



SEMILLERO
INVESTIGACIÓN
EN FAMILIA

VOLUMEN

02

Villavicencio, Meta
ISSN: 2744-8592
(En línea)
Publicación semestral

BOLETÍN SEMILLERO DE INVESTIGACIÓN EN FAMILIA



FACULTAD DE
CIENCIAS DE
LA SALUD





Boletín Semillero de Investigación en Familia

Volumen No. 2

Universidad de Los Llanos

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela de Salud Pública

ISSN: 2744-8592 (En línea)

COMITÉ EDITORIAL

© Cristian David Cifuentes Tinjaca¹

© Lucy Esperanza Morales Roldan²

© Emilce Salamanca Ramos³

COMITÉ CIENTIFICO

Emilce Salamanca Ramos³

Zulma Johana Velasco Páez⁴

Graciela Astrid León Alfonso⁵

Claudia María Pinzón Gutiérrez⁶

Sandra Ortegón Ávila⁷

Amalia Priscila Peña Pita⁸

Ana Teresa Castro Torres⁹

Cristian David Cifuentes Tinjaca¹

OBRA

74 p. : il., 21 cm x 29,7 cm

EDITORIAL

Universidad de Los Llanos

Barcelona: Km. 12 Vía Puerto López

San Antonio: Calle 37 No. 41-02 Barzal

Villavicencio – Meta, Colombia

www.unillanos.edu.co

El **Boletín Semillero de Investigación en Familia** ©, propende la diseminación de sus publicaciones electrónicas para que el público obtenga de ella el máximo beneficio. Sin embargo, el Boletín permite la copia, ya sea de uno o más artículos completos de esta obra o del conjunto de la edición, en cualquier formato, físico o digital, siempre y cuando no se modifique el contenido de los textos, se respete su autoría y se mantenga esta nota.

Todos los derechos reservados. ©



¹ Estudiante de Enfermería - Universidad de Los Llanos, Diplomado de Investigación en Enfermería - Universidad El Bosque, Monitor de Semilleros de Investigación en Familia, Integrante del Grupo de investigación GESI.

² Estudiante de Enfermería - Universidad de Los Llanos, Diplomado de Enfermería en Familia - Universidad de Los Llanos, Auxiliar Docente Curso Metodología de la Investigación II.

³ Enfermera, Especialista en Desarrollo Infantil, Magister en enfermería con énfasis en Salud Familiar, docente investigadora, Escuela en salud pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de los Llanos, Investigadora Junior de Colciencias, Integrante del Grupo de investigación GESI.

⁴ Enfermera, Especialista en Salud Familiar, Magister Salud Mental Comunitaria. Integrante del Grupo de investigación GESI.

⁵ Química Farmacéutica, Magister en Ciencias-Farmacología. Integrante del Grupo de investigación GESI.

⁶ Enfermera. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud, Magister Salud Sexual y Reproductiva. Integrante del Grupo de investigación FAVISA.

⁷ Enfermera, Especialista en Salud Ocupacional, Especialista en Gerencia en Recursos Humanos, Magister Desarrollo Educativo y Social. Integrante del Grupo de investigación GESI.

⁸ Enfermera, Especialista en Auditoría y Gerencia de Servicios de Salud, Especialista en Salud Ocupacional, Magister en Educación, Magister en Enfermería. Integrante del Grupo de investigación GESI.

⁹ Enfermera, Magister en Salud Pública, Doctora en Salud Pública. Integrante del Grupo de investigación GESI.



PRESENTACIÓN

Un cordial saludo a todos nuestros participantes y lectores del Boletín de Semilleros de Investigación en Familia. Para el comité editorial y científico es un honor presentar el Vol. 2 del medio de divulgación de las acciones, reflexiones y producciones científicas que elabora el grupo de semillero de investigación en Familia.

En esta oportunidad encontraran productos derivados del ejercicio pedagógico en el campo de la investigación del Programa de Enfermería y la Especialización en Salud Familiar de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de los Llanos. Los más sinceros agradecimientos al grupo de profesores y estudiantes participantes durante este proceso.

El boletín publica,

- Productos derivados de investigación.
- Productos de proyección social.
- Artículos de revisión.
- Reflexiones derivadas de investigación.
- Reflexiones no derivadas de investigación.
- Reportes de caso (situación de enfermería).
- Narrativas o experiencias.
- Ensayos.

Pueden postular sus productos solicitando los formatos al siguiente correo electrónico: **boletin_invfamilia@unillanos.edu.co**

CONTENIDO

5 INTRODUCCIÓN

Emilce Salamanca Ramos.

6 Autopercepción del estado de salud familiar de los estudiantes del programa de Tecnología en Regencia de Farmacia de la Universidad de los Llanos

Cristian Danilo Rodríguez Garzón, Joseph Frederick Zamora Enciso, Emilce Salamanca Ramos, Margarita Rivera.

16 Carga del cuidado en cuidadores informales de pacientes con hemodiálisis en una IPS de Villavicencio

Lucy Esperanza Morales Roldan, Nelcy Mariana Castro Barrera

22 Conocimientos y prácticas de las familias en el manejo del dengue en Saravena – Arauca

Yaned Cosme Grueso, Carmen Lucrecia Parra Lozada, Mileidy Amelia Rodríguez Ariza, Emilce Salamanca Ramos

30 Nivel de dependencia del adulto mayor del hogar geriátrico divino niño en la ciudad de Villavicencio – Meta

Andrea Jineth Amézquita Parrado, Laura Camila Rodríguez Roldan.

36 Consumo de alcohol y su asociación con el rendimiento académico de estudiantes Programa de Economía – Universidad de los Llanos

Ana María Cossio Vargas, Jineth Slendyr Duarte Canas.

43 Análisis del Síndrome de Burnout en docentes de la escuela de salud pública del programa de Enfermería de la Universidad de los Llanos

María Camila Martínez Sánchez, Juana Valentina Valenzuela Moreno.

52 Satisfacción del cuidado de Enfermería en usuarios hospitalizados en instituciones de salud, Villavicencio, Colombia: Pilotaje

María Paula Parrado Erazo, Ingri Mirabeyis Reyes Rojas

61 Conocimientos y prácticas familiares en el manejo del dengue en el asentamiento Trece de Mayo: una prueba piloto

Erika Muñoz Olivera, Emilce Salamanca Ramos

INTRODUCCIÓN

La presente publicación corresponde al Vol.2 del Boletín, el cual es producto del ejercicio reflexivo y participativo de estudiantes y profesores del Semillero de Investigación en Familia, de la Facultad de Ciencias de la Salud. En este volumen se abordaran temas como:

- La salud y salud familiar en estudiantes universitarios.
- Carga de cuidado de los cuidadores familiares.
- La salud y familia de adultos mayores.
- La situación de salud laboral de profesores.
- El nivel de satisfacción del cuidado de enfermería en instituciones de salud.
- Además, desde la Especialización en Salud Familiar, se presentan investigaciones desde el campo de lo social, abordando temas como: la familia y el manejo y control del dengue en la comunidad de 13 de mayo de la ciudad de Villavicencio - Meta; y el municipio de Saravena – Arauca.

El volumen 2, es el resultado de un trabajo colectivo de estudiantes y profesores de dos programas académicos de la facultad. Los productos académicos emergen del ejercicio pedagógico de los cursos de metodología de la investigación I y II en el Programa de Enfermería; del curso Investigación Social I y II de la Especialización en Salud Familiar; y el trabajo de revisión sistemática de temas de familia en los diferentes escenarios del hábitat del ser humano. Todo ello, hace que los estudiantes se sumerjan en el rigor de la escritura científica y se obtenga los productos que presentamos a continuación.

La publicación tiene tres finalidades:

- Desarrollar en el estudiante la competencia escrita, para este caso el ser capaz de elaborar un artículo teniendo en cuenta cada una de las fases del método científico y que a través de los resultados se fortalezca la comunidad.
- Se visibilice en la comunidad universitaria, a través de la divulgación de sus productos por este medio.
- Publicar resultados del ejercicio de la investigación y revisión de los diferentes temas abordados para fortalecer los procesos de formación los campos de la salud y las ciencias sociales aplicadas para mejorar el cuidado de la salud colectiva de nuestra región.

Autopercepción del estado de salud familiar de los estudiantes del programa de Tecnología en Regencia de Farmacia de la Universidad de los Llanos

Self-perception of the family health status of students of the Technology in Pharmacy Regency program of the Llanos University

Cristian Danilo Rodríguez Garzón¹

Joseph Frederick Zamora Enciso¹

Emilce Salamanca Ramos²

Margarita Rivera²

RESUMEN

Objetivo: Determinar la autopercepción del estado de salud familiar que tienen los estudiantes del programa de Tecnología en Regencia de Farmacia de la Universidad de los Llanos en el periodo académico 2019-2. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo correlacional. La población fueron estudiantes de Tecnología en Regencia de Farmacia con una muestra de 55 personas con edades comprendidas entre 15 y 30 años. Se aplicó un instrumento de caracterización y la escala de autopercepción del estado de salud familiar v.2; con un muestreo probabilístico aleatorio estratificado con afijación proporcional. **Resultados:** La autopercepción del estado de salud familiar de los estudiantes, obtuvo un promedio de 100,1 puntos en salud familiar, lo que demuestra un riesgo en la autopercepción del estado de salud familiar. **Conclusiones:** En la investigación se evidenció que los estudiantes tienen un ambiente social desfavorable que influye en los miembros de la familia, alterando características en los valores del individuo y el bienestar del grupo familiar, por lo tanto, se deben afianzar acciones que potencialicen los comportamientos, conductas y el compromiso por mejorar el ambiente familiar.

Palabras Clave: Familia, salud, salud de la familiar, Enfermería de la familia.

ABSTRACT

Objective: To determine the self-perception of the family health status that students of the Pharmacy Regency Technology program of the University of Los Llanos have in the academic period 2019-2. **Materials and methods:** Quantitative study, correlational descriptive. The population were the students of Technology of Regency in Pharmacy with a sample of 55 persons with ages between 15 and 30 years of age. A characterization instrument and the self-perception scale of family health status v.2 were applied; with a stratified random probabilistic sampling with

¹ Estudiante de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Los Llanos.

² Docente, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Los Llanos.

proportional affixation. **Results:** The self-perception of the family health status of the students, obtained an average of 100.1 points in family health, which demonstrates a risk in the self-perception of the family health status. **Conclusions:** The investigation showed that students have an unfavorable social environment that influences family members, altering characteristics in the values of the individual and the well-being of the family group, therefore actions that enhance behaviors must be strengthened, behaviors and commitment to improve the family environment.

Keywords: Family, health, family health, Family nursing.

INTRODUCCIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el concepto de salud no es solamente la ausencia de la enfermedad, sino también el bienestar físico, mental y social en el que se desarrollan las personas, la autopercepción es una evaluación propia de cada persona y puede tener un significado positivo o negativo y medir la salud percibida de las personas permite relacionar los indicadores en salud que afectan la población.

Si los enfermeros tienen interés de trabajar en la salud familiar, deben tener en cuenta los miembros de la familia, su funcionamiento, estructura, forma de enfrentar sus etapas del curso de vida, su contexto social, factores de riesgo y redes de apoyo para que todo este conjunto de conocimientos permita un diagnóstico propio de la salud familiar.

Día a día se adoptan hábitos en el entorno familiar y dependiendo de la percepción que tiene la familia sobre este, puede ser negativo para la salud o positivo, por eso es necesario identificar posibles factores de riesgo asociados a la percepción negativa de la familia o por el contrario identificar y potencializar los factores relacionados con la percepción positiva de la salud familiar, del mismo modo se busca ampliar los conocimientos de enfermería en el área de la salud familiar bajo un enfoque comunitario, que con el pasar de los años se ha ido olvidando en la profesión, y de esta manera se busca incentivar al profesional de enfermería a la solución de problemáticas que se presentan en las familias.

Esta investigación determina la autopercepción sobre salud familiar de los estudiantes del Programa de Tecnología de Regencia en Farmacia de la Universidad de los Llanos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal correlacional; la población de estudio fueron los estudiantes del programa de Tecnología en Regencia de Farmacia, del total de 155 estudiantes se seleccionaron inicialmente 65, y debido a que no cumplían con los criterios de inclusión o no aceptaban participar de la investigación; el tamaño final de la muestra fue de 55 estudiantes y se calculó con la fórmula finita de tipo cualitativa cuyo resultado fue 55 estudiantes; el muestreo fue probabilístico, aleatorio estratificado con afijación proporcional.

Los instrumentos utilizados para la investigación fueron: Ficha de caracterización sociodemográfica, la cual fue diseñada y elaborada por los autores del artículo y construida con base a la consulta bibliográfica sobre factores que intervienen en la salud familiar, la cual consta de 9 ítems, con preguntas dicotómicas y de opción múltiple, como fue la edad, el sexo, el estrato socioeconómico, estado civil, régimen en salud, número de integrantes del hogar, la tipología familiar, existencia de enfermedades en el hogar y asistencias al servicio de salud, y la escala de autopercepción del estado de salud familiar v.2, mediante la cual se clasificó el estado de

salud familiar en diferentes dimensiones como lo es clima familiar, integridad familiar, funcionamiento familiar, resistencia familiar y afrontamiento familiar, a través de 34 ítems, con respuestas tipo Likert, que van desde nunca(0), casi nunca(1), a veces(2), casi siempre (3) y siempre (4).

Así mismo, los criterios de inclusión son los siguientes: ser estudiante del programa de Tecnología en Regencia de Farmacia, quien haya aceptado y firmado su participación en la investigación, con edades entre los 15 y 30 años, y que estén viendo los cursos específicos del área profesional del plan estudio de los semestres I y III (estudiantes que estén viendo las asignaturas correspondientes al semestre que cursa).

Para el procesamiento del plan de análisis de resultados, luego de tener los datos recolectados con la ficha de caracterización sociodemográfica y la escala de autopercepción de salud familiar, se procedió a realizar procesamiento de la información a través de la codificación de las variables, se establecieron en el libro de códigos y posteriormente a obtener los resultados se llevaron a la matriz para realizar la tabulación, y posterior análisis de los datos, en el que se utilizó el programa Statistical Product and Service Solutions en la versión 19 (SPSS®), el cual es usado en la Universidad de los Llanos; con el programa. Se establecieron frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central (media moda y mediana), se realizaron las tablas y gráficos de barra dependiendo las características de cada una de las variables.

Esta investigación cumple con todos los parámetros éticos, desde la recolección de información, se solicitaron los permisos respectivos a los encargados del programa, y además se direccionó hacia el cumplimiento de los parámetros éticos que se deben tener para trabajar con seres humanos establecidos en la resolución 8430 de 1993 donde según su artículo 11, ésta investigación es un estudio sin riesgo (1), como también bajos los criterios

del código deontológico del profesional de enfermería, establecido en la ley 911 de 2004 (2) y la ley 266 de 1996 (3), mediante los cuales se aplicaron los principios de confidencialidad, veracidad, beneficencia, no maleficencia y fidelidad. Para esto se construyó y se realizó el consentimiento informado previo a cada aplicación de la encuesta, siendo este el garante de la confidencialidad de la información y por supuesto bajo la libre participación en el estudio, como también se garantizó la protección de la vida, la salud y la integridad de cada uno de los participantes que hicieron parte de la investigación haciendo uso del código de Helsinki, permitiendo así que se fomente y se creen nuevos conocimientos, pero sin que esta meta se sobreponga a los derechos e intereses de cada participante (4).

RESULTADOS

Entre las variable sociodemográficas halladas en el estudio se encontró que la mayoría estaban un rango entre los 15-20 años, en relación con el sexo, la mayoría de los participantes eran del sexo femenino, de estrato socioeconómico 2 con un 49.1%, el estado civil con más prevalencia fue soltero con un 92.7%, el 61.8% de los partícipes eran de régimen subsidiado, el número de integrantes del hogar con mayor selección fue entre 4 y 7 personas con un 65.5%, el tipo de familia más destacado fue la nuclear con un 70.9%, el 29.1% de la población objeto tenían antecedentes de enfermedades en sus familias y presentaban principalmente diabetes e hipertensión, de las cuales el 27.3% estaban controlados (Ver tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos

N = 55	ITEM	%
Edad	15 - 20 Años	72,8
	21 - 25 Años	20
	26 - 30 Años	7,2
	Total	100
Sexo	Femenino	76,4
	Masculino	23,6

	Total	100
Estrato Socioeconómico	1	38,2
	2	49,1
	3	12,7
	Total	100
Estado Civil	Soltero	92,7
	Unión Libre	7,3
	Total	100
Régimen De Afiliación	Subsidiado	61,8
	Contributivo	27,3
	Vinculado	10,9
	Total	100
Numero Integrantes Del Hogar	1 – 3 Personas	34,5
	4 – 7 Personas	65,5
	Total	100
Tipología Familiar	Familia nuclear	70,9
	Familia extensa	10,9
	Familia Monoparental	12,7
	Familia Nuclear Ampliada	1,8
	Unipersonal	3,6
	Total	100
Antecedentes Familiares De Enfermedades	Si	29,1
	No	70,9
	Total	100
Enfermedades Padecidas	N/A	70,9
	Hipertensión	5,5
	Diabetes	9,1
	Enfermedad Mental	1,8
	Otras	12,7
Total	100	
Asistencia A Chequeos Medico	N/A	70,9
	Si	27,3
	No	1,8
	Total	100

Fuente: Investigación “Autopercepción del estado de salud familiar de los estudiantes del programa de Tecnología de Regencia en Farmacia de la Universidad de los Llanos”. 2019.

En relación con las respuestas por dimensión, se evidenció una baja autopercepción en el clima familiar en un 49% de los participantes, un nivel medio en el afrontamiento familiar en un 58,2% de los encuestados, un nivel alto en la integridad familiar en un 41.8% y en cuanto al estado de salud familiar, se observó un nivel de autopercepción medio en un 61.8% de los estudiados (Ver tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de respuesta por dimensión.

Dimensiones	N	Puntaje Obtenido %			
		Bajo	Medio	Alto	Total
Clima social familiar	55	49	45,5	5,5	100
Integridad familiar	55	21,8	36,4	41,8	100
Funcionamiento familiar	55	23,6	54,5	21,9	100
Resistencia familiar	55	34,6	50,9	14,5	100
Afrontamiento familiar	55	27,3	58,2	14,5	100
Salud familiar	55	25,5	61,8	12,7	100

Fuente: Investigación “Autopercepción del estado de salud familiar de los estudiantes del programa de Tecnología de Regencia en Farmacia de la Universidad de los Llanos”. 2019.

En las Respuestas a la escala de Autopercepción de la Salud Familiar se obtuvo un puntaje general de 100,1, un mínimo de 62 y un máximo de 136 (desviación estándar de ± 18). Las subescalas clima familiar social, integridad familiar, funcionamiento familiar, resistencia familiar y afrontamiento familiar, fueron evaluadas con una puntuación de autopercepción media (21,3; 28,6; 18,6; 13,9 y 17,7 respectivamente) (ver tabla 3).

Tabla 3. Estadística descriptiva por dimensión.

-	N	PE	Mín	Máx	M	DE
Clima Familiar Social	55	32	11	32	21,3	5,0
Integridad Familiar	55	36	12	36	28,6	6,5
Funcionamiento Familiar	55	24	10	26	18,6	3,6
Resistencia Familiar	55	20	4	20	13,9	3,8
Afrontamiento Familiar	55	24	10	24	17,7	3,8
Salud Familiar	55	136	62	136	100,1	18,0

Abreviaturas: PE: puntaje esperado, Min: mínimo, Max: máximo, M: Media, DE: desviación estándar.

Fuente: Investigación “Autopercepción del estado de salud familiar de los estudiantes del programa de Tecnología de Regencia en Farmacia de la Universidad de los Llanos”. 2019.

Dentro de la correlación de variables, el edad y el clima familiar, se evidenció en los participantes una percepción baja de la salud en sus familias, en el rango de edad entre 26 a 30 años percibían un estado de salud medio (5.5%) , en el estado de salud general se encuentra mayor predominio de la autopercepción baja (49.1%) y media (45.5%), considerándose un riesgo para la salud según los criterios de la escala de valoración (Ver tabla 4).

Tabla 4. Correlación Edad y Clima

Variable	Clima Familiar N=55		
	Bajo	Medio	Alto
Edad en Años			
15-20	41,8	27,3	3,6
21-25	7,3	12,7	0
26-30	0	5,5	1,8
Total	49,1	45,5	5,5

Fuente: Investigación “Autopercepción del estado de salud familiar de los estudiantes del programa de Tecnología de Regencia en Farmacia de la Universidad de los Llanos”. 2019.

En lo concerniente a la variable tipología familiar y clima familiar se encontró que, era mayoritaria la percepción baja de la salud familiar en las familias nucleares con un 38,2%, pero también hay que tener en cuenta que, en las otras tipologías, aunque hubo mayor predominio en el estado de salud medio, no era amplia la diferencia porcentual (Ver tabla 5).

Tabla 5. Correlación Tipología Familiar y Clima

Variable	Clima Familiar		
	Bajo	Medio	Alto
Tipología familiar			
Nuclear	38,2	30,9	1,8
Extensa	3,6	5,5	1,8
Monoparental	3,6	7,3	1,8
Unipersonal	3,6	0	0
Ampliada	0	1,8	0
Total	49	45,5	5,4

Fuente: Investigación “Autopercepción del estado de salud familiar de los estudiantes del programa de Tecnología de Regencia en Farmacia de la Universidad de los Llanos”. 2019.

En relación a la integridad familiar y la presencia de personas con enfermedades en el hogar, se visualizó una frecuencia relevante en donde, hay baja integridad familiar en las personas que si tenían personas con alguna enfermedad en casa (7,3%), del mismo modo, se encontró en las personas que no tienen personas con enfermedades en casa donde aumento el bajo nivel a un 14,5% comparado al grupo anterior (Ver tabla 6).

Tabla 6. Correlación Integridad familiar y Enfermos en el hogar.

Variable	Integridad familiar		
	Bajo	Medio	Alto
Enfermos en el Hogar			
Si	7,3	5,5	16,4
No	14,5	30,9	25,5
Total	21,8	36,4	41,9

Fuente: Investigación “Autopercepción del estado de salud familiar de los estudiantes del programa de Tecnología de Regencia en Farmacia de la Universidad de los Llanos”. 2019.

Con respecto al Estado de Salud Familiar y el Sexo, se encontró que los hombres y las mujeres tienen en su mayoría una percepción regular de la salud familiar y además que una pequeña parte de la población femenina percibe un nivel alto de su salud familiar (Ver tabla 7).

Tabla 7. Correlación Estado de Salud Familiar y Sexo

Variable	Estado de Salud Familiar		
	Bajo	Medio	Alto
Sexo			
Masculino	3,6	10,9	9,1
Femenino	9,1	50,9	16,4
Total	12,7	61,8	25,5

Fuente: Investigación “Autopercepción del estado de salud familiar de los estudiantes del programa de Tecnología en Regencia de Farmacia de la Universidad de los Llanos”. 2019.

DISCUSIÓN

En el estudio realizado, la edad promedio corresponde a 22,5 años la cual se puede comparar con el estudio salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes de pregrado Mexicanos de una universidad pública (5), en donde el promedio de edad fue de 21,7 años, pero difiere del estudio Autopercepción de salud y de red de apoyo y funcionalidad familiar de los estudiantes que inician medicina (5), en donde se evidencia una edad promedio de 29,8 años; sin embargo, en todos los casos la población seleccionada se incluye en el curso de vida adulto joven.

En base a las variables de sexo la cual corresponde mayoritariamente al sexo femenino en un 76,4% de los casos seleccionados se evidenció que dentro de los estudios comparados la información es congruente con el estudio (7) ya que se muestra en mayor prevalencia la participación de población de sexo femenino en un 68,6% y de igual forma en la investigación (5) en donde la proporción del sexo femenino también fue mayor en un 55%, pero en la investigación (6) si se observa una diferencia por la proporción de participantes mayoritariamente del sexo masculino en un 52,9%.

Con respecto al estado civil se estableció que se encuentran mayoritariamente solteros en un 92,7% y en menor proporción se evidencio unión libre en 7,3%, esto es comparable con el estudio de Flores y colaboradores (5) donde el 92% de los sujetos se encontraban en un estado civil soltero; sin embargo, la información difiere del estudio (8) en donde se observa en mayor proporción el estado civil de unión libre en un 54,28%.

Cabe destacar que la variable de régimen de afiliación tuvo dos respuestas relevantes entre las que se encuentran el régimen subsidiado en un 61,8% y el régimen contributivo en 27,3%, a esto se le puede comparar con la investigación (8) en donde se

muestra relevante el régimen subsidiado en un 82,85% y de igual manera en la Encuesta nacional de calidad de vida (9) en la región de la Orinoquia se evidencia una cobertura de afiliación del 69,7% en el esquema contributivo lo cual demuestra un factor protector para la población a estudio.

Con relación al número de integrantes del hogar el cual se evidencia relevante de 4 a 7 integrantes en un 65,5% y además se evidencia que del total de la muestra el tipo de familia más a fin fue la familia nuclear en un 70,9%, se logra comparar con el estudio (8) ya que este muestra que las familias estaban conformadas mayoritariamente por cuatro integrantes y que el predominio del tipo de familia fue familia nuclear en un 45,71% con respecto a los demás tipos.

Con respecto a los antecedentes familiares se observa dentro de la investigación que la mayoría no manifestó antecedentes familiares por enfermedades en un 70,9%, sin embargo es importante conocer que dentro de las enfermedades padecidas son de gran importancia resaltar hipertensión arterial en un 5,5% y diabetes en un 9,1% de los cuales un 27,3% si asisten a chequeos médicos, esto es comparable con el estudio de Laguado y Caballero (8) donde se muestra que la hipertensión y enfermedades asociadas a esta se encuentran en un 33,20% de los participantes de los cuales 2,85% no tienen chequeos médicos y un 11,42% si asisten a chequeos médicos periódicos.

En relación a la autopercepción de la salud familiar, los resultados encontrados demuestran que el estado de salud familiar, tiene un nivel medio (100,1) el cual es un riesgo para la salud familiar, ya que, de no presentarse un fomento de la salud adecuado, no se genera bienestar a los miembros de la familia, Joaquín-Salvador, et al. Propone que la interacción familiar aporta a la satisfacción de necesidades y la solución de problemas para afrontar y adaptarse a las situaciones de crisis (10).

En cuanto a la subescala Clima Social Familiar definida como el ambiente social en el que se desarrollan los miembros de una familia, el ítem 5, cuando tengo un problema puedo comentarlo, muestra la importancia de los procesos comunicativos para establecer el desarrollo psicosocial del grupo familiar, a través de la enseñanza de valores que fomenta la estabilidad y la forma en cómo se desarrollan los miembros a través de un proceso de comunicación asertiva dentro del grupo familiar (11).

Los resultados de la subescala de Integridad Familiar, la cual mide el modo y la intensidad de los lazos que mantienen los miembros de la familia que estará influido por el grado de implicación, compromiso y lealtad que estos mantienen, el ítem 15, cuando tenemos un problema acudimos todos a resolverlo, refiere que la integridad familiar exige de la participación de cada individuo dentro de la familia, para formar una unidad que fortalezca y sirva de recursos para la familia; se puede afirmar que una familia que no mantiene su integridad no tiene interacción entre los miembros, no existe unión, no comparten emociones, preocupaciones o sentimientos y esto puede conllevar a riesgos para la salud mental (12).

En cuanto a la subescala Funcionamiento familiar, la cual se refiere a la capacidad que tiene la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros y adaptarse a las situaciones de cambio, el ítem 20, aceptamos y cumplimos las reglas establecidas, esto considera que para llegar a obtener un funcionamiento familiar eficaz se deben propiciar soluciones a los cambios del contexto familiar, es decir a las reglas establecidas por estos con el fin de garantizar un tránsito armonioso, de lo contrario va a prevalecer el incumplimiento de las reglas las cuales conllevan a desarrollar un entorno inseguro y con factores de riesgo para el grupo familiar (13).

Con respecto a la subescala Resistencia Familiar, la cual es la capacidad de la unidad

para soportar el impacto de los agentes estresantes y mantener el funcionamiento familiar, el ítem 24, se conoce cómo obtener ayuda de instituciones públicas y el ítem 45, sabemos cómo acceder a los servicios municipales, afianzan el conjunto de necesidades que ayudan a fortalecer la dinámica familiar de los agentes externos a esta, por ello el desconocimiento sobre la interacción adecuado con los recursos externos como la redes sociales y los recursos municipales llegan a generar alteraciones del sistema familiar en el cual se involucra la salud y el bienestar de la familia (14).

En la subescala afrontamiento familiar, la cual se define, como la forma en que los individuos o los grupos hacen frente a los acontecimientos y procesos vitales a los que se enfrentan, el ítem 34, anticipación a los problemas para prevenirlos, la familia debe aprender a detectar y solucionar los problemas generadores de estrés, a través de un proceso de evaluación de la situación con el fin de definir los roles y lograr obtener actitudes que permitan dar frente a la circunstancias, ya que según los diagnósticos de enfermería, el afrontamiento inefectivo, está estrechamente relacionado con un trastorno en la apreciación de amenazas, lo cual es un riesgo para la salud familiar ya que afecta la toma de decisiones creando la necesidad de usar estrategias adaptativas al estrés que disminuyen la resistencia familiar y generan problemas en la salud familiar (15).

Correlacionando la variables edad y clima familiar, se observa que entre más jóvenes era más baja la percepción de la salud familiar, lo cual es un riesgo alto debido a que el clima familiar donde se desarrollan los individuos permite sus progreso social y personal este es necesario para desenvolverse en grupo y es tal el caso de los jóvenes que están en la universidad y tienen que dinamizar sus relaciones interpersonales con sus compañeros y docentes (10).

Tener un bajo clima familiar es tener un ambiente interno que no fomenta el

crecimiento, desarrollo, madurez y que no permite adquirir competencias y valores, puede causar problemas individuales como lo es una baja autonomía, dependencia emocional, timidez, y baja espiritualidad u otros más colectivos como lo son, poco apoyo familiar, la nula expresión de emociones, sentimientos, inconformidades y esto compromete el mantenimiento de la salud, su organización, las rutinas familiares y la percepción positiva de la familia (10).

En relación con la tipología familiar y el clima familiar, se evidencio que no es determinante el tipo de familia para concretar una bajo clima familiar, esto debido a que las familias son dinámicas y se adaptan a las diferentes situaciones dependiendo de su unión familiar y compromiso con su rol familiar, como sucede en las familias con un solo padre o madre, que hoy en día han ido en aumentando, contrario a esto se esperaría más incidencia de falta de comunicación, problemas familiares caracterizados con hostilidad debido a que el clima familiar de una familia con padres separados era considerada poco idónea para el desarrollo de los hijos (8).

En relación con la Integridad familiar y la presencia de personas enfermas en el hogar, se encontró una baja integridad en algunos casos, siendo esta un riesgo la para la salud familiar debido a la importancia de la integridad familiar que hace referencia a la unión familiar entre miembros de la familia, esto permite que se solucionen problemas, ser leales a la familia, apoyarse mutuamente, defender la familia, tener sentimientos de pertenencia, identidad y compromiso; cuando en la familia existe un miembro que requiere ayuda del otro para su cuidado por algún tipo de enfermedad, es importante entonces la integridad familiar ya que provee apoyo familiar, organización familiar y participación del proceso de salud (8), (10).

En relación al estado de salud familiar y el sexo, los hombres y mujeres tuvieron una autopercepción del estado de salud regular,

lo cual es un riesgo para su salud, contrario a lo encontrado en el estudio Nacional de Demografía y Salud de Colombia (16), se encontró que las mujeres tenían una autopercepción baja y regular, contrario a los hombre que tenían una autopercepción alta y positiva, es importante recalcar que en los últimos años el concepto de salud ha evolucionado, han sucedido cambio sociales entorno al rol del hombre y la mujer, por consiguiente puede estar relacionado al cambio de percepción de los hombres de hoy día.

CONCLUSIÓN

La autopercepción del estado de salud familiar de los estudiantes del programa de Tecnología en Regencia de Farmacia de la Universidad de los Llanos, Sede Barzal, tuvo un promedio de 100,1 puntos lo cual demuestra que se encuentran en riesgos para la salud familiar de estos, por lo tanto, de no presentarse cambios en el fomento de la salud de manera adecuada dentro del grupo familiar, lo que evita que se genere bienestar en los miembros de la familia.

Además, es evidente que una de las subescalas con mayor riesgos fue Clima Social Familiar, demostrando así que los estudiantes tienen un ambiente social desfavorable en el cual se desarrollan junto con los miembros del hogar, es por esto que es relevante influir en los valores, características y en la relación con la familia, para establecer un sistema estable que favorezca al bienestar del grupo familiar.

Para finalizar, es relevante afirmar que se debe afianzar acciones que potencialicen y fortalezcan los comportamientos en el contexto familiar, propiciando conductas que promuevan el desarrollo social, cultural e individual, con la importancia de mantener a los miembros de la familia en un ambiente en el cual se satisfagan las necesidades del grupo, se tenga el compromiso para

sobrellevar el impacto de agentes externos estresores y de la misma forma el cómo se hace frente a los procesos vitales que se enfrentan.

RECOMENDACIONES

Es importante reconocer el contexto de los estudiantes de Tecnología en Regencia de Farmacia con anterioridad, con el fin de lograr una mayor acogida por la población que va a ser parte del proceso de investigación, para que de esta manera se tenga un mayor impacto dentro de la implementación y recolección de la información.

Es pertinente que se continúen realizando investigaciones con los estudiantes de Tecnología en Regencia de Farmacia de la Universidad de los Llanos, ya que no se cuenta con suficiente material bibliográfico para futuras investigaciones sobre este tipo de población.

Por lo anterior es relevante reconocer, que se debería sensibilizar y afianzar nuevos

proyectos de investigación sobre los tecnólogos y programas profesionales de la Universidad de los Llanos, con el fin de ampliar la base de datos de la universidad.

AGRADECIMIENTO

A los estudiantes del programa de Regencia de Tecnología en Farmacia, a la Universidad de los Llanos por ser la institución educativa superior que nos permitió realizar la investigación, a la directora del curso de metodología de la investigación II por orientar y servir de guía para el desarrollo de la investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno declarado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Congreso de la república de Colombia. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. Secretaria del senado. 1993 [citado 14 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
2. Congreso de la república de Colombia. Ley 911 de 2004 [Internet]. Secretaria del senado. 2004 [citado 14 de julio de 2019]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.
3. 61- Congreso de la república de Colombia. Ley 266 de 1996 [Internet]. Secretaria del senado. 1996 [citado 14 de julio de 2019]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.
4. 62- Wma.net. (2019). WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [en línea] Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
5. Lara Flores N, saldaña Balmori Y, Fernández Vera, N, Delgadillo Gutiérrez H. salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública [Internet]. Redalyc.org. 2015 [cited 21 October 2019]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309143500008.pdf>
6. Mora S, Moreno C. Autopercepción de salud y de red de apoyo y funcionalidad familiar, de los estudiantes que inician posgrados de medicina [Internet]. Science direct. 2016 [cited 21 October 2019]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121737216000066>
7. Ribeiro R, Rodriguez P. Self-perception of the health state of hypertensive people [Internet]. Journal of nursing. 2018 [citado 25 Octubre 2019]. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231768>
8. Jaimes E, Caballero Díaz L. Autopercepción del estado de salud familiar en un área metropolitana de Bucaramanga [Internet]. Scielo. 2016 [cited 21 October 2019]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000300004
9. Ramos F. Encuesta nacional de calidad de vida (ECV) 2018 [Internet]. Dane.gov.co. 2018 [cited 21 October 2019]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2018>
10. Lima Rodríguez J, Lima Serrano M, Jiménez Picón N, Domínguez Sánchez I. Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar [Internet]. Scielo. 2012 [cited 24 November 2019]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000500005
11. Samper García P, Pérez Delgado E. Clima familiar y desarrollo del autoconcepto [Internet]. Revista Latinoamericana de Psicología. 2001 [cited 21 October 2019]. Disponible en:

- https://www.researchgate.net/publication/26595478_Clima_familiar_y_desarrollo_del_autoconcepto_Un_estudio_longitudinal_en_poblacion_adolescente
12. Valoración enfermera de la familia [Internet]. INTEGRIDAD FAMILIAR. [cited 1 December 2019]. Available from: https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/page_08.htm
 13. Medellín Fontes Martha M, Rivera Heredia María Elena, López Peñaloza Judith, Kanán Cedeño ME Gabriela, Rodríguez-Orozco Alain R. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Ment [revista en la Internet]*. 2012 Abr [citado 2019 Oct 21]; 35(2): 147-154. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200008&lng=es.
 14. Valoración enfermera de la familia [Internet]. Resistencia familiar. 2019 [cited 1 December 2019]. Available from: https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/page_10.htm
 15. Martínez-Montilla José Manuel, Amador-Marín Bárbara, Guerra-Martín María Dolores. Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *Enferm. glob. [Internet]*. 2017 [citado 2019 Oct 21]; 16(47): 576-604. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300576&lng=es. Epub 01-Jul-2017. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.255721>.
 16. Ministerio de Salud y Protección Social, [Internet]. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2015 [citado el 06 de marzo 2020]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>

Carga del cuidado en cuidadores informales de pacientes con hemodiálisis – Villavicencio, Meta

Lucy Esperanza Morales Roldan¹

Nelcy Mariana Castro Barrera¹

RESUMEN

Objetivo: identificar el nivel de sobrecarga del cuidado y los factores socioculturales de los cuidadores informales de pacientes con hemodiálisis en una IPS de Villavicencio. **Materiales y métodos:** estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal; se toman 32 cuidadores informales, aplicando el instrumento de Zarith y un cuestionario para la caracterización sociodemográfica, en una institución de salud privada de Villavicencio. **Resultados:** 63% de los cuidadores son mujeres, 78% de los participantes estarían entre 30 – 60 años, según la relación familiar 59,3% eran hijos (a) y 31,2 % esposos (a), en cuanto al tiempo de ejercer la función de cuidador 40,7% llevan realizando su rol de cuidador entre 1-3 años. En la valoración del nivel de sobrecarga se encontró que 50% de estos cuidadores tienen ausencia de sobrecarga, 28% ausencia ligera y 21,8% sobrecarga intensa. **Conclusión:** la ausencia de sobrecarga, la sobrecarga ligera e intensa, se correlaciona con el tiempo de ejercer el rol del cuidador, afectando así su estado físico y psicológico. También se identificó que la división del cuidado entre familiares disminuye la sobrecarga. Es importante resaltar el rol del profesional de enfermería para identificar oportunamente las necesidades de los cuidadores y dar intervenciones que mejoren la calidad de vida del cuidador.

Palabras Claves: Cuidadores, sobrecarga, hemodiálisis, insuficiencia renal, apoyo familiar. (DeCS)

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica es una disminución progresiva de la función renal, teniendo como tratamiento predominante en la población adulta mayor la hemodiálisis, siendo ésta una terapia estricta que incluye a la familia tomado un rol muy importante como cuidador informal, ayudando a satisfacer las necesidades básicas del paciente sin recibir una retribución económica por la labor realizada, esta función ha desarrollado diferentes situaciones que afectan su salud física y psicológica a causa de factores

económicos, estresores y de sobrecarga del cuidado. Además, se ha catalogado la enfermedad renal como un problema de salud pública por el incremento del número de pacientes en los últimos años (1).

Según la OMS las enfermedades crónicas forman parte de un problema sanitario y sobre todo de un desafío, si es vista por el ámbito del desarrollo. En Colombia es muy frecuente encontrar que los pacientes en terapia de hemodiálisis dependen de un cuidador para realizar actividades de la vida diaria (AVD); es así que como tanto cuidador

¹ Estudiante de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Los Llanos.

como paciente, estén preparados para enfrentarse a las secuelas, generando complicaciones del cuidador informal y así repercutir en la recuperación del paciente (2).

Sin embargo, existen factores que potencian estos efectos negativos, como la sobrecarga del cuidador, la dependencia del paciente a su cuidado y factores sociodemográficos que afectan a esta población. A partir de la presencia de sobrecarga emocional, se desprenden variables que pueden afectar el bienestar físico del cuidador, porque requiere de esfuerzo y reducción de horas de sueño, generando agotamiento, fatiga y cansancio; puesto que la vida del cuidador principal gira entorno a las necesidades y situaciones por las que atraviesa el paciente, dejando de un lado su propia vida (2).

A raíz de esto es importante la red de apoyo de todos los integrantes de la familia base fundamental para que el paciente reciba mejores cuidados, de manera que no se excedan límites, para que el paciente potencialice su independencia realizando actividades conforme a sus capacidades y limitaciones, para contribuir a mejorar su calidad de vida y el autocuidado (3).

El cuidador de una persona en terapia de hemodiálisis se convierte en un conocedor único de la condición del paciente y, además, debe ser capaz de coordinar sus responsabilidades familiares, sociales y laborales es por ésta misma razón que al ser conocedor único, no permite que otro miembro de la familia reemplace su rol, potenciando así la sobrecarga del cuidado, por lo general suele ser siempre la mujer en su doble condición de esposa e hija y más aún, cuando las personas a cuidar sufren un alto grado de dependencia, asumiendo una máxima responsabilidad del cuidado (3).

Por ello, es importante identificar la carga que viven los cuidadores de pacientes en tratamiento de hemodiálisis y el

reconocimiento del apoyo familiar con el que cuentan, la posibilidad económica para acceder a un profesional que desempeñe en conjunto con esta labor, conociéndose como un factor positivo en cuanto no desarrolla carga del cuidado (4).

Para Enfermería es importante establecer un estudio en el campo comunitario con los cuidadores informales, teniendo una visión acerca de temas que no solo trate del paciente que presenta la enfermedad, sino también del entorno principalmente del familiar que se encuentra a cargo de su cuidado, dirigiendo actividades de un entorno de apoyo y protección para situaciones mentales y físicas; además de dar un reconocimiento a esta labor que desempeñan ya que requiere de un compromiso moral y/o emocional para ejercer esta función de cuidador (5).

De acuerdo con la Teoría Familiar Sistémica de Bowen en donde analiza la conducta humana que visualiza a la familia como un conjunto emocional, se aplica el pensamiento sistémico que plantea que las personas integrantes de la familia deben estar totalmente conectados entre sí por medio de sus emociones para seguir interactuando y mantener una adecuada comunicación. Además, involucra el sistema intelectual que la expresa como ideas y pensamientos, aquello que abarca toda la lógica, razón y reflexión. Dentro de la teoría de los sistemas las familias funcionan por medio del equilibrio que le da cada miembro de la familia, quienes conforman una familia presentan una interdependencia. Para enfermería comunitaria, plantea actividades de apoyo y protección para situaciones mentales y físicas de los cuidadores informales, teniendo una visión acerca de temas que no solo trate del paciente que presenta la enfermedad, sino también del entorno familiar.

Por tal razón es fundamental tomar en cuenta esta situación en las instituciones de

formación de profesionales la capacitación de enfermeros con visión holística con pacientes con enfermedad renal crónica y además de entender que el cuidador familiar es parte fundamental en la vida, salud y mantenimiento de un paciente que enfrenta la enfermedad (6). Para esto, se identificó el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes con hemodiálisis en una IPS de Villavicencio, ya que para Enfermería es importante tener una visión holística del entorno de los pacientes que vaya más allá de la enfermedad que presenten, para poder así encaminar acciones y estrategias para el de cuidado y protección de situaciones mentales y físicas de la población que ejerce el cuidado informal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal; aplicado en la Institución Prestadora de Salud (IPS) Fresenius Care de la ciudad de Villavicencio a 32 cuidadores informales de pacientes que recibían terapia de hemodiálisis y que cumplieron con todos los criterios de inclusión. Mediante la técnica de entrevista semiestructurada se implementó el instrumento de Zarith que permitió determinar el nivel de sobrecarga de cuidado, a partir de 22 ítems valorados por una escala de tipo likert siendo 1 (Nunca); 2 (Rara vez); 3 (A veces) 4 (Frecuentemente) y 5 (Casi siempre), para obtener la puntuación total se sumaron los valores obtenidos en cada ítem, Indicando ausencia de sobrecarga (menor de 46), sobrecarga ligera(47 a 56) y sobrecarga intensa (mayor de 57) (7); y el cuestionario para la caracterización sociodemográfica de esta población que constaba de 9 ítems, siendo éstas fundamentales en la correlación de variables en cuanto a los factores que contribuyen al aumento del nivel de sobrecarga.

RESULTADOS

Caracterización sociodemográfica de los cuidadores.

El 78% de los cuidadores tenían edad entre 30- 60 años, el 16% mayores de 60 años y el 6% con una edad entre 18-29 años. El 63% fueron mujeres y 37% hombres. En cuanto al estado civil 34% solteros, 59% viven en unión libre y casados. El 44% de la muestra la ocupación eran labores del hogar con predominio de las mujeres, el 31% son empleados, el 9% trabajadores independientes. Con respecto a la escolaridad en su mayor porcentaje (44%) tienen secundaria completa, seguida de primaria completa (37%). En cuanto al parentesco del cuidador 59% son hijos, 31% son esposos (a) y el 10% son parientes. En cuanto a los antecedentes personales patológicos el 69% no presentan patologías y el 31% presentan enfermedades crónicas como hipertensión (13%), diabetes mellitus (9%) y entre otras como obesidad y osteoartritis.

Valoración de carga de cuidadores.

La tabla No. 1, indica que 50% de los participantes del estudio presenta ausencia de sobrecarga, el 28,1% sobrecarga ligera y el 21,8% sobrecarga intensa.

En la correlación de variables entre los resultado de nivel de sobrecarga y variables sociodemográficas como la edad, género y el tiempo de la función de cuidador; se encontró que 40,62 % de los cuidadores con edad entre 30 y 60 años presentaban sobrecarga ligera y severa del cuidador con un puntaje >46 puntos; el 28,12% de los cuidadores de género femenino presentaban sobrecarga ligera e intensa con un puntaje >46 puntos; y el 18,75% de hombres que presentan sobrecarga ligera con puntuación de 47 – 55 puntos.

Tabla No. 1 distribución porcentual correlación entre características sociodemográficas y resultados de la clasificación del nivel de sobrecarga.

Variable		Clasificación del nivel de sobrecarga				Total	
		Ausencia <= 46	ligera 47 a 55	intensa >= 55			
Edad	Entre 18-29	6,25%	0	0	6,25%	100 %	
	Entre 30 - 60	37,5%	21,87%	18,75%	78,09%		
	Mayor a 60	6,25%	6,25%	3,12%	15,62%		
Genero	Hombre	15,62%	18,75%	3,12%	37,49%	100 %	
	Mujer	34,37%	9,37%	18,75%	62,5%		
Tiempo de ejercer la función de cuidador	3-6 meses	9,37%	0 %	6,25%	15,62%	100 %	
	6-9 meses	12,5%	3,12%	0 %	15,62%		
	9-12 meses	9,37%	6,25%	3,12%	18,75%		
	1 y 3 años	18,75%	15,62%	9,37%	43,75%		
	3-5 años	0 %	3,12%	0 %	3,12%		
	Mayor 5 años	0 %	0 %	3,12%	3,12%		

Fuente: propia.

En cuanto al tiempo de ejercer la función de cuidador se encuentra que entre más tiempo de ejercer esta función, se presenta una carga ligera e intensa en ellos. Entre 3-6 meses se presentó el 6,25% de sobrecarga intensa, entre 6-9 meses el 3,12% sobrecarga ligera; entre 9-12 meses se presentó el 6,25% de sobrecarga ligera y el 3,12% de sobrecarga intensa. Entre 1-3 años el 15,62% con sobrecarga ligera y el 9,37% con sobrecarga intensa. Entre 3-5 años se encontró el 3,12% con sobrecarga ligera y por último mayor de > 5 años con el 3,12% sobrecarga intensa.

DISCUSIÓN

En cuanto al perfil del cuidador informal de pacientes en terapia de hemodiálisis se encontró que en el cuidado de los pacientes predomina más la atención por parte de las mujeres en este caso de las hijas, que estarían

en edades entre 30- 60 años; estudios similares afirman que el perfil del cuidador de pacientes en diálisis está direccionado con mayor prevalencia entre el género femenino y en edad de 56 años (8). En lo relacionado con el estado civil la investigación reporta un número importante de cuidadores solteros seguido de relaciones en unión libre y con secundaria completa; diferentes a estudios nacionales (9) donde se encontró en su mayor porcentaje los cuidadores presentaban un estado civil de casados con un nivel de estudio primaria.

En este caso, cabe resaltar que en la mayoría quienes se hacen cargo del cuidado de estas personas son los hijos (a) y las esposas que se dedican a labores del hogar o que tienen ocupación independiente. Relacionando esto con los resultados con otras investigaciones (10), el 37,1% de ellos eran esposos (a); el 40,1% presentaron una ocupación independiente. Lo que indica que a nivel de regiones puede variar el perfil de los cuidadores informales, donde hay una mayor responsabilidad en los hijos, especialmente la mujer, pero se tiene un nivel de estudios mucho mayor con relación a otros estudios nacionales, siendo un factor protector para este caso.

En cuanto al nivel de carga de los cuidadores, la investigación reporta un porcentaje importante entre sobrecarga ligera y sobrecarga intensa, muy similares a investigaciones que tenían el mismo propósito (11), donde el 45% de los cuidadores presentaban sobrecarga ligera y el 37% sobrecarga intensa. Esto evidencia que la población a estudio está en riesgo de desarrollar alguna alteración en su bienestar tanto físico como mental, perjudicando no solo su vida sino que además la recuperación de su familiar.

En cuanto a la correlación entre las variables sociodemográficas y el nivel de sobrecarga, tenían sobrecarga intensa son mujeres entre

30 – 60 años, además la relación del tiempo de ejercer la función de cuidador está directamente relacionada con el agotamiento físico y emocional mostrando así que las personas entre más tiempo llevan realizando el cuidado, mayor será el nivel de sobrecarga; los resultados similares a investigaciones donde se determina que el principal cuidador es de género mujer con una edad entre 40 – 70 años. A su vez se presenta mayor sobrecarga en cuidadores de parentesco hijas de los pacientes y de estado civil soltero, así mismo, a partir de los 3 meses se puede presentar un nivel de sobrecarga intenso. Lo que se observó es que en la carga del cuidador están más involucrada las mujeres quienes expresan realizar su labor con el amor que requiere cuidar de un familiar, sin importar las dificultades que asocia esta enfermedad en cuanto al aspecto económico, las relaciones sociales y el desarrollo personal. Un factor adicional que se identificó en las personas que tuvieron ausencia de sobrecarga fue dividir el cuidado de sus familiares, facilitando el esparcimiento y el manejo del tiempo del cuidador principal; es por esto que cabe resaltar el rol que desempeña cada miembro de la familia actuando como principal sistema de apoyo en el cuidado de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sociedad Latinoamericana de Nefrología. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. Watson G. [Online]; 2015 [citado 16 Junio 2019]. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2331:laopsoms-y-la-sociedad-latinoamericana-de-nefrologia-llaman-aprevenirla-enfermedad-renal-y-a-mejorar-el-acceso-al
2. Contreras Montalvo S, Vargas Mendoza J. Sobrecarga emocional en los cuidadores de pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis [Internet]. e_Magazine CONDUCTITLAN, 2019, Vol.4, No.1, 1- 8 [citado 15 Junio 2019];4(1)1-8. Disponible en: http://www.conductitlan.org.mx/20_e-Magazine/MATERIALES/Contreras_&_Vargas_2017.pdf
3. Romero Massa E, Rodríguez Castilla J, Pereira Díaz B. Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales, Cartagena Colombia [Internet]. Medigraphic 2015 [citado 16 Junio 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2015/cnf154a.pdf>
4. Guerra M. Carga del cuidado de los cuidadores de personas con enfermedad renal crónica, sometidos a diálisis y hemodiálisis en una Unidad renal del municipio de Pasto en el periodo marzo - julio de 2014 [Internet]. Unimar 2016: Tercer Congreso Internacional Cuidado de la Salud pag. 267, 275. [citado 16 Junio 2019]. Disponible en: <http://www.ojseditorialumariana.com/index.php/libroseditorialunimar/article/view/1021>
5. Grandez Sanchez S, Salinas Vasquez E, Inocente Oyola M. Nivel de sobrecarga del cuidador principal y nivel de conocimiento de autocuidado de los pacientes en hemodiálisis en un hospital nacional [Internet]. Repositorio.upch.edu.pe. 2018 [citado 15 Junio 2019]. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3672/Nivel_GrandezSanchez_Segundo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Valdés, Y., Umpierre, R. and Rodríguez, L. (2019). Sentido personal del rol y estrategias de afrontamiento en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. [Internet] Revista INFAD de Psicología. Disponible en: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1440/1238> [Citado 24 Nov. 2019].

Teniendo en cuenta el nivel de sobrecarga que los cuidadores informales mostraron y los factores de riesgos analizados; es necesario que desde enfermería, se contribuya ayudando a los cuidadores, asesorándolos en la búsqueda de recursos y pautas de conducta, dirigidas a minimizar el impacto del rol de cuidador. Además, Es importante resaltar el rol desempeñado por profesional de enfermería en la identificación oportuna de las necesidades de los cuidadores principales para desarrollar intervenciones sustentadas en modelos teóricos que permitan enfocar y optimizar el cuidado de enfermería dirigido a prevenir alteraciones psicológicas y mejorar la calidad de vida de los cuidadores de pacientes en hemodiálisis.

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia agradecemos a los docentes y formadores encargados del proceso para llevar a cabo esta investigación, por sus conocimientos y asesoramiento brindado. La IPS Fresenius por darnos el espacio y permiso para interactuar con los cuidadores informales que fueron el pilar fundamental para lograr los objetivos planteados.

7. Albarracín Rodríguez, A. P., Cerquera Córdoba, A. M. y Pabón Poches, D. K. (2016). Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8(2), 87-99. DOI: 10.17533/udea.rpsua.v8n2a06
8. Aguilera Flórez A, Castrillo Cineira E, Linares Fano B, Carnero García R, Alonso Rojo A, López Robles P et al. Análisis del perfil y la sobrecarga del cuidador de pacientes en Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis [Internet]. *Enferm Nefrol* 2016: octubre-diciembre; 19 (4): 359/365 Scielo. [citado 16 Junio 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v19n4/07_original4.pdf
9. López Serrano Y. Caracterización de los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica según revisión de literatura [Internet]. *Repository.ucc.edu.co*. 2016 [citado 16 Junio 2019]. Disponible en: <http://repository.ucc.edu.co/bitstream/ucc/185/1/CALIDAD%20DE%20VIDA%20EN%20CUIDADORES%20PRIMARIOS%20DE%20PACIENTES%20CON%20PATOLOGIAS%20RENALES.pdf>
10. Vásquez Yaicate, N. and Vela Lozano, K. (2019). Características sociodemográficas y sobrecarga del cuidador familiar del paciente en Hemodiálisis, Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2017. [Internet] Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/6308> [Citado 24 Nov. 2019].
11. Ynfante Niquén M, Gálvez Díaz N. Nivel de sobre carga del cuidador primario en paciente adulto mayor en el hospital regional de lambayeque durante marzo – julio del 2018 [Internet]. *Repositorio.uss* 2018 [citado 15 Junio 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/5264/Mirtha%20Patricia%20Ynfante%20Niqu%c3%a9n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Arroyo Priego, Arana Ruiz, Garrido Blanco, Crespo Montero et al. Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis [Internet] *Enferm Nefrol*. 2018 Jul-Sep;21(3):213-24. [citado 25 Octubre 2019];4(1)1-8. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v21n3/2255-3517-enefro-21-03-213.pdf>

Conocimientos y prácticas de las familias en el manejo del dengue en Saravena – Arauca

Knowledge and practices of families in the management of dengue in Saravena – Arauca

Conhecimento e práticas das famílias na gestão da dinamarca em Saravena – Arauca

Yaned Cosme Grueso¹

Carmen Lucrecia Parra Lozada¹

Mileidy Amelia Rodríguez Ariza²

Emilce Salamanca Ramos²

RESUMEN

Introducción: El dengue se caracteriza por presentar un comportamiento cíclico de epidemias que se repite cada tres a cuatro años. El 55% de la población colombiana está en riesgo de adquirir la enfermedad o morir a causa de esta. Arauca es uno de los departamentos que registra la mayor incidencia en el país. **Objetivo:** Identificar los conocimientos y prácticas implementadas por las familias en el manejo del dengue, en el municipio de Saravena- Arauca. **Materiales y métodos:** Estudio de tipo descriptivo transversal con variables cualitativas y cuantitativas con base a la teoría fundamentada. **Resultados:** Se demostró que las familias tienen adecuadas prácticas en la prevención, control y manejo de la enfermedad, además de esto muestra que los cuidados desde un enfoque familiar se convierten en un estímulo favorable para la recuperación de la salud. **Conclusiones:** Los conocimientos y prácticas que tienen las familias se evidencian de manera positiva, estos se ven reflejados en las prácticas de prevención que ejercen dentro del núcleo familiar y en la comunidad.

Palabras claves: Dengue, conocimientos, prácticas, familia, enfermería (Fuente DeCS-BIREME).

ABSTRAC

This article is based on the research carried out on families in the management of dengue in the rural and urban areas of the municipality of Saravena - Arauca, whose. **Objective:** To identify the knowledge and practices implemented by families in the management of dengue, in the Saravena-Arauca municipality. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study with qualitative and quantitative variables based with grounded theory. **Results:** The instruments used in the research showed that families have adequate practices in the prevention, control and management of the disease, in addition to this, it shows that care from a family perspective becomes a favorable stimulus for health recovery. **Conclusions:** The knowledge that families have is evidenced in a positive way, these are reflected in the prevention practices that they exercise within the family nucleus and in the community.

¹ Estudiantes Prog. Esp. en Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Los Llanos

² Docente, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Los Llanos.

Key words: Dengue, knowledge, practices, family, nursing.

RESUMO:

Este artigo baseia-se em pesquisa realizada com famílias no manejo da dengue nas áreas rurais e urbanas do município de Saravena - Arauca ", cuja. **Objetivo:** Identificar os conhecimentos e práticas implementados pelas famílias no manejo da dengue, no município de Saravena-Arauca. **Materiais e métodos:** Estudo descritivo, transversal, com variáveis qualitativas e quantitativas baseadas na teoria fundamentada nos dados. **Resultados:** Os instrumentos utilizados na pesquisa mostraram que as famílias possuem práticas adequadas na prevenção, controle e manejo da doença, além disso, mostra que o cuidado na perspectiva familiar torna-se um estímulo favorável à recuperação da saúde. **Conclusões:** O conhecimento que as famílias possuem é evidenciado de maneira positiva, refletidas nas práticas de prevenção que exercem no núcleo familiar e na comunidade.

Palavras-chave: Dengue, conhecimento, práticas, família, enfermagem.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), alrededor de 390 millones personas se enfermaron de dengue por la picadura del *Aedes Aegypti* por año, de quienes únicamente 96 millones se manifiestan clínicamente (1). Según Organización Panamericana de la Salud (OPS) para Colombia se presentaron 103 mil personas infectadas por dengue en el año 2016. El dengue se ha caracterizado por presentar un comportamiento cíclico de epidemias que se repite de cada tres a cuatro años. Alrededor del 55% de la población colombiana se encuentra en riesgo de contraer la enfermedad o morir a causa de esta (2) y especialmente para el departamento de Arauca (3). Asimismo, en el boletín epidemiológico semanal 2018; habla acerca de la incidencia nacional del dengue es 154 casos por 100 000 habitantes en riesgo, siendo Arauca uno de los departamentos que registra las mayores incidencias. El dengue continúa siendo un problema de salud pública en la región de las Américas a pesar de los esfuerzos para contenerlo y mitigar el impacto de las epidemias (4).

Realizar investigación en familia se ajusta al marco político, mundial, nacional y la

urgencia de conocer estrategias más profundizadas en el control de la enfermedad en este grupo, la familia ha sido un eje fundamental en el cuidado de la salud de los individuos. Por tanto, el conocer las percepciones de las familias en el manejo y control del dengue fue uno de los principales de esta investigación.

El soporte teórico de la investigación describe al dengue como un problema de salud pública, que se ha convertido en un desafío, a pesar de que se están realizando acciones para prevenirlo (5).

Debido a esto las regiones más gravemente afectadas son Las Américas, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, una de las características son sus modalidades epidemiológicas, en particular la hiperendemicidad de los múltiples serotipos del virus del dengue en muchos países y la alarmante repercusión en la salud humana y en la economía nacional y mundial (6). Por tanto, desde la Promoción de la salud es imprescindible la educación, la promoción y la participación comunitaria en la lucha contra el vector, que no solo es una tarea del sector salud (7).

Desde el enfoque de familia, se retomó dentro del marco sistémico donde se plantea como

forma de organización social y su existencia se comprueba en todos los pueblos y épocas de las que hay testimonio histórico. Es por ello que se le debe prestar una atención especial pues son múltiples las funciones y las formas que en los tiempos actuales han adoptado esos núcleos (8).

La etnografía consiste en recoger una visión global del ámbito social estudiado desde distintos puntos de vista: un punto de vista interno de los miembros del grupo y una perspectiva externa, es decir, la interpretación del propio investigador (Ospina 2018) (9).

La investigación tiene como objetivo identificar los conocimientos y prácticas implementadas por las familias en el manejo del dengue, en el municipio de Saravena-Arauca.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo con variables cualitativas y cuantitativas, para la variable cualitativa se usó una herramienta de la etnografía focalizada, que consiste en recopilar información global del ámbito social desde distintos puntos de vista: un punto de vista interno de los miembros del grupo y una perspectiva externa, es decir, la interpretación del propio investigador (Ospina 2018) (9). Para este caso se utilizó la entrevista semiestructurada, observación y el diario de campo. Las variables cuantitativas se utilizaron en el instrumento de la encuesta conocimientos, actitudes y práctica (CAP), elaborado por Castañeda-Porras, O (2011), está conformada por 24 preguntas cerradas, 6 abiertas. Reúne información sobre lo que la gente sabe, cómo se siente y cómo se comporta con relación a un tema en concreto. Recopila datos valiosos que pueden servir para fortalecer la planificación y el diseño de programas y la incidencia.

Para conocer las características sociodemográficas de la población se aplicó

un instrumento de elaboración de las autoras que incluían características sociales, demográficas y culturales para poder entender un poco el comportamiento de las familias de Saravena.

La población estuvo conformada por las familias de la vereda el Consuelo y el barrio Universitario del municipio de Saravena. El muestreo fue no probalístico e intencional, se tomó dos familias de estas comunidades uno del área rural y la otra del área urbana; con los siguientes criterios de inclusión: Familias que residan dentro del municipio de Saravena, familias que aceptaron participar dentro de la investigación y personas mayores de edad.

El Plan de análisis se realizó en los siguientes momentos: Acercamiento a la comunidad, recolección de la Información y procesamiento de la información las cuales se utilizaron las herramientas del Word y Excel para sistematización de los datos. Luego se realizaron las lecturas necesarias para identificar subcategorías y categorías que pudieran emerger de las narrativas de las familias. la última fase fue el análisis de la información, para lo cual se tuvo en cuenta los objetivos propuestos en el proyecto.

El proyecto cumplió con las consideraciones éticas establecidas dentro de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y el Código de Ética de Enfermería que se establece en la ley 911 de 2004, aplicando los principios de confidencialidad, veracidad y beneficencia y no maleficencia. Para ello se realizó el consentimiento informado previo a la aplicación del instrumento, para garantizar la libre participación en el estudio.

RESULTADOS

Entre los resultados sociodemográficos fueron dos mujeres líderes del hogar, entre 27 años y 49 años, independientes, estudios técnicos, una viuda y una casada, en el

régimen subsidiado y contributivo y promedio de 2 a 5 personas en cada núcleo familiar de Saravena, Arauca; con algunas carencias de servicios públicos. Con relación a los conocimientos, actitudes y prácticas, se reporta conocimientos de las familias sobre dengue buenos. Para ellos el dengue es una enfermedad que se transmite por la picadura de un zancudo, posee una información adecuada con respecto a las características del dengue y control del mosquito, tienen presente de que el dengue es prevenible. Durante el proceso investigativo las familias a través de la encuesta CAP, se evidenciaron prácticas que tienen como control para prevenir la enfermedad, siendo fundamental mantener el ordenamiento del medio ambiente para evitar que los mosquitos encuentren lugares donde depositar sus huevos.

Por tanto; evitar depósitos de agua es indispensable para evitar reproducción de ellos mismos. Las prácticas de prevención contra el dengue suceden al interior del hogar, la inclusión de la familia en los procesos educativos es muy importante para tener en cuenta todas aquellas decisiones para controlar los sitios de cría y disminución de los factores de riesgo, como colocar toldillo, fumigar, lavar la pila con cloro, detergente, cepillo y agua dos veces por semana.

Las actitudes frente al dengue generan un impacto de estrategias involucrando el nivel de conocimiento, las actitudes y prácticas de la familia, en especial el acudir frecuentemente a las reuniones de la comunidad y participar en actividades para prevenir la enfermedad, como actividades de recolección de inservibles en los alrededores de las viviendas y dentro de la comunidad, y el educar a los miembros en la prevención de la enfermedad se considera como un punto muy importante para dar a conocer.

Con relación a las variables cualitativas emergen las siguientes categorías con sus subcategorías.

Categoría 1: conocimiento, actitud y prácticas de cuidado frente al dengue

En esta categoría se establece la percepción del dengue, conocimiento del dengue, creencia y resiliencia sobre el dengue. A partir de ello emergen las siguientes subcategorías:

Subcategoría 1: percepción del dengue

"Pienso que es una infección viral causada por el mosquito y si no actuamos inmediatamente nos complicamos y podemos terminar en una uci" (E1FM1 C22). "Pensaba que el dengue les daba más a las personas del campo" (E1FM1 C24). "Claro que sí, participo de programas de prevención en el Hospital y la UNAP o cuando hay campañas o están los carteles le dijo a los usuarios y compañeros que lean, escuchen y tengan precaución" (E1FM1 C37).

Subcategoría 2: conocimiento del dengue

"Me fui a urgencia y me tomaron exámenes de los cuales el médico me dijo tiene muy bajitas las plaquetas, y debo hospitalizarla" (E1FM1 C25). "Cuando algún miembro de la familia se enferma consultamos al médico" (E2FM2C65). "Dejamos guindado el toldillo todo el día y en la noche por las niñas" (E2FM2C84). "El zancudo que transmite el dengue se reproduce en aguas limpias, aguas estancadas, aguas lluvias" (E2FM2C85).

Subcategoría 3: creencia

"Pensábamos que el mosquito picaba era en la noche, pero buscando en la literatura nos sorprendimos porque el mosquito pica es en el día" (E2FM2C83). "No nos gusta auto medicarnos y menos con mis hijas que son menores de edad y tienen más riesgos de complicación que nosotros los adultos" (E2FM2C71). "La verdad para prevenir el dengue nosotros decidimos cuidarnos entre

nosotros mismos porque fuimos víctimas de la enfermedad" (E2FM2C77). "Fumigamos, utilizamos toldillo, nos echamos repelente, y nos colocamos ropa manga larga" (E2FM2C89). "Nosotros lavamos la pila dos veces a la semana con cepillo y cloro y realizamos limpieza permanente alrededor de la casa"(E2FM2C94).

Subcategoría 4: resiliencia

"Me asusté mucho y me puse a llorar...porque no entendía que eso era del dengue pensé que era otra enfermedad grave" (E1FM1C26)."Cuando alguien se enferma, o se muere por el dengue, una familia queda mocha, porque ha perdido un ser querido" (E2FM2C98)

Finalmente, es importante resaltar los resultados encontrados por las familias del área rural y urbana del municipio de Saravena donde nos arrojó que la percepción que tienen sobre los conocimientos, actitudes y prácticas, es muy positiva ya que se evidencio una vivencia propia y desde entonces son más relevantes y toman las medidas adecuadas en la familia para prevenir la propagación de la enfermedad en su hogar y por ende en su comunidad.

Categoría 2: dinámica familiar

En esta categoría se establecieron las relaciones familiares, organización y cuidado familiar. A partir de ello emergen las siguientes subcategorías:

Subcategoría 1: relaciones familiares

"Están solos en la tarde y si no está la autoridad que soy yo, pues maman gallo y no atienden lo que la vecina o la comadre les dice"(E1FM1C169). "Es muy preocupante que me enfermo yo y mis nietecitos sufren porque son muy apegados y consentidos" (E1FM1C28)."Las relaciones en mi familia son muy buena porque tratamos de hablar y decir lo que nos gusta y no nos gusta, nos

respetamos" (E2FM2C55). "Con los vecinos las relaciones son buenas, cuando hay alguna necesidad los unos estamos pendientes de los otros" (E2FM2C57).

Subcategoría 2: organización familiar

."Mi hija es la mamá de los niños, ella se fue a la universidad a estudiar y yo soy quien cuida de ellos" (E1FM1C4). "La enfermedad nos afectó a todos en la familia, porque la niña.... Perdió clases, mi papá le toco apoyarme en los oficios de la casa" (E2FM2C72)."

Subcategoría 3: cuidado familiar

"Sí me enfermo lo que me ocurre es una tragedia familiar porque soy la que cuido los niños"(E1FM1 C27). "Hacemos jornadas de limpieza con los vecinos para evitar enfermarnos" (E2FM2C87).

En esta categoría se evidenció la importancia de las relaciones familiares y el cuidado familiar como un apoyo sumamente esencial entre las familias; a través de la cual el cuidado familiar es el papel fundamental. La organización familiar se convirtió en un apoyo importante entre los miembros de las familias para las situaciones más difíciles que se presentan en los hogares, de esta manera; lo más importante para el desarrollo de la buena organización es la comunicación que se evidencio en las familias en el cual cada uno tiene participación en ellas.

Categoría 3: situación socioeconómica y cultural de la familia

En esta categoría se establecieron la situación socioeconómica y responsabilidad social. A partir de ello emergen las siguientes subcategorías:

Subcategoría 1: situación socioeconómica

"Ahora estoy en un mejor puesto, gano más y no llego tan cansada"(E1FM1C14)."Soy la

única persona, que aporta en la familia" (E1FM1C18). "Tenemos baños, piso y las instalaciones de la luz" (E2FM2C43). "Mi esposo en estos momentos es quien trae los ingresos a la casa" (E2FM2C52).

Subcategoría 2: responsabilidad social

"Somos desplazados" (E2FM2C41). "Hemos informado a la alcaldía, el hospital, y los de malaria, a ECAS, para que vengan a fumigar, y no nos brindaron el apoyo" (E2FM2C96). "No contamos con alcantarillado, ni gas, tenemos es pozo séptico" (E2FM2C45).

La responsabilidad social que se evidencio parte del estado es deficiente ya que no les brindan las acciones necesarias a las familias, la atención y el apoyo necesarios a las comunidades con la fumigación para prevenir la propagación del vector. Esto hace que el riesgo sea más alto dado que si no tienen las prevenciones necesarias por el estado, tampoco se refleja las iniciativas de la comunidad para prevenir la enfermedad. Sin embargo; la situación económica que se presenta en las familias es una dificultad que se suma en las familias para la propagación de la enfermedad.

DISCUSIÓN

La edad del jefe de hogar esta entre los 27 y 49 años, son mujeres y tienen un nivel educativo técnico, son de estrato socioeconómico dos, diferenciándose que entre las familias se encuentran viudas y otras casadas. Estudios realizados por el DANE, 2018 indican que la edad promedio del jefe de hogar están entre los 45 y 50 años y el sexo que más predomina son hombres con un 59.3 % (10).

Categoría 1: conocimiento, actitud y prácticas de cuidado frente al dengue.

En esta categoría se analizaron temas de la percepción del dengue, la actitud frente a la enfermedad, el conocimiento del dengue, la

creencia y las relaciones comunitarias. Estudios relacionados indican que a través de un estudio transversal se compararon dos barrios con alta incidencia y dos con baja incidencia durante el trienio de 2013 a 2015.

A modo, de determinar y comparar los barrios con alta incidencia, por lo tanto; los participantes se caracterizaron por no tener estudios secundarios o haber cursado únicamente grados de primaria; asimismo se evidencio importantes diferencias entre los barrios en razón de conocimientos y prácticas, lo que contribuye explicar la epidemiología del dengue en la zona. Las diferencias entre los conocimientos, prácticas y los aspectos entomológicos pueden determinar la dinámica de la enfermedad en los barrios (11).

En la confrontación con la investigación la percepción, conocimiento, actitud y creencias acerca del dengue y los síntomas son considerados por las familias como una infección viral causada por un mosquito y si no se actúa inmediatamente se complica la salud de las personas; además las buenas relaciones comunitarias y la necesidad de que los vecinos comprendan que el dengue no es una enfermedad que afectan solo a unos, sino que pueden afectar a toda la comunidad.

Categoría 2: dinámica familiar

En esta categoría se abordaron las relaciones familiares, la organización y los cuidados familiares; que se presentan de acuerdo a las situaciones en cada una de las familias. Estudios similares indican que la estructura familiar con la generación de satisfacción reportada por las familias en Arequipa metropolitana, mediante la aplicación de un modelo predictivo. Para ello, se realizó un muestreo probabilístico, aplicándose una encuesta a 800 núcleos familiares (incluyendo parejas casadas y parejas convivientes, con o sin hijos menores de 18 años, y personas sin pareja con hijos menores de 18 años). (11).

En comparación con las familias sus relaciones familiares, son de importancia en la estructura familiar y la dinámica familiar como conjunto de las relaciones de cooperación e intercambio en el interior de las familias, porque establecen que las relaciones son importantes y existe la necesidad de que se estén pendientes de uno a otros, es aquí donde las relaciones para las familias son la principal fuente de apoyo para cada individuo.

Categoría 3: situación socioeconómica y cultural de la familia

En la presente categoría se retomaron temas de las situaciones socioeconómica de las familias y responsabilidad social que tiene el estado con la población vulnerable, en la cual se ve unas ausencias por las mejorías de salud y la prestación de servicios en las comunidades para evitar la propagación de enfermedades transmitidas por vectores.

Estudios similares recurren a las técnicas de regresión para analizar el posible efecto de la estructura familiar en los indicadores en mención que sugieren que la satisfacción con la pareja, con los hijos y situación laboral es significativamente superior en estructuras

familiares constituidas por matrimonios en comparación con las estructuras provenientes de uniones libres o convivencias. Donde el nivel socioeconómico y el grado de instrucción también se asocian con una mayor satisfacción reportada (11).

En comparación con las familias y sus situaciones socioeconómicas se encontró un sustento económico por encima del salario mínimo. Finalmente, la investigación refleja la importancia de la responsabilidad social en las comunidades al fumigar sus viviendas, aunque son familias que le han solicitado a la alcaldía apoyo sin recibir respuesta positiva, se hace necesario campañas para evitar la propagación del vector que transmite el dengue. La responsabilidad social no es solamente de unos individuos, es también obligación del Estado brindarles la ayuda necesaria a los miembros de una comunidad que tienen riesgos ambientales.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a: Emilce Salamanca Ramos, Zulma Velasco y las dos familias que hicieron parte de la investigación del municipio de Saravena- Arauca.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Enfermedades desatendidas, tropicales y transmitidas por vectores. 2014. "OPS OMS Dengue Datos, Mapas Y Estadísticas". Paho.Org. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=3274&Itemid=40734&lang=es.
2. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal 2016; Semana (52)
3. Chaparro-Narváez, Pablo, León-Quevedo, William, Castañeda-Orjuela, Carlos Andrés, Comportamiento de la mortalidad por dengue en Colombia entre 1985 y 2012. *Biomédica* [Internet]. 2016;36(2):125-134. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84346814014>
4. Salinas-López Manuel Alejandro, Soto-Rojas Victoria Eugenia, Ocampo Clara Beatriz. Costos de un programa de control del vector *Aedes aegypti* en municipios de Colombia: el caso de Girón y Guadalajara de Buga, 2016. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 2020 Abr 11]; 34(12): e00044518. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018001205006&lng=es Epub 29-Nov-2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00044518>
5. Sistema social; s.f. Disponible en: [http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/pot%20-%20saravena%20-%20arauca%20-%20sistema%20social%20\(58%20p%C3%A1g.%20-%20224%20kb\).pdf](http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/pot%20-%20saravena%20-%20arauca%20-%20sistema%20social%20(58%20p%C3%A1g.%20-%20224%20kb).pdf)
6. World Health organization 2009 Dengue: Guidelines for Diagnosis, treatment, Prevention and control, new edition, World Health Organization and TDR For research in diseases of poverty. <https://www.who.int/tdr/publications/documents/dengue-diagnosis.pdf>
7. Martínez Vasallo Haydee Maité. La familia: una visión interdisciplinaria. *Rev.Med.Electrón.* [Internet]. 2015 Oct [citado 2020 Abr 08]; 37(5): 523-534. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000500011&lng=es.
8. OSPINA. M. C. (2018). La escuela y su implicación en el conflicto armado en Colombia. Horizontes de reconciliación de las víctimas en los ambientes escolares. (Tesis de maestría). Universidad Católica de Manizales, Manizales, Colombia
9. Censo Nacional SANE 2018. <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/cnpv-2018-presentacion-3ra-entrega.pdf>



10. Ortiz C, Rúa-Uribe GL, Rojas CA. Conocimientos, prácticas y aspectos entomológicos del dengue en Medellín, Colombia: un estudio comparativo entre barrios con alta y baja incidencia. *biomédica* [Internet]. 1 de agosto de 2018 [citado 05 de febrero de 2020]; 38(0):106-11. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3957>
11. Castro Salinas, Rodolfo J., Riesco Lind, Gustavo, Bobadilla, Ronal Arela, ¿Familia y bienestar? Explorando la relación entre estructura familiar y satisfacción con la vida personal de las familias. *Boletín Academia Paulista de Psicología* [Internet]. 2016;36(90):86-104. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94649375007>

Nivel de dependencia del adulto mayor del hogar geriátrico Divino Niño en la ciudad de Villavicencio - Meta

Level of dependency of the elderly in the Divino Niño geriatric home in the city of Villavicencio - Meta

Andrea Jineth Amézquita Parrado¹

Laura Camila Rodríguez Roldan ¹

RESUMEN

Objetivo Determinar el nivel de dependencia que predomina en los adultos mayores en el hogar geriátrico Divino Niño de la ciudad de Villavicencio Meta. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo de corte transversal con variables cuantitativas, diseño no probabilístico intencional discreto, con un tamaño muestral de 26 adultos mayores; el nivel de dependencia del adulto mayor se estableció por medio del instrumento de Índice de Barthel. **Resultados:** La mayoría de la población presenta enfermedades crónicas no transmisibles y el grado de dependencia leve es el que más predomina en la población adulto mayor del hogar geriátrico Divino Niño lo cual se relaciona con el sistema Apoyo – Educativo según la teoría de sistemas de Dorothea Orem. **Conclusiones:** Se hace necesaria la aplicación de las teorías que fundamentan la práctica de enfermería para potenciar el nivel de autonomía de la población mayor de 60 años.

Palabras clave: Enfermería, Adulto mayor, Teoría de enfermería, Anciano dependiente, enfermería geriátrica (Fuente DeCS).

SUMMARY

Objective To determine the level of dependency that predominates in the older adults in a Divino Niño geriatric home in the city of Villavicencio Meta. **Materials and methods:** descriptive cross-sectional study with quantitative variables, discrete intentional non-probabilistic design, with a sample size of 26 older adults, the level of dependence of the older adult was determined by means of the Barthel Index instrument. **Results:** The majority of the population has chronic noncommunicable diseases and the degree of mild dependence is the most prevalent in the elderly population of the geriatric Divino Niño home, which is related to the Support - Educational system according to Dorothea Orem's system theory **Conclusions:** It is necessary to apply the theories that support nursing practice to enhance the level of autonomy of the population over 60 years.

Keywords: Nursing, Senior Adult, Nursing Theory, Dependent Elder, Geriatric Nursing (Source MeSH).

¹ Estudiante de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Los Llanos

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la estructura de la pirámide poblacional ha venido cambiando, mostrando una inversión en su estructura, lo cual, está relacionado con el descenso de la tasa de fecundidad (1) y durante muchos años, los adultos mayores fueron una minoría de la población objeto de interés en los problemas de salud; sin embargo, es diferente en la actualidad por su incremento, siendo indiscutible que las características específicas del adulto mayor conllevan una mayor morbilidad, pues casi todas las afecciones se hacen más frecuentes en la segunda mitad de la vida (2).

En el curso de vida los adultos mayores experimentan muchos cambios biopsicosociales que dependen del estilo de vida, sistema social y familiar e influyen continuamente en las distintas áreas de funcionamiento (3), estas pueden llegar a favorecer o no la pérdida de autonomía, que los conlleva a depender de otro, el perder constantemente capacidades, sobre todo de aspecto físico, generando en las personas temor frente a este curso de vida (4).

Lo anterior lleva a plantear como objetivo determinar el nivel de dependencia predominante en el adulto mayor de un hogar geriátrico de la ciudad de Villavicencio-Meta, con el fin de hacer un análisis en relación con la teoría de sistemas de Dorothea Orem. La investigación es de tipo cualitativa, descriptiva, transversal (5), se emplea el índice de Barthel (IB) y una encuesta de caracterización, como instrumentos, con los que se identifica el nivel de funcionalidad y de esta manera establecer el sistema de enfermería más óptimo.

Se hace con el fin de poder mejorar la calidad de vida del adulto mayor propiciando su autonomía e independencia por ende esta investigación busca valorar y mejorar las intervenciones que se realizan (6).

MATERIALES Y METODOS

Se realizó una investigación descriptiva con variables cuantitativas. El área de estudio de la investigación fue en el hogar geriátrico Divino Niño ubicado en la vereda Vanguardia, Villavicencio – Meta que cuenta con 60 personas de la tercera edad. Para determinar el tamaño de la muestra se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión: 6 meses de antigüedad en el hogar geriátrico, un puntaje de 25 a 35 en el Mini exámen Cognoscitivo (MEC) y que fueran mayores de 60 años. El muestreo fue no probabilístico intencional discreto, esto es, se escogió objetivamente la población de estudio teniendo en cuenta los criterios de inclusión (7).

Se utilizaron dos instrumentos el primero el índice de Barthel que valora la capacidad funcional e independencia de cada persona por medio de la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) (9); el instrumento aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad permitiendo identificar así las intervenciones necesarias por parte del enfermero encargado del cuidado y el grado del sistema según la teoría de Dorothea Orem (10). El segundo instrumento fue una encuesta con datos básicos sobre el adulto mayor para realizar el perfil sociodemográfico de la población y así poder clasificarlos en los tres grupos: viejo joven, viejo y viejo de edad avanzada (8); la fiabilidad del instrumento cuando se diseñó no fue determinada, pero Loewen y Andersern (11) realizaron el primer estudio de fiabilidad del IB, ellos lo comprobaron mediante pruebas de concordancia inter e intraobservador; para ello entrenaron a catorce terapeutas que, usando grabaciones de vídeo de pacientes, apuntaron la realización de las actividades. De los resultados de este estudio se deduce una buena fiabilidad interobservador, con índices

de Kappa entre 0,47 y 1.00. En cuanto a la validez del IB hay que tener en cuenta que este índice se ha elaborado sobre bases empíricas, lo cual limita la posibilidad de llevar a cabo una evaluación exhaustiva de este criterio.

Los datos se recogieron por medio de la observación a los pacientes, la verbalización de quienes tuvieron la capacidad cognitiva (valorada por el MEC) de responder las preguntas del instrumento.

RESULTADOS

Caracterización Sociodemográfica

El estudio se realizó a 26 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión de los cuales fueron en su mayoría hombres. (Ver tabla 6).

Tabla 1. Características sociodemográficas

Variable		Fr	%
Sexo	Femenino	6	23,10%
	Masculino	20	76,90%
Edad	60 - 69 años	8	30,70%
	70 - 79 años	13	50%
	80 - 89 años	5	19,20%
Número de hijos	0 a 2	18	69,20%
	3 a 5	7	27%
	6 a 8	1	3,80%
De quien depende económicamente	Hijos	1	3,80%
	Pensión	2	7,7 5
	Estado	19	73,10%
	Esposa(o)	1	3,80%
	Ninguno	3	11,50%
¿Padece de alguna enfermedad?	Enfermedades Crónicas no Transmisibles	13	50,00%
	Alteraciones musculoesqueléticas	3	11,50%
	Ninguna	10	38,50%
Cada cuanto recibe visitas	Una vez a la semana	3	11,50%

Dos veces a la semana	5	19,20%
Una vez al mes	4	15,40%
Dos veces al mes	3	11,50%
Nunca	7	26,90%

Fuente: Propia

Nivel de dependencia

Para valorar el nivel de dependencia se aplicó el índice de Barthel , arrojando los siguientes resultados:

Tabla 2. Resultados actividades de la vida diaria.

Variable		Fr	%
Comer	Dependiente	1	3,8
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	2	7,7
	Totalmente independiente	23	88,5
Lavarse	Dependiente	2	7,7
	Independiente: entra y sale solo del baño	24	92,3
Vestirse	Dependiente o necesita ayuda	7	26,9
	Independiente	19	73,1
Arreglase	Dependiente o necesita ayuda	1	3,8
	Independiente	25	92,3
Deposiciones	Incontinencia	1	3,8
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda	4	15,4
	Continencia normal	21	80,8
Micción	Incontinencia	1	3,8
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda	2	7,7

	Continencia normal	23	88,5
Trasladarse	Dependiente	1	3,8
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	2	7,7
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	7	26,9
	Independencia para ir del sillón a la cama	16	61,5
	Dependiente	1	3,8
Caminar	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	3	11,5
	necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	12	46,2
	Independiente, camina solo 50 metros	10	38,5
Subir escalones	Dependiente	2	7,7
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	14	53,84
	Independiente para bajar y subir escaleras	10	38,46

Fuente: Propia

El nivel de dependencia predominante en los adultos mayores del hogar geriátrico Divino Niño ubicado en la vereda de Vanguardia de la ciudad de Villavicencio fue del 50% leve, esto es, que fueron personas que obtuvieron un puntaje igual o mayor a 60 puntos, seguido por totalmente independientes con un 34,6% que equivalen a 9 personas.

Tabla 3. Nivel de dependencia.

Resultado y grado de dependencia		
-	Frecuencia	Porcentaje
<20 Total	1	3,8
40-55 Moderado	3	11,5
>= 60 Leve	13	50,0
100 Independiente	9	34,6
Total	26	100,0

Fuente: Propia

DISCUSION

Como se evidenció en los resultados, el género que predomina en el hogar geriátrico Divino Niño es el masculino, con edades entre 70 y 79 años, lo cual difiere de los hallazgos de un estudio que se realizó sobre las causales de caídas en el adulto mayor en la ciudad de Bogotá (13), esto puede ser porque en el hogar Divino Niño la mayoría son personas que depende solo del estado no tienen familiares que puedan cuidar de ellos o apoyar económicamente porque según lo que manifestaron nunca reconocieron a sus hijos y la relación es más fuertes entre hijos y madre que con el padre por eso fue la población que más se encontró en lugar ya nombrado. También el abandono familiar en el que se encuentran muchos de ellos afecta la calidad de vida (14).

Por otro lado, en el estudio que se re realizó con base en la determinación social de la salud bucal en adultos mayores pertenecientes a un hogar geriátrico en la ciudad de Bogotá se evidenció que la mayoría de los habitantes de este asilo eran personas abandonas y que el Estado las acogió lo que para algunos los hace vulnerables ante la sociedad, debido a no tener los recursos necesarios para disfrutar de la tranquilidad que tanto desean (15).

También cabe resaltar que las enfermedades predominantes en la población de adulto mayor son las ECNT, seguidas de las

alteraciones musculo esqueléticas, estos resultados son similares al estudio realizado acerca de las contribuciones de las ciencias electrónicas al problema de las caídas en población adulto mayor habla de las causas relacionadas con la edad y las asociadas con enfermedades del paciente, como las ECNT enfermedades que alteran el sistema cardiovascular y enfermedades relacionadas con el sistema musculo esquelético entre otras (16).

Durante la aplicación del instrumento de caracterización de los adultos mayores pertenecientes al Hogar geriátrico manifestaron que nunca reciben visitas por parte de sus hijos, familiares o amigos cercanos, y que de vez en cuando reciben visitas dos veces a la semana, es similar al estudio (16). En casa geriátrico para la tercera oportunidad realizado en la ciudad de Bogotá donde los adultos mayores no reciben visitas tan frecuentemente y el personal que trabaja en ese Hogar geriátrico procura crear espacios de familiaridad que respondan a efectos terapéuticos y que sean habitables y agradables para las personas que viven ahí. El diseño de estos espacios se debe ver como la generación de ambientes físicos y arquitectónicos que le permitan al adulto sentir familiaridad y gozo por el lugar en donde se encuentran, en donde así mismo tiene la oportunidad de interactuar con su comunidad y realizar sus tratamientos médicos o en el caso menos fortuito, pasar sus últimos días en ambientes íntimos y tranquilos (17).

En cuanto al nivel de dependencia que más prevaleció en el hogar geriátrico divino niño es dependencia leve en la mitad de la población, seguido por totalmente independientes inferior en un 12% al hallado en el estudio realizado por la Universidad Cooperativa de Colombia en los centros de bienestar para el adulto mayor en la ciudad de Bucaramanga donde se evidenció que el nivel que más predomina es totalmente

independiente con un 46,6%(18), los ítems que más difieren son aquellos que hacen referencia a la movilidad del paciente como caminar, subir escaleras y trasladarse del sillón a la cama, así, en un estudio realizado por Gómez García J sobre la capacidad funcional del adulto mayor según la escala de Barthel en tres hogares geriátricos de la ciudad de Bogotá se evidenció que la mayoría de los adultos mayores presentaban una dependencia moderada o total, esto puede estar relacionado con diferentes factores uno de ellos puede ser el mayor número de población debido a que es la capital del país y que la mayoría de las personas se encuentran en etapa productiva por lo cual los hijos no tiene el tiempo disponible para cuidar a los familiares que requieren de un mayor cuidado y por esto deciden ingresarlos a un hogar geriátrico (19).

Los resultados de este estudio también se relacionan con la teoría de sistemas de Dorothea Orem, en razón a que muestra como sistema adecuado el apoyo educativo ya que la mayoría presentan un grado de dependencia leve, esto quiere decir que el personal de salud debe brindar más educación al adulto mayor sobre como tomar sus medicamentos, la importancia de reconocer los signos de riesgo para un Infarto Agudo de Miocardio, entre otras (20). Además, se resalta que debe haber una intervención educativa eficaz, debido a que las enfermedades crónicas tienen mayor incidencia en esta población, lo que significa un alto consumo diario de medicamentos donde se debe potenciar el autocuidado y autonomía.

CONCLUSION

La mayoría de los adultos mayores son hombres y se encuentran en una edad promedio de 79 a 80 años de edad, en esta población el grado de dependencia que más prevalece es dependencia leve debido a que la mayoría de ellos necesitan ayuda para

trasladarse y subir escaleras debido sus limitaciones físicas, frente a esto se hace necesaria la participación de enfermería de acuerdo a las teorías que la fundamentan como profesión en este caso la teoría de Sistemas de Dorothea Orem, donde el sistema que más influye es el apoyo-educativo.

Los resultados de la investigación evidencian la necesidad de que el profesional de enfermería ponga en práctica las teorías que fundamentan y dan el apoyo científico a la profesión, en esta investigación se tuvo en cuenta a una de las enfermeras teóricas más destacadas, Dorothea Orem, con su teoría

de sistemas en el ámbito del cuidado al adulto mayor, determinando de acuerdo con el nivel de dependencia el cuidado integral que se debe brindar de acuerdo con las necesidades que tiene cada uno y así poder potenciar la autonomía para promover el envejecimiento dinámico de las personas mayores de 60 años quienes se encuentran en el hogar geriátrico Divino Niño de la ciudad de Villavicencio – Meta; lo anteriormente nombrado también permite evitar posibles y futuros eventos adversos que se puedan llegar a presentar ya que se establece el apoyo y el acompañamiento que necesita cada adulto mayor para la realización de sus actividades de la vida diaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Envejecimiento y salud [Internet]. Who.int. 2018 [cited 29 July 2019]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
2. Laguado Jaimes Elveny, Camargo Hernández Katherine del Consuelo, Campo Torregroza Etilvia, Martín Carbonell Marta de la Caridad. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 2019 Jul 29] ; 28(3): 135-141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135&lng=es
3. De la Fuente Bacelis T, Quevedo Tejero E. Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales [Internet]. 1st ed. Mexico; 2010 [cited 29 July 2019]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/507/50719083001.pdf>
4. Loredo-Figueroa M.T., Gallegos-Torres R.M., Xequé-Morales A.S., Palomé-Vega G., Juárez-Lira A.. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2016 Sep [citado 2019 Jul 28] ; 13(3): 159-165. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000300159&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
5. Monjé Alvares. Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa Guía didáctica [Internet]. 2015 [Citado 14 Julio 2019]. Disponible en: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
6. Fernandez M. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería [Internet]. Ocw.unican.es. [citado 12 Julio 2019]. Available from: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema11%2528III%2529.pdf>
7. Espinoza E. Universo, Muestra y Muestreo [Internet]. Bvs 2016 [Citado 14 Julio 2019]. Disponible En: <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/SaludMental/UNIVERSO.MUESTRA.Y.MUESTREO.pdf>
8. Fernández Alba R., Manrique-Abril F.G.. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enferm. glob. [Internet]. 2010 Jun [citado 2019 Jul 29] ; (19). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016&lng=es.
9. González Moro A. Índice de Barthel [Internet]. Red Cubana de gerontología y geriatría 2018 [Citado 14 Julio 2019]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=10504>
10. Espinoza E. Universo. Muestra y Muestreo [Internet]. Bvs 2016 [Citado 14 Julio 2019]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/SaludMental/UNIVERSO.MUESTRA.Y.MUESTREO.pdf>
11. Caicedo P, Rengifo C, Rodríguez L. Contribuciones de las Ciencias Electrónicas al Problema de las Caídas en Población Adulta Mayor [Internet]. Scielo.org. 2016 [citado 29 Enero 2020]. Available from: http://scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018895322016000300251&script=sci_arttext
12. González Moro A. Índice de Barthel [Internet]. Red Cubana de gerontología y geriatría 2018 [Citado 14 Julio 2019]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=10504>
13. Cruz Quijano P, Pérez Portal A, Piloto Rodríguez A, Díaz López D, Morales Izaguirre A, Reyes Herrera Y. Algunas causales relacionadas con caídas en el hogar del adulto mayor [Internet]. Scielo.sld.cu. 2015 [citado 29 Enero 2020]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252015000100006
14. Torres Palma W, Flores Galaz M. Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores [Internet]. Revista de Psicología (PUCP). 2018 [citado 29 Enero 2020]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472018000100001&script=sci_arttext
15. Blandón Rojas, A, García Rojas, N, Toro Díaz, B. Determinación social de salud bucal: una interpretación de modos de vida según lo aprendido, vivido y sentido por adultos mayores. [Internet]. Montevideo, Uruguay: Universidad de la Republica; 2019. [citado: 29 Enero 2020] Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/3483>

16. Caicedo P, Rengifo C, Rodríguez L. Contribuciones de las Ciencias Electrónicas al Problema de las Caídas en Población Adulta Mayor [Internet]. Scielo.org. 2016 [citado 29 Enero 2020]. Available from: http://scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018895322016000300251&script=sci_arttext
17. Martínez C, Estupiñán H. En casa geriátrico para la tercera oportunidad [Internet]. Repository.ugc.edu.co. 2016 [citado 29 Enero 2020]. Available from: https://repository.ugc.edu.co/bitstream/handle/11396/3735/Casa_geriatrico_oportunidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Laguado Jaimes E, Camargo Hernández K, Campo Torregroza E, Martín Carbonell M. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar [Internet]. Scielo.isciii.es. 2015 [citado 14 Julio 2019]. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>
19. Espinoza E. Universo, Muestra y Muestreo [Internet]. Bvs 2016 [Citado 14 Julio 2019]. Disponible En: <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/SaludMental/UNIVERSO.MUESTRA.Y.MUESTREO.pdf>
20. Fernandez Fernandez M. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería [Internet]. Ocw.unican.es. [citado 12 Julio 2019]. Available from: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema11%2528III%2529.pdf>

Consumo de alcohol y su asociación con el rendimiento académico de estudiantes

Programa de Economía – Universidad de los Llanos

Alcohol consumption and its association with the academic performance of students
Economics Program, Llanos University

Ana María Cossio Vargas ¹
Jineth Slendyr Duarte Canas ¹

RESUMEN

Objetivo: Describir el consumo, dependencia al alcohol y su asociación con el rendimiento académico de los estudiantes del programa de Economía de primer y segundo semestre de la Universidad de los Llanos, Villavicencio-Meta 2020. **Materiales y método:** Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, donde la versión en español del cuestionario AUDIT y un instrumento de rendimiento académico se aplicó a una muestra aleatoria estratificada de 36 estudiantes universitarios de economía y posteriormente se realizó un análisis de regresión y dispersión para determinar la relación entre el consumo de alcohol y el rendimiento académico. **Resultados:** No se encontró una relación significativa entre la clasificación del Test de AUDIT y el rendimiento académico. **Conclusión:** El consumo de alcohol según la clasificación del test de AUDIT y el rendimiento académico en los estudiantes de economía no tienen una relación directa.

Palabras clave: Consumo de bebidas alcohólicas, estudiantes, y rendimiento académico.

ABSTRAC

Objective: To describe the consumption, dependence on alcohol and its association with the academic performance of the students of the Economics program of the first and second semester of the Llanos University, Villavicencio-Meta 2020. **Materials and method:** Quantitative, descriptive study of cross-sectional section, where the Spanish version of the AUDIT questionnaire and an academic performance instrument were applied to a stratified random sample of 36 economics university students and subsequently a regression and dispersion analysis was performed to determine the relationship between alcohol consumption and academic performance. **Results:** No significant relationship was found between the classification of the AUDIT test and academic performance. **Conclusion:** Alcohol consumption according to the classification of the AUDIT test and academic performance in economics students do not have a relationship direct.

Keywords: Consumption of alcoholic beverages, students, and academic performance.

¹ Estudiante de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Los Llanos.

INTRODUCCIÓN

El consumo excesivo de alcohol es considerado un problema de salud pública (1), el grupo etario donde se presenta el mayor consumo es de 18 a 24 años, edad en la que los jóvenes inician estudios de nivel superior. Una investigación realizada en Colombia afirma que los estudiantes universitarios del país registran la cifra más alta respecto a haber consumido alcohol al menos una vez en su vida (95,8%), al compararse con otros países latinoamericanos con menores cifras para 2012 como Ecuador (88,7%) (2). El consumo de esta sustancia en los jóvenes genera que estos tomen conductas riesgosas para la vida misma y a su vez causa problemas a nivel social, económico y académico ya que se relaciona con el ausentismo escolar y por ende el bajo rendimiento académico (2).

Mora. C (3) en 2017, con su artículo Prevalencia de Consumo, Riesgo de Alcoholismo y Alcoholismo Universidad de los Llanos, Villavicencio, Colombia, 2017, concluyeron que se caracterizaron cinco variables relacionadas con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios y se identificó que la prevalencia de consumo actual, es más alta que la de la población general, con desventaja para los hombres

La presente investigación se realizó bajo una metodología cuantitativa, descriptiva, de corte transversal, con el objetivo de describir el consumo, dependencia al alcohol y el rendimiento académico de los estudiantes del programa de Economía de primer y segundo semestre de la Universidad de los Llanos en Villavicencio-Meta 2020. Para llevarla a cabo implementó la aplicación del instrumento AUDIT el cuál es un cuestionario sencillo desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, OMS, y también se aplicó una ficha de

caracterización de rendimiento académico (4).

Este tema de investigación se encuentra estrechamente relacionada con el modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender, donde se plantea que las creencias e ideas que tienen las personas sobre la salud conducen a que esta adopte conductas y comportamientos determinados, esto a su vez se relaciona con la toma de decisiones positivas para la salud debido a que permite la identificación de beneficios frente al ejecutar la conducta de no consumir alcohol como lo son tener larga vida y un nivel de bienestar físico, mental y social elevado.

Con lo señalado anteriormente surgió la necesidad de identificar la dependencia y consumo de alcohol y rendimiento académico de los estudiantes del programa de economía de primer y segundo semestre de la Universidad de los Llanos y se considera que los resultados obtenidos en la investigación son de importancia para la institución ya que permite visibilizar la situación actual de los estudiantes frente a este problema y permite la creación y desarrollo de estrategias preventivas frente al consumo y dependencia al alcohol.

METODOLOGÍA

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple estratificado (por semestres) de la población total de estudiantes de economía de primer y segundo semestre de la Universidad de los Llanos localizada en Villavicencio, Colombia. Previo consentimiento informado respondió 36 sujetos por medio de un formulario de Google donde cada uno dio respuesta a un cuestionario estructurado conformado por preguntas

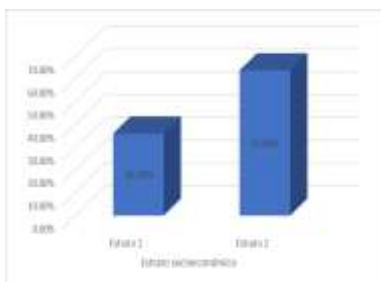
que indagaban sobre algunos aspectos sociodemográficos, el rendimiento académico y 10 preguntas del cuestionario adaptado en versión en español del Alcohol Use Disorders Identification test (AUDIT).

El AUDIT es un cuestionario de uso libre de la OMS, este instrumento tiene la finalidad de identificar los trastornos debidos al consumo de alcohol y a las personas con un patrón de consumo de alcohol perjudicial o de riesgo (5). Este instrumento está conformado por 10 preguntas que cuentan con un patrón politómico de respuestas, de cinco opciones, que se califican de cero a cuatro (6); estas están categorizadas en 3 dominios los cuales son: consumo de riesgo de alcohol, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol (5).

Para el procesamiento de datos, se usó hojas de cálculos de Excel (2016), donde se creó una macro donde se ingresaron los datos obtenidos de los instrumentos aplicados por medio de los formularios de Google a los estudiantes seleccionados como muestra para el estudio determinaron frecuencias y porcentajes de las variables, mediante diagrama de barras y se realizó un análisis de regresión y dispersión para determinar la relación entre la variables consumo de alcohol y rendimiento académico.

RESULTADOS

Ilustración 1: Distribución porcentual del nivel socioeconómico de los estudiantes participantes de economía de la Universidad de los Llanos.2020

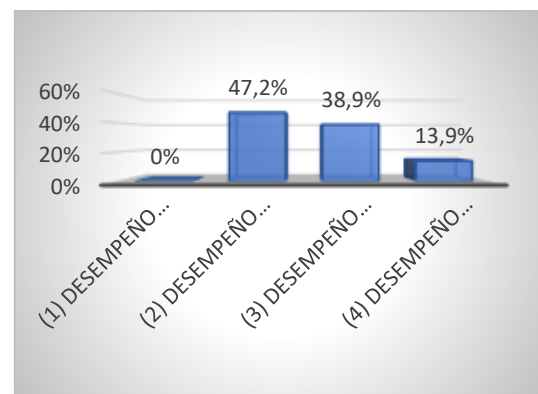


Fuente: elaboración propia.

Los hallazgos del estudio mostraron como resultado que el estrato socioeconómico predominante es el 2 con un 63,9% de los estudiantes participantes, mientras que el 36,1% de los estudiantes participantes de economía de primer y segundo semestre son de estrato socioeconómico 1 y el promedio de nivel socioeconómico presentado es el estrato 2.

Según la clasificación del Departamento Nacional de Planeación se denomina los estratos socioeconómicos bajo a los ubicados entre el 1 y 2. (7) Lo cual afirma que siendo la Universidad de los Llanos una Universidad pública, atiende a los estratos bajos de la población.

Ilustración 2: Distribución porcentual del rendimiento académico de los estudiantes participantes de economía de la Universidad de los Llanos.2020.



Fuente: elaboración propia .

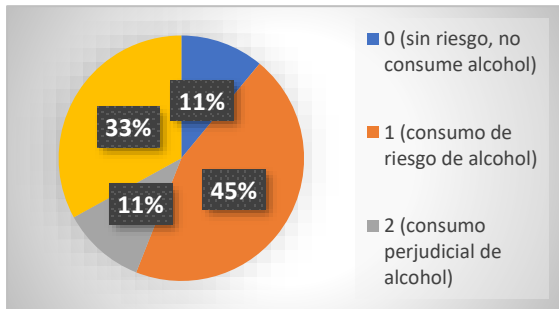
Respecto al rendimiento académico se observa predominio en el desempeño académico básico con una distribución porcentual del 47,2% en comparación con desempeño superior con una distribución porcentual del 13,9%, además, el rendimiento académico promedio presentado es de 3.9.

Así mismo, se aprecia que el intervalo 1 que corresponde a los puntajes entre 0 y 2,90 no presentan frecuencia es decir que ningún estudiante que participo en el estudio tiene menos de 3,00 en su desempeño académico. En relación con lo

anterior y con Pérez et al., (8) en 2013, en su investigación concluyeron que el 51,8% de los estudiantes presentan un

rendimiento aceptable que está dentro de los parámetros 2,96 y 4,24.

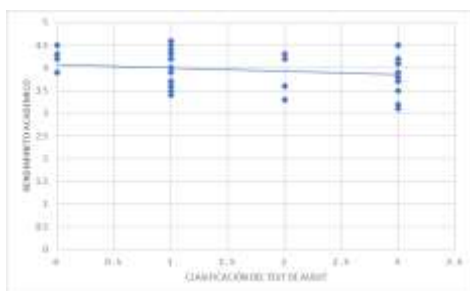
Ilustración 7: Distribución porcentual de la clasificación del test de AUDIT en los estudiantes participantes de economía de la Universidad de los Llanos. 2020.



Fuente: elaboración propia.

En la aplicación del Test de AUDIT el resultado obtenido es que en los participantes predomina el consumo de riesgo de alcohol con una distribución porcentual del 45% que equivale a 16 estudiantes en comparación del consumo perjudicial de alcohol y sin riesgo, no consume alcohol con una distribución porcentual del 11% que equivale a 4 estudiantes y el promedio de estudiantes se encuentra en la clasificación de dependencia al alcohol y la moda presentada es el consumo de riesgo de alcohol.

Ilustración 8: Diagrama de dispersión sobre la relación de la clasificación en el test de AUDIT con el rendimiento académico obtenido en el primer corte del semestre. 2020.



Fuente: elaboración propia.

Para determinar la relación entre el rendimiento académico y el consumo de alcohol se realizó un análisis de regresión y dispersión, donde primeramente el resultado en cada variable, en cuanto al test de AUDIT, es que el promedio de clasificación presentado por los estudiantes participantes para el periodo 2020-1, es 2, lo cual indica que en promedio estos sujetos presentan consumo perjudicial de alcohol. Respecto al promedio de rendimiento académico este es de 3,9, el cual se clasifica en rendimiento académico básico.

En el diagrama de dispersión se evidencia que no existe una relación entre la clasificación del Test de AUDIT y rendimiento académico. La correlación hallada es de -0.197 y esta según la escala de correlación se clasifica como muy baja, lo cual indica que las variables estudiadas no se relacionan de manera directa.

El valor negativo del coeficiente de correlación significa que existe una relación inversa, es decir, que cuando una de las dos variables aumenta la otra disminuyen proporción constante, aunque para el estudio no es significativa debido a que según la escala de correlación esta es muy alta si llega a -1, pero como dio -0.1 esta se clasifica como muy baja.

DISCUSIÓN

En esta investigación se confirma el incremento del consumo de alcohol en la población universitaria con el 89%, ratificándose los resultados obtenidos por la Secretaría Técnica de Drogas (9) en el 2016, en una encuesta a estudiantes universitarios donde el 74,42% tuvieron mayor preferencia por las bebidas alcohólicas a otras drogas, y en la investigación realizada por Casagallo (10) en el 2012, en el estudio sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los estudiantes de la Universidad central del

Ecuador, se determinó que el 53,2 % consumían alcohol.

Según el diagrama de dispersión el coeficiente de correlación es de -0.1% lo cual indica que las variables tienen una relación inversa muy baja,

Se le denomina correlación inversa porque el resultado es negativo y quiere decir que hay una dependencia entre las variables donde si una aumenta la otra disminuye en proporción constante, pero para que existiese dicha relación el resultado debería ser de -1.

El coeficiente de correlación es una medida estadística que indica que no se relacionan directamente las dos variables en este caso es la clasificación del test de AUDIT y el rendimiento académico. √ de igual manera en la investigación de Andrade, L & Ramírez, D. (11); con estudiantes universitarios de Bogotá concluyeron que existe una relación inversa significativa pero débil entre el consumo de alcohol y el rendimiento académico. Esto significa que el consumo

Por otra parte, Carson et al., (12) en 2015 en la investigación Relación entre el consumo de alcohol y el rendimiento académico en estudiantes de dos universidades de Bogotá, demostró que el consumo tiene una fuerte influencia en el rendimiento académico y en la efectividad académica ya que se tiene la noción de que el consumo de dicha sustancia está asociado a comportamientos como el retiro de clases y ausencia de los estudiantes.

En relación con lo anterior en el estudio de Ravelo (13) en 2018, se concluyó que existe una relación alta entre las variables del consumo de alcohol con el rendimiento académico y esto puede estar asociado con la diferencia de la muestra, ya que en comparación con la presente investigación la muestra fue la tercera parte de la

investigación antes mencionada y esto genera un cambio significativo en los resultados obtenidos.

Uno de los factores que pudo interferir en el presente estudio es que se asumió que todos los estudiantes que recibían los cuestionarios consumían alcohol y no se hizo un sondeo preliminar que diferenciara los consumidores de los no consumidores para establecer la variable de los no consumidores y de esta manera tener un control sobre la misma. Esto influyó en el análisis de resultados obtenidos puesto que no fue posible establecer relaciones por la dispersión de los datos que puede ser el resultado de la distancia entre las fluctuaciones de las puntuaciones bajas de los estudiantes que no consumen y las puntuaciones altas de quienes tienen un consumo perjudicial o de dependencia.

Es así que varios estudios que afirman que el consumo de alcohol no genera efectos inmediatos en el rendimiento académico y la presente investigación lo corrobora, cabe preguntarse si al relacionar un solo factor con el rendimiento académico es suficiente para tener una comprensión completa de la realidad en cuanto al desempeño académico del estudiante.

Por último, este trabajo, da un punto de partida a la realización de nuevas investigaciones que tengan en cuenta todos los factores que afectan a programa y a los estudiantes en su rendimiento académico tales como el consumo de otras sustancias, otras responsabilidades de los estudiantes además de las académicas, las prioridades de los estudiantes y su vocación profesional.

CONCLUSIONES

El consumo de alcohol se ha incrementado en los estudiantes universitarios de acuerdo a la investigación realizada en el programa de Económica, sin embargo,

existe aún un mediano porcentaje de estudiantes que abusan, son

dependientes o crónicos. El alcohol es una droga lícita que constituye un importante problema de

salud pública con graves consecuencias sociales, que pueden crear dependencia, por ello es necesario trabajar oportunamente en programas de información, prevención y control del consumo.

En el estudio realizado en la Facultad de Ciencias Económicas sobre las variables rendimiento académico y consumo de alcohol, el valor calculado para el coeficiente de correlación de Pearson es de $-0,197$ este valor indica que al ser un valor mucho menor que uno, muestra una relación positiva pero muy débil o que casi no existe relación entre las variables. Por ello se puede concluir que no hay dependencia entre variables, lo que implica que el consumo del alcohol no influye en el rendimiento académico.

De acuerdo con el Test AUDIT en el programa de economía hay estudiantes con problemas de dependencia hacia el consumo del alcohol. El promedio de rendimiento académico de la Facultad se encuentra en el rango de básico y alto, estas notas permiten a los estudiantes ascender al siguiente semestre, esto da lugar a ratificar la conclusión en este estudio de que el consumo de alcohol no es un factor determinante en el rendimiento académico puede contribuir en algunos casos, pero no se puede generalizar. Lo neurálgico es que los

mayores promedios están dentro de la escala de básico, siendo necesario elevar el nivel de rendimiento académico de los estudiantes universitarios, con este fin resulta imprescindible investigar los factores que causan este rendimiento mínimo.

RECOMENDACIONES

Es primer lugar sería conveniente realizar un seguimiento de los sujetos evaluados para poder observar la evolución del rendimiento y consumo de los sujetos, y determinar así a qué edad comienza a presentarse un mayor consumo de alcohol por parte de los estudiantes.

En segundo lugar, es indispensable contar un mayor tamaño muestral y una muestra representativa que permita obtener datos más significativos para que bienestar institucional implemente estrategias de promoción y prevención para disminuir el consumo de alcohol por parte de los estudiantes universitarios

En tercer lugar, es fundamental realizar otras investigaciones que tenga en cuenta todos los factores que afectan a los programas y a los estudiantes en relación con su rendimiento académico, y finalmente sería importante establecer los factores que interviene o incitan a los estudiantes universitarios al consumo de bebidas alcohólicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio nacional del consumo de sustancias psicoactivas, Colombia (2013). [Internet]. [Revisado 25 de Oct de 2019]. Available from: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
2. Cardona, J. Orjuela, L. Consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol en estudiantes de una universidad pública de Medellín-2013. Archivos de medicina. [Internet]. Jun (2014), Vol. 10 No.1:9. [Revisado 20 de Agos de 2020].

- Disponible en: <https://www.archivosmedicina.com/medicina-de-familia/consumo-de-riesgo-sntomas-de-dependencia-y-consumo-perjudicial-de-alcohol-en-estudiantes-de-una-universidad-pblica-de-medelln2013.pdf>
3. Mora, C. Prevalencia de consumo de alcohol y de alcoholismo en estudiantes universitarios de Villavicencio, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*. [Internet]. Jun (2019), Bogotá, vol. 67. [Revisado 5 de Nov de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112019000200225
 4. Díaz, J. Manrique, F. Ariza N. Confiabilidad y dimensionalidad del Cuestionario para Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) en estudiantes universitarios de Tunja (Colombia). *Rev. redalyc.org*. [Internet]. 2012, Barranquilla. vol. 28, núm. 2. pp. 276-282. [consultado 12 noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/817/81724957010.pdf>
 5. Thomas F. Babor John C. Higgins-Biddle John B. Saunders Maristela G. Monteiro. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2001. [Revisado 29 de Ene de 2020]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
 6. Campo, A, Villamil, M, Herazo, E. Confiabilidad y dimensionalidad del AUDIT en estudiantes de medicina. *Rev. del programa de psicología de la Universidad del Norte; Volumen 30, n.º1*. Colombia (2013). [Internet]. [Revisado Ene 20 de 2020]. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4377/6769>
 7. Cárdenas, M. La política pública de acceso a la educación superior para los estratos socioeconómicos bajo. *Universidad Pedagógica Nacional*. [Internet]. 2013. [consultado 1 Oct 2020]. Disponible en: <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/16578/1/La%20pol%C3%ADtica%20p%C3%BAblica%20de%20acceso%20a%20la%20educaci%C3%B3n%20superior%20para%20los%20estratos%20socioecon%C3%B3micos%20bajos.pdf>
 8. Sañudo, P. Enrique, J. Martínez, B. Ochoa, N. Muñoz, T. Relación del rendimiento académico con las aptitudes mentales, salud mental, autoestima y relaciones de amistad en jóvenes universitarios de atlántico y bolívar. *Universidad Simón Bolívar*. [Internet]. 2013. [consultado 1 Oct 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552137001.pdf>
 9. Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021. Encuesta nacional sobre uso y consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. [Internet] 2016. [consultado 13 Oct 2020]. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/5.Dr_%20Josu%C3%A9%20VegaPlan%20Nacional%20de%20Drogas%202017-2021.pdf
 10. Casagallo, R. Estudio sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los estudiantes de la Universidad central del Ecuador. Tesis previa a la obtención del título de: ingeniero estadístico. [Internet] 2012. [consultado 13 Oct 2020]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/173/1/T-UC-0005-29.pdf>
 11. Andrade, L. Ramírez, D. Consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Bogotá. *Rev Univ. Salud*. [Internet]. 2017;19(1):37-50. [Consultado el 13 de Oct 2020] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n1/0124-7107-reus-19-01-00037.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.67>
 12. Carson et al. Relación entre el consumo de alcohol y el rendimiento académico en estudiantes de dos universidades de Bogotá. [Internet]. 2009. [Consultado 13 de OCT de 2020]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/7980>
 13. Ahumada, J. Hacia un modelo explicativo de factores protectores para el consumo de alcohol en estudiantes de secundaria. [master's thesis]. México: Ahumada, J.; 2015. 342 p. [Revisado 11 de Nov de 2019]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/9225/1/1080215085.pdf>

Análisis del Síndrome de Burnout en docentes de la escuela de salud pública del programa de Enfermería de la Universidad de los Llanos

Analysis of Burnout syndrome in teachers of the school of public health of the Nursing program of the Llanos University

Análise da síndrome de Burnout em professores da Escola de Saúde Pública do programa de Enfermagem da Universidade de Los Llanos

María Camila Martínez Sánchez ¹
Juana Valentina Valenzuela Moreno¹

RESUMEN

Objetivo. Determinar la presencia del síndrome de burnout en docentes de enfermería. **Métodos.** Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal; que se realizó con los docentes de la escuela de salud pública del programa de enfermería de la Universidad de los Llanos, a un total de 60 docentes. Para el estudio se utilizó una encuesta sociodemográfica con 9 preguntas, así como, el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI). **Resultados.** Se encontró que los hombres presentan mayor cansancio emocional, los docentes hora cátedra poseen un nivel medio y alto de despersonalización e independientemente de la edad. **Conclusión.** La presencia del síndrome de burnout en los docentes es baja, asociándose a variables como el sexo femenino, quienes tienen una buena satisfacción laboral y mejor respuesta de afrontamiento al estrés, el tener una familia e hijos les permite el desarrollo de actividades diferentes al laboral y realizar pausas activas dentro su jornada laboral.

Descriptores: Burnout; docentes de enfermería; estrés laboral; agotamiento profesional

SUMMARY

Objective: Determine the presence of burnout syndrome in nursing teachers. **Materials and methods:** Quantitative, descriptive, cross-sectional study; It was carried out with the teachers of the school of public health of the nursing program of the Universidad de los Llanos, to a total of 60 teachers. For the study, a sociodemographic survey with 9 questions was used, as well as the Maslach Burnout Inventory (MBI) instrument. **Results:** It was found that men show greater emotional fatigue, teachers have a medium and high level of depersonalization, and regardless of age. **Conclusion:** The presence of burnout syndrome in teachers is low, being associated with variables such as the female gender, who have good job satisfaction and a better response to coping

¹Estudiante de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Los Llanos.

with stress, having a family and children allows them to develop activities other than work and take active breaks within your working day.

Key Words: Burnout; nursing teachers; work stress; professional exhaustion.

RESUMO

Objetivo: Determinar a presença da síndrome de burnout em docentes de enfermagem. **Materiais e métodos:** Estudo quantitativo, descritivo, transversal; Foi realizado com as docentes da escola de saúde pública do curso de enfermagem da Universidade de los Llanos, para um total de 60 docentes. Para o estudo, foi utilizado um inquérito sociodemográfico com 9 questões, bem como o instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI). **Resultados:** Verificou-se que os homens apresentam maior fadiga emocional, os professores apresentam um nível médio e alto de despersonalização, e independente da idade. **Conclusão:** A presença da Síndrome de Burnout em professores é baixa, estando associada a variáveis como o sexo feminino, que apresenta boa satisfação no trabalho e melhor resposta ao enfrentamento do estresse, ter família e filhos permite que desenvolvam outras atividades além do trabalho e faça pausas ativas no seu dia de trabalho.

Descritores: Burnout; professores de enfermagem; estresse no trabalho; exaustão profissional

INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout es uno de los problemas psicoemocionales más reseñados en la literatura científica, en la que se resalta la manifestación de múltiples condiciones sintomáticas resumidas en tres grandes dimensiones del problema: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional (1).

El agotamiento emocional, se refiere a la ausencia o falta de energía y de entusiasmo, la despersonalización es definida como un endurecimiento afectivo, que se hace visible por el distanciamiento entre la persona y las personas que reciben sus servicios; y la última dimensión, la baja realización personal, consiste en una evaluación que afecta la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que se atiende. Se desarrolla un sentimiento de insatisfacción con los resultados en el trabajo. (2)

Por tanto, el estrés laboral se reconoce como uno de los principales problemas de salud en los trabajadores, y enmarca el bajo rendimiento de la entidad para la cual

trabajan (3). De las profesiones que mayor afectación evidencia por sobrecarga laboral, es la enfermería, "Disciplina que está en permanente contacto con personas, de diferentes condiciones y contextos lo que se convierte en un factor de exposición para la presentación del síndrome de cansancio físico y psicológico o denominado "Síndrome de Burnout" (4). Enfermería cuenta con diferentes campos de acción, entre ellos la docencia; enmarcado en un sin fin de responsabilidades, donde no es sólo ser guadores de un proceso formativo, sino que además deben prepararse arduamente para poder desempeñar este ejercicio profesional.

Se ha demostrado que los docentes son una población especialmente vulnerable para padecer este síndrome, y en mayor proporción en el área de la salud, donde se ven sometidos a presión, para responder a la demanda que requiere su trabajo, lo que implica exigirse cada vez a sí mismos, y ponerse grandes retos para poder llevar a cabo su ejercicio profesional, lo que desencadena en ellos estrés y agotamiento (5).

En los profesionales del área de la salud y educación, el exceso de trabajo conlleva en algunos casos a un colapso intelectual y físico, que se ve reflejado en síntomas como la apatía, la irritabilidad, dificultad y disposición para atender a sus estudiantes, también pueden presentar depresión, alteraciones del sueño, conflictos con las demás personas, culpa por no llevar a cabo el trabajo correctamente, desencadenando una serie de dificultades para enfrentarse cada día a su jornada laboral (6).

Por tal motivo, se han realizado estudios en docentes, con el objetivo de medir los niveles de burnout después de algún tipo de intervenciones que puedan ayudar a mitigar este problema; demostrando así, que, a partir de un diagnóstico temprano, se pueden implementar acciones en busca de disminuir los niveles alterados.

En este contexto, el análisis del síndrome de burnout en los docentes del Programa de enfermería, puede brindar apoyo para identificar el riesgo al cual están expuestos, y puedan tomar medidas preventivas e implementar estrategias que minimicen la aparición de este síndrome en los. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo determinar la presencia del síndrome de burnout en los docentes de Enfermería, midiendo las dimensiones afectadas y su relación en torno a la caracterización sociodemográfica.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; se realizó en La Universidad de los Llanos, en la Facultad de Ciencias de la Salud, con los docentes del Programa de Enfermería, pertenecientes a la Escuela de Salud Pública. Actualmente cuenta con 59 docentes catedráticos, 6 docentes de planta y 11 docentes ocasionales tiempo completo, para un total de 76 profesores; se tuvo en cuenta

únicamente a profesionales de enfermería, por lo que seis de ellos fueron excluidos del estudio, quedando una población de 70 profesores.

Para la elección del tamaño de la muestra, se utilizó la población de 70 docentes, además de un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, que dio como resultado una muestra de 60 docentes. Para el estudio, se implementó el muestreo de tipo probabilístico sistemático, por lo que cada individuo tuvo la misma probabilidad de participar.

Instrumentos. Se utilizaron dos instrumentos, una encuesta que contemplara variables sociodemográficas de la población de docentes; que fueran relevantes y que pudieran influir con el objetivo de la investigación. Así mismo, se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI), adaptado y validado en Colombia del MBI- Servicios Humanos en Cali, Colombia (7). Este instrumento se compone de 22 ítems, en donde cada uno es una afirmación sobre los sentimientos y actitudes de los profesionales hacia su trabajo y sus pacientes. Presenta un formato de respuesta tipo Likert con las opciones de: nunca (0), unas cuantas veces al año o menos (1), una vez al mes o menos (2), unas cuantas veces al mes (3), una vez por semana (4), algunas veces por semana (5), y todos los días (6).

Además, comprende tres subescalas: la primera se compone de nueve elementos (1, 2, 3, 5, 6, 8, 13, 14, 16) correspondientes a la fatiga emocional (FE) e incluyen características como desgaste físico, agotamiento, fatiga y pérdida de energía, mostrando una combinación entre lo físico y lo mental. El segundo, compuesto por cinco ítems (5, 10, 11, 15 y 22), está catalogado como despersonalización (DP), manifestando aspectos negativos de las respuestas y actitudes que involucran a otros individuos, pero principalmente compañeros de trabajo. También se presentan irritabilidad y pérdida de motivación. La tercera subescala

corresponde a la realización personal (RP), que contiene ocho elementos (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21), que muestran respuestas negativas típicas dirigidas al encuestado y al trabajo en sí. Para su subsecuente clasificación, se sumarán los puntajes y se ubicará en las escalas correspondientes del instrumento. Con respecto a la consistencia interna del instrumento, teniendo en cuenta el índice Alfa de Cronbach, se obtuvo una confiabilidad general de 0,77 que clasifica como moderada.

Para el análisis de resultados se utilizó el programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions) versión 23 y las herramientas que ofrece Excel y Word.

RESULTADOS

En cuanto a la caracterización demográfica en la tabla 1.

Tabla 1. Caracterización demográfica

Edad		
Ítem	Frecuencia	Porcentaje
20 a 30 años	8	13%
31 a 40 años	18	30%
41 a 50 años	18	30%
51 a 60 años	10	17%
Más de 60 años	6	10%
Sexo		
Femenino	55	92%
Masculino	5	8%
Estado civil		
Soltero/a	13	22%
Casado/a	32	53%
Separado/a	3	5%
Divorciado/a	6	10%
Unión libre	6	10%
Número de hijos		
0	9	15%
1	13	22%
2	32	53%
3	6	10%
Formación académica		
Pregrado	14	23%
Postgrado	46	77%
Tipo de contratación		
Docente de tiempo completo de planta	3	5%

Docente de tiempo completo ocasional	10	17%
Docente hora cátedra	47	78%
Horas de trabajo al día		
5 a 10 horas	42	70%
11 a 15 horas	17	28%
Más de 15 horas	1	2%
Trabajo en otro lugar diferente a la universidad de los llanos		
Sí	36	60%
No	24	40%
Tiempo de pausas activas		
0 minutos	24	40%
10 minutos	21	35%
Más de 10 minutos	15	25%

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a las dimensiones de MBI-HSS, se encontró que el 78% de los participantes tenían un bajo agotamiento emocional, un 80% de baja despersonalización y un 93% una alta realización personal. Al sumar el puntaje de las dimensiones, se encontró que el 2% de los docentes de enfermería tenían indicios de síndrome de burnout, así como el 22% concomitantemente tenían una intensidad media agotamiento emocional y un 18% intensidad media despersonalización y el 7% una realización personal de intensidad media, por lo tanto, estaban predispuestos a desarrollar el síndrome.

Tabla 2. Correlación sexo y cansancio emocional

Sexo	Cansancio emocional			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Femenino	46	8	1	55
Masculino	1	4	0	5
Total	47	12	1	60

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 2 al correlacionar las variables sexo y cansancio emocional muestra que los hombres poseen un cansancio emocional de intensidad media, a pesar de ser una muestra poco representativa, dado a las características mismas de la profesión de Enfermería.

Tabla 3. Correlación tipo de contratación y despersonalización

		Despersonalización			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Tipo de contratación	Docente de tiempo completo de planta	3	0	0	3
	Docente de tiempo completo ocasional	9	1	0	10
	Docente hora cátedra	36	10	1	47
Total		48	11	1	60

Fuente: Elaboración propia

La tabla 3 en las variables tipo de contratación y despersonalización, los docentes hora cátedra son los que mayor despersonalización presenta.

Tabla 4. Correlación edad y realización personal

Rango de edad	Realización personal		Total
	Medio	Alto	
20-30 años	1	7	8
31 a 40 años	2	16	18
41 a 50 años	1	17	18
51 a 60 años	0	10	10
Más de 60 años	0	6	6
Total	4	56	60

Fuente: elaboración propia.

La tabla 4 correlaciona las variables edad y realización personal, lo que evidencio que la edad no influye en la realización personal que tienen los docentes.

DISCUSIÓN

La prueba piloto reporta que los usuarios encuestados estaban distribuidos de manera equitativa entre mujeres y hombres (50% eran mujeres y 50% hombres); además, se encuentran en la etapa de adultez y vejez del ciclo vital según el Ministerio de Salud y

Protección Social (6); la mitad de los encuestados tenían secundaria completa.

Estudios realizados de enfermería en el campo de la docencia, indican la presencia de trastornos de salud en lo que se relaciona con salud mental y física, indicando que las cargas laborales prolongadas y las responsabilidades en lugares de trabajo afectan las condiciones de salud del trabajador (8).

Por sexo se evidencia mayor predominio de mujeres profesionales de enfermería (92%), en coherencia con otros estudios indica que a través de la historia de la enfermería hay una minoría de hombres que hacen parte de ella (9) ; desde el siglo XIX las mujeres se les negaba el acceso a la medicina y a los hombres a la escuela de enfermería, indicando también Bernalte Martí en su artículo (9), que el arte de cuidar lo han dominado siempre las mujeres, ya que la sociedad la ha estigmatizado como una tarea femenina. En el estado civil con mayor frecuencia es el casado con un 53% quienes además solo tienen dos hijos, lo que se convierte en un factor protector como lo mencionan otros estudios en los que se evidencia que el tener una familia significa brindar un apoyo y disminuir el estrés que genera la jornada laboral, además el tener hijos se considerara un factor protector. (10)

El 77% de los docentes que hicieron parte del estudio, cuentan con algún posgrado, esto, debido a que como lo señala Molina et al. (11), es parte de las características de la edad adulta en donde se busca progresar, construir una vida mejor, incrementar y utilizar sus habilidades y hacer más contribuciones a la sociedad. En cuanto al tipo de contratación tenían los docentes con la Universidad, en su mayoría (78%) eran profesores hora cátedra, lo que significa que su vinculación se hace por Resolución Rectoral, por el número de horas cátedra y no excede a 19 horas semanales y 323 al semestre (12). Teniendo en cuenta esto, Molina et al. (11) señalan en su artículo, que la contratación de los maestros

por horas los obliga a cumplirlas todas frente al grupo, sin que explícitamente se contemplen tiempos para la planeación, documentación, reuniones de trabajo o asesoría a los alumnos, incrementando el riesgo a padecer síndrome de burnout.

Dentro del estudio, se encontró que el 70% los profesores trabajan entre 5 a 10 horas al día, coincidiendo así, con una investigación realizada en docentes de Enfermería de una Universidad Privada de la Ciudad de Guayaquil (13), en donde el 89% de los docentes trabajan entre 4 a 10 horas; pudiéndose asociar a una mayor prevalencia de Síndrome de Burnout trabajar un mayor número de horas. Así mismo, el 60% de los docentes, trabajan en otro lugar diferente a la Universidad de los Llanos, coincidiendo con el estudio de Molina et al. (11) en donde también, un 60% de los profesionales trabajan en dos lugares o más; además, Parra et al. (14) resaltan en su artículo, que los enfermeros docentes en Colombia no están de acuerdo con su remuneración, ya que es muy baja, comparada con las horas de trabajo, responsabilidades y situaciones estresantes; por lo que los profesionales se ven obligados a buscar otras fuentes de ingreso en horarios extra para cubrir sus necesidades.

Dentro de los datos recolectados, se obtuvo que el 60% de los docentes realizan pausas activas en su trabajo, convirtiéndose en un factor favorable para evitar el agotamiento psicosocial, tal como lo plasman González et al. (15) en su artículo, la ausencia de pausas activas, en conjunto con otras condiciones, pueden derivar en trastornos de ansiedad generalizada y reacciones de estrés grave, así mismo, resalta la importancia que dentro de los sitios de trabajo se implementen.

Al revisar los resultados obtenidos por dimensiones, se encontró que el cansancio emocional fue bajo en el 78% de los docentes, así como también en la dimensión de despersonalización con un 80% y en la dimensión de realización personal, el 93% obtuvo una puntuación alta, coincidiendo así,

con el estudio de González et al. (15), en donde en la dimensión de cansancio emocional obtuvieron una puntuación baja con un 66%, en despersonalización un puntaje bajo con 96% y en realización personal un puntaje alto con un 80%; mostrando un riesgo bajo para la aparición de Burnout en los docentes de la escuela de Cuidado. Así mismo, a partir de los resultados obtenidos, los autores recomiendan pertinente el fortalecimiento del clima organizacional y las acciones necesarias para incrementar la salud laboral a aquellos profesionales que se encuentran en un posible riesgo de este síndrome, así como prevenir la aparición de los que no presentan riesgo.

Contrario a los resultados obtenidos, en el artículo de Carpio et al. (16) se encontró que el cansancio emocional fue alto con 81%, la despersonalización alta con un 46%, y una baja realización personal con un 63.1 %; refiriendo que se debe a la mayor demanda laboral que tiene los trabajadores del sector salud, condicionando a los docentes a la pérdida progresiva de energía y el desgaste físico, a desarrollar actitudes negativas a los pacientes y estudiantes, así como también a las bajas expectativas laborales.

Al relacionar la dimensión cansancio emocional con la variable sexo se observa que en el sexo femenino se presenta nivel bajo de cansancio emocional, respecto a los hombres, llama la atención que en la muestra al ser la presencia de hombres muy baja, son los que manifiestan tener un cansancio emocional medio, según estudios (17) esto se relaciona mucho con la satisfacción que tienen las mujeres con su trabajo y las respuestas de afrontamiento a las altas demandas de trabajo.

Respecto a la dimensión de despersonalización y el tipo de vinculación de contratación por hora cátedra se observa que esta población es la que posee un nivel medio y alto respecto a la despersonalización, ya que poseen otros sitios de trabajos

diferentes a la docencia, como lo menciona en un estudio (18), este tipo de trabajos y exigencias laborales en el día le causa al docente una fatiga mental y física, donde resulta en una situación de impotencia y fracaso por no desarrollar adecuadamente sus responsabilidades.

En cuanto a la dimensión de realización personal y la edad, se encontró que a pesar de las diferentes edades que poseen los docentes tienen una alta realización personal, donde involucra el autoestima, el amor por su profesión y su trabajo con los estudiantes; evidenciado en un estudio (19) que afirma que esta dimensión está relacionada con la adecuación personal y profesional del puesto de trabajo, el clima laboral y las oportunidades que le ofrecen al trabajador para desempeñar su trabajo adecuadamente.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados encontrados en el estudio, se puede concluir que la presencia del síndrome de burnout en los docentes del Programa de Enfermería de la escuela de Salud Pública, de la Universidad de los Llanos es bajo, se asocia a variables sociodemográficas como el sexo femenino el cual tienen una buena satisfacción laboral y mejor respuesta de afrontamiento al estrés, el tener una familia e hijos donde se pueden hacer diferentes actividades fuera de espacio laboral, realizar pausas activas dentro su jornada mejorando el cansancio laboral, son factores protectores para prevenir el desarrollo del síndrome de burnout.

Por otro lado, la actividad docente en el personal de enfermería representa una condición de riesgo para la presentación del Síndrome de Burnout, y que la aplicación de programas preventivos es necesaria para el fortalecimiento de la salud laboral y mental de los mismos.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados que arrojó el estudio, en donde el síndrome de burnout en los docentes de enfermería es de predominio bajo; es importante implementar y generar estrategias para los docentes, que incluya el bienestar laboral dentro de la Universidad, puesto que como se evidenció, la mayoría de docentes trabajan en otros lugares, y teniendo en cuenta que esto a largo plazo podría desencadenar un síndrome de burnout por el estrés continuo al que se enfrentan, teniendo efectos negativos en la salud de los docentes y viendo afectada de una u otra manera la formación de los estudiantes; es así como se hace necesario crear espacios y generar actividades que propendan por la salud mental del docente, y que además, se cuenten con otros profesionales dentro de la misma institución, que se encarguen de propiciar espacios de ayuda, promoción y prevención con el personal.

Así mismo, es importante recomendar que estos temas sobre el estrés crónico en el profesional de la salud, sean tratados desde la academia; para que, de alguna forma, el futuro profesional pueda adoptar factores protectores en su entorno laboral, y sepa actuar y acudir a un profesional si es necesario.

AGRADECIMIENTOS

Queremos realizar una mención especial y así mismo agradecer a la Fundación Valle de Lili, quienes fueron indispensables para que el desarrollo de este proyecto fuera posible; ya que, favorecieron y facilitaron el proceso de investigación, autorizando la utilización del instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) validado en Cali, Colombia, que se usó en la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Escuderos A, Toscano J. Burnout y problemas de salud mental en docentes: diferencias según características demográficas y sociolaborales [Internet]. Dialnet. 2015 [citado 1 Junio del 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5735299>
2. Nova J, Mosqueda J, Tobón S. Estado del arte del "Síndrome de Burnout" en docentes, mediante la cartografía conceptual [Internet]. Dialnet. 2018 [citado 1 Junio del 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6571558>
3. BA MSc Phd S. La organización del trabajo y el estrés [Internet]. Who.int. 2019 [citado el 3 de Junio de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1
4. González Ruiz G, Carrasquilla Baza D, Latorre de la Rosa G. Síndrome de Burnout en docentes universitarios [Internet]. Medigraphic.com. 2015 [citado el 3 de Junio de 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2015/cnf154e.pdf>
5. Correa Z. El Síndrome de Burnout en Profesores Universitarios de los Sectores Público y Privado [Internet]. https://www.siicsalud.com/pdf/eyes_1_2_128890_51613.pdf. 2015 [citado el 3 Junio de 2019]. Disponible en: https://www.siicsalud.com/pdf/eyes_1_2_128890_51613.pdf
6. Martínez Royert J, Berthel Regino Y, Vergara Díaz M. Síndrome de Burnout en profesores y su relación con el aprendizaje de los estudiantes de básica primaria de una institución educativa oficial de Sincelejo (Colombia), 2016 [Internet]. Scielo.org.co. 2016 [citado el 3 Junio del 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n2/2011-7531-sun-33-02-00118.pdf>
7. Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey in Cali, Colombia [Internet]. Bibliotecadigital.univalle.edu.co. 2011 [Citado el 13 de julio de 2019]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/2967/1/adaptation.pdf>
8. Núñez S, Nieto M, López J. ¿En el personal de enfermería existe Burnout? [Internet]. Dialnet. 2016 [citado 21 Octubre 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194294>
9. Salillas R. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario: un estudio descriptivo [Internet]. Enfermeriadeltrabajo.com. 2017 [citado 21 Octubre 2019]. Disponible en: <http://enfermeriadeltrabajo.com/ojs/index.php/et/article/view/159>
10. Palmer Morales L, Prince Vélez R, Medina Ramírez C, Figueroa Largada M, López Martínez R, Rodríguez G. Prevalencia del síndrome de Burnout en docentes de la Universidad autónoma de Baja California, Mexicali, México [Internet]. Medigraphic.com. 2016 [citado 21 Octubre 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69081>
11. Molina-Mendoza F, Amador-Velázquez R, Rodríguez-García C. Síndrome de burnout: estudio comparativo entre docentes y enfermeras [Internet]. Ri.uaemex.mx. 2015 [citado 20 Octubre 2019]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/32409>
12. Universidad de los Llanos. [Internet]. Sig.unillanos.edu.co. 2017 [citado 18 febrero 2020]. Disponible en: <https://sig.unillanos.edu.co/phocadownloadpap/PD-GTH-06%20PROCEDIMIENTO%20CONTRATACION%20Y%20PAGO%20DE%20PROFESORES%20CATEDRATICOS%20A%20NIVEL%20DE%20GRADO.pdf>
13. Guaya O, Arias A. Síndrome de Burnout en docentes de la carrera de enfermería de una universidad privada de la ciudad de Guayaquil. [Internet]. 192.188.52.94. 2018 [citado 21 Octubre 2019]. Disponible en: <http://192.188.52.94:8080/handle/3317/10096>
14. Parra D, Andrés V. Trabajo de la enfermera docente en Chile: Una reflexión personal. [Internet]. Publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl. 2015 [citado 18 febrero 2020]. Disponible en: <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/rhe/article/view/495>
15. González Ruiz G, Carrasquilla Baza D, Latorre de la Rosa G, Torres Rodríguez V, Villamil Vivic K. Síndrome de Burnout en docentes universitarios [Internet]. Scielo.sld.cu. 2015 [citado 20 Octubre 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192015000400005&script=sci_arttext&tlng=en
16. Carpio G, Requis S. Nivel de Síndrome de Burnout en enfermeras docentes de práctica que laboran en una Universidad Privada de Lima [Internet]. Revistaagora.com. 2016 [citado 21 Octubre 2019]. Disponible en: <http://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/viewFile/60/58>
17. Elías B, Nancy V, Carlos S, María M. Síndrome de Quemado (Burnout) en Docentes Universitarios: El Caso de un Centro de Estudios del Caribe Colombiano [Internet]. Redalyc.org. 2017 [citado 23 febrero 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3735/373554030006.pdf>
18. Rodríguez Ramírez, JA, Guevara Araiza, A, Viramontes Anaya, E. Síndrome de burnout en docentes. IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH [Internet]. 2017;8(14):45-67. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=521653267015>
19. Muñoz A, Velásquez M. Síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería, Bogotá, Colombia [Internet]. Aprendeonline.udea.edu.co. 2016 [citado 21 Octubre 2019]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/21798>

Satisfacción del cuidado de Enfermería en usuarios hospitalizados en instituciones de salud, Villavicencio, Colombia: Pilotaje

Nursing care satisfaction in hospitalized users in health institutions, Villavicencio, Colombia: Piloting

María Paula Parrado Erazo¹
Ingri Mirabeyis Reyes Rojas¹

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes frente al cuidado de Enfermería en Villavicencio. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, muestreo probabilístico aleatorizado simple. Instrumento aplicado: Cuestionario de Evaluación Care Q (Caring Assessment Instrument) a 8 usuarios que estuvieron hospitalizados en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Villavicencio, Meta. **Resultados:** Los comportamientos percibidos con mayor satisfacción por los usuarios son: administración de tratamientos y medicinas oportunamente, brindar información clara y precisa sobre su situación de salud, escuchar al paciente y es jovial; se presenta al paciente, le explica el procedimiento a realizar. Los comportamientos percibidos con menor satisfacción son: preguntar al paciente como prefiere que lo llamen, se sienta con el paciente, toma al paciente de la mano, cuando él necesita que alguien lo anime y cuando esta con un paciente, se concentra sólo en ese único paciente. **Conclusiones:** Valorar el nivel de satisfacción de los usuarios frente al cuidado de Enfermería permite identificar la calidad de atención brindada por parte del profesional de enfermería, debilidades, fortalezas y necesidades que requiere ser mejoradas para el cuidado de los pacientes.

Palabras clave: Satisfacción, cuidado, calidad en salud, hospitalización, enfermería. Fuente: (DeCS, 2020).

ABSTRACT

Objective: To determine the level of patient satisfaction with nursing care in Villavicencio. **Materials and methods:** Quantitative, descriptive, cross-sectional study, simple randomized probabilistic sampling. Applied Instrument Care Q (Caring Assessment Instrument) Evaluation Questionnaire to 8 users who were hospitalized in Health Service Provider Institutions (PHI) in Villavicencio, Meta. **Results:** The behaviors perceived with the greatest satisfaction from users are: administration of treatments and medicines in a timely manner, providing clear and precise information about their health situation, listening to the patient and being jovial; introduces himself to the patient, explains the procedure to be performed. The behaviors perceived with less satisfaction are: asking the patient what he prefers to be called, sits with the patient, takes the patient by the hand, when he needs someone to encourage him and when he is with a patient, he concentrates only on that one patient. **Conclusions:** Assessing the level of user satisfaction with

¹ Estudiante de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Los Llanos.

nursing care allows to identify the quality of care provided by the nursing professional, weaknesses, strengths and needs that need to be improved for patient care.

Keywords: Satisfaction, care, quality in health, hospitalization, nursing. Source: (DeCS, 2020).

INTRODUCCIÓN

La Enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal (1); es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos (2).

En las instituciones de salud, especialmente en servicio de hospitalización y urgencias debido al gran número de pacientes requieren de cierta cantidad de profesionales de la salud en el servicio; sin embargo, aspectos como el poco número de personal, la gran demanda de usuarios, el tiempo requerido para realizar actividades laborales impide una atención, cuidado humanizado y de calidad, generando así poca calidad en la atención del servicio (2).

Hablar de calidad implica hablar de humanidad, para Jean Watson (3), habla de los factores de cuidado y presenta un gran reto para el profesional de enfermería pues guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas basándose en conceptos como el desarrollo de la relación transpersonal. Watson concibe la Enfermería como la disciplina que brinda cuidado tanto en el mantenimiento o recuperación de la

salud como en el proceso de finalización de la vida, apoya la idea que los pacientes requieren de cuidados holísticos que promuevan el humanismo y la calidad de vida y ve en el cuidado un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal (3).

Tanto para los profesionales de enfermería como para los que se encuentran en proceso de formación, es indispensable que tengan en cuenta aspectos, ámbitos y situaciones que se pueden llegar a presentar en cualquier tipo de servicio que se encuentren trabajando como profesionales del área de la salud, prestando un apoyo al que lo necesitan, en el proceso es esencial que se tenga presente el nivel de satisfacción prestado, este actúa como marco de referencia y guía para conocer el desempeño y las falencias presentas y cómo se pueden fortalecer (4).

El presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de satisfacción de los usuarios frente al cuidado de Enfermería en Villavicencio. Esta investigación permitió analizar la situación actual en la que se encuentra el profesional de enfermería al momento de brindar cuidados al paciente, por medio del nivel satisfacción referido por los usuarios, esta prueba piloto es relevante para el profesional y el estudiante pues permitió identificar las falencias al momento de brindar cuidado humanizado basados en las necesidades de los usuarios que son el centro en el cual se estructuran las prestaciones asistenciales (5).

La satisfacción del paciente manifiesta la calidad, siendo este un indicador de vital importancia que da la credibilidad, confiabilidad y prestigio en donde se brinda

el cuidado y por quienes es brindado, el mejoramiento en el nivel de satisfacción por parte de las profesiones de enfermería debe ser de acorde a sus necesidades y la expectativa que se promueva en un cuidado de calidad (5).

MEATERIALES Y METODOS

Es un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con muestreo probabilístico aleatorizado, es un pilotaje de 8 usuarios. Se realizó en usuarios hospitalizados en instituciones de salud de Villavicencio.

Los criterios de inclusión para seleccionar la muestra fueron los siguientes: a) Ser mayores de 18 años y menores de 68 años. b) Haber estado en el servicio dos noches o más. c) Saber leer. d) Pacientes que física y mentalmente pueden dar consentimiento informado. e) Paciente que no presenta alteraciones cognitivas a través de la Escala Pfeiffer.

La población se obtuvo de una base de datos de los pacientes hospitalizados por dengue en Villavicencio, Meta durante el año 2020, los seleccionados para la muestra corresponden a 13 pacientes hospitalizados durante las semanas epidemiológicas 34 a 37. La muestra de 10 pacientes se obtuvo mediante muestreo aleatorio simple realizando un listado de los usuarios hospitalizados y se aleatoriza con App Sorteos, se aplican criterios de inclusión y exclusión, resultando 8 pacientes para la aplicación del instrumento.

El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Evaluación Care Q (Caring Assessment Instrument / instrumento para valoración de cuidado), está compuesto por 50 conductas de atención de enfermería divididas en seis categorías: Es Accesible: conformada por seis preguntas, Explica y facilita: contiene seis preguntas, Conforta: compuesta por nueve preguntas, Se anticipa: conformada por cinco

preguntas, Mantiene relación de confianza: incluye dieciséis preguntas, Monitorea y hace seguimiento: con ocho preguntas; siendo estas las variables e indicadores del estudio. El instrumento fue diseñado y validado por Patricia Larson, el cual determina la percepción del cuidado de enfermería, el cuestionario tiene prueba de validez, la cual se obtuvo por medio de dos paneles de expertos, y prueba de confiabilidad mediante dos estudios realizados de prueba –reprueba obteniendo una correlación entre el test 1 y el test 2 de $r:1,0$; tiene una validez interna de 0.88 a 0.97(7).

Además, al tener un criterio de inclusión como pacientes que no presenta alteraciones cognitivas, este criterio se evalúa a través de la Escala Pfeiffer (Portable Functional Assessment Questionnaire, significa Cuestionario portátil de evaluación funcional), el cual tiene como propósito la evaluación del estado cognitivo a partir de la información obtenida (8).

La recolección de información se digitó en SPSS versión 19 autorizada por la Universidad de los Llanos y se obtuvo los cálculos estadísticos como medidas de tendencia central como frecuencia y promedio, y se realizó la representación gráfica de las variables estudiadas.

Consideraciones éticas

Para la realización de la prueba piloto se tuvo en cuenta los siguientes aspectos éticos: Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 por el cual se disponen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud; además de la declaración de Helsinki “principios éticos para la investigación que involucra seres humanos”, donde se vela por la dignidad de las personas pertenecientes al trabajo investigativo tomando la privacidad y confidencialidad (9). Se tuvo presente los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Se

comprometió velar por la fidelidad, veracidad y confidencialidad con los usuarios participantes del estudio.

RESULTADOS

La aplicación Cuestionario Care Q se realizó a 8 personas que estuvieron hospitalizadas por dengue en Villavicencio, esto permitió obtener la calidad del cuidado de enfermería percibido por los pacientes.

Caracterización sociodemográfica de los encuestados

Tabla 4. Distribución porcentual de la caracterización sociodemográfica de los encuestados

Variable	Características	Fr	%
Sexo	Femenino	4	50,0
	Masculino	4	50,0
Edad	25	1	12,5
	27	1	12,5
	28	1	12,5
	35	1	12,5
	45	1	12,5
	49	1	12,5
	54	1	12,5
	67	1	12,5
Nivel de estudio	Primaria incompleta	2	25,0
	Secundaria incompleta	1	12,5
	Secundaria completa	4	50,0
	Pregrado	1	12,5

Fuente: Elaboración propia

La tabla 1, indica que la población se encuentra entre los 25 y 67 años, el 50% completó el nivel de estudio secundaria.

Calidad de cuidado de enfermería, Cuestionario Care Q

Tabla 5. Es accesible, Care Q

Es accesible	Si		No	
	n	%	n	%

1. Con frecuencia se aproxima primero al paciente	7	87,5	1	12,5
2. Se ofrece a hacer pequeñas cosas para el paciente	7	87,5	1	12,5
3. Administra al paciente los tratamientos y medicinas oportunamente	8	100,0	0	0
4. La enfermera lo visita en su habitación con frecuencia para verificar su estado	6	75,0	2	25,0
5. Responde rápidamente el llamado del paciente	4	50,0	4	50,0
6. Anima al paciente a que llame si tiene problemas	4	50,0	4	50,0

Fuente: Elaboración propia

La tabla 2 indica el nivel de satisfacción percibido por los pacientes sobre la calidad del cuidado en relación con la categoría es accesible, para los usuarios consideran que su tratamiento es oportuno, seguido de un acercamiento de interés del profesional por el bienestar del paciente; sin embargo, hay un porcentaje importante de insatisfacción respecto al llamado y el interés sobre responder los problemas

Tabla 6. Explica y Facilita, Care Q

Explica y facilita	Si		No	
	n	%	n	%
7. Informa la paciente sobre los sistemas de ayuda disponibles, tales como los grupos de auto-ayuda o los pacientes con enfermedades similares	8	100,0	0	0
8. Ayuda al paciente a expresarse, proporcionándole información adecuada	7	87,5	1	12,5
9. La enfermera le da información clara y precisa sobre su situación de salud	8	100,0	0	0
10. Enseña al paciente a cuidar de sí mismo siempre que sea posible	8	100,0	0	0
11. Sugiere al paciente las preguntas que puede formularle a su médico	6	75,0	2	25,0
12. Es honesta con el paciente en cuanto a su condición médica	8	100,0	0	0

Fuente: Elaboración propia

La tabla 3 indica el nivel de satisfacción frente a la calidad del cuidado de enfermería percibido por los pacientes sobre los

comportamientos incluidos en la categoría “explica y facilita”, la cual comprende actividades de enseñanza, educación sobre el proceso salud enfermedad (PSE), se encontró que los usuarios consideran que se le informa los sistemas de ayuda, seguido de brindar información clara y la enseñanza del autocuidado; sin embargo, hay un porcentaje de insatisfacción respecto a sugerir preguntas que sean formuladas al médico.

Tabla 7. Conforta, Care Q

Conforta	Si		No	
	n	%	n	%
13. Procura medidas básicas de confort, tales como iluminación adecuada, control de ruido y sábanas adecuadas, para que pueda descansar cómodamente	8	100	0	0
14. Infunde ánimos al paciente identificando elementos positivos relacionados con el estado y el tratamiento del paciente	5	62,5	3	37,5
15. La enfermera es amable con usted a pesar de tener situaciones difíciles	8	100,0	0	0
16. La enfermera es jovial	8	100,0	0	0
17. Se sienta con el paciente	2	25,0	6	75,0
18. Toma al paciente de la mano, cuando él necesita que alguien lo anime	2	25,0	6	75,0
19. Escucha al paciente	8	100,0	0	,0
20. Habla con el paciente	6	75,0	2	25,0
21. Involucra a la familia del paciente o a otros allegados en su cuidado	8	100,0	0	0

Fuente: Elaboración propia

La tabla 4 indica el nivel de satisfacción frente al cuidado de enfermería percibido por los pacientes en relación al confort y bienestar del paciente, se encontró que los usuarios consideran que se brinda un ambiente de confort, seguido de la amabilidad y escucha al paciente; sin embargo, hay un porcentaje importante de insatisfacción respecto al acercamiento como sentarse o tomar la mano del paciente.

Tabla 8. Se Anticipa, Care Q

Se anticipa	Si		No	
	n	%	n	%
22. La enfermera le presta mayor atención a usted en las horas de la noche	5	62,5	3	37,5
23. Se anticipa al impacto del paciente y su familia con relación al diagnóstico y planifica oportunidades para hablarles al respecto, individualmente o en grupo	5	62,5	3	25,0
24. Sabe cuándo el paciente "ha tenido lo suficiente" a actúa en concordancia, por ejemplo, reprograma un examen, selecciona la visita de acuerdo con el gusto del paciente y garantiza privacidad	8	100	0	0
25. Es receptiva ante las necesidades del paciente, planea y actúa en consecuencia, por ejemplo, administra un medicamento para evitar las náuseas, cuando el paciente está recibiendo una medicina que probablemente le causará náuseas	7	87,5	1	12,5
26. Prevé que las "primeras veces" son las más difíciles y pone atención especial al paciente durante estas oportunidades	6	75,0	2	25,0

Fuente: Elaboración propia

La tabla 5 indica un nivel de satisfacción homogéneo frente a la calidad del cuidado de enfermería percibido por los pacientes en el marco de la categoría se anticipa, en la que los usuarios consideran que se garantiza la privacidad y programar los exámenes de acuerdo al gusto del paciente; sin embargo, hay un porcentaje de insatisfacción respecto a la atención durante las noches ni anticipa al impacto en la familia.

Tabla 9. Mantiene Relación de Confianza, Care Q

Mantiene relación de confianza	Si		No	
	n	%	n	%
27. Cuando esta con un paciente, se concentra sólo en ese único paciente	3	37,5	5	62,5
28. Continúa interesada en el paciente, aunque haya pasado por una crisis o fase crítica	6	75	2	25
29. Ofrece al paciente alternativas razonables, tales como elección del tiempo para las citas, tiempo para el baño, entre otras	8	100	0	0
30. Ayuda al paciente a establecer metas realizables	5	62,5	3	37,5
31. Comprueba con el paciente la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios en su estado	4	50	4	50
32. Comprueba las percepciones del paciente con el mismo paciente antes de iniciar cualquier intervención, por ejemplo, si la enfermera tiene la percepción de que el paciente esta ofuscado con el plan de tratamiento, lo discute con el paciente antes de hablar	8	100	0	0
33. Ayuda al paciente a aclarar su pensamiento acerca de su enfermedad	8	100	0	0
34. Acepta que el paciente es el que mejor se conoce, y lo incluye siempre que es posible, en la planificación y administración del cuidado	7	87,5	1	12,5
35. Anima al paciente para que le formule preguntas las preguntas que pueda tener	7	87,5	1	12,5
36. Coloca al paciente en primer lugar, sin importar lo que pase	7	87,5	1	12,5
37. Es agradable y amistosa con los familiares del paciente y los demás allegados	8	100	0	0
38. Permite al paciente expresar totalmente sus sentimientos acerca de su enfermedad y tratamiento, manejando la información confidencialmente	8	100	0	0
39. Pregunta al paciente como prefiere que lo llamen	1	12,5	7	87,5
40. Tiene una proximidad estable con el paciente	8	100	0	0
41. Logra tratar al paciente como una persona	8	100	0	0
42. Se presenta al paciente, le explica el procedimiento a realizar	8	100	0	0

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°6 indica el nivel de satisfacción frente a la calidad del cuidado de enfermería, percibido por los pacientes en el marco de la confianza brindada, los usuarios consideran que se ofrecen alternativas, seguido de una comunicación asertiva y proximidad estable; sin embargo, hay un porcentaje importante de insatisfacción respecto a la preferencia de que llamen al paciente, seguido de la atención a un único paciente.

Tabla 10. Monitorea y hace seguimiento, Care Q

Monitorea y hace seguimiento	Si		No	
	n	%	n	%
43. Su uniforme e insignias la caracterizan como enfermera	8	100	0	0
44. Se cerciora de que la programación de citas profesionales, por ejemplo, procedimientos especiales, se acomodan a la real condición situación del paciente	7	87,5	1	12,5
45. La enfermera es organizada en la realización de su trabajo	8	100	0	0
46. La enfermera realiza los procedimientos con seguridad	8	100	0	0
47. Es calmada	8	100	0	0
48. Proporciona buen cuidado físico al paciente	8	100	0	0
49. Se asegura de que otros sepan cómo cuidar al paciente	8	100	0	0
50. Sabe cuándo llamar al médico	8	100	0	0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7 indica el nivel de satisfacción frente a la calidad del cuidado de enfermería percibido por los pacientes en el marco de monitoreo y seguimiento, se evidencia que los usuarios consideran que el personal de enfermería se destaca por la organización, seguridad y liderazgo; sin embargo, hay un porcentaje de insatisfacción respecto a la gestión y confort en la programación de procedimientos y citas teniendo en cuenta la situación de salud del paciente.

Edad de los pacientes y la atención en horas de la noche prestada por el personal de enfermería.

Tabla 11. Edad de los pacientes vs la atención en horas de la noche prestada por el personal de enfermería

Variables		22. La enfermera le presta mayor atención a usted en las horas de la noche	
		Si	No
Edad en años del encuestado	25	1	0
	27	1	0
	28	1	0
	35	1	0
	45	0	1
	49	1	0
	54	0	1
	67	0	1
Total		5	3

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8 indica la satisfacción de los pacientes frente a la calidad de cuidado de enfermería en horas de la noche encontrando que, a pacientes con edades de 45, 54 y 67 años quienes señalan que no reciben atención en ese momento del día, lo cual resulta preocupante teniendo en cuenta su edad y el riesgo de caídas y la importancia de la vigilancia durante estas horas.

DISCUSIÓN

Caracterización sociodemográfica de los encuestados

La prueba piloto reporta que los usuarios encuestados estaban distribuidos de manera equitativa entre mujeres y hombres; es decir, 50% eran mujeres y 50% restante hombres; además, se encuentran en la etapa de adultez y vejez del ciclo vital según el Ministerio de Salud y Protección Social (6); y la mitad de los encuestados completaron la secundaria. Estudios similares reporta que la mayoría de los encuestados con un 62% fueron mujeres y

42,3% tenían educación secundaria (7); en otro se encontró que el 51,8% de los pacientes eran hombres y en su mayoría tenían bachiller completo. En el mismo asociaron la satisfacción con la información y el trato, capacidad de resolución del problema, la cualificación de los profesionales (8).

Calidad de cuidado de enfermería, Cuestionario Care Q

La prueba piloto reporta que en la categoría “es accesible”, la cual comprende comportamientos relacionados al acercamiento, se ofrece a hacer pequeñas cosas para el paciente; de acuerdo con las respuestas obtenidas en esta categoría, se encuentra que la mayor parte de los pacientes percibe como de alta importancia el comportamiento de administrar tratamientos y medicinas oportunamente, obtuvo una calificación de 100%; sin embargo fue percibido con menor satisfacción aspectos como responder rápidamente al llamado y el interés sobre responder los problemas.

Estos hallazgos se fundamentan en la investigación realizada en Cartagena (9), reporta alta satisfacción del cuidado de enfermería con un 80.6% donde se comprenden las necesidades de administración de medicamentos y la realización de procedimientos. En otro estudio, se encontró que el 60% de los pacientes manifiestan un nivel medio de satisfacción, seguido de un 25% con nivel alto y un 15% con nivel bajo. Estudios similares (11) (7) reportan un alto nivel de satisfacción de los pacientes frente al cuidado de enfermería recibido; además concluyen que la institución debe implementar un sistema de evaluación permanente de la cualidad del cuidado.

CONCLUSIONES

De acuerdo al nivel de satisfacción del cuidado de enfermería en usuarios hospitalizados en Instituciones de Salud, se encontró que las categorías con mayor

porcentaje de satisfacción fueron “Monitorea y hace seguimiento”, “Explica y Facilita”, “Mantiene Relación de Confianza”; por otro lado, la categoría con menor satisfacción fue “Es accesible”. Esto puede estar asociado al enfoque de cuidado y al sistema de salud que se encuentra ahora, en el cual el profesional de enfermería está enfocado en el rol administrativo. Además, permitió la identificación de potencialidades y deficiencias en el profesional de Enfermería.

Los comportamientos percibidos con mayor satisfacción por los usuarios son: administración de tratamientos y medicinas oportunamente, brindar información clara y precisa sobre su situación de salud, escuchar al paciente y es jovial; se presenta al paciente, le explica el procedimiento a realizar. Los comportamientos percibidos con menor satisfacción son: preguntar al paciente como prefiere que lo llamen, se sienta con el paciente, toma al paciente de la mano, cuando él necesita que alguien lo anime y cuando esta con un paciente, se concentra sólo en ese único paciente.

Por otro lado, es importante mencionar la necesidad de investigaciones que permitan la evaluación del cuidado de enfermería y de esta manera se establezcan planes de

mejoramiento en las instituciones con el fin de prestar un servicio de salud de calidad.

RECOMENDACIONES

Es necesario seguir realizando estudios en la ciudad de Villavicencio para que los resultados obtenidos en esta prueba piloto se puedan ser comparados y correlacionados con otros estudios, que permitan visualizar de manera subjetiva la percepción de los usuarios frente al cuidado de enfermería. Por otro lado, se debe fomentar la investigación por parte de la universidad sobre este tema, es de suma importancia para nosotros como trabajadores en el área de la salud conocer como nuestra labor es percibida por los usuarios, así mismo mejorar en las falencias encontradas para lograr cumplir ese gran objetivo que es llevar salud y cuidado de calidad como como lo plantea Florence Nightingale.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Es importante resaltar que esta prueba piloto tiene limitaciones relacionadas con el alcance de la muestra, el cual no permite extrapolar o generalizar los resultados; además de la situación de pandemia que impidió el desarrollo de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. [Internet]. [Citado 25 octubre 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>
2. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. ACTA. [En línea]. 2007. [Citado 25 octubre 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
3. Urrea ME, Jana AA, García VM. Cienc. enferm. [Internet]. 2011 Dic [Citado 20 Febrero 2020]; 17(3): 11-22. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>.
4. García-García A, Arévalo-Velasco A, García-Iglesias M, Sánchez-Alacoque L, Josete L, Costa M, Trevizan M, Carvalho DC. Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería. Rev ciencia y enferm XI años. 2001; (2): 35-46.
5. Vásquez M. Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) y la gestión del cuidado. Scielo. [Internet]. 2014. [Citado 25 octubre 2019]. Vol 16. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072014000100001
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Ciclo de vida [Internet]. minsalud.gov.co [citado 15 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cicloVida.aspx>
7. Fernández-Ayuso RM, Morillo-Velázquez JM, Fernández-Ayuso D, de la Torre-Montero. Validation to Spanish of the
8. Caring Assessment Tool (CAT-V). Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2965. [Access 06/02/2021]; Available
9. from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2965.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/1518-8345.0920.2965>.
10. Buchanan J, Dawkins P, Lindo JL. Satisfaction with nursing care in the emergency department of an urban hospital in the developing world: A pilot study. Int Emerg Nurs. 2015;23(3):218-224. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25700596-satisfaction-with-nursing-care-in-the-emergency-department-of-an-urban-hospital-in-the-developing-world-a-pilot-study/> doi:10.1016/j.ienj.2015.01.001
11. Ruiz Romero V., Fajardo Molina J., García-Garmendia J.L., Cruz Villalón F., Rodríguez Ortiz R., Varela Ruiz F.J. Satisfacción de



- los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Revista de Calidad Asistencial. Vol. 26. Núm. 02. Marzo 2011 -Abril 2011 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidadasistencial-256-articulo-satisfaccion-los-pacientes-atendidos-el-90002932>
12. Chavez D, Romeo R, Zuñiga J. Percepción de la Calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados en el hospital Universitario del Caribe. Repositorio Unicartagena. Universidad del Caribe; Cartagena. 2013. Vol 1: 1-53. Disponible en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/2686/informefinal.pdf;jsessionid=8BAC9848054973635882EEFA15F80805?sequence=1>
 13. Morales C. Nivel de Satisfacción de los pacientes que asistieron al Servicio de Urgencias en una Institución de primer Nivel de Atención en Salud, durante Febrero a Abril de 2009. [Enfermero]. Pontificia Universidad Javeriana; Santafé de Bogotá. 2009.
 14. Santana de Freitas J, et al. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Scielo [Internet]. 2014 [citado 15 octubre 2020]; 22 (23). Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf

Conocimientos y prácticas familiares en el manejo del dengue en el asentamiento Trece de Mayo: una prueba piloto

Family knowledge and practices in the management of dengue in the Trece de Mayo settlement: a pilot test

Conhecimento e práticas da família na gestão da dengue no estabelecimento Trece de Mayo: um teste piloto

Erika Muñoz Olivera¹
Emilce Salamanca Ramos²

RESUMEN

De acuerdo con la OPS se considera que la participación activa de la sociedad es un elemento clave en la lucha contra el dengue. Siendo importante fomentar mayor compromiso e integración entre las personas para crear conciencia del problema del dengue y ser participantes a la solución de la enfermedad proporcionada por la picadura de la zancuda. **Objetivo:** identificar los conocimientos y prácticas de la familia en el manejo del dengue en el asentamiento trece de mayo del municipio de Villavicencio- Meta con el fin de generar estrategias para el control de la enfermedad. Método a través de un estudio descriptivo con variables cualitativas y variables cuantitativas. **Materiales y métodos:** desde lo cualitativo se empleó la herramienta etnográfica focalizada utilizando la entrevista semiestructurada y el diario de campo y para lo cualitativo se utilizó la investigación descriptiva con unos instrumentos que permitían valorar los conocimientos, actitudes y prácticas y una encuesta sociodemográfica. **Relevancia** la familia tiene un nivel alto debido a que afirman que los principales medios de prevención son: fumigar, no dejar aguas en recipientes, utilizar toldillo, afirmando que no se debe mantener los depósitos de agua porque este vector se propaga. **Conclusión** es importante que la familia participe en las campañas que realizan en la comunidad o ser promotores de liderar campañas para el manejo del dengue y reconozcan que los factores sociodemográficos son fundamentales para lograr un adecuado control de la enfermedad.

Palabras claves: Enfermedad; familia; conocimientos; comunidad; control biológico. Fuente: Tesouro/UNESCO, 2020.

¹ Estudiantes Prog. Esp. en Salud Familiar, Ciencias de la Salud, Universidad de Los Llanos

² Docente, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Los Llanos.

ABSTRACT

According to PAHO, the active participation of society is considered a key element in the fight against dengue. It is important to promote greater commitment and integration among people to raise awareness of the dengue problem and be participants in the solution of the disease provided by the mosquito bite. Research objective to identify the knowledge and practices of the family in the management of dengue in the thirteenth of May settlement of the municipality of Villavicencio-Meta in order to generate strategies for the control of the disease. Method through a descriptive study with qualitative variables and quantitative variables. Methodology from the qualitative point of view, the focused ethnographic tool was used using the semi-structured interview and the field diary, and for the qualitative one, the descriptive research with instruments that allowed to assess knowledge, attitudes and practices and a sociodemographic survey. Relevance the family has a high level because they affirm that the main means of prevention are: fumigation, not leaving water in containers, using mosquito net, affirming that water tanks should not be maintained because this vector spreads. Conclusion It is important for the family to participate in the campaigns they carry out in the community or to be promoters of leading campaigns for the management of dengue and recognize that sociodemographic factors are essential to achieve adequate control of the disease.

Key words: Disease; family; knowledge; community; biologic control. Source: Thesaurus / UNESCO, 2020.

RESUMO

Segundo a OPAS, a participação ativa da sociedade é considerada um elemento-chave no combate à dengue. É importante promover um maior comprometimento e integração entre as pessoas para conscientizar o problema da dengue e participar da solução da doença causada pela picada de mosquito. Objetivo da pesquisa é identificar os conhecimentos e práticas da família no manejo da dengue no assentamento de 13 de maio do município de Villavicencio-Meta, a fim de gerar estratégias para o controle da doença. Método através de um estudo descritivo com variáveis qualitativas e variáveis quantitativas. Metodologia do ponto de vista qualitativo, utilizou-se o instrumento etnográfico focalizado, utilizando a entrevista semiestruturada e o diário de campo, e para o qualitativo, o pesquisa descritiva com instrumentos que permitiram avaliar conhecimentos, atitudes e práticas e levantamento sociodemográfico. A relevância da família é de alto nível, pois afirma que os principais meios de prevenção são: fumigação, não deixar água em recipientes, usar mosquiteiro, afirmando que os tanques de água não devem ser mantidos porque esse vetor se espalha. Conclusão É importante que a família participe das campanhas que realiza na comunidade ou seja promotora de campanhas líderes no manejo da dengue e reconheça que os fatores sociodemográficos são essenciais para o controle adequado da doença.

Palavras-chave: Doença; família; conhecimento; comunidade; controle biológico. Fonte: Thesaurus / UNESCO, 2020.

INTRODUCCIÓN

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019), el dengue continúa siendo un dilema de salud pública en la región de las Américas transitando simultáneamente los 4 serotipos de dengue (DENV 1, DENV 2, DENV 3 y DENV 4), en cuanto al virus es transmitido por la picadura de las hembras de la especie de mosquitos *Aedes Aegypti*, es necesario recalcar que se suele equivocar con una gripe, por tanto, conviene decir que el dengue después del periodo de incubación, comienza de manera brusca y pasa por tres fases: Fase febril, Fase crítica, Fase de recuperación(1).

De acuerdo con la OPS se considera que la participación activa de la sociedad es un elemento clave en la lucha contra el dengue, se trata desde luego, de que la comunidad con un bajo nivel de conocimiento participe de manera práctica en el control del dengue. Siendo importante fomentar mayor compromiso e integración entre las personas para crear conciencia del problema del dengue y ser participantes a la solución de la enfermedad proporcionada por la picadura de la zancuda(2). De la misma manera brindar el conocimiento que tienen precisamente porque es la posibilidad de opinar en función de las experiencias vividas, es un enriquecedor aporte que se puede obtener de cada uno de ellos como retroalimentación mutua de los profesionales y la comunidad; adquiriendo aprendizaje de ambas partes mediante la educación para lograr acción individual y colectiva como una forma de empoderamiento de toda la sociedad.

Según la organización Mundial de la salud (OMS, 2016), se caracterizó por grandes brotes de dengue en todo el mundo. La Región de las Américas notificó más de 2.380.000 casos ese año, y solo en Brasil hubo poco menos de 1.500.000 casos, es decir, cerca de tres veces más que en 2014. En la región se notificaron asimismo 1.032 muertes por dengue. En la Región del Pacífico Occidental,

en 2016 se notificaron más de 375.000 casos, 176.411 de ellos en Filipinas y 100.028 en Malasia, cifras que representan una carga similar a la de años anteriores en ambos países. Las Islas Salomón declararon un brote con más de 7.000 casos sospechosos. En la Región de África, Burkina Faso notificó un brote localizado con 1061 casos probables(3).

Con respecto al Instituto Nacional de Salud Colombiano (2017), el dengue en Colombia se procede de patologías infecciosas con un considerable impacto en el país; informó, para la tercera semana de marzo del 2015, que el número total de casos de esta infección confirmados por clínica era de 231.392, con 1.528 confirmados por laboratorio y 3.848 sospechosos, para un total general de 236.768, lo que confirma que la infección por el virus aún tiene tendencia al aumento. Es decir, la conducta epidemiológica de la enfermedad ha sido significativa por el incremento de las áreas endémicas en las últimas décadas(4).

Estos hechos establecen en el área de salud pública para el Departamento del Meta y para este estudio detallado en el municipio de Villavicencio, un importante dominio de las características de conocimiento, actitudes y prácticas de la comunidad en general para establecer los factores que probablemente inciden en el riesgo de enfermar desde las características de los hábitos y estilos de vida de las personas, los cuales están condicionando la intervención de la comunidad en el tratamiento de control del dengue en estas comunidades(5).

Actualmente el dengue en el departamento Meta se ha convertido en un problema para la salud pública, Según Jorge Ovidio Cruz secretario de Salud, indico que en el informe del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 2019, el total de casos en el Meta asciende a 711, con una incidencia en el periodo de 7.15% para el 12 de febrero de 2019(6). En cuanto al boletín epidemiológico de la secretaria de salud del Departamento de Meta, en la edición N°2, históricamente el Departamento ha sido endémico para todas

las enfermedades transmitidas por vectores ya que cuenta con todas las condiciones eco-epidemiológicas para su desarrollo en la cual la incidencia de dengue Departamento del Meta Vs Colombia 2002-2018, según SIVIGILA, META 2018 el año 2013 fue el de mayor incidencia en el Meta dado que están presente en este lugar los 3 factores necesarios para el desarrollo de las ETV: ambiente, huésped y agente(7).

Una de las causas son las dificultades en el abastecimiento de agua, la falta de conocimientos, conciencia y educación sanitaria por parte de la comunidad añadido al deterioro de los programas de control del vector son algunas de las circunstancias relacionadas al esparcimiento del *Aedes Aegypti* y al aumento en la circulación de los cuatro serotipos del virus. El dengue sin duda, es una enfermedad primordial en salud pública a nivel regional y nacional, debido a que está dada por la interacción de diferentes determinantes sociales de la salud, ambientales sociodemográficos, culturales y socioeconómicos. De tal manera, que la investigación se realizó en uno de los lugares donde los determinantes sociales de la salud están afectados permanentemente por las condiciones sociales y económicas que viven las familias.

Ahora bien; como dice en el plan decenal de salud 2012-2021, sin duda algún tiene objetivos claro para contribuir a la reducción de la carga de las “Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) (Malaria, Dengue, Leishmaniasis, Enfermedad de Chagas), producto de su discapacidad, mortalidad y morbilidad, que afecta a la población colombiana, a través de la implementación, monitoreo, evaluación y seguimiento de la estrategia de gestión integral para las ETV”(8). Basándose en el cumplimiento de los objetivos del mismo documento de la nación, los departamentos y municipios deben implementar la Estrategia de Gestión Integral EGI ETV; como es natural

reorientan el programa a un modelo gerencial.

Además, el Dengue una “infección transmitida por la picadura de la hembra del mosquito *Aedes Aegypti*”(9). En este orden de ideas esta enfermedad se divide en varios tipos de dengue: dengue sin signos de alarma, dengue con signos de alarma y el dengue grave en el que se engloba ahora el síndrome de choque de dengue, la enfermedad se puede detectar a través de varias observaciones como lo son: fiebre, dolor de cabeza, sarpullidos y dolor en todo el cuerpo. Además, es importante estar informando a la comunidad, desde los centros de salud, campañas y todos los medios de comunicación que tienen hoy en día acerca del peligro que representa esta enfermedad para cada uno, principalmente los bebés menores de un año que son quienes no pueden hablar para hacer saber que les duele y donde, el dengue se defina de manera sencilla las características, complicaciones y signos de alarma del dengue son sencillas y elementales para detectar a tiempo la enfermedad.

Por esta razón la familia y comunidad deben participar en la prevención del dengue a través de la eliminación de criaderos potenciales de mosquito. Por este motivo resulta fundamental la participación activa y consciente de la familia como factor fundamental en la tarea de erradicación o control del dengue(10). Cabe resaltar que desde la familia y salud familiar están vinculadas estrechamente para abordar estos aspectos que determinan la salud de las personas, familias y comunidades en los ámbitos donde transcurre la vida cotidiana; teniendo una visión que permitió en este proyecto de investigación integrar los elementos de APS, el enfoque de salud familiar, la gestión del riesgo en salud, la docencia y sistemas de seguridad y vigilancia en salud con el fin de fortalecer la familia en el manejo y cuidado del dengue.

Por otro lado, la finalidad de la investigación tuvo el con el propósito de establecer los conocimientos y prácticas de la prevención de la enfermedad en el núcleo familiar. En síntesis, el estudio contribuyo a conocer, las condiciones sociales, demográficas y la percepción de la familia en el manejo del dengue en el asentamiento trece de mayo-Villavicencio, Meta; dejando de esta manera aportes significativos para la familia y los estudiantes futuros de la especialización en salud familiar.

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo transversal con variables cualitativas y cuantitativas. Las variables cualitativas se utilizó la herramienta de la etnografía focalizada, según Ospina(11) los estudios etnográficos son aquellos que recogen una visión global del ámbito social estudiado desde distintos puntos de vista interno de los miembros del grupo y una perspectiva externa, es decir, la interpretación del propio investigador, que en suma puede mostrarnos la apropiación de las marcas en la vida como herramienta en la construcción de identidad. Para ello se utilizó el diario de campo como el principal instrumento de registro de procesos de observación etnográfica porque esté va acompañado de un análisis con base en la cartografía social del contexto donde la acción, problema o estudio se desarrolla(12), observación basada en Martínez(13) y la entrevista semiestructurada de Mildred Martínez(14), con unas categorías preestablecidas como fueron: Dinámica familiar, percepción del riesgo de la familia a la enfermedad, conocimientos y prácticas, social, demográfica y cultural.

Para la variable cuantitativa se utilizó la investigación descriptiva para medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos y variables a las que se refiere Sampiere(15) y se empleó la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) que fue diseñada

y autorizada por Castañeda Porras, O (2011) para el uso de este proyecto, está conformada por 24 preguntas cerradas, 6 abiertas. Las preguntas cerradas son con respuesta dicotómica (Si – No), donde se indagaron conocimientos, prácticas y acciones tomadas en control del dengue. Para la aplicación de la encuesta se realizó un entrenamiento previo en el manejo del formato y su adecuado diligenciamiento(16). Además, se tuvo en cuenta para las variables cualitativas la herramienta etnográfica focalizada con los instrumentos de diario de campo y la entrevista semiestructurada, cuya ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos(17). Los reportes de valides y confianza fueron un 100% de confiabilidad y confirmados dados, a partir de las entrevistas y visitas que se realizaron a la familia para validar la información obtenida.

Se elaboró un instrumento para conocer las características sociodemográficas de la familia diseñada por las autoras de la investigación. La población es de 1200 familias del asentamiento13 de mayo de la ciudad de Villavicencio, con una muestra no pirobalística, intencionada de una familia, cumpliendo los siguientes criterios de inclusión: aceptar el consentimiento informado, vivir en el asentamiento trece de mayo, participar voluntariamente de la investigación y ser mayor de edad.

Para la recolección del procesamiento y el análisis de la información se realizó en las siguientes fases: *Fase uno*: Acercamiento a la comunidad, *Fase dos*: Recolección de la información, *Fase tres*: Análisis de la información, *Fase cuatro*: Análisis de resultados utilizando herramientas de Word y Excel y *Fase cinco*: Producción del informe final y el artículo científico.

Consideraciones éticas: Para la realización del proyecto se tuvo en cuenta los parámetros éticos para estudios con seres humanos

contenidos en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia(18). Por la cual se establecen las normas, académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

RESULTADOS

Fue una familia del asentamiento trece de mayo, con jefatura femenina, con un promedio de edad de 39 años con dos hijos, soltera con estudios completos de secundaria, afiliada al régimen subsidiado, desplazada del municipio de Guaviare. A continuación, se presentan las categorías y subcategorías que emergieron en el análisis de la familia respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el dengue en el hogar y la comunidad del asentamiento trece de mayo.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la familia.

Variable	Información
Edad	39 años
Grupo poblacional	Desplazada
Estado civil	Soltera
Lugar de procedencia	Guaviare
Lugar de residencia	Asentamiento trece de mayo
La vivienda que habita es	Familiar
La vivienda cuenta con todos los servicios	No
Número de personas que habitan el hogar	3
Estrato socioeconómico	Uno bajo
Oficio u ocupación	Oficios varios
Ingresos económicos proviene	Propios y del hijo mayor
Ingresos mensuales familiares	Menos del mínimo
Afiliación a régimen de seguridad social	Subsidiado
Padece actualmente de alguna enfermedad	No

Fuente: Encuesta sociodemográfica de la familia. La identificación de los conocimientos y prácticas de la familia en el control del

dengue, se realizó a través de aplicación de la encuesta CAP, obteniendo los siguientes resultados:

Conocimientos

En este se valoró inicialmente los conocimientos de la familia sobre el dengue. En cuanto a la forma de transmisión está clara “viene transmitida por la picadura de un zancudo”, resaltando que ellos indican que “no todos los zancudos son transmisores de dengue” y que su reproducción es a través de aguas estancadas.

Además, tienen conocimiento de que “el zancudo pica a alguien con dengue y contagia al otro cuando lo pica” es decir tiene precisión de que no nos contagiamos de dengue por estar al lado de un enfermo, sino que nos contagiamos porque el vector pica a una persona infectada y después a una persona sana y es aquí donde se presenta el contagio, a esto mismo tienen presente algunos síntomas del dengue como fiebre, vómito y puntos rojos en la piel. Finalmente es importante que la familia asocia directamente la prevención del dengue con el lavado de la pila y canecas además de usar toldillo. Sin embargo, no existe una claridad del nombre del vector tampoco a qué horas pica el zancudo para transmitir el dengue, ni conoce las larvas del zancudo.

Actitudes

En general hay una actitud favorable hacia los temas relacionados con la prevención del dengue, existe una buena disposición para realizar actividades en el hogar que favorezcan la prevención de la enfermedad desde el aseo todos los días de la vivienda, tener cubierto con anejo las canecas, tanque y lavar dos veces a la semana con agua, detergente y cepillo para limpiar bien los recipientes de almacenamiento de agua.

Sin embargo, no se evidencia la responsabilidad a nivel de la comunidad lo cual indica un riesgo ambiental, es una familia que no asiste a las reuniones, tampoco

participa en actividades para prevenir el dengue, en su comunidad, y mucho menos se coloca de acuerdo para la recolección de inservibles de los alrededores de su vivienda con los vecinos, la poca comunicación entre vecinos hace que existe un alto riesgo de propagarse la enfermedad, además se suma la no educación a otros miembros de la familia, no hace posibilidad de realizar acciones de control, ni lidera campañas para prevenir el dengue.

Finalmente es una familia que no consigue ayuda para programas y tampoco ayuda a reclamar a las autoridades cuando considera que no están realizando acciones para controlar el dengue en su comunidad. Son demasiadas ausencias que existen en la familia en cuanto a las acciones que se pueden tomar como medida de prevención del dengue, esto hace que el riesgo ambiental aumente y una vez sucede esto están todos en riesgo de que el vector se propague y la enfermedad con él.

Prácticas

En la encuesta CA, se evidenció que la familia no le gusta auto medicarse siempre que presentan síntomas de fiebre alta acuden inmediatamente al médico así sea lejano su lugar de asistencia médica. Por otra parte, la comunidad presenta dificultades para recolectar agua porque no cuentan con un acueducto propio y tampoco están vinculados al acueducto de Villavicencio, por esto mismo en la vivienda tienen un tanque y dos canecas para almacenamiento de agua el cual utilizan para los oficios del hogar y para el consumo.

Por la falta constante de este servicio es recolectada en recipientes con un adecuado manejo evitando larvas y contaminaciones que provoquen enfermedades. Además de eso cuentan con toldillo en las habitaciones para prevenir la picadura del zancudo. Al preguntarle a la familia: ¿qué hace para evitar el dengue?, la respuesta fue “cubrir las canecas y tanque con anjeo; no tener aguas

posadas, dormir con toldillo y fumigar cada vez que se tienen recursos económicos para el veneno”, dada su situación económica es complicada porque viven de menos de un salario mínimo, pero aun así son una familia consciente que lo más importante es desaparecer los sitios de criadero, esto lo realizar con un lavado del tanque y canecas de dos veces por semana, con agua, detergente, cepillo y agua para prevenir enfermedades.

A partir de la entrevista semiestructurada se analizaron las narrativas y emergieron seis categorías que a continuación se describen:

Categoría I: La guerra y sus víctimas

En esta categoría se establece algunas manifestaciones de la guerra y sus víctimas, a la familia allí se le observa sentimientos encontrados donde manifiestan que ¡uno pierde todo!, pero también la inconformidad del conflicto armado. A partir de ello emergen las siguientes subcategorías:

Subcategoría I: conflicto armado.

"Por la violencia, fuimos despojados de nuestras tierras" (E1FM1C1). "Me vine a rodar por la vida de lado a lado porque uno pierde todo" (E1FM1C2). "Una casa cerca de la zona rural desde esa casa vivimos violencia de todo tipo mirábamos los combates entre la policía y los malos" (E1FM1C9).

Subcategoría II: ¡uno pierde todo!

"Hasta que un día los malos nos despojaron de nuestras pertenencias y nos tocó salir corriendo y dejarlo todo; absolutamente todo es todo" (E1FM1C10).

En este sentido, la familia es víctima de la violencia del conflicto armado, son obligados a ser desplazados y dejar abandonado su hogar y sus pertenencias. Por otra parte, también se ve comprometida la eficiencia económica y el problema de tener un hogar fijo y seguro donde puedan convivir sin riesgos y dificultades; realmente la guerra es

un verdadero desastre provocado por el hombre, que determina una desorganización total de la sociedad, afectándola desde todos los puntos de vista. Igualmente, el hecho de desplazarse consume una serie de recursos que se vieron afectados el bienestar y la salud de los integrantes.

Categoría II: Los desafíos que enfrentan las familias.

En esta categoría se busca plasmar lo difícil que es volver a empezar en un lugar ajeno, porque no solo son víctimas del conflicto armado, sino que también se enfrentan a las dificultades económicas y a un nuevo contexto social. A partir de ello emergen las subcategorías como ¡para uno es difícil! y las dificultades económicas, que a continuación se describen:

Subcategoría I: ¡Para uno es difícil!

"No fue fácil y vea mucha gente cree que es fácil arrancar de cero así se tenga el apoyo de alguien es mentira para uno es difícil" (E1FM1C4). "No tenía dificultades era feliz con mi hijo lo tenía en un buen colegio" (E1FM1C5). "Lo que tengo en esta casa es porque la gente me lo ha regalado" (E1FM1C7). "Hasta la ropa que visto me la regalaron después de tener ropa muy bonita y elegante y pues véame ahora tener que pasar a vestirme con la caridad que han tenido las personas con mis hijos y conmigo" (E1FM1C8). "Decidí mejor seguir sola con mis dos hijos como siempre he estado sola con ellos y rodando por la vida" (E1FM1C63).

Subcategoría II: Dificultades económicas

"Trabajaba haciendo deditos de queso, también vendiendo manualidades, juegos de aretes y cadenas" (E1FM1C15). "No tengo experiencia entonces las personas que me conocen han estado referenciándome" (E1FM1C20). "Saqué prestado porque no tenía plata y pues eso fue un gasto que cuando una persona lo ve tan desesperado y es de buen corazón le presta" (E1FM1C35).

"Decía que de que íbamos a vivir ahora todos si apenas teníamos para nosotros y un bebé implica muchos gastos que no teníamos para cubrir" (E1FM1C64). "Él tuvo que aplazar el semestre porque no hemos tenido dinero" (E1FM1C67). "Tengo que conseguir trabajo para que mi hijo pueda ahorrar parte del sueldo de su trabajo y termine de estudiar" (E1FM1C68).

Esta categoría estaba relacionada con la emigración a una ciudad nueva y todo lo difícil que tienen que pasar, debido a que deben iniciar de cero, por lo cual se hace más constante la añoranza del lugar de origen donde no presentaba la familia problemas de condiciones sociales e inestabilidad económica, asimismo las falencias económicas son a las que deben constantemente resignarse las familias a que su situación económica es dada por la carencia de empleo y cada vez se hace más necesario buscar trabajo para apoyar el sustento económico familiar y dar una mejor calidad de vida a su familia, dado que estas dificultades atraen problemas de salud para la familia.

Categoría III: Dinámica familiar

En esta categoría se establece el apoyo familiar y las relaciones familiares que rodean a la familia como una red de apoyo, siendo significativo para el bienestar de todos y la compañía de unos a otros, además de las relaciones significativas entre familia. A partir de ello emergen las siguientes subcategorías:

Subcategoría I: Relaciones familiares

"Pues recurrí a mi mamá y en el momento del desplazamiento mi mamá vivía acá y ella me ofreció el apoyo" (E1FM1C3). "Mi mamá vivió un tiempo con nosotros y ya luego se fue de acá, entonces me dejó vivir acá" (E1FM1C13).

Subcategoría II: Apoyo familiar

"Esta casa siempre está abierta para toda la familia que pasa una mala situación como la mía" (E1FM1C14). "Nos apoyamos unos a los otros" (E1FM1C25). "Pero hoy que mi hijo ya está por cumplir 3 años veo que ellos se aman su amor de hermanos es un amor inmenso" (E1FM1C65). "Las decisiones las tomamos en familia siempre" (E1FM1C69). "Mi hijo me consulta todo lo que va a hacer y entre los dos decidimos cual es la mejor opción, así mismo cuando yo voy a hacer lo consulto con mi hijo" (E1FM1C70). "Nosotros somos muy unidos y eso es lo más importante" (E1FM1C71). "Entre mi hijo... y yo nos apoyamos y mi otro hijo nos da su amor que es la fuerza para salir adelante y sacarlos a él" (E1FM1C72).

Subcategoría III: Relaciones significativas

"Bien...son buenos hijos" (E1FM1C21). "el amor de ellos es mi fuerza y mi apoyo emocional" (E1FM1C22). "Si yo me quedaría hospitalizada mi hijo menor me toca mandarlo con... hasta donde el papá mientras me recupero" (E1FM1C24). "Nosotros nos hablamos normal él me colabora con todo lo del niño cuando puede porque tampoco es que tenga muchos recursos económicos" (E1FM1C62). "Actualmente dependemos de mi hijo mayor, él es quien trabaja y nos ayuda" (E1FM1C66).

Subcategoría IV: Sensibilización

"Yo sola me cuido cuando es pasajero" (E1FM1C23).

La familia es un sistema vivo y abierto en el que su totalidad lo conforman no solamente sus elementos sino también las relaciones que éstos establecen entre sí; por lo que se deduce que la familia es la principal fuente de apoyo entre todos contribuyendo en suplir las necesidades y cuidado. Respecto a las relaciones familiares se aborda cómo ha sido la construcción de la familia a lo largo de la historia y sus cambios más significativos.

Finalmente, en la categoría y subcategorías se refleja que la familia sigue siendo una red de apoyo en el sistema familiar como una unión que abarca el ciclo vital del ser humano a través la sensibilización del cuidado familiar.

Categoría IV: Compromisos comunitarios

A lo largo del ciclo de la vida surgen nuevos roles y responsabilidades individuales y grupales. Es sustantiva la participación como conjunto de acciones y prácticas mediante las cuales los individuos recrean su pertenencia a una comunidad a través del ejercicio de los deberes ciudadanos. A partir de ello emergen las siguientes subcategorías:

"ya después poco a poco fue construyendo con ayuda de los vecinos y mi hermano vino y le ayudo hacer los aljibes" (E1FM1C12). "una vecina que fue a la reunión me conto de lo que hablaron en la junta de acción comunal" (E1FM1C19). "Mm la verdad no asisto a las reuniones de la comunidad y las pocas que hacen tampoco he asistido me da mucha pereza estar por allá" (E1FM1C16). "nosotros aquí no nos reunimos para cosas de cuidados y prevención de enfermedades" (E1FM1C17). "no me gusta ir a las reuniones" (E1FM1C18).

La familia y la comunidad deben ser un equipo de trabajo que sean el ejemplo de la nueva generación para lo cual la participación ciudadana es fundamental en nuestra sociedad, porque cuando se presenta falta de interés por parte de los vecinos con los asuntos relacionados que vinculan a una solución de conflicto o dificultades que se relacionan es importante hacer presencia como equipo y ser como un sistema que todos estén presentes para posibles soluciones o dificultades que acontecen en la comunidad, incluyendo los riesgos y factores a los que se encuentran constantemente expuestos por su situación de vulnerabilidad.

Categoría V: Impacto de riesgos de salud y ambientales

En esta categoría se presencia el riesgo medioambiental en toda circunstancia o factor que conlleva la posibilidad de un daño para el medio ambiente y la salud de las personas que conviven en él. A partir de ello emergen las siguientes subcategorías:

Subcategoría I: Condiciones de vivienda

"Tener que pasar de vivir de una casa construida a una casa de madera, lonas y piso de tierra" (E1FM1C6). "Mi mamá aquí llegó sola a invadir" (E1FM1C11). "El piso es en tierra y eso es un problema cada vez que llueve y eso también es lo que ha enfermado a mi hijo" (E1FM1C56). "Cuando me descuido mi hijo come tierra del piso se mete las manos a la boca llenas de tierra y come algo de ella" (E1FM1C57). "Porque cuando llueve bastante igual me inundo porque como ve no tengo muritos a la entrada del patio y en la entrada de la casa entonces esto se vuelve río" (E1FM1C60). "Aquí no tengo todos los servicios públicos" (E1FM1C54).

Subcategoría II: Condiciones ambientales

"Aquí nadie viene a fumigarnos las calles y menos las casas" (E1FM1C40). "Imagínese cuando llueve eso se rebota el caño y nos inundamos" (E1FM1C59). "El caño se desborda y la casa se inunda y pues nada cuidarme de los animales que puede traer el caño" (E1FM1C61). "El agua lo tenemos por medio de unos tanques negros que están instalados en algunas cuerdas vienen y los llenan y de esos tanques es de donde traemos en canecas el agua" (E1FM1C55).

El riesgo ambiental está relacionado con los daños que se producen por factores del entorno ya sean propios de la naturaleza o provocados por el ser humano. Es decir; el riesgo ambiental que vive esta familia es a raíz por la búsqueda de una solución de vivienda donde vivir. Sin embargo, se enfrentan a múltiples riesgos ambientales y

de vivienda que son factores para la propagación de la enfermedad por el estado del entorno comunitario de sus calles en mal estado y la contaminación constante del caño. Por tanto; es relevante mejorar el conocimiento del impacto del medio ambiente sobre la salud y promover un mayor compromiso con el desarrollo de la comunidad en especial con el medio ambiente.

Categoría VI: Percepción y riesgo del dengue

En esta categoría la percepción del riesgo de sufrir dengue es un factor asociado al conocimiento general sobre el vector y conocimiento de los medios donde se reproduce. A partir de ello emergen las siguientes subcategorías:

Subcategoría I: Práctica de control del dengue

"Pues tener más cuidado con tapando las aguas" (E1FM1C26). "No dejando los tarros destapados para que no comiencen a reproducirse los zancudos del dengue" (E1FM1C27). "Debido a que yo lo cuidado bastante no tuve problemas con las plaquetas porque nunca se le bajaron mucho las plaquetas cosa que me preocupaba" (E1FM1C32). "Yo aquí cubro el tanque y las canecas con anjeo" (E1FM1C33). "Dormimos con toldillo para evitar la picadura" (E1FM1C34). "Fumigar, también el caño procurar no llenarlo de basura" (E1FM1C36). "Limpiar los patios para eliminar posibles criaderos incluyendo el pasto y toda la vegetación que se encuentra afuera de las casas" (E1FM1C37). "Tapando el agua, no mantengo tarros, no mantengo sucia la casa, aunque sea muy humilde y en tierra" (E1FM1C50). "Pongo toldillo y fumigo cuando la situación me lo permite" (E1FM1C51). "Fumigo dos veces por semana" (E1FM1C52). "Siempre lavo las canecas dos veces a la semana con un poquito de cloro y

después restriego con cepillo y las lavo bien" (E1FM1C53).

Subcategoría II: Conocimiento del dengue

"El dengue es un zancudito que pica y que, pues da mucha fiebre, vomito, dolor y brote" (E1FM1C28). "Solo se de dos: uno es el que le llaman dengue hemorrágico y el otro es el dengue normal" (E1FM1C29). "He oído que es un zancudo especial" (E1FM1C30). "el zancudo viene hacia acá el solo necesita picar a una persona con dengue y pica a uno sano y es donde nos jodemos todos" (E1FM1C42). "Eso es como una enfermedad mortal" (E1FM1C43). "El dengue no tiene clasificación de personas ella es una enfermedad mortal" (E1FM1C44). "Creo que el zancudo que transmite el dengue este se cría en agua estancada y en nuestras casas" (E1FM1C49).

Subcategoría III: Actitudes frente al dengue

"Bastante no quisiera volver a tener el dengue en mi familia, no quiero vivirlo es una cosa horrible lleno de sufrimiento" (E1FM1C38). "La última vez que nos fumigaron las casas y calles fueron en la política de gobernación y alcaldía" (E1FM1C39). "No quiero volver a tener a mi hijo enfermo" (E1FM1C41). "Si la persona no acude rápido al médico para recibir los tratamientos que le deben dar y los cuidados esto se convierte en algo mortal y se muere" (E1FM1C45). "Debido a la oscuridad el zancudo sale mucho en los zapatos, en el agua, en las cosas que están abandonadas" (E1FM1C46). "Uno siempre está en riesgo aquí por las condiciones de la casa ni por más que uno arregle siempre uno trata de evitarlo" (E1FM1C47). "Cada 8 días limpio el patio yo misma arranco la hierba con la mano o con el cuchillo" (E1FM1C48). "Los pantaneros, tarros con agua, las llantas, no fumigar aquí nos afecta el caño que está cerca y su agua es sucia donde cae todo lo del alcantarillado provisional" (E1FM1C58).

La percepción del riesgo de sufrir dengue es un factor asociado al conocimiento general

sobre el vector y el conocimiento de los medios donde se reproduce, una vez identificados los factores de riesgo, se presentan mejoras en las condiciones ambientales, ya que se fortalecen los lazos comunitarios al recolectar y analizar las dificultades ambientales para resolver los problemas existentes, a partir de la identificación de las acciones de control del dengue, el conocimiento, la forma de transmisión y los cuidados frente al dengue.

CONCLUSIONES

A través del desarrollo de los objetivos planteados en la investigación, dentro de la información y resultados obtenidos mediante la revisión sobre los conocimientos, actitudes, prácticas y percepción del dengue en la familia; la familia abordada en el asentamiento trece de mayo se evidenciaron nivel de conocimiento bueno, en los que la familia consolida el conocimiento y los manejos que le dan a la enfermedad desde la parte de prevención. Sin embargo, es importante que la familia participe en las campañas que realizan en la comunidad o ser promotores y líderes en campañas para el manejo del dengue y reconozcan que los factores sociodemográficos son fundamentales para lograr un adecuado control de la enfermedad.

Se encontró que la familia ha padecido el desplazamiento armado, con una jefatura femenina con empleo informal y condiciones de vivienda que vulnera las condiciones de bienestar y salud de los integrantes. Estas condiciones contribuyen a la proliferación de vectores como es el de la transmisión del dengue que pone en riesgo a sus integrantes. A pesar de las condiciones socioeconómicas en que se encuentra la familia de este estudio, quienes la conforman tienen conocimientos apropiados frente al dengue. Sin embargo, se encuentran con dificultades porque las calles son des-pavimentadas y las viviendas la mayoría construidas con tejas, lonas y

madera y no disponen de abastecimiento de agua potable.

En cuanto a la percepción, la familia se encuentra afectada por el desplazamiento, con una jefatura que a pesar de no tener una pareja que la acompañe en los procesos de crianza de sus hijos que están asistiendo al colegio y estudiando por periodos cortos y trabajando, tienen buenas relaciones familiares la madre jefatura femenina busca la manera de conseguir los alimentos con oficios varios, se espera que el gobierno la apoye con becas universitarias para sus hijos, con comedor escolar y jóvenes en acción para sus hijos un apoyo económico.

Como resultado de la investigación se puede concluir que la familia encuestada afirma saber que es el dengue y de que se trata la enfermedad, no tuvieron un medio de comunicación, la fuente de información por el cual la familia objeto tiene este conocimiento fue la experiencia personal, y la información brindada en el momento de la enfermedad en el centro de salud. Con respecto a los conocimientos sobre el Dengue que tiene la familia en el asentamiento trece de mayo, se puede afirmar que el nivel es

medio ya que asocian la aparición de la enfermedad a la picadura de un zancudo, pero desconocen las características del vector. Frente a los conocimientos asocian los síntomas principales no más de cuatro síntomas de la enfermedad como: dolor de cabeza, fiebre, vómito y puntos rojos en la piel.

A nivel de conocimientos de prevención de la enfermedad se tiene un nivel de alto debido a que la familia afirma que los principales medios de prevención son; el fumigar, no dejar aguas en recipientes, utilizar toldillo, afirmando que no se tiene que mantener los depósitos de agua para que este vector se propague. En las actitudes y prácticas se tiene que la familia con alguno de los síntomas anteriormente mencionados acude al centro de salud en busca de atención médica al presentar los síntomas característicos de la enfermedad.

FUENTE

Familia del asentamiento trece de mayo, Villavicencio, Meta, 2020.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. 2019.Paho.Org.https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=dengue-2158&alias=49152-24-de-junio-de-2019-dengue-actualizacion-epidemiologica-2&Itemid=270&lang=es.
2. *Ibíd.*
3. 2019.Paho.Org.https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=dengue-2158&alias=49152-24-de-junio-de-2019-dengue-actualizacion-epidemiologica-2&Itemid=270&lang=es.
4. "Dengue Y Dengue Grave". 2020. Who.Int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>.
5. María Elena Cuéllar-Jiménez et al., Detección de *Aedes albopictus* (Skuse) (Diptera: Culicidae) en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, Colombia (2007 *Biomédica*, 27(2), 273-279).
6. 2019.<https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%205.pdf>.
7. Entrevista a Ovidio Cruz Jorge, Villavicencio, 12 de febrero de 2019.
8. *Ibíd.*
9. MINSALUD. Lineamientos para la conformación y operación de los equipos funcionales del programa de promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores. Recuperado 27 de junio, 2019 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/Lineamiento-programa-pyp-control-enfermedades-transmitidas-vectores-2017.pdf>
10. ALVAREZ Escobar M del C, TORRES Álvarez A, TORRES Álvarez A, SEMPER González A, ROMEO Almanza D. Dengue, chikungunya, Virus de Zika. Determinantes sociales. *Rev Méd Electrón.* Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1821/3693>
11. 2014. Paho.Org. <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/2014-cha-adelantos-prevencion-americas-dengue.pdf>.

12. Ospina. M. C. (2018). La escuela y su implicación en el conflicto armado en Colombia. Horizontes de reconciliación de las víctimas en los ambientes escolares. (Tesis de maestría). Universidad Católica de Manizales, Manizales, Colombia.
13. MARTÍNEZ, R. 2007; la observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. Disponible en: <https://escuelanormalsuperiorsanroque.files.wordpress.com/2015/01/9-la-observacin-y-el-diario-de-campo-en-la-definicin-de-un-tema-de-investigacin.pdf>
14. Ibid.
15. Martínez-Hernández, Mildred., Varela-Ruiz, Margarita, La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en Educación Médica [en línea]. 2013, 2(7), 162-167[fecha de Consulta 17 de septiembre de 2019]. ISSN: 2007-865X. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>
16. Hernández Sampiere, Roberto, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio. Metodología de la Investigación. México, Bogotá, Buenos Aires: The McGraw-Hill, 2006.
17. Oneida Castañeda et al., Conocimientos, actitudes y prácticas comunitarias en un brote de Dengue en un municipio de Colombia, 2010. (Revista de Salud Pública, 13 (3), 2011).
18. Mildred Martínez-Hernández, Margarita Varela-Ruiz, La entrevista, recurso flexible y dinámico. (Investigación en Educación Médica, 2013) 162,167.
19. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Diario Oficial; 1993.
20. Álvarez Escobar M del C, Torres Álvarez A, Torres Álvarez A, Semper González A, Romeo Almanza D. Dengue, chikungunya, Virus de Zika. Determinantes sociales. Rev Méd Electrón. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1821/3693>
21. Castañeda Oneida, Segura Omar y Ramírez, Alba N. Conocimientos, actitudes y prácticas comunitarias en un brote de Dengue en un municipio de Colombia, 2010. Revista de Salud Pública, 13 (3), indefinido-indefinido, 2011.
22. Martínez-Hernández, Mildred., Varela-Ruiz, Margarita., La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en Educación Médica, 2013. 162,167.
23. Cuéllar-Jiménez María Elena, Olga Lucía Velásquez-Escobar, Ranulfo González-Obando, Carlos Andrés Morales-Reichmann. Detección de Aedes albopictus (Skuse) (Diptera: Culicidae) en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, Colombia. Biomédica, 2007
24. 2019.Paho.Org. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=dengue-2158&alias=49152-24-de-junio-de-2019-dengue-actualizacion-epidemiologica-2&Itemid=270&lang=es.
25. "Dengue Y Dengue Grave". 2020. Who.Int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>.
26. Entrevista a Ovidio Cruz Jorge, Villavicencio, 12 de febrero de 2019.
27. Hernández Sampiere, Roberto, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio. Metodología de la Investigación. México, Bogotá, Buenos Aires: The McGraw-Hill, 2006.
28. MARTÍNEZ, R. 2007; la observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. Disponible en: <https://escuelanormalsuperiorsanroque.files.wordpress.com/2015/01/9-la-observacin-y-el-diario-de-campo-en-la-definicin-de-un-tema-de-investigacin.pdf>
29. Martínez-Hernández, Mildred., Varela-Ruiz, Margarita., La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en Educación Médica [en línea]. 2013, 2(7), 162-167[fecha de Consulta 17 de septiembre de 2019]. ISSN: 2007-865X. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>
30. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Diario Oficial; 1993.
31. MINSALUD. Lineamientos para la conformación y operación de los equipos funcionales del programa de promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores. Recuperado 27 de junio, 2019 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/Lineamiento-programa-pyp-control-enfermedades-transmitidas-vectores-2017.pdf>
32. Ospina. M. C. La escuela y su implicación en el conflicto armado en Colombia. Horizontes de reconciliación de las víctimas en los ambientes escolares. (Tesis de maestría). Universidad Católica de Manizales, Manizales, Colombia, 2018
33. Toro Rivera María Paula. Nociones de prevención contra el dengue de los niños y las niñas de educación básica primaria en la escuela la isla en el municipio de Fusagasugá, vereda la Isla, Cundinamarca Colombia. Bogotá: Universidad de la Salle, facultad de educación, 2008
34. 2014. Paho.Org. <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/2014-cha-adelantos-prevencion-americas-dengue.pdf>.
35. 2019. <https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%205.pdf>.

