8. Habitualmente se alimenta con "tortas, tacos, sincronizadas, huaraches,..." y toma en gran cantidad refrescos debido al tiempo disponible que permite su ocupación. Refiere sentir pérdida de peso desde su ingreso en la U.C.I. Prescripción de dieta hiposódica, hipograsa e hipoglúcida por vía oral. Sin alteración de gusto, masticación y deglución. No presenta signos de deficiencia de líquidos, balance de líquidos positivo, líquido IV solución salina al 0.9% pasando a 41cc/h.

Dominio 3. Eliminación/Intercambio

Eliminación urinaria a través de sonda Foley calibre 16, con recolección de orina color ámbar 200cc/h. Eliminación gastrointestinal de características habituales. Piel hidratada con ligera palidez y perfusión distal menor de 2 segundos. Debido a la patología diabética, las heridas que sufre no cicatrizan fácilmente. Función respiratoria sin alteraciones. Frecuencia Respiratoria de 21 rpm saturando 94%

Dominio 4. Actividad/Descanso

Acostumbra a dormir habitualmente 8 horas y refiere sentir que amanece descansado y listo para las actividades del día. No presenta dificultad para conciliar sueño y regularmente trota y juega futbol. Actualmente, paciente con prescripción de reposo absoluto por lo que los autocuidados son desempeñados por el enfermero de turno. Función motora de todas sus extremidades conservada. Frecuencia Cardiaca de 65 lpm, tensión arterial de 130/77 mmHg y presión arterial media de 95 mmHg.

Dominio 5. Percepción/Cognición

Alerta, orientado, percepción normal, ideas coherentes, estado de ánimo apropiado, lenguaje normal y memoria sin alteraciones.

Dominio 6. Autopercepción

Refiere sentirse mal, estando enfermo y asume la responsabilidad por sus patologías. Pregunta durante

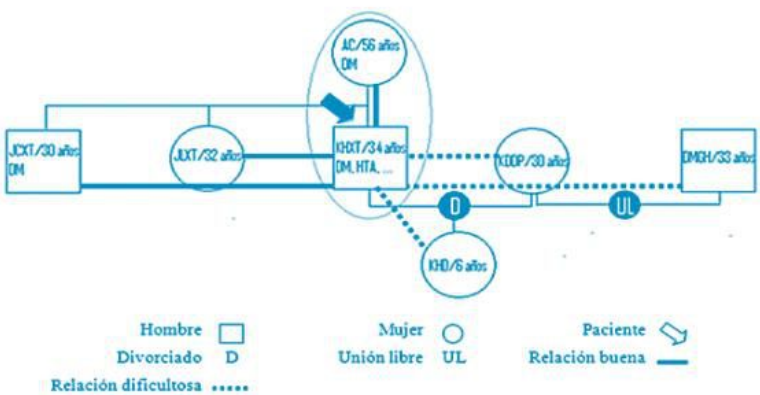


Figura 1. *Familiograma paciente K. H. X. T.*
Fuente: *Datos de valoración por dominio rol/relaciones.* el turno sobre su situación de

salud (enfermedad e indicaciones de la misma). Se muestra preocupado de que en su trabajo se enteren de su patología y sea despedido.

Dominio 7. Rol/Relación

Al enfermarse, la encargada de su cuidado es su madre, quien cumple con todas las indicaciones médicas (dieta, medicamentos, actividades, controles,…). Vive con su madre después de la separación, hace un año, de su esposa (relación dificultosa) e hija de 6 años, con quien procura mantener contacto (visita un día a la semana) pero recibe únicamente rechazo. Presenta mala comunicación y relación con la pareja actual de su esposa.

Dominio 8. Sexualidad

Genitales acorde al sexo y edad.

Dominio 9. Afrontamiento y tolerancia al estrés

La separación de su pareja e hija hace aproximadamente un año le genera tristeza. Espera retomar la relación y su familia en algún momento, aún reconociendo que su exesposa cuenta actualmente con pareja. No ha comunicado sus sentimientos más que a su madre, pero se niega aceptar las circunstancias. Siente que se le ha arrebatado lo más importante y se siente vacío.

Dominio 10. Principios vitales

Al hablar, expresa peticiones u oraciones relacionadas con Dios y sus creencias religiosas.

Dominio 11. Protección y seguridad

Inserción de sonda Foley calibre 16 y de acceso venoso periférico permeable a nivel de vena cefálica en extremo distal de miembro derecho. Al encontrarse en un medio hospitalario está expuesto a los microorganismos de dicho medio ambiente. Niega alergias y mantiene adecuada temperatura corporal. Temperatura de 36°C.

Dominio 12. Confort

Dolor en epigastrio l a la palpación profunda en (Murphy +) de 6/10 en la escala análoga de dolor. Se siente incómodo en el entorno hospitalario.

Dominio 13. Crecimiento y desarrollo

Refiere sentirse útil y que en los próximos años espera estar mejor económicamente para poder vivir nuevamente con su exesposa e hija y "darles muchos gustos".

FISIOPATOLOGÍA

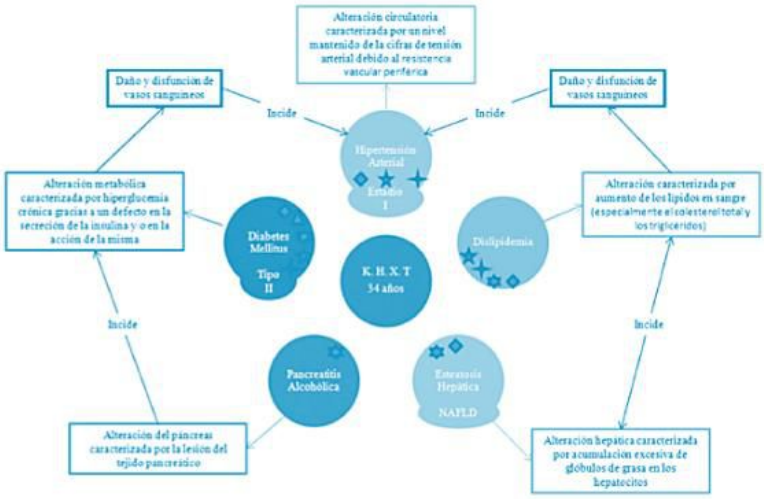


Figura 2. *Mapa fisiopatológico paciente K. H. X. T.*
Fuente: *Adaptado de Carrera-Boada & Martínez-Moreno, 2013; Hernández, Vega-Alonso, Lozano-Alonso, Álamo-Sanz, Castrodeza-Sanz & Lleras-Muñoz, 2010; Idrovo-Cubides & Guevara, 2004; Querales, Sánchez & Querales, 2013; Rojas, Molina, & Rodríguez, 2012; y Wagner-Grau, 2010.*

PLAN DE CUIDADOS

Datos subjetivos

Directos

El paciente refiere tratar de cumplir con las indicaciones médicas; sin embargo, dadas sus características laborales, el déficit de tiempo y dificultades monetarias le ha sido difícil lograr la meta de alcanzar un adecuado mantenimiento de su salud. Comenta haber consumido bebidas alcohólicas en una celebración familiar el día anterior al ingreso en el hospital. Explica que por cuestión de tiempo y ante la idea de tener un aparente control sobre su sintomatología, aplaza la asistencia periódica a los controles médicos. Antecedentes familiares de DM en padres, hermanos y primos. Practica diariamente actividad física.

Indirectos

La madre del paciente refiere que K.H.X.T, en ocasiones, olvida tomar los medicamentos y "peca" comiendo y tomando "antojitos" (tacos, tortas, alcohol, refrescos,...)

Datos Objetivos

Cifra de glucemia al ingreso de urgencias 557 mg/dl; sin embargo, durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos las mantiene inestables (promedio 170 mg/dl).

Medicamentos. Insulina NPH 25UI SC matutino e Insulina NPH 10UI SC nocturno; Metformina 500mg V.O.

Laboratorios Bililabstix: Glucosa 4+ (aumentada), Cetona 4+ (aumentada), Sangre 3+ (aumentada).

Diagnóstico dislipidemia y DM2 corroborados por historia clínica.

Diagnóstico (Herdman, 2012)

Dominio: 2. Nutrición.

Clase funcional: 4. Metabolismo.

Nivel de glucemia inestable R/C falta de control de la diabetes, control inadecuado glucemia y dificultad de adhesión al plan terapéutico. (Tirado Pedregosa, Hueso Montoro, Cuevas Fernández-Gallego, Montoya Juárez, Bonill de las Nieves, & Schmidt Río-Del Valle, 2011)

Meta (Johnson, Mass, Swanson & Moorhead, 2013)

NOC: Nivel de Glucemia (2300).

Durante el turno de la mañana se espera que el paciente disminuya los niveles de glicemia y la mantenga en rangos estables.

Intervención (McCloskey & Bulechek, 2004)

NIC: Manejo de la hiperglucemia (2120).

Vigilar los valores de la glucemia.

Monitorizar los signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, visión borrosa, cefalea o letargo.

Monitorizar la presión arterial y frecuencia cardiaca.

Administrar hipoglucemiantes (insulina y metfomina), acorde con las cifras obtenidas de glucosa en sangre y prescripción médica.

Identificar las posibles causas de la hiperglucemia (dieta, consumo de alcohol, adherencia a la terapia medicamentosa)

Evaluación (Johnson, Mass, Swanson & Moorhead, 2013)

Tabla 1 . *NOC: Nivel de Glucemia (2300).*

INDICADORES	NOC inicial	NOC meta	NOC final
Concentración sanguínea de glucosa	1	3	2
Glucosa en orina	1	3	3
Cetonas en orina	1	3	3
TOTAL	3/15	9/15	8/15
Escala de desviación del rango normal: 1) Grave 2) Sustancial 3) Moderada 4) Leve 5) Sin			

El paciente, en el transcurso de su estancia en la unidad de cuidados intensivos, presenta una mejoría progresiva de los valores en glicemia, reflejada principalmente en los resultados de laboratorio, aunque no se logra alcanzar los valores de glucosa normales.

Datos subjetivos

Directos

Comenta haber consumido bebidas alcohólicas en una celebración familiar el día anterior a ser ingresado en el hospital. Refiere consumo de alcohol desde los 13 años, con frecuencia de tres veces a la semana, durante 16 años. Cuenta que su ocupación predispone al consumo de "tortas, tacos, sincronizadas, huaraches,…". Explica que por cuestión de tiempo y descuido (sentirse bien) no asiste periódicamente a los controles médicos "Solo al sentirme mal".

Indirectos

La madre refiere que "peca" comiendo y tomando "antojitos" (tacos, tortas, alcohol, refrescos,...)

Datos Objetivos

Palpación de hepatomegalia.

Laboratorio perfil hepático. Gamma glutamiltranspeptidasa 206U/L (aumentada), Albumina 2.0 (disminuida).

Laboratorio sangre. Glicemia 170mg/dl (aumentada), triglicéridos 387 mg/dl (aumentado), colesterol HDL 398 mg/dl (aumentado).

Diagnóstico HTA, dislipidemia y DM2 corroborados por historia clínica.

Diagnóstico (Herdman, 2012)

Dominio: 2. Nutrición.

Clase funcional: 4. Metabolismo.

Deterioro de la función hepática R/C abuso de sustancias (alcohol, carbohidratos y grasas).

Meta (Johnson, Mass, Swanson & Moorhead, 2013)

NOC: Control del riesgo (1902).

Durante la jornada laboral matutina se espera disminuir las condiciones y conductas que inciden en el deterioro de la función hepática del paciente y mantener vigilado el estado del hígado.

Intervención (McCloskey & Bulechek, 2004)

NIC: Vigilancia (6650).

Monitorizar los signos vitales e identificar los signos y síntomas de alerta (cifras tensionales, valores de glicemia, exacerbación de cuadro clínico,…) del paciente para una respuesta inmediata.

Explicar los resultados de las pruebas diagnósticas al paciente; así como los nuevos diagnósticos de salud determinados.

Obtener información sobre la conducta y rutinas normales para determinar los riesgos que inciden en la agudización de la patología.

Implicar al paciente en la monitorización de su estado de salud y concientizarlo sobre la importancia de cambio de hábitos de vida (dieta saludable, práctica de la actividad física y asistencia a controles médicos).

Evaluación (Johnson, Mass, Swanson & Moorhead, 2013)

Tabla 2. *NOC: Control del riesgo 1902.*

INDICADORES	NOC inicial	NOC meta	NOC final
Reconoce factores de riesgo.	4	4	4
Supervisa los factores de riesgo medioambientales.	2	4	2
Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal.	2	4	2
Se compromete con estrategias de control del riesgo.	2	4	3
Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas.	1	4	1
TOTAL	11/25	20/25	12/25
Escala de demostrado: 1) Nunca 2) Raramente 3) A veces 4) Frecuentemente 5) Siempre			

Se lleva al paciente a pensar en la importancia de controlar aquellas situaciones que precipitan el deterioro de su estado general de salud. En la evaluación NOC, no es posible registrar resultados significativos, dado que se contemplan estrategias de seguimiento a largo plazo.

Datos subjetivos

Directos

Comenta haber consumido bebidas alcohólicas en una celebración familiar el día anterior a ser ingresado en el hospital. Cuenta que al trabajar como mecánico automotriz "queda más fácil salir y comprar tortas, tacos, sincronizadas, huaraches,...". El paciente refiere tratar de cumplir con las indicaciones médicas y controles médicos; no obstante, por cuestión de trabajo, tiempo, descuido y económica, no siempre puede "Solo al sentirme mal". "Tomé un buen de licor desde los 14 hasta casi los 30 años". "Ojalá hubiera sabido antes que esto me iba a pasar".

Indirectos

La madre refiere que, en ocasiones, olvida sus medicinas y, en varias ocasiones, a la semana se alimenta de productos preparados en la calle.

Datos Objetivos

Diagnóstico reciente de HTA e hígado graso, cólico vesicular, dislipidemia y exacerbación de la DM2 (cetoacidosis diabética severa), corroborados por historia clínica.

Parámetros de laboratorio en sangre y orina alterados (glicemia, cetona, colesterol, triglicéridos,...).

Diagnóstico (Herdman, 2012)

Dominio: 1. Promoción de la Salud.

Clase funcional: 2.Gestión de la Salud.

Gestión ineficaz de la propia salud R/C, dificultades económicas y toma de elecciones inapropiadas para el tratamiento de la patología E/P; no incluye el régimen de tratamiento en la vida diaria, no emprende acciones para reducir los factores de riesgo; en su vida, hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de su salud y expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos.

Meta (Johnson, Mass, Swanson & Moorhead, 2013)

NOC: Conducta de búsqueda de la salud (1603).

Durante el turno de la mañana se espera lograr un compromiso referido verbalmente por el paciente, en pro de la recuperación y mantenimiento adecuado de su salud.

Intervención (McCloskey & Bulechek, 2004)

NIC: Ayuda en la modificación de sí mismo (4470).

Valorar las razones por las que el paciente desea y debe cambiar.

Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica y las conductas diarias que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada.

Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado.

Valorar el ambiente social, físico e interpersonal del paciente para determinar el grado de apoyo de las conductas deseadas.

Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta e identificar las estrategias más efectivas frente a estas.

Explicar al paciente la importancia de la automonitorización en el intento por cambiar la conducta.

Evaluación (Johnson, Mass, Swanson & Moorhead, 2013)

Tabla 3. *NOC Conducta de búsqueda de la salud 1603.*

INDICADORES	NOC inicial	NOC meta	NOC final
Hace preguntas cuando es necesario.	3	4	4
Describe estrategias para eliminar la conducta insana.	2	4	3
Sigue las estrategias para eliminar la conducta insana.	1	3	1
Realiza la conducta sanitaria cuando es necesario.	3	4	2
Describe estrategias para maximizar la salud.	3	4	4
Sigue las estrategias desarrolladas por sí mismo para maximizar la salud.	1	3	1
TOTAL	13/30	22/30	15/30

Escala de demostrado:
1) Nunca 2) Raramente 3) A veces 4) Frecuentemente 5) Siempre

Se lleva al paciente a pensar en los compromisos a adquirir, con el fin de beneficiar su estado general de salud. En la evaluación NOC no es posible registrar resultados significativos dado que se contemplan estrategias de seguimiento a largo plazo.

Datos Objetivos

Catéter periférico calibre 16G a nivel de vena cefálica en extremo distal de miembro torácico derecho.

Inserción de sonda Foley No. 18.

Diagnóstico de DM 2 (cetoacidosis diabética severa), corroborados por historia clínica.

Ciprofloxacino 400mg IV c/12h por sospecha de proceso infeccioso en vías urinarias.

Diagnóstico (Herdman, 2012)

Dominio: 11. Seguridad-protección.

Clase funcional: 1. Infección.

Riesgo de infección R/C, enfermedad crónica (Diabetes Mellitus) y procedimientos invasivos (Catéter intravenoso y Sonda Foley).

Meta (Johnson, Mass, Swanson & Moorhead, 2013)

NOC: Control del riesgo (1902).

Durante el turno de la mañana se espera disminuir las condiciones y conductas que puedan incidir en la aparición de una infección en el paciente ya sea a nivel urinario, tegumentario o sanguíneo.

Intervención (McCloskey & Bulechek, 2004)

NIC: Control de infecciones (6540), cuidados del catéter urinario (1876) y mantenimiento de dispositvos de acceso venoso (2440).

Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados con el paciente.

Poner en práctica las precauciones universales (guantes, tapabocas,...).

Cambiar el equipo de cuidados del paciente según protocolo del centro (equipo de canalización periférica y urinaria).

Garantizar una manipulación aséptica de la línea intravenosa y sistema de catéter urinario.

Administrar terapia de antibióticos.

Mantener la permeabilidad del sistema de catéter periférico y urinario (evitar pinzamientos o acodamientos).

Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado.

Limpiar el catéter urinario por fuera en el meato.

Anotar las características del líquido drenado.

Vaciar el dispositivo de drenaje urinario en los intervalos especificados.

Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.

Instruir al paciente acerca de los signos y síntomas de infección.

Evaluación (Johnson, Mass, Swanson & Moorhead, 2013)

Tabla 4. *Control del riesgo (1902).*

INDICADORES	NOC inicial	NOC meta	NOC final
Reconoce factores de riesgo.	4	4	4
Supervisa los factores de riesgo medioambientales.	3	4	3
Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.	3	4	4
Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas.	3	4	4
TOTAL	13/16	16/20	15/20

Escala de demostrado:
1) Nunca 2) Raramente 3) A veces 4) Frecuentemente 5) Siempre

El paciente durante el transcurso de su estancia en la unidad de cuidados intensivos presenta una sospecha de infección en vías urinarias.

Datos subjetivos

Directos
"Mi mujer y ese con que vive no dejan que la niña esté conmigo". "Cuando visito a la niña no quiere estar conmigo". "Dejó de decirme papá, ahora el papá es ese". "Fue culpa de mi mujer que nos separáramos, yo no hacía sino portarme bien". "Siento que mi hija no me quiere". "Aunque amo a mi mamá me siento solo estando con ella". 2Mi mamá no entiende por lo que estoy pasando, mi esposa es mi único amor".

Indirectos
"Mi hijo todavía cree que va a volver con su mujer, pero ya las cosas no estaban funcionando desde hace mucho tiempo aunque él diga que no es así".

Datos Objetivos

Facies de tristeza (voz entrecortada, pausas de silencios y lágrimas) al comentar la experiencia de separación de su exesposa e hija.

Diagnóstico (Herdman, 2012)

Dominio: 7. Rol-Relaciones.

Clase funcional: 2. Relaciones familiares.

Procesos familiares disfuncionales R/C; abuso de sustancias y habilidades de afrontamiento inadecuadas E/P; deterioro de las relaciones familiares con alteración de los roles y dinámica familiar; problemas matrimoniales; negación de los problemas y habilidades ineficaces para la solución de los mismos, y sentimientos de no ser querido, incomprensión y soledad.

Meta (Johnson, Mass, Swanson & Moorhead, 2013

NOC: Afrontamiento de problemas (1302).

Durante el turno de la mañana se espera lograr que el paciente admita verbalmente la realidad de la separación matrimonial y un compromiso por buscar alternativas para darle continuidad al proceso de duelo y a su vida.

Intervención (McCloskey & Bulechek, 2004)

Aumentar el afrontamiento (5230) y asesoramiento (5240).

Establecer una relación terapéutica basada en el respeto.

Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.

Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad.

Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.

Animar al paciente a desarrollar relaciones y a evaluar su propio comportamiento.

Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.

Evaluación (Johnson, Mass, Swanson & Moorhead, 2013)

Tabla 5. *NOC Afrontamiento de problemas (1302).*

INDICADORES	NOC inicial	NOC meta	NOC final
Verbaliza la aceptación de la situación.	2	4	3
Identifica múltiples estrategias de superación.	3	4	3
Refiere disminución de los sentimientos negativos.	2	4	4
Refiere aumento del bienestar psicológico.	2	4	4
TOTAL	9/20	16/20	14/20

Escala de demostrado:
1) Nunca 2) Raramente 3) A veces 4) Frecuentemente 5) Siempre

Se prioriza, en el paciente, el reconocimiento de la importancia del duelo, las conductas resilientes y de que el consumo de alcohol no trae beneficios de ninguna índole. En la evaluación NOC no es posible registrar resultados significativos dado que se contemplan estrategias de seguimiento a largo plazo.

CONCLUSIONES

El aspecto político, económico, social, cultural y ambiental determina, en gran medida, la problemática en salud del paciente, reflejo de la desigualdad e inequidad que aqueja a un país en vía de desarrollo, convirtiéndose, por lo tanto, en un reto para el cuidado del profesional de enfermería.

El Proceso de atención de Enfermería fue una herramienta útil, mediante la cual se brindó un cuidado individualizado, integral, continuo y de calidad, con base en las características biológicas, psicológicas, sociales, espirituales y culturales del paciente.

La intervención de enfermería estableció, como propósito principal, que el paciente se empoderara, a través del conocimiento en las prácticas, de su cuidado diario y utilizó la evaluación oral para verificar el entendimiento de los mismos, además del criterio profesional.

Por último, el intercambio académico fue una experiencia para aprender de enfermería utilizando los modelos de aprendizaje propios de otra institución universitaria y abordar la profesión con nuevos y viejos conocimientos, actitudes y habilidades prácticas.

REFERENCIAS

Carrera-Boada, C. A. & Martínez-Moreno, J. M. (2013). Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2: más allá del dúo "resistencia insulina-déficit de secreción". *Nutrición Hospitalaria, 28(2), 78-87.* Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112013000800012

Chapela, M. C.; Contreras, M. E.; Cerda, A. & González, S. (2011). Introducción. En: M. C. Chapela & M. E. Contreras-Garfias. *Pensar el futuro de México: Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias. La salud en México (pp. 11-31).* México D.F, México: Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado de http://dcsh.xoc.uam.mx/pensarelfuturodemexico/libros/La_Salud.pdf.

Herdman, T. (2012). *NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014.* Madrid, España: Elsevier España.

Hernández, A.; Vega-Alonso, A.; Lozano-Alonso, J.; Álamo-Sanz, R.; Castrodeza-Sanz, J. & Lleras-Muñoz, S. (2010). Dislipidemias y riesgo cardiovascular en la población adulta de Castilla y León. *Gaceta Sanitaria, 24(4)*, 282-287. DOI: 10.1016/j.gaceta.2010.04.004 .

Idrovo-Cubides, V. & Guevara, L. G. (2004). Enfermedad hepática grasa no alcohólica: NAFLD. *Revista Colombiana de Gastroenterología, 19 (1), 44-49.* Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572004000100009

Jiménez-Mendoza, A. (2015). La movilidad estudiantil y el intercambio académico en la ENEO UNAM. Una estrategia hacia la consolidación de Enfermería. *Enfermería universitaria, 12(1), 1-2.* Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n1/v12n1a1.pdf.

Johnson, M.; Mass, M. L.; Swanson, E. & Moorhead, S. (2013). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud.* (Quinta edición). Madrid, España: Elsevier España.

Lozano, R.; Gómez-Dantés, H.; Pelcastre, B.; Ruelas, M. G.; Montañez, J. C.; Campuzano, J. C.; Franco, F. & González, J. J. (2014). Síntesis ejecutiva. En: Lozano, R.; Gómez-Dantés, H.; Pelcastre, B.; Ruelas, M. G.; Montañez, J. C.; Campuzano, J. C.; Franco, F. & González, J. J. *Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos* (págs. 13-18). Cuernavaca, México: Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/150122_cargaEnfermedad.pdf

McCloskey, J.; Butcher, H. K. & Bulechek, G. M. (2004). *Clasificación de Intervenciones en Enfermería* (NIC). (Quinta edición). Madrid, España: Elsevier España.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Asunción - Paraguay e Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO). (2013). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). *Revista de Salud Pública Paraguay,* 3(1), 41-48. Recuperado de: http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/view/24/10.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.a). *La carga económica de las enfermedades no transmisibles en la región de las Américas. Informe temático sobre enfermedades no transmisibles.* Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16158&Itemi.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.b). *Las enfermedades no transmisibles en la región de las Américas: todos los sectores de la sociedad pueden ayudar a resolver el problema. Informe temático sobre enfermedades no transmisibles.* Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16160&Itemid=270&lang=en.

Querales, M.; Sánchez, C. & Querales, M. (2013). Dislipidemias en un grupo de adultos aparentemente sanos. *Salus,* 17(1). Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000100003

Reina, N. C. (2010). El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado. *Umbral Científico,* (17), 18-23. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003.

Reyes-Gómez, E. (2015). *Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología.* (Segunda edición). México D.F., México: Manual Moderno.

Rojas, E.; Molina, R. & Rodríguez, C. (2012). Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo,* 10(01), 7-12. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1690-31102012000400003&script=sci_arttext.

Tirado-Pedregosa, G.; Hueso-Montoro, C.; Cuevas-Fernández-Gallego, M.; Montoya-Juárez, R., Bonill de las Nieves, C. & Schmidt Río-Del Valle, J. (2011). Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. *Index de Enfermería,* 29(1-2), 7-12. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000100023&script=sci_arttext.

Tiziani, A. (2010). *Havard. Fármacos en enfermería.* (Cuarta edición). México D.F, México: Manual Moderno.

Wagner-Grau, P. (2010). Fisiopatología de la hipertensión arterial. *Anales de la Facultad de Medicina,* 71(4), 225-229. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832010000400003&script=sci_arttext

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PERSONA CON DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA: UN CASO CLÍNICO

Claudia Isabel Hernández Castillo
Estudiante de Enfermería - IX semestre
Universidad Nacional de Colombia
clihernandezca@unal.edu.co

Nathaly La-Rotta Salamanca
Estudiante de Enfermería - IX semestre
Universidad Nacional de Colombia
nlarottas@unal.edu.co

RESUMEN

La depresión es una alteración del estado del ánimo con síntomas como tristeza patológica, llanto frecuente o disminución de interés en actividades de la vida diaria; esta influye en la interacción de la persona con su entorno social y puede llevar al suicidio. El objetivo de este artículo es describir las intervenciones de enfermería realizadas a una persona que ingresa a una clínica en la ciudad de Bogotá, en estado depresivo y con ideación suicida. Las intervenciones permitieron la adherencia al tratamiento, la expresión de sentimientos y la unión familiar.

Palabras clave: Depresión, ideación suicida, diagnostico de enfermería, proceso de enfermería, salud mental.

ABSTRACT

Depression is a mood disorder with symptoms as pathological sadness, frequent crying or loss of interest in the activities of daily living; this disorder influences the relationship of people with their social environment. This article was made with the objective of describe the nursing interventions done to a depressive person with suicidal ideation in a hospital in Bogotá. The interventions allowed patient adherence to treatment, expression of feelings and family togetherness.

Keywords: Depression, suicidal ideation, nursing diagnosis, nursing process, mental health.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una alteración del estado del ánimo que se caracteriza por el descenso del humor y predominan síntomas afectivos como tristeza patológica, irritabilidad e impotencia frente a las exigencias de la vida (Secretaría de Salud México, 2009); esto se ve reflejado en la esfera social de la persona, quien pierde el interés por interactuar con el grupo social al que pertenece (Coffin, Álvarez, Marín, 2011). Este trastorno mental es uno de los más comunes, pues afecta a más de 350 millones de personas en el mundo y se estima que para el 2020 será la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012). Además, incrementa la mortalidad, los comportamientos agresivos, el consumo de sustancias psicoactivas, las tasas de suicidio y homicidio. Se considera, por lo tanto, un fenómeno de interés en el campo de la salud pública.

Las personas con depresión experimentan tristeza, desesperanza, pérdida del interés por las actividades que antes eran consideradas placenteras, culpabilidad y llanto. Estos signos influyen en la aparición de la ideación suicida o del suicido consumado (Coffin et al., 2011; Ceballos-Ospino et al., 2015). El proceso del suicidio consta de varias etapas: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida, y el suicidio consumado. Estas etapas pueden ser secuenciales o no, solas o en conjunto (Miranda de la Torre, Cubillas, Román & Abril, 2009). Se entiende ideación suicida como pensamientos frecuentes o elaboración de planes para terminar con la propia vida, con diferentes grados de elaboración e intensidad (Universidad Industrial de Santander [UIS], 2014).

Teniendo en cuenta lo anterior, este trabajo tiene como objetivo describir las intervenciones de enfermería realizadas a una persona que ingresa a una clínica en la ciudad de Bogotá, en estado depresivo y con ideación suicida.

Presentación del caso

S.A. es una paciente femenina de 36 años de edad, quien ingresó en compañía de su hermana a una clínica de Bogotá, debido a una crisis depresiva e ideación suicida estructurada. Refiere que en los últimos días no ha dejado de llorar y expresó el deseo de "cortarse las muñecas con un cuchilla".

Al momento de la valoración mental, S.A. estaba sentada, llorando en el pasillo. Se había bañado, tenía ropa limpia y refería no tener ánimos de peinarse. Se encontraba consciente, alerta y orientada en tiempo, persona y espacio. Su actitud era amable y a medida que se generó empatía con las estudiantes fue más colaboradora. Presentaba una postura corporal depresiva, tronco inclinado hacia adelante, con expresión facial abatida y con la mirada fija en el suelo. Atención euproséxica, respondía de manera adecuada a los estímulos a pesar de su llanto constante. Lenguaje coherente y eulálico, pensamiento lógico y no indicó presentar alucinaciones ni ideas delirantes. Refería expresiones de minusvalía, hipotímia y llanto fácil. Manifestó patrón del sueño alterado con insomnio de reconciliación. Su alimentación en los últimos días se había visto afectada por su estado de ánimo; sin embargo, durante la valoración de enfermería manifestó el deseo de desayunar, fue llevada al comedor e ingirió la totalidad del desayuno, aunque a un ritmo acelerado. Por otro lado, presenta memoria conservada, sin alteraciones en memoria retrograda ni anterretrograda. Finalmente, en juicio y raciocinio se encontró que la paciente no "sabe" la razón por la que decide hacerse daño, a pesar de tener temor a la muerte y considerar la vida como "bonita".

Considerando la relación que existe entre la depresión y la ideación suicida, los dominios que se encontraron alterados fueron:

Seguridad y protección.
Existe el riesgo de usar medidas para causarse autolesiones; esto teniendo en cuenta la ideación suicida estructurada que manifestó y el antecedente de intento suicida.

Afrontamiento y tolerancia al estrés.
Tiene dificultad en la capacidad para afrontar situaciones adversas y estresantes, así como poca identificación de factores internos y externos que le permitan superar dicha situación.

Autopercepción. Ella se siente sola y eso la hace sentirse insegura para realizar su plan de vida.

Promoción de la salud.
En ese momento refirió no sentirse bien ni motivada frente a la vida, "estoy triste y con muchas ganas de llorar". Además, no tiene adherencia al tratamiento farmacológico que lleva en el hogar.

Dominio de rol y relaciones. se identificó que ella no se encontraba viviendo con sus hijos a raíz de la separación con su pareja. La relación con ellos es distante porque ella no desea que la vean en la situación en la que se encuentra. La relación con su padre, también es distante y a su madre no la ve hace 18 años. Manifestó que su madre desapareció y "yo soy como ella, siempre lloro". En ese entonces, se encontraba viviendo con una de sus hermanas, cuñado y sobrinos. S.A. refirió: "mi hermana es mi gran apoyo".

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico de enfermería 1 (NANDA, 2009)

Dominio: 11. Seguridad y protección.
Clase funcional: 3. Violencia.
Riesgo de suicidio (00150). Factores de riesgo como: historia de intentos previos de suicidio, divorcio, desesperanza, pérdida de relaciones importantes expresión de deseos de morir y alteración de la vida familiar.

Resultados de enfermería (NOC)

(Moorhead et al., 2009):

Bienestar personal.
Alcance de la percepción positiva del estado de salud y de las circunstancias vitales propias.
Equilibrio emocional.
Adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.
Manejo ambiental.
Prevención de la violencia.

Intervenciones de enfermería (NIC)

(Bulechek et al., 2010):

Apoyo emocional.
Abrazar a la paciente para proporcionar apoyo, favorecer la expresión de los sentimientos o situaciones que la han llevado a tener ideas suicidas, ayudar en la identificación de los factores desencadenantes de las ideas suicidas. También, estimular a la paciente a que realice actividades de la vida diaria y cuidado personal, por medio de estímulos de salidas a zonas verdes y felicitar por los avances presentados.

Fomentar la implicación familiar.
Identificar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado de la paciente; animar a los miembros de la familia a mantener relaciones familiares; facilitar y fomentar las visitas; ayudar en la identificación de personas y actividades que motiven a la paciente a retomar su plan de vida y sus roles.

Grupo de apoyo. Crear una atmósfera relajada y de aceptación; fomentar la expresión y compartir el conocimiento de la experiencia; enfatizar la importancia de la capacidad de activa de enfrentarse a los problemas.

Prevención del suicidio.
Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio que tiene la paciente; establecer si la persona dispone de medios para llevar adelante el plan de suicidio; realizar acciones para prevenir que el individuo se lesione o termine con su vida, como aumentar la observación y retirar los objetos que puedan utilizar para lesionarse; implicar a la persona en la planificación de su tratamiento, continuar una valoración regular del riesgo de suicidio, y facilitar el apoyo por parte de la familia.

Justificación de las intervenciones:
Mejorar el estado de ánimo relacionado con la ideación suicida. Tiene un papel relevante la creación de un programa de activación conductual en el que, mediante registros se compruebe la planificación y puesta en marcha de actividades, preferiblemente con personas significativas (De la Torre, 2013).

Desarrollar una rutina hace que las actividades sean regulares; igualmente, el dedicar tiempo a aficiones y pasatiempos permite enfrentar los momentos difíciles (Hernández, 2006)

Evaluación:

Al abrazar a S.A ella expreso su miedo y las situaciones que le estaba angustiando. Con el paso del tiempo, la paciente se tranquilizó y manifestó sentirse mejor, lo cual se reflejó con su disposición para el arreglo personal.

Se fomentó la visita de sus familiares lo que fue un factor beneficioso para ella, porque identificó que era una persona importante para su familia. Aunquew, ella expresaba sentirse en ocasiones triste al ver que uno de sus hijos no venía visitar.

S.A. participó en un grupo de apoyo lo que favoreció la expresión de sentimientos y disminución de angustia. Así mismo, se veía motivada, participativa y feliz después de las sesiones grupales.

Durante la instancia de la paciente en el hospital se realizó prevención de cualquier factor que contribuyera a un suicido, lo que evitó cualquier lesión que pudiera afectar su bienestar.

Diagnóstico de enfermería 2 (NANDA, 2009)

Dominio: 9. Afrontamiento y tolerancia al estrés.
Clase funcional: 2. Respuestas de afrontamiento.
Afrontamiento ineficaz. E/P conducta destructiva hacia sí misma, incapacidad para satisfacer las expectativas del rol, expresión de incapacidad para el afrontamiento R/C falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación, crisis situacional.

Resultados de enfermería (NOC)
(Moorhead et al., 2009):

Afrontamiento de los problemas.
Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.
Ejecución del rol.
Congruencia de la conducta de rol del individuo con las expectativas del rol.

Intervenciones de enfermería (NIC)
(Bulechek et al., 2010):

Apoyo emocional.
Explorar qué desencadena las emociones y proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Apoyo en la toma de decisiones.
Establecer una comunicación empática con la persona, identificar, junto con la persona, los objetivos de los cuidados; servir de enlace entre la persona y su familia; animar a que la persona enumere los problemas que ha presentado y estimular la búsqueda de soluciones; realizar actividades lúdicas que contribuyan a la toma de decisiones, por ejemplo: dominó, parqués e historias donde ella identifique el problema y las diferentes opciones que puede realizar el protagonista de la historia.

Fomentar la paternidad.
Estimular en la identificación de virtudes en su rol materno, y plasmar los desafíos que tiene para fortalecer ese rol.

Justificación de las intervenciones:
Las estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de estas no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento.

El entorno familiar representa, para el sujeto, un espacio socioeducativo de modelamiento y aprendizaje de posibles formas para manejar las situaciones críticas que puede enfrentar en la vida. En este sentido, el individuo, al ser parte de un grupo familiar, aprecia las diferentes formas de afrontamiento que asume su familia, al manejar los problemas generadores de estrés (Macías, Madariaga-Orozco, Valle-Amarís & Zambrano, 2013).

Evaluación:

Al realizar las intervenciones relacionadas con el afrontamiento de los problemas, S.A. identificó las dificultades que estaba viviendo; por ello, el apoyo proporcionado por las estudiantes de enfermería fue indispensable para que S.A. identificara las soluciones y la forma adecuada para realizarlas. Aunque es necesario que se continúen realizando este tipo de actividades para potenciar su capacidad de resolver problemas.

S.A. identificó sus fortalezas en su rol de madre, siendo este uno de sus estímulos para asistir al grupo de apoyo, recuperarse y, así, poder ver a sus hijos.

Diagnóstico de enfermería 3 (NANDA, 2009)

Dominio: 6. Autopercepción.
Clase funcional: 1.Autoconcepto.
Desesperanza: E/P manifestación verbal de "no tengo la capacidad de afrontar los problemas de la vida", "yo no puedo". Llanto, suspiros, ausencia de desarrollo de actividades de la vida diaria R/C sentimiento de abandono, pérdida de confianza y habilidades para continuar con la vida.

Resultados de enfermería (NOC)
(Moorhead et al., 2009):

Esperanza. Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante.
Deseo de vivir. Deseos, determinación y esfuerzo para sobrevivir.

Intervenciones de enfermería (NIC)
(Bulechek et al., 2010):

Asesoramiento.
Uso de material didáctico, donde se presente unas preguntas claves o actividades específicas para lograr la expresión de sentimientos e identificación de los objetivos que desea alcanzar.

Biblioterapia.
A través de pequeños relatos de historias que presente superación de obstáculos o sueños.

Terapia de reminiscencia. Aplicación de una técnica de relajación y memoria de aquellos recuerdos que la hagan sentir feliz.

Humor.
Empleo de chistes o historias ocurridas que son graciosas.

Justificación de las intervenciones:
El uso de las técnicas cognitivas como identificación de razones para vivir, la cual requiere identificar los recuerdos o aspectos que den o hayan dado sentido a su vida; razones de vivir que tuvo o tendría si no estuviera deprimido; retos que se propone si sigue viviendo y la identificación de asuntos pendientes. Son estrategias empleadas para reducir el nivel de desesperanza y la falta de expectativas (Hernández, 2006).

Evaluación:

Todas las actividades de enfermería realizadas con la paciente fueron muy satisfactorias, puesto que la paciente se mostró más feliz, con deseos de vivir, con ánimo, atenta, expectante y reflexiva para realizar las actividades. Adicionalmente, la bibliotecaria generaba expectativas sobre su recuperación, su tratamiento y su vida con sus hijos.

Diagnóstico de enfermería 4 (NANDA, 2009)

Dominio: 1. Promoción de la salud.
Clase funcional: 2. Gestión de la salud.
Mantenimiento ineficaz de la propia salud E/P incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las prácticas básicas de salud R/C, depresión, afrontamiento familiar ineficaz, afrontamiento individual ineficaz.

Resultados de enfermería (NOC)
(Moorhead et al., 2009):
Estado de salud personal. Funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual.

Intervenciones de enfermería (NIC)
(Bulechek et al., 2010):
Acuerdo con el paciente. Ayudar a la paciente en la identificación de sus virtudes y habilidades. Además de ayudarla a identificar y escribir en un cuaderno los objetivos y metas que quiere alcanzar.
Aumentar el afrontamiento. Confrontar los sentimientos ambivalentes (como es la concepción de la vida y la muerte), valorar los deseos de apoyo social, proveer información que le interesa frente a su enfermedad por medio de un folleto, así como educar frente a la importancia de la adherencia del tratamiento.

Justificación de las intervenciones:
En la interacción profesional de la salud-enfermo, cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo contribuye a mejorar la adherencia al tratamiento (Gómez, 2012).

Evaluación:

El utilizar la escritura con S.A. permitió identificar sus miedos y preocupaciones; posteriormente, se confrontaron esos pensamientos. Lo que permitió que ella se diera cuenta de que estaba enferma y de que era importante que se comprometiera con su tratamiento tanto en el hospital como en casa.

S.A. se mostró interesada en la información proporcionada por las estudiantes de enfermería, relacionada con: su tratamiento, los efectos adversos de algunos medicamentos y signos de alarma para acudir oportunamente al hospital. También, ella realizó preguntas antes, durante y después de que se entregó el folleto, expresando que era muy claro y útil, porque en ocasiones olvidaba la función y los efectos adversos de algunos medicamentos.

Diagnóstico de enfermería 5 (NANDA, 2009)

Dominio: 7. Rol y relaciones.
Clase funcional: 3. Desempeño de rol.
Conflicto del rol parental: E/P expresiones de preocupación por la percepción de la pérdida de control sobre las decisiones relativas a sus hijos; verbalización de sentimientos de frustración; R/C cambio del estado marital; depresión.

Resultados de enfermería (NOC)
(Moorhead et al., 2009):
Clima social de la familia. Ambiente de apoyo caracterizado por las relaciones y los objetivos de los miembros de la familia.

Intervenciones de enfermería (NIC)
(Bulechek et al., 2010):
Fomentar la implicación familiar. Identificar factores relacionados con el estrés sobre la situación;

reconocer y respetar los mecanismos utilizados por la familia para enfrentarse a los problemas; potencializar el rol de madre por medio del juego de roles, para practicar habilidades y técnicas de comunicación.
Fomentar el acercamiento. Fomentar el acercamiento con los hijos, a través de llamadas telefónicas, visitas o cartas. En esta última ella escribirá como se ha sentido durante la hospitalización, los logros alcanzados y lo que desea hacer una vez salga recuperada de la institución.

Justificación de las intervenciones:
Para ayudar a un paciente al manejo de trastornos del ánimo, como es el caso de la depresión, se hace necesario buscar y reconocer los aspectos sociales y familiares que pueden ser responsables de la actual situación de salud. Esto es comprender al paciente y su entorno (Cervera, 2011).

Evaluación:

Las actividades realizadas con S.A. permitieron que ella sintiera que contaba no solo con el apoyo de su hermana, sino también de sus otros hermanos e hijo, lo que permitió que ella tuviera motivos para desear recuperarse.

El ejercicio de roles fue difícil de realizar puesto que la paciente se mostraba un poco incomoda; no obstante, al final, ella comprendió la actividad y logró manifestar los sentimientos que la agobiaban al no tener un papel tan activo en la vida de sus hijos.

S.A. expresó que el escribir le permitió tener un encuentro con ella misma y plasmar sus sueños.

CONCLUSIONES

Brindar cuidados a una persona que presenta una alteración mental significa pensar y actuar más allá del uso de medidas farmacológicas.

El desarrollo de intervenciones de enfermería contribuyó a la expresión de sentimientos, la vinculación familiar en el tratamiento y el deseo de vivir.

Las intervenciones de enfermería realizadas fueron indispensables para contribuir a la adherencia al tratamiento de la persona con depresión e ideación suicida.

REFERENCIAS

Secretaría de Salud México. (2009). Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo. México: CENETEC. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf

Coffin, N.; Álvarez, M.; Marín, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala,* 14(4), 341-354. Recuperado de: http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/28911/26864

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *La depresión.* Nota descriptiva No. 369. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/

Ceballos-Ospino, G. A.; Suarez-Colorado, Y.; Suescún-Arregocés, J.; Gamarra-Vega, L. M.; González, K. E. & Sotelo-Manjarres, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Revista Duazary,* 12(1), 15-22. Recuperado de: http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1394/795

Miranda de la Torre, I.; Cubillas, M.; Román, R. & Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32(6), 495-502. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600007&lng=es&tlng=es.

Universidad Industrial de Santander (UIS). (2014). Guía para la atención primaria de pacientes con ideación o intento suicida. Recuperado de https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf

NANDA International. (2009). NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011. Madrid, España: Elsevier España.

Moorhead, S.; Johnson, M.; Mass, M. & Swanson, E. (2013). Clasificación de los resultados de enfermería (NOC). *Medición de resultados en salud. (*Quinta edición). Madrid, España: Elsevier España.

Bulechek, G.; Butcher, H. & McCloskey, J. (2010). NIC Clasificación de intervenciones de enfermería (Quinta edición). Madrid, España: Elsevier.

De la Torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida.* Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf

Hernández C. (2006). *Afrontando la realidad del suicidio.* Orientaciones para su prevención. Madrid, España: FEACES. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est14.pdf.pdf

Macías, M. A.; Madariaga-Orozco, C.; Valle-Amarís, M. & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe, 3*0(1), 123-145. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2013000100007

Gómez, M. I. (2012). La importancia de la adhesión al tratamiento. Bogotá, Colombia: Universidad de la Sabana. Recuperado de: http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/1646/131329.pdf?sequence=1

Cervera, G. (2011). *Guía para el tratamiento de trastornos depresivos o ansiosos. Clínica del sistema nervioso* (Segunda edición). Recuperado de: http://clinica-snc.com/files/2011/02/Libro_depresion_y_ansiedad_2aED.pdf

NARRATIVA DE ENFERMERÍA

LA ROTONDA DEL RIO

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

RESUMEN

Esta situación de enfermería refleja la vivencia de un estudiante en la práctica de salud pública, más específicamente con "Luis" un pequeño que llega con sus padres a la consulta de crecimiento y desarrollo, presentando signos de déficit nutricional y descuido. Ante las condiciones sociales de la familia, se observa cómo la enfermera encargada opta por realizar denuncia por violencia; sin embargo, el estudiante se cuestiona sobre la justicia de esta acción. Adicionalmente, realiza una reflexión sobre los cuidados de calidad que generan crecimiento del potencial humano y el cómo se debe considerar como esenciales los factores situacionales de las familias y las comunidades en el cuidado de enfermería.

Palabras clave: Enfermería en salud comunitaria, crecimiento y desarrollo, enfermería holística, inequidad social.

ABSTRACT

This situation reflects the nursing experience of a student in the practice of public health, specifically with "Luis", a boy who arrives with his parents to the valuation of its growth and development; here, he showed signs of nutritional deficiency and neglect. Given the social conditions of the family, the nurse chooses to make violence report but the student is questioned about the fairness of this. Additionally it makes a reflection on the quality care that generate growth of human potential and how it should be regarded as essential situational factors of families and communities in nursing care.

Keywords: Community health nursing, growth and development, holistic nursing, social inequity

Como de rutina, ella me comentó, al inicio del día, el cronograma que tendríamos asignado en la mañana. Realmente, hasta ese momento, mi percepción sobre el trabajo realizado por enfermería en este tipo de consultas no superaba mis expectativas, me encontraba algo decepcionado ya que se realiza la atención de manera mecánica y todo depende de un formato, cuestión que a mi parecer no dirige adecuadamente el cuidado de enfermería, puesto que lo hace rutinario, deshumanizado y totalmente inefectivo.

Cerca de las 10 am, llegó un hombre a la consulta de crecimiento y desarrollo con su hijo "Luis" de 7 meses. Al inicio no me percaté de su porte ni apariencia, e inicié con los datos de información habitual, además de la indagación acerca de los signos de peligro de muerte. En la historia clínica, un dato que llamó mucho mi atención fue la dirección dado que allí no había ninguna, decía simplemente "rotonda del río".

Durante la entrevista con el padre de "Luis", noté como él daba algunas respuestas incoherentes y requería de muchas explicaciones para comprender los conceptos, en adición a las risas que le producía cada explicación. En el momento en el que le solicité acercarse a la camilla con su hijo, percibí un olor fuerte, como de pegamento y evidencié cómo aquel hombre caminaba de forma inestable. Lo anterior me dio a entender que probablemente el padre de "Luis" estaba bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva.

Recibí al niño, lo coloqué en la camilla y, en ese momento, entró al consultorio la madre del pequeño "Luis", una mujer que me produjo impacto debido a que trasmitía una grave sensación de preocupación y dejaba ver los duros golpes que probablemente le había dado la vida. Yo decidí iniciar valorando al pequeño "Luis", quien todo el tiempo estuvo atento a mi voz y no lloró durante el examen. Expliqué el objetivo de la actividad y solicité retirar la ropa del niño para poder iniciar. Luego de la toma de signos vitales (F.C: 120 lpm, To: 36.3 oC, F.R: 24 rpm) noté, en el niño, una serie de lesiones por picaduras en brazos y piernas; al ver las cobijas poco limpias, supuse que la razón más probable para estas lesiones habría sido los ácaros; además de considerar las condiciones ambientales que probablemente rodeaban el hogar de esta familia. Otra cosa observada fue la presencia de hongos en los pliegues inguinales por la inefectiva limpieza e higiene personal del niño.

Dentro de la valoración nutricional encontré que "Luis" pesaba 7.950 gramos, medía 69 cm. y su perímetro cefálico era de 46 cm. En el análisis nutricional, en las rejillas de crecimiento, no había alteración puesto que su talla para la edad; su peso para la edad, y su peso para la talla eran de 0 y su perímetro cefálico para la edad era de 1. Al indagar sobre el tipo de nutrición, la mamá comentó que acaba de comenzar con la nutrición complementaria y también le daba alimentos sólidos y grandes. Se realizó asesoría sobre lactancia materna y alternativas de alimentación propicias para el desarrollo del niño; la mamá de "Luis" comentó que cuando podía conseguir algún dinero le daba de comer frutas a su hijo.

Recuerdo que durante la valoración fue evidente la palidez leve en conjuntivas y palmas del niño, lo cual podía estar apuntando a una deficiencia de hierro en sangre. Por otro lado, la enfermera encontró que "Luis" tenía un pie más largo que otro y le indicó a los padres que podía tener una displasia de cadera. Al momento de la explicación sobre la importancia de descartar displasia de cadera en "Luis", la enfermera cambió el tono de su voz, reflejando molestia, tornando tenso el ambiente durante la consulta.

Mientras se determinaba el tratamiento a seguir, se remitió a consulta de pediatría para solicitar radiografía de cadera; así como, un control en tres meses. Con base en los conocimientos teóricos adquiridos durante mi formación profesional, sugerí la formulación de hierro, sin embargo, la enfermera se negó al considerarlo inadecuado; sentí gran frustración, puesto que, por un lado, no podía desautorizar a la enfermera frente a las otras personas, pero consideré irregular el que ella no formulara hierro para el manejo de la anemia leve y el que no estipulara el control dentro de los tiempos establecidos (catorce días que estipula la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia [AIEPI]).

Fue un momento difícil debido a que, cuando por fin se retiraron los padres con el niño, después de solicitar las curvas de crecimiento y desarrollo para que les habilitaran su participación en el programa "Familias en acción", la enfermera procedió a realizar el reporte sobre violencia por negligencia. En ese instante pensé: ¿Es justo? ¿Con esta acción realmente lograremos cuidado? ¿Esto es un deber ético? ¿La culpa realmente es de ellos? Considerando un análisis situacional, de un país envuelto en una historia de violencia, lucha de clases, desarraigo y desigualdad social, donde muchas familias simplemente son víctimas de las circunstancias, me pareció algo desfasado hablar de la denuncia a la familia, ¿Porqué la denuncia no es a toda la sociedad? Una sociedad que, a través de la indiferencia, permite que nuestro país se desangre y nuestra gente sufra de hambre y dolor. ¿Será qué la ayuda brindada por el Estado a las

familias se debe limitar solamente a entregar dinero? ¿Es algo asistencial que se haga esto y no se estimule el crecimiento y potencial de las familias? Son preguntas que me quedan después de ver esta situación.

Las condiciones sociales de una familia son producto de procesos políticos, sociales y económicos que nos implican a todos por igual; de modo que, el cuidado no se puede brindar sin tomar estos elementos vitales para la comprensión del micro-universo que rodea a una persona.

Aprendí, que el problema no es la acción de enfermería que se haga, sino la intención y el amor con el que se brinden los cuidados, así, si se trabaja pensando en dar un cuidado real y de calidad, puede llegar a desempeñar una labor satisfactoria. La enseñanza más clara que me quedó de esta experiencia fue que la enfermería es una profesión con una noble labor, mas de nada sirve asegurar esto si no se demuestra con actos de verdadero cuidado, que no se limitan solo a una curación, a administrar medicamentos o a canalizar familias; los actos de cuidado validos son aquellos que generan crecimiento del potencial humano, así como crecimiento del conocimiento de enfermería. La sensibilidad por el cuidado más que una intuición o una vocación, implica acciones que generen cambios verdaderos, y que, por tanto, impacten en la calidad de vida de la población colombiana.

Según los patrones del conocimiento de enfermería, la anterior situación se analiza en el siguiente apartado.

ANÁLISIS POR PATRONES DE CONOCIMIENTO

Patrón ético

La denuncia realizada por la enfermera y los dilemas sobre el realizar la denuncia o no. Solicitar autorización para que los padres permitan la valoración de su hijo, con pleno consentimiento.

La actitud que asume la enfermera al conocer el caso de "Luis".

El permitir que la enfermera no realizara bien su trabajo al formular el hierro y programar los controles.

Patrón estético

La conexión que logra el estudiante con la madre de "Luis" y los sentimientos que ella provoca en él.

La relación entablada entre el niño y el estudiante de enfermería.

Patrón empírico

El conocimiento del profesional sobre la detección de la displasia de cadera, de la anemia, de las lesiones en la piel y sus posibles causas.

El análisis nutricional y antropométrico.

La educación sobre la nutrición complementaria.

Patrón de conocimiento personal

La enseñanza sobre las verdaderas acciones de cuidado y cómo estas generan cambios en la calidad de vida de la población.

El aprendizaje sobre las funciones que puede desempeñar la enfermería si se realiza un buen trabajo.

Patrón sociopolítico

El describir las condiciones sociales de la familia, y su implicación en la salud.

Los factores que generan cambios en el bienestar de la población.

El uso de los servicios por la necesidad de ingresar en programas de ayuda estatales.

CUANDO NOS ENFRENTAMOS A LA VIDA

Lury Jazmín Fandiño Herrera
Estudiante de Enfermería - X Semestre
Universidad Nacional de Colombia
ljfandinoh@unal.edu.co

RESUMEN

En la práctica diaria del cuidado de enfermería, se puede hacer énfasis en los pacientes que se encuentran institucionalizados y que son quienes aparentemente necesitan más de nuestros cuidados directos; sin embargo, al mismo tiempo, externamente, se encuentran muchos sujetos de cuidado, quienes se favorecerían con las intervenciones de enfermería si estas se realizan de manera oportuna y preventiva. La situación de enfermería le permite, al profesional, hacer una narrativa de su práctica diaria, la cual, al ser de conocimiento de los demás enfermeros, permite fortalecer las herramientas de la disciplina y su práctica diaria, esto así como cuando nos enfrentamos a la vida.

Palabras clave: Modelos de enfermería, enfermería de salud pública, enfermería, narración, cuidado de enfermería.

ABSTRACT

In daily practice of nursing care we can put our attention on patients who are institutionalized and they are who apparently will need more of our direct care, but also externally, we find many subjects of care who advantage from our interventions if they are made in a timely manner, from a preventive way. The nursing situation allows the professional nurse to make a story of their daily practice, which being of knowledge of other nurses, allows to strength the tools of discipline and daily practice, just like when we faced with life.

Keywords: Nursing model, public health nursing, nursing care, nursing, narration.

Comienza lo que pensaba sería mi último día en la Unidad Primaria de Atención (UPA) 11 de Puente Aranda, donde llevaba a cabo la rotación de vigilancia epidemiológica de la asignatura de Cuidado de Enfermería en Salud Pública. Esa mañana, junto con mis compañeros, mirábamos el tablero de los móviles que saldrían para cada subsistema y me correspondió participar en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la conducta Suicida (SISVECOS), debido a que mi compañera ya había rotado en dicho subsistema y mi otro compañero había sigo asignado al subsistema de Urgencias y Emergencias en Salud Pública. Salí con Bibiana, la psicóloga encargada, para realizar las visitas de seguimiento y, tras varias inspecciones fallidas, rogábamos porque la siguiente fuera provechosa. Mas, no me imaginaba lo abrumador del caso con el que nos íbamos a encontrar.

Vanessa era una niña de 13 años de edad que tuvo un intento de suicidio y, por lo tanto, fue notificado al subsistema por el Hospital de Kennedy en el año 2014. Al preguntarle por lo sucedido, nos comentó toda su situación y refirió su deseo de morir para que su mamá pudiera gozar de la vida que según ella era la que deseaba tener: conocer gente, salir a viajar, en fin, disfrutar de la vida. Al indagar por la edad de su madre, nos comentó que tiene 25 años, eso nos dio a entender que tenía 12 años cuando nació nuestra paciente.

Vanessa nos contó que todo empezó cuando era muy pequeña, a eso de los 5 años de edad, cuando el padrastro de su mamá, su abuelo, intentó abusar de ella. Fue un momento muy impactante del que logró escapar y cuando decidió contarle a su mamá y su abuela para que la ayudaran, ellas respondieron burlándose y diciéndole que no inventara cosas dado que "ese señor era demasiado viejo para esas", "ya no le podía funcionar nada" y que por consiguiente no cabía la posibilidad de un intento de abuso por parte de él.

Desde ese momento, su corazón comenzó a alimentarse de ira y rencor, no solo hacia este señor sino hacia todos los hombres, hecho por el cual, según lo refiere ella, probablemente tiene ahora inclinaciones homosexuales. Indicó, con cara de repugnancia, que los hombres le producen mucho asco, más al compartir con amigos de los que escucha expresiones desagradables "lo buena que está una vieja (…) como para comérsela". Su inclinación sexual y las relaciones que tuvo con compañeras de su colegio le generaron conflictos, no solo en su vida familiar sino también en el escolar.

En el colegio, su rendimiento académico y disciplinario estaba disminuyendo, evento que atribuye a la persecución y discriminación por parte de los profesores que no aceptan su orientación sexual. En el último corte, registró la pérdida de seis materias y ella no lo podía aceptar debido a que son de su agrado y al buen desempeño que habitualmente tiene en las mismas. Una profesora es quien adquirió el papel de guía en su historia y quien le pide mantener un perfil bajo ante algunos profesores, quienes son muy conservadores, para ahorrarse problemas innecesarios en este momento de su vida.

La relación con su madre era difícil y continuamente tenían muchos enfrentamientos de toda clase, pues la joven era tildada de exagerada, mentirosa y mitómana. Las palabras de Vanessa llamaron nuestra atención cuando comentó que, para las visitas al psicólogo, su madre era quien controlaba lo que ella debía decir y dónde iniciar. La incredulidad era lo que le generaba más ira, pues, al no sentir que le creían, para ella, esto implicaba que su madre no hiciera nada por cuidarla o defenderla de lo que otras personas pudieran causarle. Era evidente el sentimiento de soledad y el poco o nulo vínculo madre e hija, trayendo como consecuencia, los grandes conflictos internos: el no encontrar apoyo de su familia y, el sentirse desesperada, la arrojan al pensamiento de "salir corriendo e intentar acabar con su vida".

Acto seguido, Vanessa nos contó de varios intentos de suicidio emprendidos en momentos de desilusión y rabia a raíz de encuentros fuertes con su madre. En uno de ellos intentó lanzarse por una ventana desde el quinto piso en el apartamento donde vivía; pero, gracias a una vecina que iba pasando y quien la alcanzó a ver, como dice ella, "sacó piernas" de donde no las tenía para llegar a su residencia y golpear con tal afán que hizo que se asustara y olvidara lo que estaba intentando hacer; gracias a su vecina, no terminó fatalmente sobre el sendero pavimentado.

En otra ocasión, alcanzó un cuchillo afilado de la cocina y amenazó a su madre con lo que intentaría hacer; mientras que ella, nerviosa por la situación, solo atinaba a gritarle que era un fenómeno y que estaba loca; nuevamente, una vecina "grande", refiriéndose a la estatura, apareció y se apoderó del cuchillo agarrándolo del filo, por lo que, asustada, desistió de la idea y le dijo que su propósito no era lastimar a nadie, lo que buscaba simplemente era morir.

Era evidente que, si bien había pretendido terminar con su vida de diversas maneras, a ella no le gustaba lastimarse, había una ambivalencia en sus sentimientos, lo que podía significar que realmente no quería morir; solamente era que, en esos momentos necesitaba escapar, y dentro de su mirada agobiada, el único camino que encontraba disponible era la muerte. Esta situación me preocupó en la medida en que la niña permanece sola durante todas las mañanas y noches, dado que su mamá tiene una jornada laboral muy extensa y su papá no vive actualmente con ellas. Sin embargo, la adolescente ha intentado buscar ayuda con la psicóloga del colegio y fue remitida con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); empero, la mamá no permitió que se le hiciera un seguimiento. De igual manera ha intentado buscar ayuda con los profesores, amigos y su padre, quien la escucha.

Después de haberla escuchado, decidimos ayudarla; aunque directamente nosotras no podíamos hacer nada para apoyar a Vanessa, utilizamos la remisión al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual (SIVIM) para que realicen el seguimiento respectivo y se pueda abordar a la madre. Esto debido a que la niña refirió, también, que ella tendía a golpearla mucho, acontecimiento que ha disminuido porque ella se defiende, pero que ha ido cambiando por maltrato verbal. Así mismo, se remitía con psiquiatría y con psicología para continuar haciendo seguimiento de su caso. Igualmente, se le dieron indicaciones acerca de cómo gestionar en la Dirección Local de Educación una queja relacionada con la discriminación que ha sufrido por parte de sus profesores dada su orientación sexual.

La felicitamos por su disposición para mejorar la gestión de la propia salud y la animamos a continuar viviendo, a buscar una red de apoyo, a trabajar por su auto-reconocimiento y autoestima, y a ser autodisciplinada, pues cuenta con unos recursos internos que le han permitido salir adelante en esos momentos de soledad y desesperación, a pesar de tener 13 años y haber vivido experiencias que algunas mujeres de su edad ni siquiera se imaginan.

La alenté a no encerrarse en sus problemas, sino a buscar la realización de sueños, a ser creativa a conocer que sí se puede superar situaciones de esta clase, con este propósito le narré la historia de Walt Disney. Él fue el cuarto de cinco hijos, y vivió entre apuros económicos y el menosprecio de su padre, decidió empezar una nueva descubriendo así la naturaleza y los animales, además de descubrir su interés por el dibujo, aprendió técnicas de dibujo mientras mantenía su sueño de ser artista de un diario reconocido. Inquieto e innovador por naturaleza, montó un estudio pequeño en donde comenzó a gestar ese sueño. Siempre se visualizó como un gran hombre capaz de luchar por ellos, y, a pesar de las múltiples dificultades en su vida, logró siempre sobrepasarlas hasta ser ese gran personaje que fue dentro de la historia de la animación.

Según los patrones del conocimiento de enfermería, la anterior situación se analiza en el siguiente apartado.

ANÁLISIS POR PATRONES DEL CONOCIMIENTO

Patrón empírico

El abordaje en la intervención de Vanesa se realizó basándose en el Modelo de la Marea en la recuperación de la salud mental de Phil Barker (Brookes, 2011). Este modelo, realizado desde la enfermería psiquiátrica, permite a los pacientes completar su recuperación de una manera más flexible.

Con la paciente se destacó lo importante que son las experiencias que vivimos y cómo el reescribir toda nuestra historia potencializa el poder de curación. Dado que ella sentía esa inclinación específica por la narración y el arte, la intervención se centró en esto, lo que le permitiría empoderarse de sus vivencias y reconocer el valor que estas le dan a su vida y, así, aprender a apreciar de una manera diferente su propio valor y el valor único de sus experiencias.

El Modelo de la Marea refleja cómo quisiéramos ser tratados ante una dificultad en nuestras vidas y para ello debemos asumir un compromiso para cambiar; no es fácil, pero es muy necesario y ve a la crisis como una oportunidad para tomar una nueva dirección en la vida.

Los diez compromisos valores esenciales del modelo son:

Valorar la voz.

Respetar el lenguaje.

Desarrollar la curiosidad genuina.

Llegar a ser el aprendiz.

Revelar la sabiduría personal.

Ser transparente.

Utilizar el equipo de herramientas disponible.

Trabajar un paso más allá.

Dar el don del tiempo.

Saber que el cambio es constante.

Patrón estético

El quehacer de enfermería no es solo realizar intervenciones que sugieran tareas específicas; de hecho, la narración de Vanesa presenta lo que una persona puede expresar con el simple hecho de ser escuchada.

Fue importante el cómo se direccionó la conversación y se estableció esa relación terapéutica, de tal manera que la confianza que ella sintió le permitía comentar todos aquellos sucesos que la inquietaban y la sobre-exaltaban, de narrarlas con tal detalle que podría llegar al punto de realizar demostraciones de lo que ha realizado.

Patrón socio-político

Se percibe cómo la niña no cuenta primariamente dentro de sus redes de apoyo con su madre, a pesar de ello se identificó que puede contar con el apoyo de su padre y el de sus amigos y compañeros de colegio.

En cuanto la institución educativa, se identifica la preocupación de Vanesa por ser discriminada, así que se exalta el apoyo de su profesora, quien ha sido su guía.

Patrón ético

Es importante siempre guardar y proteger la intimidad y la identidad del paciente, cuando se establece una relación terapéutica, él mismo entiende que si son salvaguardados estos, puede confiar plenamente en lo desinteresada de la ayuda y en lo importante que es la privacidad de la información que nos está brindado.

Patrón personal

Es importante realizar intervenciones muy específicas para las personas; puesto que entre más rápido y a más temprana edad se haga, los resultados son mucho más efectivos y permanentes.

Aprender a escuchar entre más se conversa con los pacientes es algo agradable que siempre nos dejan una enseñanza, y se escucha mejor cuando se aprende a usar todos los sentidos.

REFERENCIAS

Brookes, N. (2011). Phil Barker: El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental. En: M. Raile Alligood & A. Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería (Sexta edición, pp. 816). Barcelona, España: Elsevier España.

MI IMPOSIBILIDAD DE COMUNICARME, MI CONDENA A MORIR

No hay palabras suficientes para describir con detalle qué siente el estudiante
de enfermería cuando se incorpora a una nueva práctica;
no es suficiente hablar de ansiedad y nerviosismo;
no basta con mencionar la inseguridad ocasional que nos agobia;
no es satisfactorio jactarnos de la carente pericia que nos invade...

Vannesa Alejandra Romero Alemán
Estudiante de Enfermería - V Semestre
Universidad Nacional de Colombia
varomeroa@unal.edu.co

RESUMEN

Narrativa de enfermería que expone la experiencia de un estudiante de pregrado de Enfermería y un paciente adulto mayor en estado de abandono, con deterioro cognitivo a consecuencia de un trauma, lo que le genera incapacidad para comunicarse mediante el empleo de lenguaje verbal. No obstante, a lo largo de una práctica, suceden momentos particulares que resaltan y rescatan el intangible y valioso arte de cuidar.

Palabras clave: Comunicación, cuidado, enfermería, estudiante, morir, paciente

ABSTRACT

This is a nursing narrative that describes the experience of an undergraduate Nursing student and an elderly patient who has been abandoned and has cognitive impairment as a result of a trauma, which generates inability to communicate through the use of verbal language. However, along the practice, particular moments happen, and these moments stand out and rescue the intangible but valuable art of caring.

Keywords: Comunication, care, nursery, student, died, patient

Hace mucho tiempo la rutina me había hecho olvidar el valor de emitir una respuesta y de escuchar cómo alguien simplemente saluda después de que uno lo hace. Mi asombro retornó el día en que el señor L.C. quedó a mi cuidado, y no era descabellado pensar que mi paciente tan solo estaba somnoliento o que, por alguna analgesia, él yacía sobre esa cama con un estado de consciencia disminuido. Esperaba que en algún momento se despertara y pudiera conversar con él; pero, a decir verdad, mi esperanza se desdibujaba con el paso de la mañana. Cada vez que podía me acercaba a él y fue viendo a este ser que recordé una de las enseñanzas aprendidas en la academia: el último sentido en perderse es el auditivo; así que yo 'parloteaba'; me parecía que no había momento que desaprovechar para decirle qué hora era, el día que cursaba, si afuera estaba soleado, mi nombre, qué había venido a hacer; empero, el mayor énfasis lo hacía en decir mi intervención, explicarla y comentarle qué sensaciones sentiría él como consecuencia de mi labor; en especial, que no sintiera temor y que yo no le causaría dolor.

En los seis días que tuve contacto con él no paré de hablarle y, un día, al tomar su mano, vi algunos movimientos oculares leves. Mi entusiasmo se reavivó pues pensé que por fin podría escuchar la voz de L.C., no importaba que me iba a decir, abrí mi mente a cualquier contenido: de pronto me regañaría por molestarlo, por hablarle o quizá tan solo escucharía un ruido ininteligible. Le pedí que apretara mi mano si me escuchaba y di saltos de emoción, de auténtica alegría cuando, en medio de los temblores, él logró hacer algo de fuerza y darme un ligero apretón. Supe que él me escuchaba y que quizá mi regaño se postergaría, por supuesto, este momento me incentivó completamente. Efectivamente, la farmacoterapia cumplida y administrada no era mi único objetivo, yo pedía ayuda y robaba unos minutos de mi compañera para darle un masaje, brindarle el confort que estaba en nuestras manos, cambiarlo de posición, y ahora el 'parloteo' era un 'combo de dos por uno', el cuerpo de don L.C., con rigidez y a veces maleabilidad, se dejaba acomodar de lo que se puede pensar es la mejor manera.

En el tercer día, mi preocupación fue desbordante ya que el medicamento que le suministraba a mi paciente para erradicar o, al menos, disminuir las secuelas de la hemorragia subaracniodea, ahora no estaba en el carro de medicamentos. Le comenté a mi docente, a mi compañera que me veía la cara de angustia, busqué a la jefe del servicio mas, lastimosamente, ella me respondió que seguramente el medicamento no se encontraba dentro de la Institución y que ante eso lo único que se podía hacer era interrumpir el manejo farmacológico que se le estaba dando al paciente. Son estas las situaciones que dejan un sabor amargo y, desde luego, impotencia; realidades como esta, al parecer recurrentes, son la radiografía de un sistema de salud que está en cuidados intensivos desde hace mucho tiempo y que padecen una patología que concomitante a ello conduce a la insensibilidad de algunos miembros del cuerpo de salud.

No volví a ver movimientos oculares en mi paciente; no conseguí de nuevo la respuesta tan anhelada de un apretón de manos; no escuché su voz nunca, pero siempre encontré un cuerpo desacomodado, a veces sin ninguna frazada que lo cubriera del frío, puesto que la revista médica dejaba en la desnudez absolutamente todo; acciones como esas, con lectura básica, transmiten la carencia de humanidad en el servicio de salud. Ahora, al 'parloteo' y al contacto, se le adicionaba la obsesión por el confort de ese ser, al que en la mañana hallaba en posiciones para nada anatómicas, casi como si le pusieran las piernas en flor de loto abierta, una contra con la otra.

Un jueves, ya casi dispuesta a salir, vi a mi paciente algo extraño, su respiración no era normal y con tan solo bajar un poco la cobija se veían los tirajes intercostales que evidenciaban la dificultad respiratoria que tenía. Mi compañera se quedó a su lado y mientras que ella hacía lo que podía dentro de la habitación, que a decir verdad fue mucho, yo buscaba en los largos pasillos un monitor para valorar la saturación de mi paciente. Las alarmas del monitor se encendieron mostrando niveles de desaturación e hipertensión, me di a la búsqueda de la terapeuta respiratoria y, desde luego, a la jefe del servicio; probablemente, las secreciones hematopurulentas estaban obstruyendo la traqueostomía por la cual él respiraba, la persuadí cuanto pude, tanto así que, en menos de lo pensado, ya le estaba realizando la succión, subiendo el aporte de oxígeno mientras que, con mi compañera, manteníamos la higiene postural. Yo sabía de la situación precaria de él; no obstante, me dejó estupefacta cómo, para algunos integrantes del personal auxiliar, la probabilidad del fallecimiento era tan solo adicionar a un turno el tedioso papeleo y demorar su salida de la Institución.

Don L.C. duró más de una semana apegado a la vida, con las fuerzas que le quedaban respiraba para no dejarse morir ahogado; nunca despertó; nunca dijo qué sentía; nunca reclamó por la negligencia; nunca me regañó por mi torpeza y mi carente pericia; nunca

fue visitado,... y, por algún motivo, su energía se fue de este plano; no se despidió de mí, pero sí tuve la oportunidad para acercarme a su cuerpo aún tibio, inclinar mi cabeza, poner mis manos en el pecho y elevar una plegaria por su alma.

Según los patrones del conocimiento de enfermería, la anterior situación se analiza en el siguiente apartado.

ANÁLISIS POR PATRONES DEL CONOCIMIENTO

Patrón empírico

Expone las habilidades que se adquieren para realizar la valoración del paciente, detectando, así, el surgimiento de necesidades, la respuesta del sujeto de cuidado ante las medidas terapéuticas y los cambios repentinos que requieren de la inmediatez para proveer ayuda, con el fin de evitar complicaciones o muerte de la persona, tal como se refleja en la detección de los tirajes intercostales, como síntoma directo de dificultad respiratoria; la necesidad de mantener las vías naturales y artificiales respiratorias, la influencia que tiene la postura para optimizar el patrón respiratorio.

Patrón ético

Determina al paciente como ser holístico, el cual, por su estado, requiere de la abogacía por parte de enfermería, a fin de crear la protección de los derechos de un ser vulnerable dentro del grupo de trabajo multidisciplinario.

Invita a la ejecución de cuidados dentro de parámetros morales los cuales dignifiquen al ser; esto, reflejado en la inclusión del ser en su proceso de atención en salud, sin que este sea influido por la capacidad cognitiva u otra variable.

Patrón estético

Permite que el actuar de enfermería no esté determinado por procedimientos generalizados, sino ajustarlos a la particularidad del ser, como contemplar lo que sería lo idóneo para quien recepta las intervenciones al cuidar, con el fin de avanzar en las técnicas de cuidado para redimensionar el impacto de enfermería en la cotidianidad del ser, convirtiéndose en el puente de comunicación entre el ser y el entorno.

Patrón personal

La empatía que sobrepasa el obstáculo comunicativo para trasmitir la percepción de quien provee el cuidado en el ser receptor del mismo, con el ideal de la consecución de bienestar y confort.

El quehacer del arte de cuidar incluye concederle al enfermero(a) el añadir a su desempeño su sello particular e indeleble, el cual exprese la espiritualidad y el carácter, como se encuentra en la acción de orar por nuestro paciente.

DOLOR DE ALMA

Liset Yurani Ussa Leal
Estudiante de Enfermería – IX Semestre
Universidad Nacional de Colombia
lyussal@unal.edu.co

RESUMEN

Como profesionales de Enfermería nos vemos inmersos en diversas situaciones que involucran personas y sentimientos que nos marcan de una u otra manera. Por eso, en el presente documento, se muestra una narrativa de Enfermería, resultante de la interacción entre una madre que recuerda la pérdida de su recién nacida y una estudiante de Enfermería, en la que se evidencia la importancia del cuidado de Enfermería y su trascender.

Palabras clave: Enfermería, narrativas personales, cuidado de enfermería.

ABSTRACT

As nursing professionals, we are immersed in a variety of situations that involve people and feelings that mark us in one way or another. That is why, in the present document be shows a narrative of Nursing resulting from the interaction between a mother who remembers the loss of their baby and a nursing student, which stands out the importance of nursing care and its transcend.

Keywords: Nursing, personal narratives, nursing care.

Ser profesional de Enfermería brinda diversas oportunidades que permiten conocer y aprender de una persona o situación. En cierta ocasión, tuve la dicha de conocer a Ana, una persona luchadora y fuerte. Ella era una mujer de 32 años, piel blanca, cabello negro y con estatura promedio, quien hace algún tiempo vivió uno de los momentos más dolorosos para una madre: perder a su hija de tan solo 1 día de nacida.

Ella quedó embarazada con tan solo 23 años de edad y, aunque ya era una profesional empleada, fue algo que la tomó por sorpresa, al igual que a su esposo y a su familia; no obstante, a pesar de la expectativa y ansiedad por lo que vendría, contó con el apoyo de los que la rodeaban. Ella recuerda que iba muy juiciosa a sus controles prenatales y practicaba los ejercicios físicos y respiratorios que le habían enseñado; sus ecografías siempre salían bien y sus signos vitales permanecían dentro de los valores normales según sus características, "No recuerdo cuanto era mi tensión, pero sé que no cambiaba mucho de una cita a la otra, mi temperatura si era como de 37°c".

A la trigésima tercera semana de gestación y siendo el día siguiente a su babyshower, había dejado de sentir a su bebé, situación que la preocupó demasiado ya que ella siempre estaba en movimiento. Llegada la noche y luego de haber conversado con su esposo sobre esta condición, acudieron por urgencias al centro de salud más cercano y, aunque pensó que sería regañada por algo que quizás no era importante, entró a consulta. Al momento de llegar, y luego de una ecografía y otros exámenes que no recordaba, la ginecóloga le informó que debían practicarle una cesárea de emergencia, "en ese momento quedé en shock y no me acuerdo muy bien de todo" dice Ana. La bebé se encontraba en sufrimiento fetal, así que empezaron a prepararla para la cesárea; le quitaron el esmalte, el maquillaje y la vistieron con una bata; "todo fue muy dramático y aunque mi mente bloqueó muchas cosas de ese día, recuerdo que todos corrían".

Lo que recuerda Ana antes, durante y después de la cesárea es limitado y doloroso para ella. Mencionó que le pusieron la epidural de una solo pinchazo y que, posterior a eso, se acostó en una camilla, le sujetaron los brazos y pusieron un separador para que no viera el procedimiento, "cuando el medicamento hace efecto, uno siente mucho calor, pesadez y luego no se sienten los miembros inferiores, y a pesar de no sentir dolor, se puede sentir todo lo que le hacen a uno en el estómago". No recuerda cuanto tiempo duró la cesárea, pese a que sí recuerda que no escuchó llorar a su hija, cosa que la angustió aún más, pues era escasa la información que le daban en la sala. Al escuchar las palabras de Ana pensé en aquel profesional de Enfermería que hubiera podido estar allí junto a ella brindándole acompañamiento y seguridad pero que funestamente no lo hizo en ningún momento.

A medida que escuchaba la historia de Ana, sentía gran tristeza y confusión, sin embargo y a pesar de la tristeza impuesta en sus palabras, percibía lo fuerte que ella había sido. "No me acuerdo en qué estado nació ella, fue tan fuerte todo lo que sucedió, que lo bloqueé; creo que no respiró y debieron darle oxígeno, esto es algo que una madre no desea para su bebé". Ana preguntaba a todo el que podía lo que sucedía con su hija; no obstante, solo le comentaban que estaba en mal estado y debido a eso tenían que llevarla a una incubadora.

Ella intentó ver a su hija innumerables veces o tener un pequeño acercamiento hacia ella; sin embargo, sus intentos no tuvieron éxito. Luego de que suturaran la incisión poscesárea, Ana fue trasladada a sala de recuperación; allí, no logró descansar ni un solo minuto debido a la ansiedad del no saber ni haber visto a su pequeña hija; "me sentía muy triste porque nadie me daba razón de ella, sin embargo, luego de unas horas, mi esposo me dijo que la niña estaba muy mal y por tanto debían llevarla a una UCI neonatal de otra institución ya que ese hospital no contaba con aquel servicio", por consiguiente estaban a la espera de dicha remisión.

Luego de unas horas, Ana fue llevada a otro espacio del Hospital para realizarle unos exámenes y durante ese traslado como obra de Dios y del destino, Ana se cruzó con su hija cuando iba a ser remitida a la UCI neonatal, convirtiéndose, ese, en el único momento en el que Ana pudo ver a su pequeña hija. "Recuerdo lo pequeña y frágil que se veía, recuerdo que su piel estaba moradita, y que sus orejitas estaban muy bajitas, ella estaba muy rígida y casi no se movía, la vi aunque no la pude tocar"; estas palabras me hicieron

sentir un nudo en la garganta, pues no entendía qué tan malo hubiese sido permitirle tocar a ese pequeño ser que había llevado en su vientre. Mientras Ana se encontraba en recuperación, no lograba dejar de llorar ya que entendía la situación de su hija y reflexionaba sobre lo mejor para ella, "le pedía a Dios que si la niña estaba muy mal era mejor que se la llevara, le pedía que no la dejara en este mundo sufriendo con una parálisis o una deformación". Estuvo en recuperación aproximadamente 8 horas, sintiendo sed, dolor y mucha tristeza.

Posteriormente, Ana fue trasladada a la habitación que le habían asignado y allí, entraron cuatro personas , su esposo, su mejor amiga, una enfermera, y una psicóloga, quienes estaban allí para decirle que su hija había fallecido, "en ese momento lloré mucho, mucho, muchísimo, pero también le daba gracias a Dios por no haberla dejado sufrir, una madre sabe cuándo un hijo está sufriendo con tan solo verlo por un instante". Ana no completó la recuperación en el hospital, ya que pidió salida para asistir ir a la velación y cremación de su pequeña hija, en donde la vio por segunda y última vez, "ese dolor es algo que no puede compararse con ningún dolor físico, ese es un dolor del alma".

En el puerperio mediato, Ana se sentía cansada física y emocionalmente; dentro de lo que ella recuerda están las curaciones de la herida con agua de caléndula y el dolor en los senos debido a la producción de leche, "sentía los senos duros, calientes y sobre todo dolor"; a la hora del baño extrañaba mucho su "barriga" ya que en esos momentos solía consentirse y hablar con su bebé, situación que, para ella, era muy dolorosa pues todo era diferente a como lo había imaginado.

En el puerperio alejado, refiere que lo mejor había sido volver a dormir por las noches, aunque se sentía cansada y llena de tristeza; en este periodo recuerda que su abdomen estaba distendido, flácido y con estrías. Se sentía hinchada y para levantarse de la cama debía adquirir una posición decúbito lateral, ya que había debilidad muscular y dolor por la cesárea. Durante este tiempo refiere que su madre no la dejaba exponerse al frío, le ponía gorros de lana, no la dejaba moverse, y que la fajaba; al día 40, como una creencia de otras generaciones, le hicieron un masaje en el abdomen y, posterior a esto, la fajaron; comenta que ese día estuvo súper quieta y que no se levantó debido a que, según comentaba su familia, era el día más importante de la "dieta".

En el puerperio tardío, el cuerpo de Ana empezó a volver a la normalidad, bajó de peso y su menstruación llegó tres meses posteriores a la cesárea, con una duración de 5 a 8 días. Actualmente, Ana es una mujer feliz que lucha por sus 2 hijos, un hombre y una mujer, quienes hoy tienen 6 y 2 años respectivamente.

Conocer a esta mujer y su relato me hizo reflexionar sobre pequeñas acciones que, como profesionales de la salud, podemos generar hacia otros; la concepción de 'ser humano lleno de sentimientos' es un aspecto que no debe pasarse en ninguna circunstancia del proceso salud-enfermedad. Como se mostró anteriormente, el momento de la gestación, parto y posparto es único e irrepetible para cada persona y no debe borrarse de la memoria de cada enfermero, enfermera u otros profesionales de la salud la importancia de dar acompañamiento y seguimiento en estas situaciones.

Ciertamente, no sé lo que me depara el destino; sin embargo, al conocer y vivir estas historias, solo deseo que al ejercer mi profesión no pierda la empatía que debe tenerse y generarse con los demás seres humanos, ya que esta puede influir y cambiar el rumbo o significado de las cosas y momentos.

Según los patrones del conocimiento de enfermería, la anterior situación se analiza en el siguiente apartado.

ANÁLISIS POR PATRONES DEL CONOCIMIENTO

Patrón empírico

Se expresa mediante la competencia profesional y se evidencia mediante el uso adecuado de términos y conocimientos relacionados con el cuidado de Enfermería, durante las diferentes etapas del parto y posparto, tanto en la madre y el recién nacido como en los demás miembros de la familia.

Patrón estético

Como profesional de Enfermería se utilizó un lenguaje diferenciado y claro, una vez realizado el primer acercamiento a la persona; adicionalmente, se realizaron gestos y actos de apoyo, como toques en el hombro, postura de interés, entre otras.

Patrón personal

Se evidencia por medio de la expresión de sentimientos de la estudiante y mediante el auto-reconocimiento como profesional de Enfermería, quien valora, aprende y respeta las diferentes experiencias de la persona.

Patrón ético

Se demuestra en la interacción profesional, donde se mantiene la empatía y compasión que se requiere al momento de escuchar y permitir la expresión de sentimientos. Como profesional de Enfermería se identificó la necesidad de cuidado y se dio respuesta a ello.

Patrón socio-político

Por último, este patrón se evidencia reconociendo los vacíos que dejan algunos actos de los profesionales de enfermería en diferentes ámbitos hospitalarios o de cuidado.

Se reconoce la responsabilidad social de los profesionales de Enfermería y su importancia como cuidadores en las diferentes etapas de la vida, atendiendo crisis normativas y no normativas.

En la narrativa, se muestra el profesional de Enfermería que reconoce que el cuidado va más allá de la técnica y que resalta la importancia de ver a la persona como un ser multidimensional.

PASATIEMPO

SOPA DE LETRA:

ENFERMEDADES HUÉRFANAS

Integrantes revista ComUNcuidado
Universidad Nacional de Colombia
rcomcuid_febog@unal.edu.co

En la siguiente sopa de letras aparecen 10 palabras relacionadas con las enfermedades huérfanas. Encuéntralas.

1	H	H	D	J	E	O	H	C	U	K	L	A	X	Z	A	W	U
D	U	J	8	E	O	L	E	S	U	A	C	5	O	S	M	S	L
E	E	X	O	S	B	V	A	L	V	A	J	R	N	A	E	Y	T
C	R	O	M	U	N	I	C	U	I	C	R	E	C	M	N	M	R
A	F	N	T	C	A	D	L	U	6	S	N	A	H	I	A	S	A
4	A	T	O	R	R	A	T	I	R	A	C	A	D	E	Z	T	H
I	N	R	A	R	C	D	O	M	T	R	O	U	9	N	A	A	U
N	A	I	N	7	L	A	O	F	A	A	C	A	M	A	L	N	E
A	S	K	I	E	N	S	E	M	I	R	N	G	O	D	A	E	R
L	A	N	O	I	C	A	N	S	E	R	E	T	N	I	V	M	F
L	E	Y	1	3	9	2	D	E	2	0	1	0	E	I	I	A	A
E	L	E	V	A	D	O	C	O	S	T	O	M	I	S	D	G	N
O	P	2	A	Z	S	E	N	S	O	N	C	I	U	D	A	L	A
M	L	I	E	M	E	T	S	0	G	C	G	J	E	O	N	S	S
1	M	E	N	O	R	P	O	R	C	A	D	A	5	0	0	0	0
K	W	L	A	I	C	N	E	L	A	V	E	R	P	A	J	A	B

Pistas:

- Lee la legislación colombiana que reconoce las enfermedades huérfanas.
- Hay dos palabras que incluyen números.
- No se incluyen ninguna enfermedad.

PARA LOS AUTORES

Instrucciones 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. Ej.: Texto. Apellido del autor de la cita (año) afirma: "Lo que se cita" (p. pág.). Texto

Cita basada en el texto: "Lo que se cita" (Apellido, año, p. pág.).

Cita de más de 40 palabras

Se escriben aparte del texto, con sangría izquierda de 1 cm, un tamaño de letra dos puntos menores 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 autor: Referencia al autor al principio de la cita. Ej.: Texto. Apellido del autor de la cita (año) afirma: «Lo que se cita, en un párrafo aparte». (P. pag.).
Cita basada en el texto: Cita. (Apellido, año, p. pág.)

Cita de parafraseo o no literal

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

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

REGLAS SEGÚN EL NÚMERO DE AUTORES

Dos autores: Sus apellidos van separados por 'Y' cuando los apellidos van por fuera del paréntesis, y por el símbolo '&' cuando los apellidos van dentro del paréntesis.

Apellido y Apellido (2010) afirman que es posible (...).
(...) es necesario hacer esas consideraciones (Apellido & Apellido, 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.» en cursiva y seguido de punto (et al.).

Primera citación: Apellido, Apellido, Apellido (año) «cita»
«Cita» (Apellido, Apellido & Apellido, año).
Citaciones posteriores: Apellido et al. «cita»
«Cita» (Apellido et al., año).

Seis o más autores: Se cita el apellido del primero seguido de «et al.» desde la primera citación
Apellido et al. (año) «cita»
«Cita» (Apellido et al., año).

Autor corporativo: Se coloca el nombre de la organización en vez del apellido. Si el nombre de la organización posee una sigla, la primera vez que aparece debe ir el nombre de la organización y su sigla correspondiente; posteriormente, se puede utilizar solo la sigla.

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (año) «cita»
«Cita» (Organización de las Naciones Unidas [ONU], año).

Autor anónimo: Se coloca el título de la obra en cursivas, en vez del apellido.

Título de la obra (año) «cita»
«Cita» (Título de la obra, año).

Cita de una cita: Se citan las palabras de un autor, pero estas se encuentran citadas por otro autor. Ej.: 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 (...)

Penrose (citado por Hawking, 2010) piensa que las «cita».
«Cita» (Penrose, citado por Hawking, 2010).

Nota: Si se trata de material sin fecha de publicación se utiliza la sigla s.f. en el lugar del año. Si el material no cuenta con número de paginación incluir la sección o el número de párrafo utilizando la abreviatura párr. en el lugar de la página.

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.

Nota: Si se citan documentos legales (Constitución, leyes, normativas, decretos, etc.) estos deben aparecer en orden de jerarquía y antes de las demás referencias, independientemente del orden ortográfico.

Libro

Forma básica: Apellido, iniciales de los nombres. (Año). Título en cursiva. Ciudad, País: Editorial.
Nota: Si el libro tieneeditor, se después de las iniciales de los nombre se incluye (Ed.).
Apellido, iniciales de los nombres (Ed.). (Año). Título en cursiva. Ciudad, País: Editorial

Versión electrónica (Online): Apellido, iniciales de los nombres. (Año). Título en cursiva. Recuperado de http://www.xxxxx.xxx

Versión electrónica (DOI): Apellido, iniciales de los nombres. (Año). Título en cursiva. DOI: xx.xxxxxxxxxx

Capítulo o Sección: Apellido, iniciales de los nombres. (Año). Título del capítulo o sección. En: iniciales de los nombres, Apellido, Título del libro en cursiva (pp. xx-xx). Ciudad, País: Editorial.

Nota: Si se trata de un libro con editor se agrega (Ed.)

Publicaciones periódicas: Artículos científicos o Journal

Impreso: Apellido, iniciales de los nombres. (Año). Título del artículo. Nombre de la revista, volumen(número), pp-pp.

Versión electrónica (Online): Apellido, iniciales de los nombres. (Año). Título del artículo. Nombre de la revista, volumen(número), pp-pp. Recuperado de: http://www.xxxxx.xxx

Versión electrónica (DOI): Apellido, iniciales de los nombres. (Año). Título del artículo. Nombre de la revista, volumen(número), pp-pp. DOI: xx.xxxxxxxxxx

Nota: Se citan hasta siete autores separado por coma y el último se escribe y. Si son ocho o más autores se listan los primero seis, se ponen puntos suspensivos y se lista el último autor. Si el autor es anónimo se escribe el título completo de la obra en lugar del autor.

Referencia:
Centro de Escritura Javeriano. (2011). Normas APA, Cali: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: http://portales.puj.edu.co/ftp-centroescritura/Recursos/Normasapa.pdf

CRITERIOS DE PUBLICACIÓN

ComUNcuidado 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 de investigación

Artículos de revisión

Artículos de opinión, crítica y/o reflexión (rumbo académico de la formación profesional, situación actual de enfermería, etc.)

Reportes de caso

Casos clínicos

Narrativas de enfermería

Ensayos sobre un tema en especial

Reseñas de trabajos finales de alguna área (Incluyendo trabajos de grado)

Experiencias en prácticas (tanto hospitalarias como comunitarias)

Cuentos y anécdotas

Composiciones líricas (poesías, poemas, canciones, trabalenguas, rondas, adivinanzas, retahílas, etc.)

Composiciones ilustrativas (caricaturas, cómics, dibujos, fotos, etc.)

Pasatiempos (crucigramas, sopas de letras, trivios, etc.)

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 por medio de nuestro correo electrónico rcomcuid_febog@unal.edu.co

¡Ingresa al equipo de ComUNcuidado! ¡Te esperamos en el salón de estudiantes! Encuéntranos también en Facebook como ComUNcuidado Unal o en Twiter como @comuncuidado

La revista **Comun Cuidado** se terminó de imprimir
en las instalaciones de GRACOM Gráficas Comerciales
ubicada en la Ciudad de Bogotá, Colombia
en la carrera 69K nº 70-76 en el mes de Octubre de 2016.
El tiraje es de 300 ejemplares en papel bond.
Las familias tipográficas usadas fueron:
Ubuntu
Arvil

COMUNCUIDADO

REVISTA DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA