Revista Ciencia y Cuidado

Vol. 13 No. 1 Enero - Junio de 2016

Universidad Francisco de Paula Santander

La *Revista CIENCIA Y CUIDADO* de la *Universidad Francisco de Paula Santander,* es una publicación de carácter científico que divulga trabajos originales e innovadores producto de procesos de investigación, así como artículos de reflexión y revisión relacionados con el área de las Ciencias Médicas y de la Salud, con el objetivo de darlos a conocer a la comunidad científica e investigativa de instituciones educativas y de salud; así mismo, su contenido se orienta a profesionales, investigadores y estudiantes de las diferentes áreas de la Salud, en el ámbito local, regional e internacional.

Editora

Luz Marina Bautista-Rodríguez, M.Sc.
luzmarinabr@ufps.edu.co
Universidad Francisco de Paula Santander
Cúcuta, Colombia

Comité Editorial

Angelina Dois-Castellón, M.Sc.
adois@uc.cl
Universidad Católica de Chile
Santiago, Chile

Gloria Esperanza-Zambrano Plata, Ph.D.
gloriae91@hotmail.com
Universidad Francisco de Paula Santander
Cúcuta, Colombia

Gloria Omaira Bautista-Espinel. Esp.
gloriabautista@ufps.edu.co
Universidad Francisco de Paula Santander
Cúcuta, Colombia

Isabel Soledad-Hernández, Esp.
isasohe@gmail.com
Universidad de Santander
Cúcuta, Colombia

Comité Científico

Virginia E. Tuffano, Ph.D.
vtufano@csm.edu
Collage of Saint Mary
Omaha, Estados Unidos

Domingo A. Socorro-Sánchez, Ph.D.
socorros@ula.ve
Universidad de los Andes
Mérida, Venezuela

Dianne Sofía González- Escobar, M.Sc.
dsgonzalez@hotmail.es
Universidad Francisco de Paula Santander
Cúcuta, Colombia

Angélica Uribe- Meneses, M.Sc.
angelica_uribe20@hotmail.com
Ministerio de Salud
Bogotá, Colombia

Olga Marina Vega-Angarita, M.Sc.
omvega23@hotmail.com
Universidad Francisco de Paula Santander
Cúcuta, Colombia

Gestor Editorial

Karen Licet Riascos-Martínez, Adm.
kalyriascos@hotmail.com
Universidad Francisco de Paula Santander
Cúcuta, Colombia

Impresión, Diseño y Diagramación

Opinográfica Impresores S.A.
opinografica@laopinión.com.co
Av. 4 # 16-48 La Playa, Cúcuta, Colombia
Teléfono: (057) 5710632

Corrector de Estilo

Félix Joaquín Lozano-Cárdenas, M.Sc.
felixlozano@ufps.edu.co
Universidad Francisco de Paula Santander
Cúcuta, Colombia

Traducción de Textos

Josué Arnulfo Jaimes-Cristancho, Lic
Universidad de Pamplona
Cúcuta, Colombia

Entidad Editora

Universidad Francisco de Paula Santander

Nombre Abreviado
Rev. cienc. cuidad.

Indexación

Índice Bibliográfico Nacional PUBLINDEX – Colciencias Categoría C, REDIB, Latindex, Google Scholar, Dialnet, Imbiomed, BASE, Sociedad Española de Escuelas de Enfermería (SCELE**) y** Rebium

La ***Revista Ciencia y Cuidado*** solo permite la reproducción parcial o total de su contenido siempre y cuando se cite la fuente.

Suscripción material digital

El contenido completo de la revista en forma gratuita, está disponible en: http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado y en http://www.ufps.edu.co/ufpsnuevo/modulos/contenido/view_content.php?item=6 Link: Publicaciones

Forma de adquisición

Compra: $ 10.000.oo
Canje:
Facultad Ciencias de la Salud
Universidad Francisco de Paula Santander
Avenida Gran Colombia No. 12E-96 Barrio Colsag, Cúcuta, Colombia
Teléfonos: (57)5753364, (57)5776655 Ext-840

Foto Portada

Estudiantes Programa de Enfermería

Periodicidad

Semestral

Correspondencia

Avenida Gran Colombia No. 12E-96 Barrio Colsag, - Cúcuta, Colombia
Teléfonos: (57)5753364, (57)5776655 Ext-861 rev.cyc.ufps@gmail.com

RECONOCIMIENTO

Los pares evaluadores que participaron en este número pertenecen a las siguientes instituciones:

Universidad Simón Bolívar - Barranquilla, Colombia

Universidad de Los Llanos - Villavicencio, Colombia

Universidad Francisco de Paula Santander - Cúcuta, Colombia

Universidad de Pamplona - Pamplona, Colombia

Universidad del Tolima - Ibagué, Colombia

Universidad Santiago de Cali - Cali, Colombia

Universidad Popular del Cesar - Valledupar, Colombia

Instituto Nacional de Cancerología - Bogotá, Colombia

Universidad El Bosque - Bogotá, Colombia

Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA - Cúcuta, Colombia

Universidad de Jaén – Jaén, España

Fundación Universitaria del Área Andina - Bogotá, Colombia

Universidad Industrial de Santander (UIS) – Bucaramanga, Colombia

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Sumario

Editorial 5

Os prestadores de cuidados e competência no cuidado de suas famílias

Olga Marina Vega-Angarita 9

Cuidadores y su competencia en la atención de sus familiares

Caregivers and competence in the care of their families

Riesgos en el cuidado de la salud de las familias de Valledupar

Marina Sánchez-Sanabria, Javier Galindo-Ospino 23

Risks in the health care of the families of Valledupar

Riscos na saúde das famílias de Valledupar

Mantenimiento del peso a corto plazo en pacientes de tratamiento integral de sobrepeso y obesidad

Zaida Rocío Contreras-Velásquez, Tulia Isabel Copete-Villa, Pastor Ramírez-Leal 43

Short-term weight management in the comprehensive treatment of excess weight and obesity in patients

Manutenção de peso a curto prazo em pacientes de tratamento abrangente de sobrepeso e obesidade

Consumo de alcohol y otras sustancias, un problema en estudiantes universitarios de salud

Estela Rodríguez-Torres, Carolina Camargo-Restrepo, Ángela María Cardona-Blandón, Nora Ximena Lozano-Sandoval, Diana Isabel López-Medina, Nancy Ingrid Rosas-Villamizar 59

Consumption of alcohol and other substances, a health problem in college students

O consumo de álcool e outras substâncias, um problema de saúde em estudantes universitários

Mujeres cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia

Lorena Chaparro-Díaz, Lucy Barrera-Ortiz, Elizabeth Vargas-Rosero, Sonia Patricia Carreño-Moreno 72

Women family caregivers of persons with chronic diseases in Colombia

Cuidadores familiares mulheres de pessoas com doenças crônicas na Colômbia

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Residuos peligrosos hospitalarios en casa: una amenaza emergente

Luz Divia Mejía-Reales, Lilibeth Romero-Mendoza, Viadcy Lineth Beltrán-Quintero **87**

Hazardous hospital wastes in the home: an emerging threat

Resíduos hospitalares perigosos em casa: uma ameaça emergente

Salud mental en la educación superior: una mirada desde la salud pública

Olga Mariela Mogollón-Canal, Diana Janeth Villamizar-Carrillo, Sandra Licette Padilla-Sarmiento **103**

Mental health in higher education: a view from public health

A saúde mental no ensino superior: uma visão de saúde pública

Estrategias del plan nacional de control del cáncer y participación comunitaria

Herlinda Torres-Nieto **121**

National plan strategies for cancer control plan and community participation

Estratégias plano nacional de controlo do cancro e de participação comunitária

Índice Periódico **138**

Normas de Publicación **140**

Suscripción **148**

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Editorial

La calidad en salud un concepto histórico vigente

Luz Marina Bautista-Rodriguez*

El concepto de calidad de la atención en salud, no es diferente al que generalmente se maneja en otras disciplinas. Proveniente del latín qualitas, los diccionarios definen calidad, como el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa. Otros conceptos planteados por diversos autores van desde el dado a conocer por Codman en 1914, quien definió la calidad desde el punto de vista de la eficiencia afirmando que "la calidad del producto debe corresponder a la inversión que se realiza para producirla; así mismo; los productos deben tener unas características precisas"(1), lo cual requiere del establecimiento de estándares que brinden pautas de comparación interinstitucional y que permitan evaluar la calidad de los productos.

De igual forma, Donabedian en 1982 retoma la eficiencia como la maximización de los beneficios que a la vez se ve limitada por la cantidad y la calidad de los recursos otorgados, complementando toda la argumentación de su modelo estructura - proceso – resultado (2), definiendo la "calidad como la obtención del máximo beneficio para el usuario, mediante la aplicación del conocimiento y tecnología más avanzada tomando en cuenta los requerimientos del paciente, así como las capacidades y limitaciones del recurso de la institución de acuerdo con los valores sociales imperantes" (2).

Para el sector sanitario la calidad es un fenómeno multidimensional, por lo tanto, puede estar definida por diversos conceptos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad sanitaria como "asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios, diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria optima, teniendo en cuenta los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso" (3).

De manera general, la definición de calidad se puede expresar en tres conceptos que son de vital importancia: el primero, que hace referencia a que la calidad es la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien o servicio. No hay calidad que se pueda medir por solamente la apreciación o el análisis de alguna de las partes constitutivas del servicio recibido; la calificación se hace con carácter integral, es decir, evaluando todas las características, funciones o comportamientos.

El segundo concepto, plantea que se considera un bien o un servicio con calidad cuando logra su fin, el cual es satisfacer las necesidades de los consumidores; y en este sentido, aquellos que no lo logran, no se consideran de calidad. El cliente que no sale satisfecho de un consultorio, no percibirá que fue atendido de buena manera (como a él le hubiera gustado, habiendo satisfecho sus expectativas), no habrá recibido una atención de calidad. El profesional de la salud podrá creer que trabajó calificadamente, pero si no se satisface las necesidades del paciente, éste no lo volverá a buscar por sobre todos los demás. Lógicamente que ante una menor percepción de haber sido atendida adecuadamente, la persona estará convencida que no recibió calidad, habrá menos satisfacción y más desagrado.

El tercer elemento fundamental de la definición, hace alusión a "que la calidad es un concepto subjetivo, ya que lo que para una persona es bueno, para otra inclusive, puede ser considerado como de mala calidad" (4). El grado de exigencia depende de una serie de circunstancias siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico. En salud, se sabe que dependiendo del nivel cultural y las expectativas del servicio las personas pueden conformarse con ser atendidos por el profesional, no importándoles en muchos casos tener que sufrir largos períodos de espera y que le sean otorgadas citas muy espaciadas, o pueden dependiendo de las circunstancias, no aceptar la prestación del servicio, si este no se caracteriza por acciones cálidas, humanas, eficaces y oportunas (4). Hoy en día, los usuarios de los servicios de salud con acceso a una mayor formación e información, son cada vez más exigentes.

* Enfermera. Magister en Enfermería con Énfasis en Gerencia en Servicios en Salud. Docente. Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. Correo electrónico: luzmarinabr@ufps.edu.co

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

En Colombia, A partir de la expedición de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios se generó una gran transformación del sector salud, que hizo que las instituciones de salud asumieran retos con relación a su organización, así mismo produjo cambios en el papel ejercido por los usuarios, pues el nivel de exigencias y expectativas se modifico, haciendo que hoy en día los usuarios de los servicios de salud sean personas conscientes de sus derechos, estén informadas y requieran una atención oportuna, personalizada y eficiente lo cual implica ofertar servicios con calidad.

La calidad, se define como "el conjunto de características técnicas, científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor numero de años de vida saludable y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados" (5), entonces la calidad puede entenderse como el conjunto de atributos claves (definidos desde las expectativas de los usuarios y por las características de la competencia) presentes dentro del proceso de producción del servicio, necesarios para lograr satisfacer las necesidades de los clientes y obtener los resultados esperados.

De igual manera, el Decreto 1011 de 2006 (6) por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema general de seguridad social en salud, plantea la calidad de la atención de salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios."

Por otra parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (7) plantean la calidad, incluyendo la seguridad del paciente, y la definen como una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud.

Donabedian (8) plantea el análisis de la calidad a partir de las dimensiones de estructura, proceso y resultado, resumidos estos tres aspectos en lo técnico, lo interpersonal y las amenidades. El cuidado técnico es la aplicación de la ciencia y tecnología de la medicina y otras ciencias de la salud al manejo de un problema de salud personal. El aspecto interpersonal es el manejo de la relación social y sicológica entre el profesional y su paciente. Las amenidades se refieren a las condiciones de confort en que la atención es ofrecida.

Entonces la calidad en los servicios de salud debe dar cumplimiento a las normas técnicas que incluyen infraestructura, equipos, materiales, medicamentos, talento humano con conocimientos y habilidades para ofrecen el servicio; pero también, de las necesidades sentidas del usuario que involucran la entrega amable y respetuosa. La calidad de la atención en el proceso interpersonal es más difícil de resumir, pero debe incluir valores y normas socialmente definidas que gobiernen la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas, en parte, por los dictados éticos de las profesiones del sector de la salud y por las expectativas de los usuarios. La relación interpersonal no se mide exclusivamente por la comunicación verbal, también, hace referencia al interés que se tiene por las personas usuarias, el cual se demuestra por la comodidad, la privacidad y por el ambiente que se les proporciona en los diferentes lugares donde se presta la atención en salud (9).

Por otra parte algunos autores (10-11) consideran que la calidad comprende otras dimensiones como: a. La dimensión técnica, concebida como la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de un modo que proporcione los máximos beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos. b. La dimensión del servicio, considera la oportunidad y continuidad en que se presta la atención, donde es importante la relación interpersonal con el paciente, las características del lugar y la facilidad de acceder al servicio. c. La dimensión de seguridad, implica obtener el máximo beneficio con el menor riesgo. d. La dimensión de costo racional, entendida como los recursos empleados para generar los beneficios sin producir riesgos.

En los servicios de salud existen dos tipos de calidad, la primera, la calidad técnica vista como la atención mediante la cual se espera poder proporcionar al cliente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

la atención en todas sus partes (12). La segunda, la calidad sentida constituida por la subjetividad de los usuarios, que debe ser explicada y expresada por éstos luego de la utilización de los servicios.

Este enfoque ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud, suponiendo que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y específicamente de la estructura.

En el caso de los servicios de salud los productos son servicios (actividades preventivas, actividades de promoción, consulta odontológica, control de enfermería etc.), estos servicios son intangibles, pero tienen un valor agregado que se convierte en la característica que identifica, diferencia y satisface. La calidad implica ir más allá del resultado final, es decir, es la forma de ofrecer el servicio desde el ingreso del usuario a la institución de salud, de esta forma surgen los momentos de verdad como herramientas primordiales para garantizar la calidad en los servicios de salud.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. República de Colombia. Primera encuesta de calidad de salud percibida por los usuarios: asociación colombiana de empresas de medicina integral. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2001. p. 2.
2. República de Colombia. Análisis de las encuestas de calidad de vida para evaluar el impacto del nuevo sistema de seguridad social en salud en Colombia: 1993-1997. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, 1998. p. 45
3. Martínez-Martínez L, Avalo-Olguín M, Quintero-Crispin AL. Calidad de los servicios de enfermería: ¿utopía o realidad? Revista Desarrollo Científico en Enfermería 2001; 9(3):68-75.
4. Otero J. Qué es la calidad en salud. Lima: Ética y Marketing; 2002. p. 45.
5. Mejía B. Auditoría médica: para la garantía de la calidad. 1ª ed. Bogotá: Editorial Ltda.; 1997. p. 38.
6. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, abril 3, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C.: El Ministerio; 2006.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. En: 27ª. Conferencia Sanitaria Panamericana. 59ª. Sesión del Comité Regional Washington: OPS/OMS; 2007.
8. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad: salud pública. México: Prensa Médica Mexicana; 1993. p. 254.
9. Escobar-Saldarriaga I, Castrillón-Agudelo MC, Pulido-Lalinde S. Calidad de atención de enfermería en salas de parto. Investigación y Educación en Enfermería 1992; X(2): p. 28.
10. Lock D, Smith D. Cómo gerenciar la calidad total: Estrategias y técnicas. Santafé de Bogotá: Legis; 1992. p. 80.
11. Gómez MA. ¿Calidad para qué? En: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Semana de la Calidad en Salud 2013. X Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud. IX Conferencia Nacional e Internacional de Calidad en Salud. Perú; OPS/OMS; 2013.
12. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Ediciones Científicas. México: La Prensa Mexicana; 1984. p. 7.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Os prestadores de cuidados e competência no cuidado de suas famílias

Olga Marina Vega-Angarita*

Recibido:
30 de Enero
de 2016

Aceptado por
pares:
9 de Abril de 2016

Aprobado:
30 de Abril
de 2016

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil demográfico e da competência dos cuidadores familiares de pessoas afetadas por doenças crónicas. **Materiais e Métodos**: estudo quantitativo, descritivo transversal foi realizado em 200 cuidadores familiares de residentes doentes crónicos da área de influência de uma instituição que presta jardas do distrito de saúde primários. Na medição das características sócio demográficas foi utilizado instrumento Grupo Crônica Care Paciente, Universidade Nacional, Groomer, e a avaliação da concorrência Competitivo Instrumento Care-cuidador (versão resumida). **Resultados**: sociodemográficas e da concorrência na participação nos resultados são descritos. A maior valorização dos cuidadores em conhecimento, singularidade, categorias instrumentais e antecipação encontrado; mas não em tamanho e desfrutar de relações sociais e interação. **Conclusões**: reconhecendo a competência como um elemento essencial para o desempenho do cuidado, é um aspecto da análise de desempenho, novas maneiras de abordar a pessoa e seu cuidador.

PALAVRAS-CHAVE: cuidadores, doença crônica, enfermagem**.

* Enfermeira. Magister Enfermagem crônica Assistência ao Paciente. Professor Titular. Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. Correio eletrônico: olgavega@ufps.edu.co

** Ciências da Saúde (DeCS), na página http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm Biblioteca Virtual em Saúde projeto BIREME, a Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana da Saúde.

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo
Vega-Angarita OM. Os prestadores de cuidados e competência no cuidado de suas famílias. Rev. cienc. cuidad. 2016; 13(1): 9-22.

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Cuidadores y su competencia en la atención de sus familiares

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil sociodemográfico y competencia de los cuidadores familiares de personas afectadas por una enfermedad crónica. **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal en 200 cuidadores familiares de enfermos crónicos, residentes del área de influencia de una institución prestadora de salud de primer nivel del Municipio de los Patios. En la medición de las características sociodemográfica fue utilizado el Instrumento Grupo de Cuidado al Paciente Crónico, Universidad Nacional, Cuidador, y en la valoración de la competencia el Instrumento Competencia para el Cuidado-Cuidador (Versión abreviada). **Resultados:** se describen las características sociodemográficas y de competencia en los participantes. Se encontró la mayor apreciación de los cuidadores en las categorías conocimiento, unicidad, instrumental y anticipación; más no en las dimensiones disfrutar y relaciones sociales e interacción. **Conclusiones**: reconocer la competencia como elemento imprescindible en el desempeño del cuidado, es un aspecto de consideración en la actuación profesional, de nuevas formas de abordaje de la persona y su cuidador.

PALABRAS CLAVE: cuidadores, enfermedad crónica, enfermería.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Caregivers and competence in the care of their families

ABSTRACT

Objective: to describe the demographic profile and competence of family caregivers of people affected with a chronic disease. **Materials and Methods**: a quantitative, descriptive cross-sectional study was conducted on 200 family caregivers of chronically ill residents of a catchment area health institution providing first level health care in the Los Patios municipality. In measuring the socio-demographic characteristics a Instrumento Grupo de Cuidado al Paciente Crónico, Universidad Nacional, Cuidador was used, and the assessment of competition, the Instrumento Competencia para el Cuidado-Cuidador (Abridged version). **Results**: sociodemographic and competition in the participating features are described. the greater appreciation of caregivers for knowledge, uniqueness, instrumental and anticipation categories found; but not in the dimensions of enjoyment, social relations and interaction. **Conclusions**: recognizing competence as an essential element in the performance of person bein cared for, is an aspect of consideration in profesional performance, new ways to approach the person and their caregiver.

KEY WORDS: caregivers, chronic disease, nursing.

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

INTRODUÇÃO

O relatório sobre a situação global das doenças não transmissíveis, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que o ser humano, as consequências sociais e económicas das doenças crónicas representam um dos maiores desafios do século atual. Dos 38 milhões de mortes registradas em 2012 para estes tipos de condições, mais de 40% deles (16 milhões) eram mortes prematuras antes de 70 anos de idade (1). Tendência semelhante com experiência em contexto latino-americano (2), nacional (3) e regional (4) para tomarem em ordem de importância como a principal causa de morte grupos, com um aumento considerável nos grupos etários mais velhos. Normalmente, estes tipos de doença em adultos mais velhos não são curáveis e, eventualmente, causar complicações que comprometem a independência e a autonomia de pessoas (2).

Mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, são fatores que têm favorecido o aumento, também mudanças no estilo de vida associado com a globalização e aculturação ter contribuído para esta epidemia (5).

Os esforços para combater e controle tiveram um impacto negativo nas finanças dos sistemas de saúde. O aumento da procura de cuidados dessa população e as enormes quantidades de recursos necessários para o diagnóstico, tratamento e controle, têm gerado um aumento do consumo nos gastos públicos. Esta situação levou a carga para aumentar a famílias para prestar cuidados aos doentes em suas casas.

Não há consenso na literatura para indicar que a prestação de cuidados eficaz dos pacientes, e as qualificações dos profissionais de saúde é necessária; também tem se preocupado com a falta de formação e preparação destes para assumir essa responsabilidade (6) do mau desempenho da atenção básica (7) e o uso do conhecimento popular na prestação de cuidados (8).

Boykin e Shoenhoffer (9) referem que "a capacidade do cuidador varia de acordo com o seu grau de familiaridade com o contexto, o que significa que esta tem para o indivíduo ou a sociedade, ou seja, a diferença entre ver o cuidador como uma manifestação do sendo no mundo, para apreciar a importância de ser um cuidador ou obrigação de cuidar ".

Visto desta forma, cuidados competição representa a percepção do cuidador sobre a sua capacidade, habilidade, atitude e auto eficácia no desenvolvimento de suas ações e a implementação de medidas adequadas no momento adequado. De acordo com o Grupo de cuidados de doentes crônica a Universidade Nacional da Colômbia (10), descritos nos mesmos seis elementos: o conhecimento, singularidade, instrumental, desfrutar, antecipação, e a relação e interação social.

O conhecimento, representa o cuidador ideal, pensamentos ou crenças que você tem sobre os cuidados oferecidos, e influencia a sua capacidade de lidar de forma adaptativa às circunstâncias que surgem no cuidado diário. O segundo corresponde à singularidade, ele está seguindo a abordagem de Carrillo et al. (10), ambas as características internas e externas da personalidade, que são uma base fundamental para ser abordado de uma forma ou outra doença crónica e o papel como uma pessoa doente ou cuidador.

O terceiro, instrumental, são as ações de cuidados necessários para satisfazer as necessidades fisiológicas, tais como tomar banho, vestir, alimentação, eliminação, deambulação; essas atividades dependem da doença e incapacidade que o acompanham, como compromissos de manuseio, e obter serviços elementos necessários é adicionado (11).

No quarto elemento, bem-estar, está relacionado com a percepção das pessoas de acordo com suas próprias características pessoais, necessidades, satisfações, aspirações, expectativas e valores escalas aspectos do ambiente e das condições de vida globais. Antecipação corresponde ao quinto elemento, e é expressa na capacidade do cuidador para fornecer, em um possível curso de situações imprevistas forma atempada da doença como episódios de crise, emergência ou agravamento repentino da evolução clínica. O sexto e último elemento, o relacionamento e interação social, refere-se à conexão mútua estabelecido no domínio dos cuidados; através dele, o poyo exigido na resolução de problemas e lidar com situações difíceis é fornecido. Ele tem uma relação direta com o bem-estar psicológico do cuidador (12).

Enfermagem como uma disciplina profissional não pode estar longe deste problema, reconhecem

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

os cuidadores como um elemento importante do sistema de cuidados de saúde na Colômbia requer identificar suas potencialidades e limitações nas ações tomadas por eles como reforço da sua competência. Daí a importância de indagar sobre aspectos do conhecimento, habilidade e atitude como indicadores básicos no desempenho dos profissionais de saúde e como uma exigência na qualidade dos cuidados prestados.

A produção de pesquisas na habilidade de cuidadores é considerável, mas não a competição. Na Colômbia, a capacidade dos profissionais de saúde tem sido descrita pela crônica Patient Care Grupo da Universidade Nacional da Colômbia, a região é o primeiro estudo realizado na medição específica da competência construção em cuidadores de pessoas em doença crônica.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Identificar o perfil sócio demográfico dos cuidadores familiares de doentes crónicos e competência no atendimento.

Objetivos específicos

- Descrever sociodemographically cuidadores familiares de doentes crónicos.
- Descrever a concorrência cuidador cuidados de acordo com o conhecimento, singularidade, instrumental, desfrutar e avançar relação social e interação.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo utilizou um desenho não-experimental, descritivo e quantitativo de corte transversal. A amostra foi intencional, e formou 200 cuidadores de adultos com doença crônica residentes na área de influência de uma das três agências de saúde da empresa estatal Social (ESE) Hospital local de Los Pátios, localizada no município de Los pátios, a leste do departamento de Norte de Santander (Colômbia), que serve de baixa complexidade em um nível de atenção primária.

Alguns dos cuidadores foram capturados no consultório da sua família; outros foram contatados em suas casas ou locais de residência. Em cada um dos cuidadores, a entrevista foi conduzida em particular e individualmente por assistentes estudantes de pesquisa previamente treinados em instrumentos de manipulação.

Os critérios de inclusão foram: residentes cuidadores na área de estudo influência, mais velho, cognitivamente intactas, que compartilhou a casa com o paciente e nenhum benefício económico das medidas adoptadas. Participantes que expressaram a sua recusa de participação voluntária foram excluídos.

Dois instrumentos foram aplicados, na caracterização dos prestadores de cuidados foi usado o Instrumento Grupo de Cuidado al Paciente Crónico, Universidad Nacional, Cuidador, (GCPC-UN-C) (13), por sua sigla em espanhol, o que significa: Cuidados De Grupo para Paciente Crônico, da Universidad Nacional, Cuidador; que permite a caracterização dos cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Ele incorpora outros instrumentos, como os perfi PULSES, Teste SPMSQ e percepção do nível de perfil de carga.

O estudo considerou apenas o primeiro, PULSES, uma avaliação funcional criada por Moskowitz, expresso em seis funções P = estabilidade da doença ou condição física, U = uso de membros superiores, L = locomoção ou função dos membros inferiores, função sensorial S = e = eliminação ou controle de esfíncteres, S = capacidade de socialização. Escala com 4 opções de acordo com o número do item. A interpretação é definida de acordo com três categorias: baixo disfunção 6 a 8 pontos, disfunção médio ou dependência de 9 a 11 e alta dependência do cuidador de 12 em diante a 24, o que significa dependência total (14).

Na competição de medição foi utilizado instrumento para o Competencia para el Cuidado-Cuidador (Versão resumida) preparado pelo mesmo grupo académico (13). Ele contém 20 perguntas com graduação Likert de 1 a 4 que variam de quase nunca ou nunca, raramente, muitas vezes e quase sempre ou sempre. Seis categorias incluem: [C] Conhecimento (itens 1, 2, 3), [U] Unicidade (itens 4, 5, 6, 7), [i] instrumental (artigos 8, 9, 10), [D] Desfrute (itens 11, 12, 13, 14), [A] Antecipação (itens 15, 16), finalmente, [R] relações sociais e interação (itens 17, 18, 19, 20). Os instrumentos têm mostrado propriedades técnicas em

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

termos de validade e confiabilidade adequadas para uso na Colômbia (10, 13).

A análise dos dados foi realizada com o uso de software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 16.0 com estatísticas descritivas que foram gerados, identificando a categoria mais representativa em cada uma das variáveis analisadas; bem como a média, desvio padrão, valores mínimos e máximos. A análise percentual de cada item de categorias foi realizada pela escala de Likert de 1 a 4, em que 1 e 2 representam negativo, 3 e 4 avaliações equivalente a avaliação positiva.

A pesquisa considerou os padrões éticos nacionais (15-16) e internacionais (17) que fornecem proteção para os indivíduos como sujeitos experimentais. A participação voluntária dos participantes do estudo a formalização de consentimento informado foi garantida, ele teve a permissão para o uso de instrumentos, e com o aval do Comitê de Relacionamento Ensino--Serviço Hospital Local del Municipio de Los Patios para o desenvolvimento.

RESULTADOS

Informações cronicamente doente foi obtido globalmente para o banco de dados fornecido pelo hospital local durante os primeiros quatro meses de 2015. No processo de validação dos dados foi reportado como limitar a duplicação de informações, não endereço de correspondência e número de telefone, mudança de endereço, vive sozinho e sem carga; situação que reduziu o número da amostra participante.

Perfil demográfico dos cuidadores

Dos 200 participantes cuidadores 73,3% eram mulheres; a idade média foi de 63,5 ± 14,6 anos, variando entre 18 e 93 anos; 65% dos cuidadores tinham 60 anos ou mais velhos. Mal chegaram 71% em estudos primários incompleto ou completo. Com relação emocional estável em mais da metade dos participantes (40% casados e coabitando 16,5%). Observou-se que 81,5% dos cuidadores são envolvidos em trabalhos domésticos, enquanto o trabalho de 12,5% informalmente e que 100% pertencem a um estrato e dois, o que corresponde a usuários com menos recursos económicos. Foram considerados todos os profissionais que participam de qualquer religião (89,5% de católicos, 5% de cristãos, 4,5% de evangélicos, e apenas 1% SDA), com um nível médio de compromisso em 54% dos casos.

Ele mostrou que 86,5% gastam 24 horas por dia para cuidar de sua família; o tempo médio foi de 22 ± 5 horas por dia. Mais da metade dos destinatários dos cuidados (62%) têm um único cuidador que o assiste; É em 56,5% dos casos as esposas (ou). O grau de funcionalidade medido pelo perfil de pulsos para as pessoas, relataram disfunção díade baixa (91% cuidadores, os receptores de cuidados de 80%).

No que diz respeito à autoconhecimento e acessibilidade no uso da tecnologia da informação e comunicação (TIC), a maioria dos cuidadores expressar um nível baixo, principalmente no que diz respeito ao computador, telefone e internet (acima 75%); 72,5% dos participantes não expressa utilizar as TIC para apoiar os cuidados de sua família.

Coexistência foi relatado na díade (receptor de cuidados de cuidador) doença crônica, com hipertensão e diabetes mellitus as principais causas de morbidade desses (Tabela 1).

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Tabela 1. Características sociodemográficas dos cuidadores.

VARIÀVEL	CATEGORIA	n(%)	□ ± D.E
Sexo	Feminino	146(73%)	
Idade	60 ou mais anos	130(65%)	63.5 ± 14.6
Nível de educação	Primàrio grau incompleto	108(54%)	
Estado Civil	Casado(a)	80(40%)	
Ocupacao	Casa	163(81,5%)	
Religião	Católica	178(89%)	
Nível de compromisso religioso	Medio	118(59%)	
Socioeconómica Stratum	Um	107(53,5%)	
Cuidar da pessoa responsável a partir do momento do diagnóstico	SI	181(90,5%)	
Tempo tomado como um cuidador (meses	120 meses ou menos	146(73%)	122 ± 99.8
Sitter única	SI	124(62%)	
Apoio com conta como zelador	psicològico	10(5%)	
	Familiar	66(33%)	
	Religioso	29(14,5%)	
	Económico	71(35,5%)	
	Social	74(37%)	
Horas gastas diariamente no cuidado de sua família	24 Horas	173(86,5%)	22 ± 5
Parentesco	Esposo(a)	113(56,5%)	
Avaliação baixa cuidador PULSES	Baja Disfunção	182(91%)	
	Media Disfunção	17(8,5%)	
	Alta Unidade	1(0,5%)	
PULSES receptor de cuidado	Baja Disfunção	160(80%)	
	Media Disfunção	38(19%)	
	Alta Unidade	2(1%)	
Auto-avaliação na utilização das TIC (nível de conhecimento)			
Televisão	Alto	100(50%)	
Ràdio	Bajo	71(35,5%)	
Computador	Bajo	177(88,5%)	
Telefone	Bajo	151(75,5%)	
Internet	Bajo	174(87%)	
Auto-avaliação na utilização das TIC (Possibilidade de acesso)			
Televisão	Mèdia	80(40%)	
Ràdio	Bajo	111(55,5%)	
Computador	Bajo	175(87,5%)	
Teléfone	Bajo	161(80,5%)	
Internet	Bajo	172(86%)	
Utilização das TIC para apoiar no cuidados	NO	145(72,5%)	
Percepção do nível de apoio com o uso das TIC no cuidado de sua família	Mèdia	36(65,5%)	
O TIC seria mais útil como um apoio no cuidado de sua família	No	95(47,5%)	
Diagnóstico Médico Cuidador	HTA	144(72%)	
Diagnóstico Médico Receptor l Cuidado	HTA	137(68,5%)	

Fonte: Instrumento Grupo de Cuidado al Paciente Crónico, Universidad Nacional, Cuidador, (GCPC-UN-C), 2009.

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Competição para o care-cuidador

Em relação ao conhecimento da categoria, a avaliação favorável dos participantes em todos os aspectos valorizados mostrou. Itens com melhor classificação (opções quase sempre ou sempre e frequentemente) correspondia, em sua ordem ao conhecimento referido pelos cuidadores sobre os sinais de alerta da doença que podem ocorrer (97%), o monitoramento das condições de saúde seus pacientes (92%), e a conclusão dos procedimentos exigidos pela pessoa a quem o cuidado (98%).

Na avaliação positiva dimensão singularidade dos cuidadores, registrando a maior pontuação em todos os itens (opções quase sempre ou sempre e muitas vezes) também foi observado. Os participantes falaram sobre estabelecer o seu próprio plano de vida em 96% dos casos, ter confiança na sua capacidade para cuidar em casa (95,7%); de ser capaz de simplificar as tarefas de atendimento (95,5%) e facilmente superar sentimento de culpa ou raiva (94,5%).

Em relação à categoria de aumento da apreciação instrumental de cuidadores com alta pontuação (opção quase sempre ou sempre e muitas vezes) em todos os itens encontrados. Mais ele se referiu aos cuidados de sua família organizar o apoio instrumental disponíveis, bem como administrar adequadamente os medicamentos prescritos, 98% para ambos os casos; e agindo de acordo com as recomendações prescritas (97%).

No estudo, a avaliação negativa foi encontrado em dois dos quatro itens que compõem a categoria desfrutar. A população participante raramente reportados, raramente ou nunca (50% e 15%, respectivamente) foram satisfeitos com o seu estilo de vida atual. Também sobre a disponibilidade de tempo para as atividades de desenvolvimento pessoal, as respostas raramente, raramente ou nunca foram a maior parte atribuída pelos cuidadores (37% e 24,5%, respectivamente). No entanto, a grande maioria (95,5%) relataram que sempre ou quase sempre e muitas vezes se sentem vital e com energia suficiente para atender as demandas de cuidados; também é surpreendente que uma percentagem considerável (94,5%) relatou que o trabalho de cuidados deu-os em seu plano de vida.

Foi relatado na categoria força antecedência para encontrar a autoestima positiva na plenária dos itens. A maioria dos participantes relatou que quase sempre ou sempre e muitas vezes organiza os recursos disponíveis de forma eficiente para atender a pessoa que se importam (99%), e também fornece as necessidades de gestão de risco e de saúde (97,5%).

Na relação social categoria e avaliação negativa interação de um dos quatro itens achados composição. Cerca de mais de metade dos inquiridos algumas vezes, e raramente ou nunca (40% e 10,5% dos casos) foram apoiados por outros membros da família para apoiar os cuidados. Como resultado positivo foi relatado que a maioria dos inquiridos considerou que sempre ou quase sempre, e muitas vezes procuram se comunicar efetivamente com a pessoa que você se importa, que têm fortalecido o vínculo de afeto com o seu receptor e se preocupam com a manutenção de tranquilidade emocional (98%).

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Tabela 2. Distribuição percentual dos cuidadores como categorias do concurso (n: 200).

Ítem	**Quase nunca ou Nunca (%)**	**Raramente (%)**	**Muitas vezes (%)**	**Quase sempre ou sempre (%)**
CONHECIMENTO				
Eu sei como monitorar as condições de saúde da pessoa que eu me importo	1,5%	6,5%	21,0%	71,0%
. Eu sei como executar os procedimentos necessários a pessoa que se importa	0,0%	2,0%	49,0%	49,0%
Eu sei que os sinais de alerta da doença que pode apresentar a pessoa de quem cuida	0,0%	3,0%	24,5%	72,5%
UNICIDADE				
Eu tenho confiança na minha capacidade de cuidar em casa	0,5%	3,5%	31,2%	64,5%
sentimentos facilmente superou de culpa ou raiva	0,0%	5,5%	45,5%	49,0%
Eu sou capaz de simplificar as tarefas de cuidado	1,0%	3,5%	37,5%	58,0%
Eu estabeleço o meu próprio plano de vida	0,0%	4,0%	36,5%	59,5%
APROVEITE				
Estou satisfeito com o meu estilo de vida atual	15%	50,0%	10,5%	24,5%
Estou energia pena o suficiente para satisfazer as responsabilidades de cuidados	0,0%	4,5%	47,0%	48,5%
Eu sinto que meu trabalho traz cuidador para meu próprio plano de vida	0,0%	5,5%	38,5%	56,0%
Tenho tempo para minhas atividades ou itens pessoais	24,5%	37,0%	21,0%	17,5%
ANTECIPAÇÃO				
Organizar os recursos disponíveis de forma eficiente para atender a pessoa que se importam	0,0%	1,0%	47,5%	51,5%
Prevejo de gestão e de saúde necessidades de risco para a pessoa que você se importa	0,5%	2,0%	24,5%	73,0%
RELACIONAMENTO SOCIAL E INTERAÇÃO				
Apoio conquista de outros membros da família para apoiar os cuidados	10,5%	40,0%	26,5%	23,0%
Eu tento a pessoa que eu cuidar de tranquilidade emocional segurar	0,0%	2,0%	35,0%	63,0%
Estou buscando efetivamente comunicar com a pessoa que você se importa	0,0%	2,0%	21,0%	77,0%
Nós fortalecer o vínculo de afeto com a pessoa que você se importa	0,5%	1,5%	17,5%	80,5%

Fonte: Instrumento Competencia para el Cuidado-Cuidador (Versão resumida), 2009.

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Coexistência foi relatado na díade (receptor de cuidados de cuidador) doença crônica, com hipertensão e diabetes mellitus as principais causas de morbidade nestes; É coerente com outros estudos nacionais (18-19).

DISCUSSÃO

Sobre as características demográficas dos cuidadores semelhanças com outras publicações que estão na mesma linha são relatadas; a fêmea torna-se um papel de fator de cuidador decisivo, quando as circunstâncias socioculturais, e equipe foram alguns argumentos que legitimaram.

A participação de mais de sessenta cuidadores é realçado, os resultados que coincidem com outros estudos em diferentes contextos (20), onde a maioria deles estão em idade avançada foi destacada. Antes que observou que a idade do cuidador é aspecto fundamental dos efeitos negativos que os cuidados, como o seu impacto sobre o desenvolvimento da vida normal são exacerbados nos grupos etários mais velhos (21). Da mesma forma, a coexistência de doenças crônicas relatadas em participantes torna as condições de vulnerabilidade ainda mais crítica.

O nível educacional mais frequentemente referidos pelos cuidadores é baixa, com primário incompleto e analfabetismo na maioria dos casos; constatação de que reflete o nível de escolaridade da população do município dos pátios, onde início de abandono dos estudos são traços comuns desta geração de profissionais de saúde. Indicou que os cuidadores mais velhos e aqueles sem experiência de educação maior medida a falta de suficiente para fornecer o cuidado a concorrência (21).

Mais de metade da população era casado ou em coabitação, que mostra a relação que liga a díade (sujeito de cuidados de cuidador) e corresponde com outros estudos que indicaram o nexo de parentesco (consanguinidade ou afinidade) conectando-se ao recipiente de cuidado com o seu cuidador, e a relevância deste tipo de destino como um suporte na pessoa afetada e lidar com a doença crônica (22).

Em relação à ocupação, houve um predomínio de participantes que exercem trabalho doméstico e de trabalho independente. No longevo estudo, a condição sexo e idade encontrados são variáveis que poderiam explicar a ocupação exercida; e por isso é a característica desta região da fronteira colombiana-venezuelana, onde ele está se tornando concentração notório de população deslocada, o exercício desempregado e informal, desfrute de aumento dos problemas sociais.

Todos os cuidadores disseram que praticar qualquer religião; a maior parte da população professa a religião católica; seguido pelo número de fiéis pertencentes aos cultos como evangélico, cristão e adventista em ordem, com um nível médio de compromisso. Eu encontrei semelhante ao relatado em um estudo em cinco regiões do país, onde uma percentagem representativa dos cuidadores mostrou a sua forte orientação religiosa com um grau médio de compromisso (23).

Trabalho neste campo (24) colher os benefícios da religiosidade das pessoas que recebem cuidados e aqueles que dar-lhe; No primeiro caso, os benefícios da crença religiosa baseiam-se na manutenção e recuperação da saúde do idoso como apoio à saúde. No segundo, constitui um componente que dá força e apoio para enfrentar as mudanças e incertezas geradas no atendimento, proporcionando direção e orientação ao cuidador em sua experiência.

No estudo a baixa funcionalidade dos doentes crónicos não se reflete na exigência de cuidados relatados em participantes, como o aumento no número de horas gasto, atenção às necessidades e prolongou o tempo no exercício do papel são achados em cuidadores.

A maioria dos inquiridos mostrou um baixo nível de conhecimento e acessibilidade, principalmente para computador, internet e celular (mais de 75%); e que pode ser explicado pela fase que estas gerações viviam. Na literatura indicou que uma das dificuldades de acesso às novas tecnologias é devido a diferenças de idade e nível de escolaridade. Conforme aumenta a idade, o uso de novas tecnologias, como a diminuição da Internet e de computador; contrariamente às gerações atuais onde a inclusão em uma idade precoce da tecnologia nos sistemas de educação sobre o conhecimento natural, acesso e gestão.

A este respeito autores como Cuevas (23%) oncordam em dizer que «é uma pessoa nascida na era da geração rádio, telefone fixo, e no início da televisão, e tem sido cautelosa e de uma distância respeitável os

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

rápidos avanços na comunicação portanto, é algo que não é deles e que gera medo, apreensão [...] «. Tais argumentos explicar, na geração de cuidadores de adultos, não-uso e consideração de tal tecnologia como uma estratégia para apoiar a assistência prestada.

Quanto à concorrência, categoria de conhecimento a avaliação favorável dos cuidadores em todos os itens que o compõem foi encontrado para ser semelhante ao relatado em um estudo em que os participantes do estudo mostraram um alto nível de conhecimento (26). No entanto, indicou a importância de melhorar este aspecto, uma vez que foi reconhecido como limitando o cuidado oferecido. Para o autor, embora o conhecimento não é o único elemento necessário na competição de cuidadores para prestar cuidados é um componente essencial para alcançar e, portanto, para o desempenho eficaz das suas funções.

A propriedade singularidade e pessoal outro aspecto igualmente importante da competição solidária. Neste contexto, a avaliação positiva dos cuidadores, registrando a maior pontuação em todos os itens (opções quase sempre ou sempre e muitas vezes) foi observada. As percentagens mais elevadas constituíram aspectos, tais como: ter confiança na sua capacidade para cuidar em casa, o potencial de simplificar a sua tarefa, e o estabelecimento de seu próprio plano de vida. Constatação de que difere do encontrado em outras publicações (25) onde indicado o envolvimento deste aspecto.

Da mesma forma, a alocação de respostas positivas em todos os itens da dimensão instrumental foi encontrada. Cuidadores quase sempre ou sempre e muitas vezes agem seguindo as recomendações prescritas na pessoa carinhosa, instrumental organizar o apoio necessário e administrar adequadamente os medicamentos listados em sua família. Sendo um aspecto favorável dos participantes, uma vez a atenção para as recomendações em situações patológicas específicas como a realização prescrito pelas atividades da equipe interdisciplinar constitui uma necessidade que está permanentemente presente no processo de cuidado, e assumir a habilidade de cuidadores para fornecer os cuidados necessários em situações específicas da doença (27).

Na categoria desfrutando encontradas em cuidadores negativo autoestima em dois dos quatro itens que o constituem. A participantes percentuais significativos raramente reportados, raramente ou nunca se sentiram satisfeitos com o seu estilo de vida atual e disponibilidade de tempo para as atividades de desenvolvimento pessoal. Isto coincide com os achados de outros autores que relataram que altas demandas de cuidar de períodos de tempo, diariamente e de forma contínua, a carga percebida no cuidador torna-se evidente (21). No estudo das variáveis sócio demográfica corte e cuidar de cuidadores relataram explicar esses achados.

A avaliação favorável foi encontrada em todos os itens que compõem a categoria antecipação, cuidadores quase sempre ou sempre e muitas vezes fornecem as necessidades de gestão de saúde e de risco da pessoa que cuidar e organizar recursos para atendimento eficiente o paciente. É semelhante ao encontrado em um estudo recente (26). Estas características que envolvem a antecipação do que é feito, aplicar uma das várias formas de cuidados encaminhados por Ebersole e Hess (28) como cuidados antecipatória, compreendendo decisões com base nas necessidades futuras dos doentes crónicos, antecipação das necessidades inevitáveis influenciar as escolhas feitas no presente e tem um forte impacto sobre as ações do cuidador.

Quanto à categoria interpessoal relações envolvimento de um dos quatro itens encontrados; com a avaliação desfavorável, mais de metade dos inquiridos algumas vezes, e raramente ou nunca tiveram o apoio de outros membros da família para apoiar os cuidados. O que confirma a tendência observada em outros estudos (22-23) que indicaram que não é significativamente maior sentido de um apoio limitado no grupo de cuidadores. Low apoio percebido recebida pelo cuidador tem sido descrito como um dos mais poderosos preditos de má qualidade de vida e os níveis de carga elevados (29).

CONCLUSÕES

Em relação às características sociodemográficas encontradas em cuidadores, semelhanças com outras publicações relatado. Corrobora entre outros, a presença de prioridade das mulheres na hierarquia dos cuidados, o parentesco (consangüinidade ou afinidade) que liga o cuidado receptor com seu cuidador, baixa escolaridade, inatividade no mercado de trabalho, a alta demanda em termos de frequência, intensidade e tempo no exercício do cuidado. Da

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

mesma forma, eles são a única ajuda que recebe o recipiente de cuidado.

No estudo a avaliação favorável dos cuidadores relataram altos valores em marcando com dimensões, conhecimento, singularidade, instrumental e antecipação; no entanto, as categorias desfrutar e relações sociais e interação mostrou que o envolvimento em alguns dos itens que são coincidentes com outros estudos (30), que descreveram que os cuidados envolve uma série de transformações, que vão desde mudanças em suas vidas para o nível pessoal, família, trabalho e social. Achados pode estar relacionada com algumas variáveis e perfil sócio-demográfico dos cuidados relatados em participantes.

O impacto causado pelo fato de tomar cuidado em suporte de vida de trabalho de enfermagem do cuidador no reforço da sua competência como um pré-requisito para o desempenho eficaz do seu trabalho. Igualmente necessária continuidade dos estudos, por quanto, é um assunto que exige uma investigação mais aprofundada.

CONFLITO DE INTERESSES

O autor declara não há conflito de interesse.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra: OMS [Internet]. 2014 [consultado 22 dic. 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1
2. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública 2005;17(5/6):353–61
3. Barrera-Ortiz L, Sánchez-Herrera B, Carrillo-González GM. La carga del cuidado en cuidadores de niños con enfermedad crónica. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2013 [consultado 23 dic. 2015]; 29(1): 39-47. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000100006&lng=es
4. Gobernación del Departamento de Norte de Santander. Diagnóstico de Salud. San José de Cúcuta: Gobierno Departamental; 2003.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI): Encuesta de diabetes e hipertensión y factores de riesgo en enfermedades crónicas. Villa Nueva: Guatemala; 2006.
6. Carrillo G, Chaparro L, Sánchez B. Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región pacífica colombiana. Cienc Enferm. [Internet]. 2014 [consultado 15 dic. 2015]; 20(2):83-91. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200009&lng=es
7. Luengo-Martínez CE, Araneda-Pagliotti G, López-Espinoza MA. Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. Index Enferm. [Internet]. 2010 [consultado 9 dic. 2015]; 19(1):14-8. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000100003&script=sci_arttext
8. Partezani R, Guimaraes O, Marques S. Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. Latinoam Enferm. 2001 [Internet]. [consultado 19 ago. 2015]; 9(1):7-12. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n1/11524.pdf
9. Boykin A, Shoenhoffer S. Nursing as caring: A model for transforming practice. Sudbury: Jones & Bartlett; 2001. p. 2-5.
10. Carrillo GM, Sánchez-Herrera B, Arias-Rojas EM. Validation of an instrument to assess the homecare competency of the family caregiver of a person with chronic disease. Invest. Educ. Enferm. 2015; 33(3): 449-455.
11. Barrera-Ortiz L, Pinto-Afanador N, Sánchez-Herrera B, Carrillo GM, Chaparro-Díaz L. Cuidando en el hogar a personas con enfermedad crónica, su familia y cuidador. 1ª ed. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
12. Herrera M, López M, Valencia C, Soto J, Lopera F, Wolf O, Rupprecht R. Autovaloración de calidad de vida y envejecimiento en adultos con riesgo de Alzheimer. Invest Educ Enferm. 2008;26(1):24-35.
13. Barrera L, Pinto N, Carrillo M, Chaparro L, Sánchez B. Cuidado a los cuidadores: familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá DC: Editorial de la Universidad Nacional Unibiblos; 2009.
14. Granger CV, Albrech GL, Hamilton BB. Outcome of Comprehensive Medical Rehabilitation messurement by pulses profile and the Barthel Index. Arch Physmed Rehabil 1979; 60: 145-54.
15. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 por la cual se establece las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
16. República de Colombia. Tribunal Nacional ético de Enfermería, TNEE. Ley 911 de 2004, octubre 5, por el cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinar correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C: El Abedul, Diario Oficial; 2004.
17. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki.Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. Paris: AMM; 2014 [Internet]. [consultado 26 dic. 2015]. Disponível em: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
18. Montalvo-Prieto AA, Cabrera-Nanclares B, Quiñones-Arrieta S. Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. Aquichan [Internet]. 2012 [consultado 11 ago. 2014]; 12(2):134-43. Disponível em: http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2120
19. González DS. Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica por diabetes Mellitus. Av de Enfermería. 2006; 24 (2):28-37.
20. Díaz-Alfonso H, Lemus-Fajardo NM, Gonzáles-Cosme W, Licort-Monduy OL, Gort-Cuba O. Repercusión ética del cuidador agotado en la calidad de vida de los ancianos. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 [consultado 31 dic. 2015]; 19(3): 478-490. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

-31942015000300011&lng=e

21. Rodríguez P. Mateo Echanagorria A. Sancho Castiello M. Cuidado a las personas mayores en los hogares españoles, el entorno familiar. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2010.

22. Amaya-Ropero MC, Carrillo-González GM. Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. Aquichan 2015; 15(4): 461-474.

23. Corredor LR, Sánchez-Herrera B, Carrilo-González GM. Caracterización y carga del cuidado en hombres cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia. Archivos de Medicina. [Internet]. 2014 [consultado 31 dic. 2015]; 14: 219-230. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273835711006

24. González-Valdés TL. Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. Revista Psicología Iztacala. [Internet]. 2004 [consultado 31 dic. 2015]; 7 (2): 19-29. Disponível em: http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html

25. Cuevas F. Las Tics a la hora del café. Programa Sociedad de la información y el conocimiento. San José: Universidad de Costa Rica; 2012.

26. Carrillo-González GM, Barreto-Osorio RV, Arboleda LB, Gutiérrez-Lesmes OA, Melo BG, Ortiz VT. Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia. Rev. Fac. Med. 2015;63(4):665-75.

27. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Modelo de centro de día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer. Serie Documentos Técnicos No. 21015. Madrid: ARTEGRAF, S.A; 2008.

28. Ebersole P, Hess P, eds. Toward healthy aging: human needs and nursing response. 5ª ed. St. Louis: Mosby; 1998.

29. Macedo EC, Rangel-Silva L, Paiva-Santos M, Pereira-Ramos MN. Sobrecarga y calidad de vida de madres de niños y adolescentes con enfermedad crónica: revisión integradora. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 [consultado 4 ene. 2016]; 23(4): 769-777. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104--11692015000400769&script=sci_arttext&tlng=es

30. Moreira R, Turrini N. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. Enferm Glob. [Internet]. 2011 [consultado nov. 2015]; 10(22):1-8. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695--61412011000200013&lng=es

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Riesgos en el cuidado de la salud de las familias de Valledupar

Marina Sánchez-Sanabria*
Javier Galindo-Ospino**

Recibido: 14 de Noviembre de 2015

Aceptado por pares: 15 de Abril de 2016

Aprobado: 20 de Mayo de 2016

RESUMEN

Objetivo: determinar los principales factores de riesgo que afectan la calidad de vida que asumen en el cuidado de la salud los habitantes del área urbana de Valledupar, para los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 de la comuna tres. **Materiales y Métodos**: estudio cuantitativo, descriptivo, transversal; muestra conformada por 68 de 127 familias y 31 representantes comunitarios, aplicándoseles encuesta sobre aspectos sociodemográficos, condición de vida, cuidado de la salud y lista de chequeo para condiciones higiénico sanitarias de 54 expendios de alimentos distribuidos proporcionalmente. **Resultados:** se identificaron como los principales factores de riesgo un 41 % de formación técnica, 23 % de mujeres desde temprana edad son amas de casa y formando pareja, y 8.8 % embarazadas, 83.8 % con insuficientes para sostenimiento, 57 % de mujeres no practican autoexamen de mama en el último año, y 26.5 % sin examen citológico, 76 % de hombres no hacen examen de próstata, 70 % de mujeres con deficiente manejo de lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria, 50 % no lleva perros al control veterinario y 69 % deja hacer sus necesidades a campo abierto, 49 % de expendios de alimentos no cumplen con la infraestructura, manejo higiénico sanitario y de bioseguridad. **Conclusión**: se aprecian comportamientos negativos en el autocuidado de la salud sexual y salud reproductiva, deficiente manejo con la lactancia materna y alimentación complementaria, con el cuidado de animales domésticos y precarias prácticas higiénico sanitarias en expendios de alimentos que deben ser reconsiderados para potenciar estilos de vida saludables.

PALABRAS CLAVE: autocuidado, conducta de riesgo, estilo de vida***.

*Enfermera. Doctora en Ciencias de la Educación. Docente. Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Colombia. Correo electrónico: marinasanchez@unicesar.edu.co

** Enfermero. Especialista en Gerencia. Docente. Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Colombia. Correo electrónico: javiergalindo@unicesar.edu.co

*** Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en la página http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm de la Biblioteca virtual en salud del proyecto BIREME, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo
Sánchez-Sanabria M, Galindo-Ospino J. Riesgos en el cuidado de la salud de las familias de Valledupar. Rev. cienc. cuidad. 2016; 13(1): 23-42.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Risks in the health care of the families of Valledupar

ABSTRACT

Objective: to identify the main risk factors that affect the quality of life assumed in health care by the residents from the urban area of Valledupar, for the socioeconomic strata 1, 2 and 3 from the third commune. **Materials and Methods**: quantitative, descriptive, cross-sectional study; sample consisted of 68 127 families and 31 community representatives; Survey administered based on sociodemographic aspects, living conditions, health care, and checklist for sanitary and hygienic conditions of 54 proportionately distributed food outlets. **Results**: the resuts show as the main risk factors, 41% of technical training, 23% of women from eleven years of age are housewives forming couples at an early age and 8.8% pregnant, 83.8% do not have the income to support themselves, 57% of women have not practice breast self-examination since last year and 26.5% without cytological examination, 76% of men do not have their prostate checked, 70% of women with poor exclusive maternal breast-feeding management and supplementary feeding, 50% do not take dogs for veterinary control and 69% leave them to do their business in the open field, 49% of food establishments do not comply with the infrastructure, sanitary hygienic handling and biosafety. **Conclusion**: negative behaviors are seen in self care of sexual health and reproductive health, poor breast and supplementary feeding management, taking care of pets and poor hygienic and sanitation practises in food establishments, which should be reconsidered to enhance healthy lifestyles.

KEY WORDS: self-care, risk taking, lifestyle.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Riscos na saúde das famílias de Valledupar

RESUMO

Objetivo: identificar os principais fatores de risco que afetam a qualidade de vida que assumem nos residentes de cuidados de saúde da área urbana de Valledupar, por estratos socioeconômicos 1, 2 e 3 da comuna três. **Materiais e Métodos:** descritiva Quantitativa, estudo, transversal; amostra foi constituída por 68 127 famílias e 31 representantes da comunidade, pesquisa aplicada a eles aspectos sociodemográficos, condições de vida, saúde, e lista de verificação para as condições de saúde e higiene distribuídos proporcionalmente 54 estabelecimentos de comida. **Resultados**: foram identificados como os principais fatores de risco de 41% da formação técnica, 23% das mulheres desde tenra idade, são donas de casa e como um par, e 8,8% de mulheres grávidas, 83,8% com apoio insuficiente, 57% das mulheres não praticam o auto-exame da mama no ano passado, e 26,5% sem exame citológico, 76% dos homens não exame de próstata, 70% das mulheres com má gestão da amamentação exclusiva ea alimentação complementar, 50% não carregam cães de controlo veterinário e 69% deixam aliviar a campo aberto, 49% dos estabelecimentos alimentares não conformes com a infra-estrutura, manuseio higiênico sanitária e biossegurança. **Conclusão**: comportamentos negativos são vistos em auto-cuidado da saúde sexual e da saúde reprodutiva, a má gestão com a amamentação e alimentação complementar, cuidar de animais de estimação e pobres práticas de higiene saneamento nos estabelecimentos alimentares, que deve ser reconsiderada para melhorar estilos estilos de vida saudáveis.

PALAVRAS-CHAVE: autocuidado, assunção de riscos, estilo de vida.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

INTRODUCCIÓN

Las características sociopolíticas del entorno y condiciones de vida de la población o las circunstancias en que les corresponde vivir desde que se nace, crece, vive, trabaja y envejece, junto con las particularidades individuales, van determinando el modo de vida de un colectivo o grupo social (1).

El estilo de vida es la conducta individual de la manera de ser y de comportarse, mediada por la personalidad, que se comparte dentro de una sociedad que se parece entre sí por sus características sociodemográficas, psicológicas, de comportamiento, de equipamiento e infraestructura, entre otras (2), dando uso a los diversos medios que su entorno y la sociedad a la que pertenece le ofrece para satisfacer sus necesidades básicas (3); por su parte, el modo de vida lo constituyen las diversas maneras de adaptación de los colectivos para habitar el entorno (4). Los estilos y modos de vida, a su vez, influyen en las expresiones de salud y de enfermedad en las personas

Desde las experiencias de los estilos y modos de vida, el sujeto percibe la calidad de vida y los factores de riesgo dados desde las características sociodemográficas y del entorno social (5) para determinar las características de su cuidado (6), adaptándolos o no a las condiciones de vida, de trabajo, del nivel de ingresos y del nivel educativo, entre otros.

Las tasas de mortalidad y natalidad en el año 2012, en Valledupar, disminuyeron debido a la desaceleración del crecimiento poblacional de niños y jóvenes menores de 20 años y al aumento de la población mayor de 30 años. Este indicador sociodemográfico es una ventaja potencial por la menor proporción de población que requiere inversiones en educación y salud, posibilitando un mayor crecimiento económico, al mismo tiempo que aumenta en 2.4 % la población económicamente activa (PET) y la tasa de desocupación disminuye de 19.7 % a 10.1 %, siendo una de las más bajas de la región (7). Esta situación hace necesario indagar si las condiciones en el mercado de trabajo son las adecuadas para mejorar los ingresos de los hogares y, en consecuencia, mejorar también su calidad de vida e impactar en los niveles de pobreza del municipio.

En Valledupar, en el 2014, aún no se cumple con los Objetivos del Milenio: en cuanto al nivel de educación básica primaria sólo se alcanzó el 81 %, en secundaria se llegó al 70 % y en educación media al 39 %, indicadores desalentadores que están relacionados con las condiciones de infraestructura, la baja calidad de las redes eléctricas, la seguridad y el aumento de la drogadicción (8), aspectos que ya habían sido vislumbrados por la Organización de las Naciones Unidas, entidad que advirtió sobre la necesidad de desarrollar estrategias de intervención colectiva e individual, involucrando tanto al sector salud como a otros sectores (7), para hacer más eficaz y eficiente el esfuerzo interinstitucional con su respectiva responsabilidad social (9).

La unión de las personas, las instituciones, los grupos sociales y las familias de la comunidad facilita la intervención colectiva en consenso y fomenta la cultura ciudadana. Debido a que Valledupar es una ciudad intermedia con crecimiento urbanístico y marcados procesos de aculturación influenciados por la migración de diversos grupos sociales y educativos, con modos de vida y formas de autocuidado, estos factores van caracterizando estilos de vida deficientes relacionados con el cuidado de la vida y la salud y repercuten en la forma de organizarse productivamente en una economía de sobrevivencia (10).

El anterior contexto influye en la constitución de la familia, la cual se fortalece mediante relaciones de solidaridad entre miembros que comparten algún vínculo de identidad, tales como los sentimientos de convergencia y afecto, creando una dinámica grupal que va más allá de una relación basada en la consanguinidad, aunque en su concepto está tradicionalmente constituida por el grupo de personas que proceden de los progenitores (sentido amplio) en donde las relaciones jurídicas que existen entre sus miembros tienen como fuente el matrimonio y la filiación matrimonial o extramatrimonial (11). En este sentido, el estudio asume como integrante de la familia a toda persona que se integra, ya sea por consanguinidad o no, y que por lazos de solidaridad pertenece y es reconocido como tal.

Por esta razón surge el interés de desarrollar la investigación que sustenta este artículo, con el propósito de determinar los factores de riesgo que afectan la calidad de vida y comportamiento de riesgo más prevalente en sus estilos de vida, por

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

estrato socioeconómico, como aporte significativo al conocimiento sobre la problemática social, como herramienta pedagógica para el desarrollo del pensamiento crítico y creativo de los estudiantes y como espacio de motivación y orientación para la realización de proyectos de desarrollo comunitario encaminados a favorecer la adopción de prácticas y hábitos saludables.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo que permitió el análisis de una realidad observable y medible. El método utilizado fue descriptivo, de corte transversal (12) puesto que su diseño fue observacional, individual y de corte o momento determinado de tiempo en el diario vivir de los informantes, identificando o describiendo de manera predominante las condiciones, el lugar o factores de riesgo, cuya finalidad es el estudio de la frecuencia y distribución de eventos de salud y enfermedad.

Para la selección de las familias se aplicó el muestreo estratificado, sistemático y aleatorio simple, siempre que reuniera los criterios de selección: que el informante habitara la vivienda y fuese integrante de la familia a la que representaría, mayor de 18 años, disposición y responsabilidad para aportar datos, previa orientación del valor del estudio.

El método estratificado permitió visibilizar cómo se comporta una característica o variable por estrato, dado por servicios públicos de la ciudad, como mejor vía a seguir para el análisis de datos derivados de un muestreo probabilístico; también para visibilizar cómo se comporta una característica o variable en una población, haciendo evidente el cambio de dicha variable en los diferentes estratos socioeconómico, igualmente como mejor opción para el análisis de datos derivados de un muestreo probabilístico. Los datos fueron suministrados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Para la selección de la muestra (familia por vivienda) se consideró la identificación de todos los barrios por estrato socioeconómico, información suministrada por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi y la Oficina de Planeación Municipal. Este proceso permitió identificar dicha muestra a partir de la estratificación, de acuerdo con los servicios públicos del municipio, asumiendo que una familia está compuesta, en promedio, por 4.5 personas, con el criterio de seleccionar a una familia por vivienda y dos por barrio y estrato del total de viviendas. Según datos del Acueducto de Valledupar, se registran 20.646 familias de todos los estratos socioeconómicos en la comuna tres, ubicados en los 10, 13 y 8 barrios para estrato 1, 2 y 3 respectivamente, con una población correspondiente a 3.923, 11.149 y 5.575 personas, obteniendo una muestra representativa y seleccionada con método aleatorio simple de 68 familias.

La proporción de unidades en cada uno de los estratos poblacionales fue:

$W_1=N_1/N=3923/20647=19\%$

$W_2=N_2/N=11149/20647=54\%$

$W_3=N_3/N=5575/20647= 27\%$

N1= 3.923 Personas, N2=11.149 Persona, N3 = 5.575 Personas para un N = 20.647 de personas en total en que, según DANE 2005, el promedio de personas por familia es 4.5, representaría a 4.588 familias en los tres estratos;

$$n = \frac{N * Z^2 * \sum w_h S_h^2}{N * Z^2 + Z^2 \sum w_h S_h^2}$$

Donde:

n : Es la muestra por personas a encuestar, N : Es el total de la población, S_h^2 : Varianza de cada estrato, $\sum w_h$: Proporciones de unidades en cada uno de los estratos poblacionales y z : es el intervalo de confianza en donde caen las unidades de estudio. A los resultados de tablas dadas en frecuencias se les aplicó la medida de tendencia central: media. El tamaño de la muestra fue n≈ 68 familias, y con repartición proporcional para cada estrato se tuvo la siguiente fórmula proporcional:

$n_h= n \times w_h$

donde:

n_1=20 Famílias,

n_2=37 Famílias y

n_3=11 Famílias

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Para la valoración higiénico sanitaria de expendios de alimentos se tuvo en cuenta la percepción de los líderes comunitarios y la valoración por expertos, obteniendo como muestra a 31 presidentes de juntas de acción comunal de los estratos en mención y al líder de la Junta Administradora Local, representante de la comuna, como parte de la población de referencia para suministrar información requerida en los barrios y estrato socioeconómico correspondientes.

Los líderes seleccionados fueron tres por comuna, escogidos por conveniencia, previa ilustración del consentimiento informado y libre participación en el estudio, para integrar a la muestra a 18 presidentes de juntas de acción comunal en las 6 comunas, distribuyéndose 6 para cada estrato, es decir, un líder de cada comuna valoraba a cada tipo de expendio (tienda, restaurante de cárnicos o lácteos) y, posteriormente, se corroboraba con expertos del programa de microbiología de la universidad a 18 expendios de cada tipo, correspondiendo, por estrato y por comuna, valorar una tienda, un restaurante y un expendio de cárnicos o lácteos, para un total de 54 expendios

Las distribuciones muestrales permitieron analizar las diferencias comportamentales de cada variable en cada comuna, siendo vitales para comprender la inferencia estadística y para extrapolarlos a toda la población. En el estudio se utilizó el método sistemático para organizar la ubicación de la fuente primaria, asignando una rotulación en el mismo sentido en todas las distribuciones muestrales, iniciando la primera al azar.

La aplicación del método aleatorio simple consistió en la selección de n unidades sacadas de N, de tal manera que cada una de las muestras tuviese la misma probabilidad de ser elegida. En la práctica, una muestra aleatoria simple es extraída de la siguiente forma: se enumeran las viviendas, en este caso del 1 al N y, por medio de una tabla de números aleatorios o colocando los números 1 a N en una urna, se extraen sucesivamente n números; las unidades que llevaban estos números constituyeron la muestra, representada en una familia por vivienda.

Este método permitió verificar que, en cualquier fase de la obtención de la muestra, cada vivienda no fuera eliminada previamente y tuviese la misma probabilidad de ser elegida. Se tuvo en cuenta que cuando un número hubiese sido sacado de la urna no fuera reemplazado, evitando que la misma unidad entrara en la muestra más de una vez; por esta razón, el muestreo fue descrito como sin reemplazo.

La ubicación de los barrios por estrato socioeconómico se obtuvo a partir de la información suministrada por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi y la Oficina de Planeación Municipal, siendo necesario localizar en un mapa (13) los barrios correspondientes a la Comuna Tres objeto de este estudio, en aras de garantizar la objetividad y precisión del trabajo de campo por parte de los estudiantes y docentes asignados para dicha labor. Posteriormente se aplicaron los instrumentos respectivos, teniendo en cuenta el método sistemático y aleatorio simple.

Los criterios de inclusión para la información de la encuesta Alfabeta fueron: mayor de 18 años, representantes por barrio y de la comuna 3, indistinto su sexo, libre participación, más de un año como residente, una persona informante por vivienda. Para la valoración higiénico sanitaria de expendios de alimentos: dos expendios por cada tipo y estrato socioeconómico y consentimiento informado por parte de su propietario. El estudio contempló como familia a miembros que suelen compartir la misma residencia y giran en torno a patrones de cuidado y valores de crianza compartidos, ingresos para manutención sin necesidad de lazos consanguíneos.

Los instrumentos utilizados en el estudio fueron elaborados desde la experticia de cada disciplina: ingeniería ambiental, ingeniería agroindustrial, microbiología, enfermería e instrumentación quirúrgica para determinar la validez de contenido, teniendo en cuenta el juicio y aportes de dichos expertos en el tema, quienes valoraron la matriz de consistencia a partir del problema, objetivos y variables, además de determinar la coherencia entre ellos. Sus variables fueron tanto cualitativas nominales, dicotómicas y politómicas como cuantitativa discretas, haciendo la respectiva prueba piloto. La codificación de estas variables se hizo con el programa Excell 2013 y el programa estadístico SPSS versión 12.

Dentro de los instrumentos utilizados en el estudio se encuentra la encuesta estructurada denominada Riesgos en la vida cotidiana de los habitantes del área urbana de la Comuna Tres de Valledupar según

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

estrato socioeconómico 2013, que, tras la aplicación de la prueba piloto, aseguró la confiabilidad y validez del estudio. En ella se analizaron las siguientes variables: caracterización sociodemográfica de la población, condiciones de vida y cuidado de la salud.

Para la valoración por parte de expertos de las condiciones higiénico sanitarias de los expendios de alimentos se elaboró una lista de chequeo denominada Condiciones Higiénico Sanitarias de los Centros de Servicio y Expendios del Área Urbana de Valledupar 2013, que contempló subvariables relacionadas con las condiciones básicas sanitarias locativa y de higiene en el manejo y preparación de alimentos en los diferentes expendios -tiendas, restaurantes y ventas de lácteos y productos cárnicos- existentes en los barrios y estratos socioeconómicos I, II y III, valorados por estudiantes y docentes del programa de microbiología, con su respectiva prueba piloto, acogiendo la normativa sobre prácticas de manufactura del Decreto 3075 de 1997 (14).

En el proceso de interpretación y análisis se tuvo en cuenta el análisis univariado y bivariado desde la mirada holística (15) que asegurara recomendaciones integrales. Para facilitar el análisis, consolidación y procesamiento de la información recolectada en los instrumentos fue necesario agotar una serie de pasos que permitieron encontrar patrones de coincidencia entre unidades poblaciones de los tres estratos socioeconómicos establecidos con base en los valores de los distintos temas de análisis (16).

Esta formulación permitió generar escenarios homogéneos a los cuales se pudo atribuir la manifestación de problemas de salud similares y también sus factores de riesgo comunes y atribuibles, teniendo en cuenta la no homogenización de la multicausalidad, tolerando algunos grados de disentimiento del patrón principal de riesgos para formular propuestas explicativas e hipótesis de riesgos con la opinión de expertos, con los hechos comprobables en otras realidades en el país y con lo reportado en la bibliografía mundial, ajustando esquemas e hipótesis en función a estas nuevas fuentes de información que permitirán, en estudios siguientes, abordar la problemática social desde la comprensión de los fenómenos (17), con el fin de ser mayormente asertivos en contenidos educativos diferenciados en un futuro inmediato.

El Comité de Investigación de la Facultad Ciencias de la Salud aprobó el uso de los instrumentos con el rigor ético debido en el modo de aplicarlos, guardando la privacidad de la identificación de los informantes y nombre de expendios, además del consentimiento informado de los informantes obtenido al momento del trabajo de campo realizado por los estudiantes investigadores. No se necesitó permiso institucional, por cuanto la información fue tomada directamente de los habitantes y de los manipuladores de alimentos, quienes son los dueños de los mismos expendios. Igualmente, se tuvo en cuenta lo establecido en la Resolución No. 008430 de 1993 (18) en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar los principales factores de riesgo que afectan la calidad de vida que asumen en el cuidado de la salud los habitantes del área urbana de Valledupar, para los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 de la Comuna Tres.

Objetivos específicos

- Caracterizar los factores de riesgo en la vida cotidiana de cada familia, relacionados con su situación sociodemográfica.
- Caracterizar los factores de riesgo en la vida cotidiana de cada familia, relacionados con sus condiciones de vida.
- Caracterizar los factores de riesgo en la vida cotidiana de cada familia, relacionados con el cuidado de la vida y la salud.
- Identificar los factores de riesgo relacionados con las condiciones higiénico-sanitarias de los diferentes expendios de alimentos reconocidos por las familias, líderes y expertos en el tema.

RESULTADOS

Se presentaron dificultades por parte de los coordinadores de cada barrio, durante la fase de aplicación de los instrumentos para la selección inicial de la familia por vivienda, las cuales se

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

subsanaron con la entrega del mapa por comuna y número de viviendas por barrio que incluyera a la persona que reuniera los criterios de selección. Para garantizar la veracidad de la información, el equipo investigador rastreó encuesta por encuesta valorando coherencia de los datos y, al encontrar inconsistencias, se tomaban nuevamente los datos del mismo estrato socioeconómico -y a la misma familia, en lo posible- registrando la dirección de la fuente. Esta información se recolectó durante el segundo semestre de 2014, con la participación de estudiantes y docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

A continuación se esbozan los riesgos que asumen las personas dentro de las familias, en el cuidado de la salud con mayor valoración respectiva:

Características sociodemográficas

El género femenino es mayoritario, equivalente a un 53.4 %. Se estudiaron 28 categorías de las cuales 10 de ellas son las más prevalentes:

Tabla 1. Principales factores de Riesgo de acuerdo a las características sociodemográficas.

Factores de riesgo según categorías de la variable sociodemográfica	Comuna	Estrato mayormente afectado		
		1	2	3
Máximo nivel de formación alcanzado a la fecha del estudio	la mayor formación académica partiendo de los 16 años en adelante es el nivel técnico en un 41 % y de profesionales en un 16 %		X	
Mayor ocupación según género y personas por familia que generan ingresos	59 % de las familias tienen como mínimo a dos de sus integrantes generando ingresos con trabajo de mano de obra no calificada. Mujeres trabajan en oficios doméstico o son amas de casa en un 24 % y los hombres en un 31.6 % en oficios varios del total de las ocupaciones de estas familias		X	X
Género por jefatura en el hogar y estado civil	25 % de las familias la jefatura del hogar es una mujer, de los cuales el 53 % son por separación y un 17 % por viudez.		X	
Insatisfacción según promedio de ingresos	61 % de las familias reciben ingresos entre $500.000 a $900.000 y consideran no ser suficiente		X	X
Medio de transporte más utilizado	100 % prefieren la moto y el taxi colectivo		X	
Presencia menor trabajador	5 % de las familias del estrato uno y 1.5 % del total de la comuna.	X		
Seguridad ciudadana	53 % y 22 % de los encuestados afirman que la inseguridad es más dada por vandalismo y muertes violentas, respectivamente**.**			
Problemas sociales reconocidos del barrio	74 % el consumo y venta de alucinógeno, 72 % dice que la prostitución y el 56 % pandillas como mayor problema social		X	
Estado y uso de los parques o zonas de recreación	95 % de las familias expresó que los espacios públicos como los parques, en su mayoría, no son utilizados debido a las condiciones de deterioro e inseguridad en que se encuentran, que no se garantiza el acceso a ellos de manera segura, adecuada y sostenible como escenarios recreativos públicos		X	X
Cultura ciudadana	68 % de los encuestados reconoce las organizaciones comunitarias y, de ellos, el 82 % no participa en sus reuniones		X	

Fuente: Instrumento Riesgos en la vida cotidiana de los habitantes del área urbana de la Comuna Tres de Valledupar según estrato socioeconómico, 2013.

El mayor nivel educativo que ha alcanzado la población estudiada es la formación técnica en un 41 % (ver tabla 1), la ocupación que desarrollan estas familias tiene género, es decir, las mujeres que trabajan lo hacen en el servicio doméstico o como amas de casa, mientras que los hombres se ocupan en oficios varios siendo el de mayor aporte, en los informantes con edades entre 26 y 35 años de edad, la presencia de un menor trabajador desempeñándose en oficios varios, perteneciente al estrato dos.

El tipo de transporte más utilizado es el taxi colectivo o moto taxi, puesto que el transporte público es deficiente. La seguridad ciudadana se ve afectada por la venta de alucinógenos, la prostitución y el vandalismo. El pandillismo es el mayor problema

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

social reconocido en el estrato dos. El estado y uso de los parques o zonas paisajísticas es precario, con escaso mantenimiento, lo cual hace que estos lugares sean propicios para actos de violencia. La participación en la toma de decisiones respecto a los intereses comunitarios forma parte de la órbita de la cultura ciudadana que se caracteriza por reconocer la misión de sus organizaciones comunitarias y de participar en ellas. Sin embargo, el 82 % de los informantes no participa y se justifica en la falta de tiempo (50 %) o porque no le gusta (23.5%).

Condición de vida

Se consideraron 48 categorías, de las cuales 20 fueron mayormente reconocidas como riesgo. El 50 % de los encuestados reconoce que la educación es ofrecida por el estado y, en segundo lugar, por grupos religiosos con mayor aporte a la formación preescolar, educación básica primaria y secundaria. Entre el 75 % y el 100 % de los líderes afirma que ninguna institución del Estado lidera actividades productivas para el tiempo de ocio de jóvenes y adultos mayores; sin embargo, todos coinciden en que la religión, como institución, es la que está presente con actividades netamente religiosas.

El 95 % de las familias expresó que espacios públicos como parques o zonas paisajísticas, en su mayoría, no son utilizados debido a las condiciones de deterioro e inseguridad en que se encuentran, hecho que no los garantiza de manera segura, adecuada y sostenible como escenarios recreativos públicos, en virtud de su deficiente infraestructura, amueblamiento y mantenimiento precario que afectan la integración, especialmente, entre el estrato 1 y 2.

El 100 % de los líderes reconoce que la causa de la contaminación del aire son los gases vehiculares, seguida por la quema de basuras y la presencia de animales muertos a campo abierto (75 %) y la descomposición de residuos orgánicos ocasionado por la actividad humana (50 %).

El 50 % de los líderes respondió que la contaminación de suelos se presenta por sobrepastoreo, excretas y presencia de aguas residuales a campo abierto, un 25 % afirma que es por lixiviados en cuerpos de agua superficiales, en aguas subterráneas y por uso de plaguicidas e insecticidas, contaminación que afecta tanto al hombre como a la flora y la fauna, disminuyendo la variedad de especies que empiezan a tener dificultades en su proceso natural. Acerca de los servicios públicos, se encontró que un 3 % de las familias por vivienda no tiene acceso al servicio de recolección de basuras.

El 50 % de las familias posee vivienda propia, el 72.1 % no tiene internet en su casa y el 29 % tiene techos de zinc en sus hogares –esto último factor de riesgo para la salud en virtud de los cambios homeostáticos que, de acuerdo con las formas de pérdida de calor, puede alterar los mecanismos fisiológicos y causar inestabilidad de las condiciones metabólicas, neurológicas y cardiovasculares, debido la baja capacidad que tiene al calentarse por encima de la temperatura ambiental durante el día y enfriarse en la noche, de tal manera que no aísla del calor ni del frío, se oxida fácilmente en zonas húmedas o épocas de alta lluviosidad y se deteriora por la misma cantidad de minerales presentes en el ambiente (19).

El 79 % de los informantes de las familias reconoce que recibe subsidio en servicios de salud o familias en acción. El problema de los asentamientos encontrados en los estratos 1 y 2 se presenta en un 13 % por desplazamiento y en un 15 % por hacinamiento, con consecuencias para la salud familiar y pública, consideradas dentro de los determinantes sociales (20).

El 50 % de las familias que tiene de 1 a 4 integrantes es el grupo con mayor número de afiliaciones al sistema de salud, con mayor presencia en el estrato dos, porque es allí donde se presentan mayores niveles de empleo. Lo contrario ocurre en aquellas familias compuestas por 5 a 8 integrantes, que no están cubiertas por el sistema general de seguridad social en salud y atribuyen esa situación a la inoperancia de sus funcionarios, problemas de accesibilidad, falta de oportunidad de la atención, baja información u orientación o por la calidad humana.

El 79 % de la población está afiliada al Sistema de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) y un 16 % al régimen contributivo por trabajo independiente. La comunidad espera que el Estado le proporcione los servicios de salud a través de sus líderes políticos de turno por medio del empleo, fenómeno que se observa preponderantemente en el estrato 2.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

El 75 % de las familias afirma que son los mismos moradores quienes están produciendo más daño ecológico. La contaminación del agua se origina por fuentes físicas, químicas y biológicas. Además, esas familias no hacen mantenimiento a las zonas verdes de su propiedad, favoreciendo los actos vandálicos y la violencia sexual. El 75 % de los informantes afirma que la contaminación del aire es ocasionada por los gases de vehículos de personas ajenas a su comunidad.

El 50 % de los líderes comunitarios manifiesta que para almacenar el agua utiliza albercas y utensilios de cocina en condiciones sanitarias deficientes. Estas prácticas están relacionadas con las costumbres de una comunidad que no es consciente de mantener buenos hábitos sanitarios para el bien común, lo cual genera un impacto negativo en la salud pública (21).

Prácticas de cuidado

Se contempló desde la mirada ontológica del cuidado de la vida, teniendo como subvariables: el autocuidado, el cuidado primario, el cuidado doméstico y el cuidado con su entorno natural. El autocuidado se refiere a las actividades que realizan para el cuidado de sí mismos; el cuidado primario es el cuidado proporcionado a los niños, adultos mayores y a los discapacitados, es decir, la atención que se ofrece a integrantes que por sus condiciones físicas, ciclo vital o fisiológicas poseen alguna dependencia; el cuidado doméstico está relacionado con las medidas de aseo y control sanitario de la vivienda, entorno natural y de los animales domésticos; y, por último, el ejercicio de ciudadanía traducido en el aporte a la cultura ciudadana como expresión de comportamientos para la convivencia pacífica en respuesta del valor por el otro, reflejado en su integración a los procesos de participación comunitaria e integración al cuidado, en casos de desastres naturales o emergencias, de los procesos de ciudadanía y preparación para ser asumidos con responsabilidad.

Esta variable de cuidado, vista desde lo integral, contempló un total de 58 subvariables, distribuidas respectivamente en 25, 19, 9 y 5, de las cuales presentaron como factores de riesgo 16 en autocuidado, 8 en cuidado primario, 4 en cuidado doméstico y 2 en cultura ciudadana (Ver Tabla 2).

Con relación al autocuidado, en las familias se observa que el 8.8 % de las mujeres se encuentra es estado de embarazo, el 24.1 % es adolescente y el 44 % del total de embarazadas no asiste al programa de control prenatal, sobre todo quienes viven en el estrato dos. De las mujeres inscritas en el programa de planificación familiar, el 60.3 % usa el método hormonal, especialmente en el estrato dos.

El 63 % de las familias que reconoció la práctica de automedicación realiza la compra en una droguería, con mayor frecuencia en los habitantes del estrato uno y dos. El 80.9 % de los informantes manifestó que sus familias no realizan actividades productivas en el tiempo libre.

Cuidado primario

El 26.5 % de los encuestados manifiesta que tiene bajo su cuidado a adultos mayores: por cada 4 viviendas, un adulto mayor como mínimo. De ellos, sólo el 24 % se practicó examen de próstata y el 63.1 %, perteneciente al estrato dos, presentó enfermedades del sistema cardiovascular, mientras que un 21 % evidenció enfermedades gastrointestinales, factor predominante en el estrato tres.

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Tabla 2. Principales factores de riesgo en el cuidado de la salud.

Estrato mayormente afectado	Autocuidado		Cuidado Primario	Cuidado doméstico
I	19.1 % de las mujeres que tiene vida sexual activa no se realizan la citología. 93 % no se ha aplicado la vacuna contra el virus del papiloma humano	13 % informa haberse practicado la citología en el último año. Estas mujeres no están inscritas ni usan algún método de planificación familiar		
II		El 34 % no se realiza el examen de mama, el 59.1 % no se ha practicado el examen de próstata, en el 89.5 % de estas familias alguno de sus miembros presentó problemas de tipo visual, el 44.1 % se automedica, el 46.9 % recurre a la medicina natural, el 76.4 % consulta a su IPS por la misma causa de afección a la salud entre una y cinco veces, mientras que el 19.1 % manifestó que el tiempo libre lo ocupa en actividades deportivas	76 % de adultos mayores no se ha practicado el examen de próstata, 63.1 % de adultos mayores presentó enfermedades del sistema cardiovascular, 21 % de los adultos mayores acudió a control odontológico hace más de un año.	75 % de las familias informó suministrar a los animales domésticos alimento mixto, 12.9 % manifestó realizar aseo e higiene a los animales, 30 % de los animales no se encuentra vacunado, 66 % no lleva a los animales domésticos a control veterinario y 1.4 % desarrolla acciones cívicas lideradas desde la institucionalidad.
III	14 % informó haberse practicado la citología en el último año. No están inscritas ni usan algún método de planificación familiar			

Fuente: Instrumento Riesgos en la vida cotidiana de los habitantes del área urbana de la comuna tres de Valledupar según estrato socioeconómico, 2013.

El 53.1 % de las familias no usa la medicina natural, especialmente los del estratos dos, y un 56.5 % de la población afirma realizar combinaciones entre la medicina natural y la terapia farmacológica, con un mayor predominio en el estrato dos.

El 51.5 % usa los servicios de consulta general antes de que se generen secuelas o complicaciones. El 29.4 % de las familias provenientes del estrato dos, que tiene hijos, consulta con más frecuencia a las instituciones prestadora de servicios de salud (IPS).

El 70 % de familias estudiadas brindó lactancia materna en el rango de edad de 3-6 meses de edad de sus hijos, con predominio en el estrato dos; el restante 30% de la población sigue brindando lactancia materna exclusiva hasta el año, siendo prejudicial para el crecimiento y desarrollo al no recibir una adecuada y completa alimentación. En el 1.6 % de las familias hay niños con problemas de lenguaje, pertenecientes al estrato dos, al igual que con dificultades en su desarrollo motor, cuyas edades oscilan entre 1 a 4 años.

Cuidado doméstico

En esta subvariable los comportamientos de riesgo más destacados se presentan en torno al cuidado que se les brinda a los animales domésticos: el tipo de alimento más ofrecido es el mixto (76 %) con predominio en el estrato dos, el 66 % informa que no los lleva a control veterinario, el 76 % deja a los animales realizar sus necesidades a campo abierto, especialmente los habitantes de los estratos uno y dos, mientras que el 79 % no practica normas de convivencia y adiestramiento, sobre todo en el estrato uno.

El 25 % de las familias, de todos los estratos socioeconómicos, informó que en el barrio existen diferentes factores de riesgo tales como deslizamiento, atentados, incendios y atracos.

Ninguno reconoce su compromiso frente al cuidado doméstico relacionado con los animales, con el control de basuras o con los procesos de participación comunitaria para abordar los problemas que les afecta

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

desde lo colectivo y la importancia del mismo dentro de la comunidad, lo cual podría aseverar su apatía o enajenación. No se percibe interés por adquirir responsabilidad para colaborar como voluntario en la atención frente a desastres naturales que podrían presentarse en la comunidad y que podrían afectar a sus familias.

La distancia aceptable entre equipos eléctricos es de un metro como mínimo dentro de una vivienda: el 40 % de las familias los mantiene a menos de un metro, constituyéndose en un factor de riesgo para la accidentalidad de tipo doméstico. El 55.4. % de las familias los tiene ubicados dentro de los parámetros establecidos como ideal para la prevención de riesgos.

Prácticas higiénicas sanitarias en expendio de alimentos

La valoración de las condiciones básicas sanitarias y de higiene de los diferentes expendios de alimentos, realizada por expertos en la materia, permitió deducir que no se están aplicando las normas y reglamentos en materia de higiene de alimentos, desde la producción primaria hasta el consumidor final, destacando los controles básicos de higiene que se efectúan en cada etapa.

Para la salud pública es importante focalizar epidemiológicamente los diversos riesgos presentes debido a las condiciones sanitarias deficitarias e implicaciones y consecuencias en la salud humana y ambiental, así:

- Estructura locativa y su condición sanitaria: el 53.7 % de los expendios valorados reconoce que no cumple con las normas higiénico sanitarias, sobre todo los expendios ubicados en los estratos 1 y 2.

- Condición sanitaria del acceso y ambiente locativo: se encontró que el 68.5 % de los expendios valorados no cumple ni aplica manejo sanitario adecuado, sobre todo aquellos ubicados en el estrato 3, a pesar de que esta población es considerada como de mejor nivel educativo, mayores ingresos y mejor ubicación.

- Medidas de protección o bioseguridad que adoptan los trabajadores en los diferentes expendios de alimentos, al realizar sus labores: en el 53.7 % de los expendios sus trabajadores cumplen con la adopción de medidas de bioseguridad, en especial aquellos ubicados en el estrato tres.

- De las condiciones de infraestructura de los diversos tipos de expendios de alimentos (tiendas, restaurantes, expendios de cárnicos o lácteos), el 75.9 % no cumple con estos aspectos, especialmente los que están ubicados en los estratos 1 y 3.

DISCUSIÓN

Características sociodemográficas

En los estratos que componen la sociedad, los individuos se diferencian por la forma de comprender el mundo y su actuar, lo que determina la forma en la que ellos organizan su cultura; en este sentido, el tiempo de ocio también debe ser productivo para el crecimiento personal, de manera creativa, desarrollando capacidades, favoreciendo el equilibrio personal y enriqueciendo su experiencia de vivir.

La ausencia institucional para hacer productivo el tiempo de ocio de los habitantes y la baja capacidad de oferta y diversidad de programas académicos en la región genera una población vulnerable en el presente, evidente en el aumento de consumo de licor, inversión de tiempo de ocio en juegos de azar, baja capacidad de ingresos -en un 51.9 % inferior a $300.000 para su sustento- que el 48.1 % invierte prioritariamente en salud, probablemente por las condiciones de vida.

En este sentido, el Estado debe reivindicar en la ciudadanía el valor del uso del tiempo de ocio. Desde la perspectiva comunitaria, el empoderamiento se utiliza para estudiar procesos de trabajo con grupos minoritarios, no empoderados (mujeres, grupos de bajos ingresos económicos, etc.), considerando el empoderamiento como el desarrollo de estrategias dadas desde agencias multilaterales de desarrollo, como un componente fundamental en las estrategias de erradicación de la pobreza (22).

El bajo nivel educativo y la debilidad estatal para ofrecer educación para el trabajo, además de la presencia de habitantes con mano de obra no calificada para atender la demanda local en la

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

explotación minera y agrícola, entre otras razones, afecta el desarrollo que, junto con el desempleo y aumento de inmigrantes con mano de obra calificada, produce efecto un negativo sobre la calidad de vida de los nativos, por cuanto ellos no tendrán mejores condiciones de vida.

Al respecto, el Ministerio de Educación Nacional (23) argumenta que la educación media en el país (grados 10° y 11°) alcanza apenas una cobertura del 41 %. El retiro de los jóvenes de las aulas de clase se da en este nivel -considerado como una etapa clave para el fortalecimiento de las competencias cognitivas y socioemocionales, fundamentales para el desarrollo de posteriores competencias laborales-, fenómeno que plantea la necesidad de cerrar diferencias entre la educación media que se ofrece y se recibe en las áreas rurales y aquella que se ofrece en el área urbana, en diferentes estratos socioeconómicos, con el propósito de generar igualdad de oportunidades a todos los jóvenes del país .

Por otro lado, las mujeres cabeza de hogar que están en edades entre los 45 y los 60 años carecen de la experiencia laboral necesaria para insertarse en el mercado de trabajo y nunca se incorporaran a la población económicamente activa debido a que, además, no poseen formación académica que permita mejorar sus condiciones de vida, siendo un factor de riesgo al tornarse económicamente dependientes de los hijos cuando hay desempleo, son mano de obra no calificada y sus ingresos no alcanzan a cubrir gastos mínimos de sostenimiento. El acceso a un empleo decente se hace especialmente difícil para las mujeres, por lo cual su instalación como visión estratégica demanda también una perspectiva de género que debe ser incluida en las políticas públicas, como lo reconoce la Organización de las Naciones Unidas (24).

La encuesta realizada por Demografía y Salud en Colombia, en el año 2010 (25), afirma que las mujeres del país han sufrido transformaciones sociales y culturales sobre los roles que ejercen en la sociedad; esto se evidencia, entre otras cosas, en el crecimiento (en un 5 %) del fenómeno de jefatura femenina en los hogares durante el periodo intercensal 1993-2005. En este fenómeno creciente, no sólo en Colombia sino también en toda Latinoamérica, el 33 % de las mujeres colombianas prefiere mantenerse con sus parejas en unión libre a estar casadas y el 74 % de ellas está divorciada o separada, evidenciándose una transformación en las estructuras de género, y en la familia en general, como lo afirma Velásquez (26). que el crecimiento del 5% del fenómeno de jefatura femenina en los hogares durante el periodo intercensal 1993-2005, es un fenómeno creciente, no solo en Colombia sino en toda Latinoamérica.

De los informantes para el estudio mayores de 46 años, el 78.6 % posee ocupaciones con factor de riesgo por ser mano de obra no calificada que asume esta condición por la naturaleza misma de su labor: ser conductores u operadores de maquinaria, seguido de oficios varios y mecánica (10 %), siendo más vulnerables por la edad y baja capacidad de responder frente a los riesgos ocupacionales. En Colombia, cerca del 60 % de los trabajadores hace parte del sector informal y el subempleo es significativamente amplio (27).

La movilización urbana en mototaxi es un problema social por ser ésta una actividad informal que genera altos índices de accidentalidad y traumatismos en un 83 %, frecuentes en el último trimestre del año y a principios del año, siendo afectados los parrilleros entre los 18 y 25 años de edad (28); por lo que se implementó el Decreto 396 del 29 de Diciembre de 2014 para acabar con el mototaxismo como actividad ilegal (29).

En una encuesta aplicada en el 2014 sobre percepción ciudadana de la Red de Ciudades Cómo Vamos (30), se encontró que Valledupar es la ciudad que tiene menor satisfacción con el transporte en un 41 %, en donde el mototaxismo no sólo ha causado un impacto social sino también, a largo plazo, este fenómeno podría contribuir en la proliferación de lesiones pre-cancerosas (más que todo cáncer de piel), enfermedades respiratorias, problemas de columna, enfermedades relacionadas con el aparato reproductor masculino y, sobre todo, alergias y enfermedades del cuero cabelludo por usar un casco de seguridad que ha sido utilizado por muchas personas. Estos riesgos hacen vulnerable a la población, al exponer su vida e integridad debido a la aparición de patrones culturales negativos como el vandalismo,

Condición de vida

Con relación a la ausencia institucional para atender la educación, el 79.2 % de los informantes

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

del estudio afirma que el sector oficial es el que menos cobertura ofrece en comparación con el sector privado o de organizaciones cívicas, en especial preescolar y primaria que es cubierta por grupos religiosos, concordando con el informe del Ministerio de Educación Nacional (31) en el año 2015, que reconoce que sólo el 78.5 % de niñas y niños son atendidos en establecimientos públicos con programas de primera infancia o preescolar, entre 3 y 5 años, enfatizando dicho crecimiento en el esfuerzo presentado en programas de primera infancia, cuando el Estado debe garantizar en un 100% la educación de preescolar y básica primaria.

El bajo nivel de formación académica y de formación para el trabajo explica la baja capacidad de oferta de mano de obra calificada, debido a la escasa oferta de programas de formación técnica y de educación superior en la región, hecho que ha sido manifestado por la población estudiada. Se evidencia también que cerca de la tercera parte de la población (32,7 %) en el año 2012, sigue siendo pobre, al tiempo que el país se mantiene como uno de los más desiguales de América Latina (32).

Como se dijo anteriormente, el Ministerio de Educación Nacional afirma que el nivel de la educación media en el país (grados 10° y 11°) alcanza una cobertura del 41 % y el retiro de los jóvenes de las aulas de clases se da en este nivel. En el estudio se aprecia que el abandono escolar se presenta paulatinamente desde el grado sexto, teniendo en cuenta que la educación media es una etapa vital para el fortalecimiento de competencias cognitivas y socioemocionales fundamentales para el desarrollo de posteriores competencias laborales, poniendo en peligro a las actuales y futuras generaciones (32-33).

La baja cobertura en educación genera en la población joven una diversidad de problemas emocionales, cimentando una cultura de violencia en respuesta a la incertidumbre, ante la ausencia de una sociedad que lidere el desarrollo económico local y que los inserte en la economía nacional e internacional, contando con un máximo nivel educativo pertinente, reconociendo que es una función importante en la determinación de los ingresos laborales y la seguridad del empleo (34).

El espacio público, como elemento estructural del sistema urbano en las ciudades, ofrece grandes oportunidades de intervención para impactar la cultura y la calidad ambiental, pero el 25 % de las familias afirma que la comunidad hace uso indebido de los espacios públicos, ocupándolos y apropiándose de ellos, utilizándolos para negocios de ventas ambulantes, publicidad gráfica y grafitis con mensajes y actos de violencia que, aunado a la falta de mantenimiento y alumbrado de dichos lugares, contribuye al deterioro del entorno e impide a la población el aprovechamiento de los mismos, ante la ruptura de las relaciones sociales, las costumbres y la actividad diaria de la población.

Martel y Baires (35) se refieren a estos espacios públicos como espacios de desencuentro y de inseguridad, cuya construcción social y simbólica de barrio está profundamente matizada por la convivencia, la conversación y el juego, aunque también se construye desde la violencia, la inseguridad y los conflictos.

El 100 % de los líderes reconoce que a los parques destinados a actividades deportivas y socioculturales el Estado no les hace control sanitario. Además, no se cuenta con una organización comunitaria que vele por ello, pese a que es asumido por sus moradores de acuerdo al momento de su uso.

En este sentido, en el Distrito de Cartagena se puede apreciar la inexistencia de instituciones especializadas en el manejo y administración de espacios públicos, debilidad en el cumplimiento de la normatividad existente, baja capacidad técnica de los funcionarios para la correcta toma de decisiones, falta de conciencia ciudadana sobre su uso y cuidado, invasión y ocupación indebida, falta de estandarización y claridad en procesos de diseño, aprobación y construcción del espacio, poca inversión para su generación y/o rehabilitación, falta de inventarios, falta de saneamiento de los espacios públicos y falta de una política clara que oriente la gestión de la administración distrital (36), constituyéndose en una situación similar para Valledupar.

Las desigualdades sociales, la baja solidaridad y falta de fraternidad van generando indiferencia por el otro, desconocimiento de la labor de las juntas de acción comunal, diversas formas de violencia y enfermedades sociales como la prostitución y drogadicción, las cuales van arraigando la cultura de la violencia e indiferencia, en donde la mayor parte del mundo académico no sensibiliza o no comprende

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

el fuerte vínculo que existe entre las condiciones de vida, la salud y el desarrollo.

La no recolección de las basuras y la ausencia de un sistema de alcantarillado convierten el ambiente en antihigiénico, no propicio para habitarlo y fuente de enfermedades infecciosas (37). Además, el uso de gas propano y una vivienda en calidad de arrendamiento generan una situación de riesgo por las mismas condiciones de su mantenimiento y su localización dentro de la misma habitación.

El problema de los asentamientos por desplazamiento trae consecuencias en la vida cotidiana tanto a los desplazados como a los moradores, debido al cruce de culturas, de expectativas de vida, de desigualdades e inequidades, todo lo cual potencia el hacinamiento en las viviendas en un 15 %, con las consecuencias que se pueden derivar para la salud familiar y pública, por ser un determinante social para la salud (20).

Cuidado de la salud

En las mujeres gestantes se aprecia falta de responsabilidad y sensibilidad acerca de la importancia del programa de promoción y prevención, para vigilar la evolución del proceso de gestación e identificar precozmente factores de riesgo biopsicosocial, enfermedades asociadas y propias del embarazo y asegurar un manejo adecuado y oportuno que disminuya la morbimortalidad materna y perinatal, que hoy por hoy constituye el principal indicador de nivel de desarrollo de un país (38). Un embarazo a temprana edad es considerado de alto riesgo de morbilidad por el bajo peso al nacer, la prematurez y mortalidad materna, perinatal e infantil (39).

La población que no utiliza algún método anticonceptivo se convierte en un factor de riesgo para el aumento de la tasa de natalidad y la incidencia de algunas enfermedades de transmisión sexual, más aún cuando se continúa con la exclusión del hombre en los programas de planificación familiar, convirtiéndose de esta manera en un riesgo trazador por las condiciones culturales y de género. Según la Organización Panamericana de la Salud (40), el uso de métodos modernos de planificación familiar por parte de las mujeres aumentó de 68,2 % en 2005 a 72,9 % en 2010; la esterilización femenina fue el método más usado, seguido por los anticonceptivos inyectables.

La edad es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades, como consecuencia del deterioro que presenta el organismo por el paso del tiempo que, unido a los estilos de vida, la ocupación y las implicaciones de la pobreza, van influyendo de manera determinante en la salud de los individuos (41).

Los problemas de salud también se vinculan con el mal uso o abuso de los medicamentos. La ingesta de fármacos desconociendo su efecto y composición puede traer problemas a la salud, desde una simple intolerancia por alergia hasta potenciar o anular efectos de otro medicamento que el paciente esté tomando. De otro lado, el número de veces que las familias consultan en búsqueda de solución a un padecimiento de salud específico, podría ser la causa de la automedicación, el uso de medicina natural o la combinación de esta con terapia farmacológica, en procura de un bienestar.

Se resalta la influencia que tiene el programa de crecimiento y desarrollo en el componente de vacunación como factor protector para la salud; información que muestra una cobertura útil con base en el alto porcentaje de cumplimiento del esquema de vacunación en los recién nacidos informados, de acuerdo con lo dispuesto en la guía de protección específica. Sin embargo, el 2.3 % que no ostenta esta condición de vacunación completa está relacionada con haber tenido un parto domiciliario o que no fue realizado en instituciones prestadoras de servicios de salud. La vacunación es la mejor estrategia costo-efectiva demostrada universalmente para la reducción de la incidencia y mortalidad por las enfermedades inmuno prevenibles (42).

Se observa, en las familias participantes, que las madres no se acogen a los beneficios de la lactancia materna a pesar de la existencia de la política pública estatal en la prevención de enfermedades prevalentes de la infancia, desarrollando programas de fomento a la lactancia materna como mínimo hasta los 6 meses y como único alimento, fortalecimiento del vínculo afectivo madre e hijo y la promoción del desarrollo saludable de los infantes (43).

La edad constituye, para la población masculina mayor, un factor de riesgo de desarrollar cáncer de próstata, razón por la cual la realización del examen resulta fundamental para el diagnóstico oportuno del

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

mismo. En un estudio (44) realizado en el Municipio de Juiz de Fora, Brasil, se encontró que el 54,4 % de los participantes ya se había realizado el examen de próstata motivado por una rutina de prevención, referida por el 61,6 % de los entrevistados. Sin embargo, poco más de la mitad se realizó el examen hacía menos de un año (58,8 %). En cuanto a la realización del antígeno prostático específico (PSA), un 51,9 % afirmó ya haberla realizado y un 65,5 % manifestó haber hecho este examen hacía menos de un año.

Una visión general del ocio, concebido como una forma de utilizar el tiempo libre (aquel que no está dedicado ni al trabajo ni a otras obligaciones biológicas, familiares o sociales), mediante una libre elección que resulte gratificante al individuo y sea vivida con dinamismo y de forma crítica (45), encontró, con respecto al tiempo de ocio de las familias de la Comuna Tres, que menos de la cuarta parte de su población lo invierte en actividades deportivas -práctica sumamente beneficiosa para la salud tanto física como mental, así como un medio para forjar el carácter, la disciplina, la toma de decisiones y el cumplimiento de las reglas, beneficiando así el desenvolvimiento de quien las practica en todos los ámbitos de la vida cotidiana-.

Condiciones higiénico sanitarias de expendios

La correcta aplicación de las condiciones sanitarias ofrece al consumidor una sensación de seguridad y confianza para adquirir un producto, siempre y cuando los manipuladores también cumplan con buenas prácticas de higiene en el manejo de los alimentos y condiciones higiénicas básicas ideales en el personal manipulador establecidas en el Decreto 3075 de 1997 (14). Se pudo observar que el 22.5 % de los manipuladores de expendios de alimentos ubicados especialmente en los estratos tres y uno no cumplen con las normas de higiene al no acoger los parámetros de limpieza e higiene personal, no aplicar buenas prácticas higiénicas en sus labores ni lavarse las manos con agua y jabón antes de comenzar su trabajo y después de manipular cualquier material u objeto. Igualmente, el 18.5 % de los expendedores no garantiza la conservación y protección de los productos, constituyéndose en un factor de riesgo para adquirir enfermedades, en especial aquellas que son trasmitidas por alimentos.

Desde que el hombre, con el fin de satisfacer sus necesidades básicas, comenzó a interactuar con su entorno, desencadenó un proceso de transformaciones que ha hecho posible el desarrollo ascendente de la humanidad (46). Sin embargo, ante las adversidades económicas, estas comunidades han generado condiciones negativas en la salud por cuanto no cumplen con lo normatizado en el Decreto 3075 de 1997 (14).

CONCLUSIONES

Los ingresos de la población estudiada provienen, en su mayoría, del desempeño en trabajos informales (rebusque) para la subsistencia y la satisfacción de las necesidades básicas, impidiendo el acceso pleno a la educación básica media y superior. Esta población se ocupa como mano de obra no calificada y se observa presencia de menores de edad trabajadores.

La responsabilidad que se asigna a las mujeres sobre la mayor parte del trabajo doméstico y el cuidado de la familia genera desigualdad de oportunidades. La falta de autonomía en la capacidad de generación de ingresos de las mujeres las vuelve especialmente vulnerables, particularmente en determinadas etapas de su ciclo vital, tales como embarazo, lactancia, cuidado de niños pequeños y vejez.

En las condiciones de vida de la Comuna Tres de la ciudad de Valledupar se encontró la ausencia de instituciones que promuevan la ocupación del tiempo libre y el ocio en la comunidad; los habitantes toman como tiempo de ocio la religión.

Los riesgos en el autocuidado, encontrados en mayor proporción en cuanto al cuidado primario, están relacionados con el periodo de la lactancia materna e inicio de la alimentación complementaria, seguidos de la atención primaria que debe ofrecerse a los hijos y adultos mayores para prevenir infecciones gastrointestinales que están muy relacionadas con los estilos y modos de vida, recurriendo a la automedicación o medicina natural mal concebida o utilizada, atención primaria ante problemas visuales, neurológicas o aquellos relacionados con el ciclo vital humano como las cardiovasculares.

En el cuidado doméstico, las personas conviven con animales domésticos sin responsabilidad frente a su cuidado, con falta de valores ciudadanos que se

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

perciben en la ausencia de control sanitario de las deposiciones a campo abierto y la falta de vacunas para la prevención de la rabia o accidentes por mordedura. Igualmente, también relacionado con la cultura ciudadana, se encuentra el desconocimiento del valor de los beneficios del trabajo colectivo ante problemas sociales compartidos, como lo es el riesgo de cortocircuitos en el hogar, que pueden ocasionar incendios, atentados contra la vida misma del individuo y de la comunidad.

El mayor riesgo relativo para la salud, en sí mismo, se encuentra en la pobreza, por cuanto ella genera en la comunidad modos de vida que afectan a los demás en la medida en que se busca cómo generar ingresos para el sustento; aquí, las deficientes prácticas higiénico sanitarias observadas en los diversos tipos de expendios de alimentos están alentando en gran escala la salud de sus consumidores, sin un control del Estado.

Se aprecia la falta de institucionalidad, ya sea por ausencia de infraestructura o por la baja proyección a través de programas de educación que apunten hacia la consecución de estilos y modos de vida saludables, fomentando el ejercicio físico en la población, y la convivencia pacífica, como parte de un desarrollo humano y sostenible.

Se evidencia cómo las acciones del ser humano en la convivencia y en el cuidado del entorno han generado modos de vida deficientes. La intervención humana en el ambiente ha producido daños ecológicos.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schütz GE, Da Silva MG, Ribeiro MA, De Magalhães V. Sobre determinação sócia ecológica da saúde da ruralidade em Humaitá, AM, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 [consultado 25 de noviembre de 2014]; 19(10): 4051-4059. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.09392014
2. Páez M, Castaño J. Estilos de vida y salud en estudiantes de una facultad de psicología. Psicología desde el Caribe [Internet]. 2010 [consultado 27 de octubre 2013]; 25:155-176. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2010000100008
3. Cabrera VE, Salazar P A, Docal MC, Aya VL, Ardila MM, Rivera R. Estilo de vida de los jóvenes y las necesidades de educación sexual. [Internet]. Bogotá DC.: Procuraduría General de la Nación, Instituto de Estudios del Ministerio Público IEMP Ediciones; 2013 [consultado 29 de octubre de 2013]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/articles-340716_archivo_pdf.pdf
4. Vidal D, Chamblas I, Zavala M, Müller R, Rodríguez Mc, Chávez A. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. Cienc. Enferm. [Internet]. 2014 [consultado 27 de diciembre de 2014];20(1):61-74. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100006
5. Echemendía B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Revista Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2011 [consultado 27 de diciembre 2013]; 49(3): 470-481. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300014&lng=es.
6. Braveman P, Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. Nursing in 3D: Diversity, Disparities, and Social Determinants. Public Health Reports [Internet]. 2014 [consultado 2 de febrero de 2015]; 129(Supl2):19-31. Disponible en: http://www.publichealthreports.org/issueopen.cfm?articleID=3078
7. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Interconexión Eléctrica (ISA). Alcaldía de Valledupar, Fundación Universitaria del Área Andina. Valledupar 2012.Estado de avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Internet]. Valledupar: PNUD; 2012 [consultado 23 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.valledupar-cesar.gov.co/apc-aa-files/c7b1248bfd889617434791939df2ed2a/libro-valledupar_estado-de-avance-de-los-objetivos-de_1.pdf
8. Alcaldía Municipal de Valledupar. Plan Desarrollo Valledupar 2012 - 2015. Hacia la transformación de Valledupar. [Internet]. Valledupar: Alcaldía Municipal; 2012 [consultado 3 de septiembre de 2014]. Disponible en:http://carbonn.org/uploads/tx_carbonndata/Plan%20Desarrollo%20Valledupar%202012%20-%202015.pdf
9. Asociación Colombiana de Universidades (ASCUN). El pensamiento universitario No. 21. Documentos Responsabilidad social universitaria. [Internet]. Bogotá D.C.; Editorial Kimpres Ltda.; 2011 [consultado 5 de octubre de 2013]. Disponible en: http://www.cna.gov.co/1741/articles-311056_ResponsabilidadSocial.pdf
10. Sánchez-Sanabria M. La Diversidad Cultural en la formación de enfermeros. Valledupar: Ediciones UNICESAR; 2009.
11. Oliva- Gómez E. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris. [Internet]. 2014 [consultado 23 enero de 2016]; 10(1): 11-20. Disponible en http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf
12. Hernández R, Fernández C, Baptista MP. Metodología de la investigación. 5ª ed. México: McGrawHill; 2010.
13. Gil F. Manejos espaciales, construcción de paisajes y legitimación territorial: En torno al concepto de monumento. Madrid: Editorial Complutum; 2003.
14. República de Colombia. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Buenas Práctica de manufactura Decreto 3075 de 1997. SlideShare.com [Internet]. 2013 [consultado 31 de marzo 2013]. Disponible en: http://es.slideshare.net/webmasterconfecamaras/buenas-prcticas-de-manufactura-decreto-3075-de-1997
15. Ritchey J. Estadística para las Ciencias Sociales. México: Editorial McGraw-Hill; 2003.
16. Castañeda MB, Cabrera AF, Navarro Y, Vries W. Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010.
17. Senior A, Colina J, Marín F, Perozo B. Visión complementaria entre los métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social. Una aproximación teórica. Multiciencias 2012; 2:106-114.
18. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 08430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet].Santafé de Bogotá D.C.: Ministerio de Salud; 1993 [consultado 17 de septiembre de 2013]. Disponible en: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
19. Scribd selects books.com. Trabajo final de materiales. Chacacan. [Internet]. 2012. [consultado 3 de diciembre de

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

2015]. Disponible en: http://es.scribd.com/doc/125892875/Laminas-de-Zinc-Acerolit-y-Asbesto#scribd

20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud. En: OMS. World Conference on Social Determinants of Health. [Internet]. 2011 [consultado 7 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

21. Sánchez SM, Hernández SN, Galindo OJ, Romero DA, Lozano GL, Vence DN, et al. Responsabilidad Social Universitaria para el cuidado de la salud de los habitantes área urbana de Valledupar. Universidad Popular del Cesar. Valledupar: Ediciones UNICESAR; 2015.

22. Canal M, Gutiérrez R, Trujillo D, Wills E. Incidencia en el empoderamiento a comunidades atendidas por Organizaciones de Desarrollo y Paz en Colombia. Perspectivas. Análisis de temas críticos para el desarrollo sostenible. [Internet]. 2007 [consultado el 25 de septiembre del 2015]; 5(1):25-62. Disponible en http://www.caf.com/media/3849/PerspectivasVol5N%C2%BA1.pdf

23. República de Colombia, Ministerio de Educación Nacional. Reflexión estratégica sobre la educación media en Colombia. Centro Virtual de Noticias de la Educación. [Internet]. Bogotá D.C.: Mineducación; 2012 [consultado 26 de octubre de 2013]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/w3-article-313357.html

24. United Nations (ONU). Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. [Internet]. 2015 [consultado 2 de noviembre de 2015]. Disponible en: https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld

25. Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 2010. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA). Situación de las mujeres en Colombia 2010. [Internet]. Bogotá D.C.: PROFAMILIA; 2011 [consultado 15 de octubre de 2013]. Disponible en: https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf

26. Velásquez SP. Ser mujer jefa cabeza de hogar en Colombia. Revista de la Información Básica Revista Virtual. [Internet]. 2006 [consultado 19 de octubre de 2014]; 4(2). Disponible en: http://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r8/articulo4.html

27. Colombia. Consejo Privado de Competitividad. Informe Nacional de Competitividad 2009-2010. [Internet]. 2009 [consultado 15 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.compite.com.co/site/informe-nacional-de-competitividad-2009-2010-2/

28. Peñaloza RE, Ortegón JS, Flórez CF, Patiño C, Cuenca MP, Rodríguez JM, et al. Caracterización e identificación de factores de riesgo asociados a lesiones causadas por el tránsito para el diseño de intervenciones efectivas en dos ciudades de Colombia. Pontificia Universidad Javeriana. Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex) [Internet]. Colombia, Cendex, PUJ; 2012 [consultado 16 de agosto de 2014]; Disponible en: http://cendex.javeriana.edu.co/documents/2202501/2364965/LCT+Foro+Ibague/65995551-514b-4014-ac66-e03f33b13e7c

29. Alcaldía Municipal de Valledupar. Informe de Gestión Vigencia 2014. [Internet]. Valledupar: Alcaldía Municipal; 2014 [consultado 8 de febrero de 2015]. Disponible en: http://valledupar-cesar.gov.co/apc-aa-files/31396630306165386361653361363937/informe-de-gestion-vigencia-2014.pdf

30. Jaramillo MC. Movilidad en las ciudades de la 9 red cómo vamos. En: Informe de calidad de vida. [Internet]. 2014 [consultado 29 de noviembre del 2014]. Disponible en: redcomovamos.org/wp-content/uploads/2015/03/Movilidad_ICV7.pdf

31. República de Colombia, Ministerio de Educación Nacional. Informe de Revisión Nacional de Educación para Todos (EPT) 2015. [Internet]. Bogotá D.C.: Mineducación; 2014 [consultado 22 de agosto de 2015]. Disponible en: http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002300/230024S.pdf

32. Delgado BM. La educación básica y media en Colombia: retos en equidad y calidad. Bogotá D.C.: Fedesarrollo. [Internet]. 2014 [consultado 28 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-educaci%C3%B3n-b%C3%A1sica-y-media-en-Colombia-retos-en-equidad-y-calidad-KAS.pdf

33. Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Marco de Acción Educación 2030. Hacia una educación de calidad, inclusiva y equitativa y un aprendizaje a lo largo de la vida para todos. En: Foro Mundial sobre la Educación [Internet]. Corea; 2015 [consultado 20 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002332/233245s.pdf

34. Organización Panamericana de la salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Capítulo 2: Determinantes e inequidades en salud. Salud en las Américas. [Internet]. 2012 [consultado 23 de octubre de 2013]. Disponible en: http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?option=com_content&view=article&id=58%3Ahealth-determinants-and-inequalities&catid=24%3Achapters&Itemid=55&lang=es

35. Martel R, Baires S. Imaginarios del miedo y geografías de la inseguridad: construcción social y simbólica del espacio público en San Salvador. En: Lindón-Villoria A, Hiernaux ND, Aguilar MA. (Coords.) Lugares e imaginarios en la metrópolis. Barcelona: Antropos Editorial, Universidad Autónoma Metropolitana; 2006. p. 119-135.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

36. Villarreal H, Doria A. Cartagena de Indias: Indicadores de espacio público [Internet]. Cartagena de Indias: Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias; 2011 [consultado 22 de junio de 2014]. Disponible en: http://hdl.handle.net/10819/368

37. Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Enfermedades Infecciosas. Fundamentos de Medicina. 6ª ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2003.

38. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Versión para el Congreso. [Internet]. Bogotá D.C.: Oficina Asesora de Comunicaciones; 2014 [consultado 19 de noviembre de 2014]. Disponible en http://portal.dafp.gov.co/portal/pls/portal/formularios.retrive_publicaciones?no=2421

39. Cluet I, Rossell MR, Álvarez T, Rojas L. Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez 2013; 73 (3):157-170.

40. Organización Panamericana de Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud en las Américas. [Internet]. Colombia: OPS; 2012 [consultado 23 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?option=com_content&view=article&id=30%3Acolombia&catid=21%3Acountry-chapters&Itemid=30&lang=es

41. Ostchega Y, Paulose-Ram R, Dillon CF, Gu Q, Hughes JP. Prevalence of peripheral arterial disease and risk factors in persons aged 60 and older: data from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2004. J Am Geriatr Soc. 2007;55:583-9.

42. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la gestión y administración del programa ampliado de inmunizaciones – PAI 2015. [Internet]. Bogotá D.C.: Minsalud; 2015 [consultado 18 de diciembre de 2015]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/lineamientos-pai-2015.pdf

43. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Acción Social, Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA). Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020. [Internet]. Bogotá D.C.: Minprotección; 2010 [consultado 23 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.huila.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&catid=350%3Anutri cion&id=68069%3Aplan-nacional-de-lactancia-materna-&Itemid=3706

44. Pereira E, Motta MC, Salvador MC, Harter R. Barreras en relación a los exámenes de rastreo del cáncer de próstata. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011 [consultado 24 de febrero de 2014]; 19[1]:73-80. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100011&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100011

45. Hernández A, Morales V. Una revisión teórica: ocio, tiempo libre y animación sociocultural.2015. Efdeportes.com Revista Virtual. [Internet]. 2008 [consultado 12 de septiembre 2015];13(127). Disponible en: http://www.efdeportes.com/efd127/una-revision-teorica-ocio-tiempo-libre-y-animacion-sociocultural.htm

46. Mathus-Robles MA. Principales aportaciones teóricas sobre la pobreza. Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales. Eumed.net [Internet]. 2008 [consultado 2 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.eumed.net/rev/cccss/02/mamr.htm

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Recibido: 27 de Noviembre de 2015
Aceptado por pares: 26 de Febrero de 2016
Aprobado: 5 de Abril de 2016

Mantenimiento del peso a corto plazo en pacientes de tratamiento integral de sobrepeso y obesidad

Zaida Rocío Contreras-Velásquez*
Tulia Isabel Copete-Villa**
Pastor Ramírez-Leal***

RESUMEN

Objetivo: determinar el mantenimiento del peso e índice de masa corporal en un corto plazo en pacientes entre 18 y 81 años de edad, que asistieron a tratamiento integral para sobrepeso y obesidad en consulta médica especializada. **Materiales y Métodos:** el diseño del estudio es de tipo descriptivo observacional. La población corresponde a 67 pacientes que asistieron a tratamiento de sobrepeso y obesidad, de la cual se seleccionó una muestra que corresponde a 53 pacientes que asistieron a terapia durante el año 2012, asistiendo a última consulta en diciembre del año 2012 y reiniciando el tratamiento en enero del 2013, a quienes se les diligenció la historia clínica, cuyos datos fueron condensados en una base de datos especialmente diseñada para el estudio. **Resultados:** al comparar las variables del estudio entre diciembre 2012 y enero 2013 se encontró que la media de cambio en el peso fue de 0,075 ±1,57DS (p=0,729). El porcentaje de variación de peso obtenido fue de 0,12 % con DS ± 2,23 y la media de la variación del índice de masa corporal fue de 0,0245 ±0,62DS (p=0,776). **Conclusión:** los pacientes logran mantener peso e índice de masa corporal alcanzado en el tratamiento y mantienen éstos valores durante cortos periodos como lo es la época de navidad y fin de año, debido a que el paciente aprende a llevar los nuevos hábitos inclusive en esta corta temporada en la que la dieta, a nivel cultural, tiende a ser de alto contenido calórico.

PALABRAS CLAVE: índice de masa corporal, obesidad, sobrepeso ****.

*Bacterióloga. Especialista en Epidemiología Clínica. Especialista en Prácticas Pedagógicas Universitarias. Docente. Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. Correo electrónico: zaidarociocv@ufps.edu.co

** Médico. Especialista en Medicina Estética. Coordinador médico y científico del Instituto Medico Científico de Estética Avanzada IMCEA. Cúcuta, Colombia.. Correo electrónico: tuliacopete@hotmail.com

*** Licenciado en Matemáticas y Computación. Especialista en Estadística Aplicada. Magister en Educación Matemática. Docente. Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. Correo electrónico: pastorramirez@ufps.edu.co

****Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en la página http://decs.bvs.br/E/DeCS2015_Alfab-S.htm de la Biblioteca virtual en salud del proyecto BIREME, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo
Contreras-Velásquez ZR, Copete-Villa TI, Ramírez-Leal P. Mantenimiento del peso a corto plazo en pacientes de tratamiento integral de sobrepeso y obesidad. Rev. cienc. cuidad. 2016; 13(1): 43-58.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Short-term weight management in the comprehensive treatment of excess weight and obesity in patients

ABSTRACT

Objective: to determine the short-term weight management and body mass index in patients between 18 and 81 years old, who attended specialized medical consultation for excess weight and obesity comprehensive treatment **Methods**: the study design is of a observational descriptive type. The population involves 67 patients who attended overweight and obesity treatment, of which a sample of 53 patients attended therapy during 2012 taking part in the last consultation in December 2012 and restarting the treatment in January 2013, whose medical history was filled out and whose data were also condensed into a database specifically designed for the study. **Results**: when comparing the study variables between December 2012 and January 2013, it was found that the average weight change was 0.075 ± 1,57DS (p = 0.729). The% weight change was 0.12% obtained with DS ± 2.23 and the mean change of body mass index of 0.0245 ± was 0,62DS (p = 0.776). **Conclusion**: patients are able to maintain weight and body mass index achieved in treatment, and maintain these values for short periods such as the Christmas season and New Year, this is so because the patient learns to adopt new habits even in this short season when one´s diet, culturally, tends to be high in calorie.

KEYWORDS: body mass index, obesity, overweight.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Manutenção de peso a curto prazo em pacientes de tratamento abrangente de sobrepeso e obesidade

RESUMO

Objetivo: determinar a manutenção do peso e índice de massa corporal, a curto prazo em pacientes entre 18 e 81 anos de idade, que freqüentavam o tratamento abrangente para sobrepeso e obesidade em materiais especializados consulta médica. **Materiais e Métodos:** o desenho do estudo é do tipo observacional descritivo. A população corresponde a 67 pacientes que frequentam o tratamento do sobrepeso e da obesidade, que uma amostra correspondente a 53 pacientes submetidas à terapia em 2012 participando última visita em dezembro de 2012 e reiniciar o tratamento em janeiro foi selecionado 2013, que eram eu enchi a história médica, cujos dados foram condensados em um banco de dados projetado especificamente para o estudo. **Resultados**: ao comparar as variáveis de estudo entre Dezembro de 2012 e Janeiro de 2013, verificou-se que a mudança de peso foi de 0.075 ± 1,57DS (p = 0,729). A mudança de peso% foi de 0,12% obtida com DS ± 2,23 e a variação média do índice de massa corporal de 0,0245 ± era 0,62DS (p = 0,776). **Conclusão**: os pacientes são capazes de manter o peso e índice de massa corporal alcançado em tratamento, e manter esses valores para períodos curtos, como a época do Natal e Ano Novo, isto porque o paciente aprende a assumir novos hábitos, mesmo em esta curta temporada que a dieta, culturalmente, tende a ser alto teor calórico.

PALAVRAS-CHAVE: índice de massa corporal, obesidade, sobrepeso.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (1), el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos y se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (Kg/m^2).

La definición es la siguiente:

- Un IMC igual o superior a 25 es indicativo en sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 es indicativo a obesidad.

Según Lastra y Lastra (2)**,** la obesidad es una de las enfermedades metabólicas más antiguas de la humanidad; sin embargo, hasta hace relativamente poco se ha reconocido como tal. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 2008, ya contaba con 1500 millones de adultos (de 20 años o más) que tenían sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos.

Algunas estimaciones mundiales recientes de la OMS (1) son las siguientes:

- En 2014, más de 1.900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos.
- En general, en 2014 alrededor del 13 % de la población adulta mundial, un 11 % de los hombres y un 15 % de las mujeres, eran obesos.
- En 2014, el 39 % de los adultos de 18 o más años (38 % de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso.
- La prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por más de dos entre 1980 y 2014.

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas, que en la mayoría de los países de América Latina y el mundo se ha generado por un cambio en los hábitos alimentarios, con un vertiginoso aumento del consumo de alimentos con un denso contenido energético, ricos en grasas saturadas, azúcares y sal.

Según Alberto Barceló, asesor regional de enfermedades no transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud (3), los malos hábitos alimenticios, unidos a una creciente cultura de sedentarismo y falta de actividad física, están contribuyendo gravemente al incremento en las tasas de sobrepeso y obesidad en la región. La prevalencia de la obesidad está aumentando en todos los grupos de edad en América, así como en otras regiones del mundo.

Gómez (4), al comentar el libro Sobrepeso y Obesidad: epidemiología, evaluación y tratamiento, opina, entre otras cosas, que el individuo obeso crece en condiciones que no le dejan mucha opción. La comida que se le ofrece desde pequeño le hace subir de peso, anexo a las opciones que hoy en día se tienen, que son de muy mala calidad alimenticia. En este aspecto, existe un fenómeno social que incrementa la obesidad al mismo tiempo que identifica la comida industrializada como un bien deseable para todo evento y circunstancia.

De acuerdo a Pereira y Palay (5), la obesidad es un trastorno metabólico y nutricional de serias consecuencias para la salud. Aunque existe un mejor conocimiento clínico y epidemiológico del problema, la prevalencia de la obesidad ha aumentado significativamente debido, en parte, a que la ingesta calórica es superior al gasto energético, lo cual finalmente lleva a un aumento de la grasa corporal.

Así mismo, la OMS (1) establece que a nivel mundial, en las últimas décadas, se ha presentado un notable incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) asociadas a estilos de vida no saludables. Estas enfermedades y trastornos en conjunto, entre las que se encuentran las cardiovasculares, como lo plantea De Marco et al. (6**)** -principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular-, la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (en especial osteoartritis) y algunos cánceres (endometrio, mama y colon), son las principales causas de muerte, discapacidad y deterioro de la calidad de vida.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Herrera et al. (7), afirman que recientemente se ha comenzado a considerar a la obesidad como un factor de riesgo más en el desarrollo del cáncer, pues se correlaciona con una probabilidad de aparición de esta enfermedad. Aunque las causas exactas que vinculan estos dos padecimientos de salud pública no están del todo esclarecidas, algunos investigadores sugieren que entre el 35 % y el 70 % de los cánceres están vinculados directamente con la alimentación y con un IMC elevado que refleja obesidad. La OMS (1) sugiere que el riesgo de contraer estas enfermedades no transmisiblescrece con el aumento del IMC.

La Secretaría de Salud de Santander (8), asevera que en Colombia y países de ingresos bajos y medianos las enfermedades no transmisibles presentan una elevada carga de morbi-mortalidad, junto con las enfermedades infecciosas y la desnutrición; inclusive, no es raro encontrar coexistiendo desnutrición y obesidad en un mismo país, comunidad o hasta en un mismo hogar.

Así mismo, Lastra y Lastra (2) explican que debido a su alta prevalencia, impulsada por un estilo de vida basado en la sobrealimentación y en el sedentarismo, se ha convertido en la epidemia de este milenio, un problema de salud pública que en algunos países representa un alto porcentaje del gasto social.

La OMS (1) también menciona que la responsabilidad en la prevención del sobrepeso y la obesidad van desde el plano individual, limitando la ingesta de grasa total y azúcares, aumentando el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos, además de la realización de actividad física periódica; hasta el plano social, en el cual es importante el apoyo a las personas para el cumplimiento de las recomendaciones antes mencionadas, mediante un compromiso político sostenido y la colaboración de las múltiples partes interesadas, públicas y privadas, así como lograr que la actividad física periódica y los hábitos alimenticios sean más saludables y económicamente accesibles para todos, en particular para las personas más pobres.

Para Amzallag (9), mientras la mayoría de los candidatos quieren adelgazar con fines estéticos, los especialistas subrayan como más importante la mejoría de las complicaciones relacionadas con la obesidad. De un modo más específico, se puede decir que los objetivos del tratamiento de la obesidad se han trasladado de la sencilla pérdida de peso aislada como meta estética, hacia una gestión global de una mejor u optima salud.

Este nuevo concepto de Amzallag (9) incluye la pérdida de peso pero no se limita a esto. En consecuencia, un programa de gestión para la pérdida de peso puede ser considerado como eficaz si el paciente responde favorablemente a una o varias de las siguientes estrategias:

- La prevención de la gordura.
- La mejoría de las complicaciones asociadas.
- La mejoría de las reglas generales de salud e higiene de la vida.
- El adelgazamiento estable a largo plazo.

Alcanzar sus objetivos es responsabilidad conjunta del paciente y del profesional de la salud al saber que, cualquiera sea el valor del programa, sólo el paciente puede ponerlo en práctica.

Según Warburton et al. (10), existe una amplia y contundente evidencia científica que demuestra que las personas físicamente activas, en comparación con las que no lo son, poseen menores tasas de mortalidad, enfermedad coronaria, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión, además de presentar una composición corporal más saludable y un perfil de biomarcadores más favorable para la prevención de enfermedad cardiovascular.

Según Malik et al. (11), debido a la amplia complejidad de la epidemia de la obesidad se necesitan estrategias políticas con múltiples niveles de prevención que, a la final, permitan tener un efecto medible en la sociedad. Los cambios deben incluir políticas globales de alto nivel en la comunidad internacional y los esfuerzos coordinados de gobiernos, organizaciones, comunidades e individuos para influir positivamente en el cambio de comportamiento.

En Colombia, la situación no es mejor. Según la última Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) (12), llevada a cabo en 2010, se evidencia el incremento en los indicadores de obesidad: subió del 48 % al 52 % con un índice más alto para las mujeres.

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

El indicador es de 45 % para los hombres y el 55 % para las mujeres.

Esta misma encuesta arrojó que el exceso de peso en la población adolescente, adulta y gestante muestra una tendencia al incremento y afecta a las dos terceras partes de los grupos de mayor edad, a pesar de los esfuerzos realizados para su prevención (12). También determinó que el 46,5 % de la población de adultos entre 18 y 64 años es físicamente inactivo.

En materia de legislación existe la Ley 1355 de 2009 (13), la cual define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas como una prioridad de salud pública. Con esta ley se busca promover ambientes sanos, actividad física, educación, producción y distribución de alimentos con previa regulación de grasas trans y grasas saturadas.

Aun así, las políticas de salud en materia de control y mantenimiento del peso no son establecidas por las empresas que prestan un servicio de salud a la población; no existe una intervención significativa en los hábitos de las personas que empiezan a presentar síntomas de la enfermedad y, por lo tanto, la mayoría de las veces las consecuencias de la enfermedad no se previenen a tiempo.

Desde el punto de vista clínico se han propuesto diferentes tipos de métodos terapéuticos con el fin de lograr la reducción de peso. En el estudio de Martínez et al. (14) se evalúa la eficacia en la reducción de peso con la utilización de dieta de muy bajo aporte calórico cetogénica y una posterior reeducación alimentaria según el método PronoKal® en pacientes con sobrepeso y obesidad y la seguridad durante su aplicación.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se originó por una necesidad sentida del Coordinador Médico Científico de la institución X objeto de estudio, quien, una vez planteó su inquietud, permitió de manera voluntaria el acceso a la base de datos de dicha institución, dando así inicio a la investigación.

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo observacional, de corte retrospectivo. Para ello se seleccionó una población, conformada por 67 pacientes, entre hombres y mujeres, quienes recibieron tratamiento integral de sobrepeso y obesidad durante el año 2012. De esta población se seleccionó una muestra a conveniencia del investigador, que correspondió a 53 pacientes que durante la terapia, en el año 2012, asistieron a una última consulta en diciembre de 2012 y reiniciaron el tratamiento en enero de 2013 en la institución X. Según los criterios del estudio, los pacientes que harían parte de la muestra debían ser mayores de 18 años, con registros de historia clínica completa.

Los pacientes que asistieron a consulta tenían cita previa programada y fue a quienes se les diligenció la historia clínica en la cual se consignaron datos demográficos (género, actividad económica, edad, etc.) y clínicos (peso, índice de masa corporal y perímetro abdominal) de cada uno, según lo establecido en diversos estudios referenciados por Amzallag (9), Xiao et al. (15), Yank et al. (16), Martínez (17) y Moreno (18).

Con el fin de mantener los principios bioéticos en la investigación, a todos los pacientes, previo a la solicitud del consentimiento informado, se les proporcionó una explicación de la condición del tratamiento, objetivos, posibles beneficios, riesgos, incomodidades derechos y responsabilidades, de acuerdo con lo establecido en la actual Declaración de Helsinki (19).

Durante el tratamiento se practicó una exploración a los pacientes en busca de enfermedades endocrinas relacionadas con el exceso de peso. El paciente debió consignar su estilo de alimentación y ejercicios habituales. Con la información condensada se inició un manejo integral individual con terapia médica nutricional y diversos procedimientos médicos estéticos, de acuerdo con los antecedentes patológicos del paciente y control semanal.

De esta manera se realizó un control progresivo, continuo y constante del paciente que permitió detectar posibles errores en el cumplimiento de su dieta, así como una mejor adaptación a los diferentes procedimientos.

Con el fin de realizar una selección adecuada de la muestra, los datos obtenidos de las historias clínicas fueron consignados, en su totalidad, en un una base de datos diseñada en Excel, específicamente para este

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

estudio. En dicha base de datos se tuvieron en cuenta, de manera principal, las medidas antropométricas -peso, índice de masa corporal y perímetro abdominal-.

Las variables directamente relacionadas con el estudio fueron: el peso (kg) al iniciar el tratamiento en el 2012, peso en el último control de 2012 y peso en el primer control de 2013, variación de peso (kg), porcentaje de variación de peso, índice de masa corporal (IMC), variación del índice de masa corporal y perímetro abdominal. Otras variables analizadas fueron edad, género y ocupación, entre otras. Posterior a la recolección de la información, se realizó el análisis en el programa SPSS, versión 21.

Además, se realizó control de sesgos a las variables peso e IMC por medio de pruebas paramétricas (Shapiro Wilk), con valor $p > 0,05$, por lo que se estableció que las variables presentan el comportamiento de una curva de distribución normal.

Se determinó, por prueba de hipótesis, la comparación de medias para variables continuas por medio de la *t* de student y prueba de Wilcoxon para muestras pareadas, esto con el fin de determinar si se observaba diferencia de medias entre la primera consulta de 2012 vs consulta de diciembre de 2012 y última consulta de 2012 vs primera consulta de 2013. Se tuvo en cuenta un intervalo de confianza del 95 % en cada uno de los análisis. Igualmente, se hizo la correlación con el valor de significancia (valor p) considerando que las diferencias eran estadísticamente significativas para una $p<0,05$.

Igualmente, se comparó la media obtenida en la variación del peso, variación del índice de masa corporal y el porcentaje de variación de peso entre la primera consulta de 2012 y la consulta obtenida en diciembre de 2012 con los resultados del estudio de Xiao et al. (15), teniendo en cuenta que la muestra utilizada por éste estuvo monitoreada por entrenadores especializados (coach), tratamiento terapéutico similar al realizado en la institución X donde se llevó a cabo el estudio mediante un control periódico de medidas a los pacientes durante todo el tratamiento.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el mantenimiento del peso e índice de masa corporal (IMC) en corto plazo, en pacientes de tratamiento integral para sobrepeso y obesidad.

Objetivos específicos

- Determinar las características demográficas y epidemiológicas de la población que asiste al programa de manejo integral de sobrepeso y obesidad.
- Identificar los antecedentes clínicos de importancia al iniciar el programa de manejo integral de sobrepeso y obesidad.
- Determinar el mantenimiento de las variables peso, índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal en los tres momentos del estudio.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas de la muestra estudiada, correspondientes a la primera consulta del año 2012, son las siguientes:

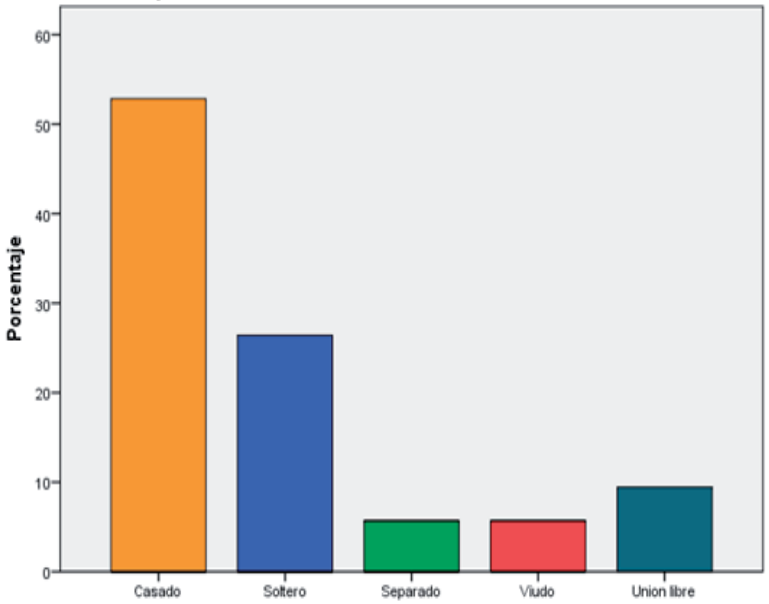
Del total de la muestra, el paciente de menor edad tenía 18 años y el de mayor edad tenía 83 años; así mismo, la media se encontraba en 43,45 años con un DS± 12,35 y un IC 95 % (40,12 – 46,77). De manera significativa, se evidenció mayor asistencia del género femenino a la consulta del especialista en medicina estética (90,6 %), entre las cuales predominó el estado civil casado en un 52,8 %.

El estado civil en el cual se encuentra el 52,8 % de los pacientes es casado, seguido del estado civil soltero con un 26,4 %. Le siguen unión libre con un 9,4 % y separado y viudo, cada uno con 5,7 %, como se puede observar en la figura 1.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

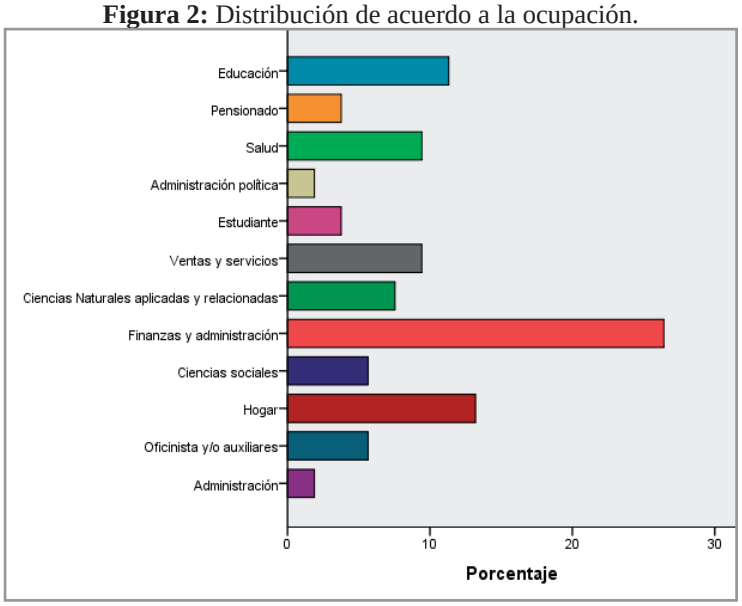
Figura 1.Distribución de acuerdo al estado civil.



Fuente: Base de Datos de Pacientes con manejo integral de sobrepeso y obesidad, 2013.

En la figura 2 se muestra la distribución de la ocupación y la que más relevancia tuvo en la muestra analizada fue finanzas y administración con un 26,4 %, seguida de hogar con un 13,2 % en ventas y servicios, mientras que la ocupación relacionada con la salud presentó un 9,4 %.

Figura 2: Distribución de acuerdo a la ocupación.



Fuente: Base de Datos de Pacientes con manejo integral de sobrepeso y obesidad, 2013.

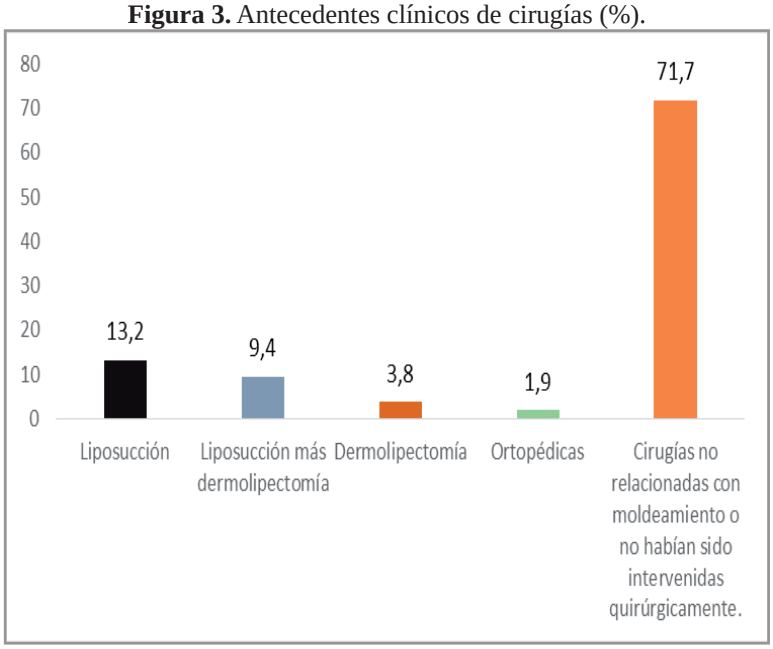
REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Antecedentes clínicos

En la primera consulta se realiza una valoración médica, la cual incluye los antecedentes clínicos del paciente, con el fin de determinar el tratamiento más pertinente. Entre las variables de importancia se encuentra enfermedades de base, antecedentes clínicos de cirugías relacionadas con moldeamiento (liposucción, dermolipectomía), antecedentes de cirugías ortopédicas y hábito de ejercicio.

Según la figura 3, un 26,4 % de las pacientes del estudio manifestó haberse realizado algún tipo de cirugía relacionada con moldeamiento.

Figura 3. Antecedentes clínicos de cirugías (%).



Fuente: Base de Datos de Pacientes con manejo integral de sobrepeso y obesidad, 2013.

El no tener hábito de ejercicio, en la primera consulta, predominaba en un 58,5 %. Así mismo, entre los antecedentes de importancia clínica predominantes se encontraba la dislipidemia en un 16,7 % y la hipertensión arterial en el 13,6 %.

Características de las variables en los tres momentos del estudio

Los valores obtenidos de peso, índice de masa corporal y perímetro abdominal, durante los tres momentos del estudio, incluyeron los resultados obtenidos al inicio del tratamiento para sobrepeso y obesidad, diciembre del 2012 y primera consulta del 2013, así:

El peso, al inicio del tratamiento, obtuvo una media de 76,35 kg con ±14,35 DS IC 95 % (72,48 – 80,20); en el último control del mes de diciembre de 2012 tuvo una media de 70,50 kg con ±11,1 DS IC 95 % (67,51 – 73,48) y en el primer control del año 2013 la media del peso en kg se encontró en 70,57 kg con una DS ±11,205 IC 95 % (67,55 - 73,58).

Los datos correspondientes al IMC no presentaron una curva de distribución normal, corroborado por la prueba de Shapiro Wilks. La mediana, en la primera consulta de 2012, se encontraba en 28,5 kg/m2; en la consulta de diciembre de 2012 ésta era de 27,00 kg/m2 y en la primera consulta del año 2013 la mediana se encontraba en 26,7 kg/m2. Tan sólo, en diciembre del 2012, el P25 del IMC se encontraba en 23,9 Kg/m2, lo cual fue indicativo de un leve cambio de sobrepeso a peso normal en el tratamiento correspondiente a la primera consulta y la consulta en diciembre, en un pequeño número de pacientes que asistieron a consulta con el especialista tratante.

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

El perímetro abdominal o circunferencia abdominal presentó, en la primera consulta de 2012, una media (Ẋ) de 95,15 cm ± 14,5 DS IC 95 % (91,42 – 99,28); en la consulta del mes de diciembre de 2012 la media (Ẋ) del perímetro abdominal correspondió a 89,81 cm ± 12,17 DS IC 95 % (86,61 – 93,19) y en la consulta del mes de enero de 2013 la media (Ẋ) del perímetro abdominal se encontró en 90,27 cm ± 12,05 DS IC 95 % (87,18 – 93,53).

En la tabla 1 se presentan los valores obtenidos de la variación de peso, porcentaje de variación de peso, variación del índice de masa corporal y variación del perímetro abdominal entre la primera consulta de 2012 y la consulta de diciembre de 2012, así como la última consulta de 2012 y la primera consulta de 2013.

Las fórmulas utilizadas para obtener los datos nombrados anteriormente fueron las siguientes:

- **Variación de peso** = Peso final – peso inicial
- **% de Variación de peso** = (Variación de peso/peso inicial) * 100
- **Índice de masa corporal (IMC)** = Peso (Kg)/Talla(cm)^2
- **Variación del IMC**= IMC final – IMC inicial

Tabla 1. Valores obtenidos de la variación del peso, índice de masa corporal, perímetro abdominal y % de variación de peso entre la primera consulta de 2012 a la última consulta de diciembre de 2012 comparado con la última consulta de diciembre de 2012 a la primera de 2013.

Variables	Primera consulta 2012 a última consulta en diciembre 2012	Valor de p	Última consulta en diciembre 2012 a primera consulta 2013	Valor de p
Variación del peso (kg)	-5,8 ± 5,0	0,000	-0,075 ± 1,58	0,729
Porcentaje de variación del peso	-7,05 ± 5,6	No se obtiene*	0,12 ± 2,23	No se obtiene*
Variación del índice de masa corporal (IMC) (Kg/cm^2)	-1,7 en P25-50	0,000**	0,024 ± 0,62	0,774
Variación del perímetro abdominal (cm)	-4,5 en P25-50	0,000**	0,46 ± 0,17	0,010

Fuente: Base de Datos de Pacientes con manejo integral de sobrepeso y obesidad, 2013.

* No es posible obtener el valor p del porcentaje de variación del peso por no tener una muestra para correlacionar al ser obtenido este valor un cambio porcentual, el cual corresponde a un cociente cuyo numerador se constituye con el cambio entre dos momentos y el denominador es un cambio de base.
**Prueba de Wilcoxon de los rangos con signos de muestras relacionadas. Se muestran significancias asintóticas. El nivel de significancia es 0,05.

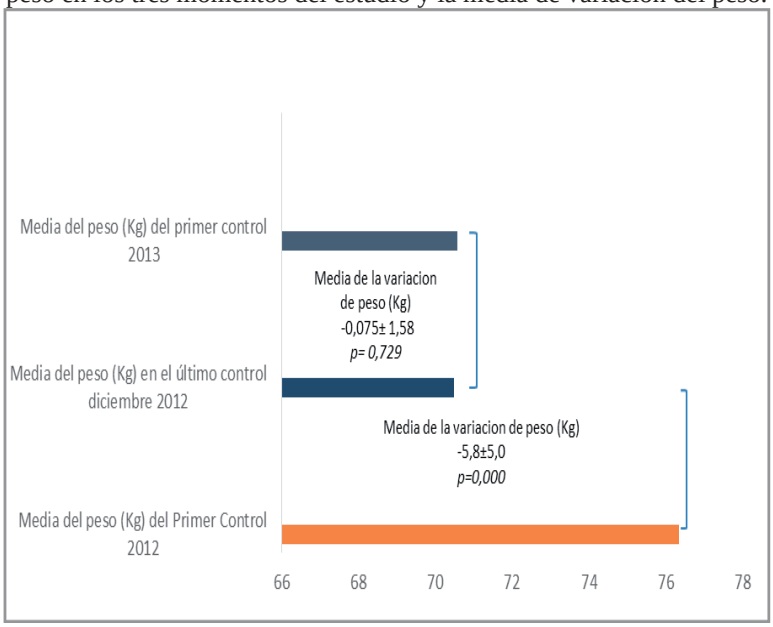
Cabe recalcar que se presenta variación del peso, IMC y perímetro abdominal entre la primera consulta de 2012 y la consulta de diciembre del 2012 (p=0,000); a diferencia de la variación del peso (p=0,729) e IMC (p=0,774) entre la consulta de diciembre de 2012 y la primera consulta del 2013.

La media de variación del peso obtenido entre la primera consulta de 2012 y la consulta de diciembre fue de -5,85 ±5,0 kg IC 95 % 4,47 – 7,23. El porcentaje de variación de peso obtenido entre la primera consulta de 2012 y la última consulta de diciembre de 2012 obtenido fue de -7,5 ± 5,5 % y, finalmente, la variación del IMC entre la primera consulta de 2012 y la consulta de diciembre de 2012 estaba en -1,7kg/m.2.

Una breve comparación de la variación del peso obtenido en los tres momentos del estudio se puede evidenciar en la Figura 4.

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Figura 4. Comparación y nivel de significancia entre la media del peso en los tres momentos del estudio y la media de variación del peso.



F**uente**: Base de Datos de Pacientes con manejo integral de sobrepeso y obesidad, 2013.

DISCUSIÓN

Para lograr una disminución significativa del peso, índice de masa corporal y riesgo cardiovascular (dependiente del perímetro abdominal) es indispensable la intervención por parte de un profesional en hábitos alimenticios y actividad física, con el fin de alcanzar el peso e índice de masa corporal ideal, así como lograr el mantenimiento de medidas a largo plazo. De igual forma, el paciente debe adquirir el compromiso de asumir la responsabilidad del tratamiento en cortos periodos de tiempo, en especial cuando, de manera cultural, se encuentra expuesto al consumo de alimentos con alto contenido calórico y, de manera simultánea, no cuenta con el acompañamiento del profesional.

El estudio también permite evidenciar que los pacientes logran disminuir significativamente el peso, IMC y perímetro abdominal durante un periodo largo si se encuentran sometidos a un entrenamiento que, a su vez, esté supervisado de manera permanente y constante por una persona especializada en manejo de hábitos (también llamado coach).

Para los investigadores del estudio fue de suma importancia determinar si los pacientes, en periodos cortos de tiempo, lograban mantener el peso que habían perdido durante el tratamiento. Con el presente estudio se demostró que los pacientes en este periodo corto de tiempo (entre la última consulta de diciembre de 2012 y la primera consulta del año 2013) lograron un mantenimiento significativo del peso (p=0,729) e IMC (p=0,774), lo cual demuestra que los pacientes, de manera adecuada, llevaron a cabo la dieta y la actividad física que previamente había sido recetada por el profesional. Lo anterior permite establecer que es posible el mantenimiento del peso e IMC durante cortos periodos de tiempo, inclusive si éstos son considerados por los pacientes como difíciles, dada la alta frecuencia en el consumo de alimentos ricos en calorías que ocurre en las épocas de navidad y fin de año.

Se han realizado estudios similares como el de Yank et al. (16), quienes observaron una muestra de 72 pacientes que fueron intervenidos en el estilo de vida, y donde se analizaron los patrones de pérdida de peso después de un corto periodo de tiempo (12 semanas); a su vez se evaluaron las diferencias en el mantenimiento de la pérdida de peso a los 15 meses de tratamiento. Se encontraron tres patrones de pérdida de peso, una modesta (21 %), moderada y estable (60 %) y sustanciales y temprana (19 %).

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Yank et al. (16), encontraron que el cambio más significativo de porcentaje de pérdida de peso se evidenció en aquellos que perdieron más peso durante el tiempo estipulado; así mismo, este porcentaje de pérdida de peso aumentó significativamente, inclusive hasta el final del tratamiento, a diferencia de los pacientes cuyo porcentaje de disminución de peso no fue significativo.

De otro lado, de acuerdo con los datos del estudio, aunque la media de disminución del peso a corto plazo se encontraba en -0,075±1,58, es necesario especificar que algunos pacientes aumentaron de peso, otros lo mantuvieron y algunos lograron disminuirlo en este periodo de tiempo, lo cual indica que es importante la asistencia inmediata al especialista, con el fin de no ver alterado el resultado obtenido en el tratamiento.

Al respecto, Amzallag (9) menciona la importancia de que el paciente se mantenga en un programa que incluya un régimen dietético hipocalórico de manera continua, evitar la variación cíclica de peso (dietas tipo yo-yo), una restricción suficiente para producir un déficit de energía -lo cual debe incluir el ejercicio-, un equilibrio de nutrientes que mantenga unos requerimientos proteicos mínimos, un nivel de carbohidratos entre 30 a 50 gramos diarios y un programa de control del peso; todo lo anterior con el fin de alcanzar una buena mejoría de la salud representada en la reducción del colesterol sanguíneo, mejoría en la presión sanguínea, aumento de la diuresis (al inicio de la dieta) y mejoramiento de la diabetes tipo 2.

En los pacientes de la presente investigación se evidenció una pérdida de medidas en el perímetro abdominal, como se muestra en la Tabla 4, tema que ha sido motivo de estudio de Martínez (17) y Moreno (18). Moreno (18) sugiere incluir trabajos locales que permitan establecer puntos de corte para cada región con el fin de determinar, con mejor precisión, los valores de riesgo y presenta un estudio de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional de Chile, en el cual se demuestra una relación entre la prevalencia de hipertensión arterial con cifras de perímetro abdominal más altos y sugiere incluir el hábito de medición del perímetro abdominal como herramienta de estudio del riesgo cardiometabólico.

El estudio de meta –análisis de Johansson et al. (20), observó mejoría en el mantenimiento de la pérdida de peso después de una combinación de dieta muy baja en calorías, acompañada de medicamentos contra la obesidad y sustitutos de las comidas, dieta alta en proteínas como aporte a posibles tratamientos para la obesidad; aun así, sugiere más trabajos que permitan aclarar el efecto de la combinación de varias estrategias de mantenimiento del peso que permita mejorar los programas de tratamiento de la obesidad.

En el presente estudio, al inicio del tratamiento, se preguntó por el hábito de realizar ejercicios y más del 50 % de los pacientes manifestó tener este hábito. La deficiencia de este hábito, sumado a otros hábitos como mirar televisión por largo tiempo, mantenerse sentado en el trabajo y el uso del automóvil como medio de transporte, aumenta la probabilidad de padecer enfermedades como son la diabetes tipo 2, según afirma la Revista Panamericana de la Salud (21); es por ello que resulta necesario incluir un programa de ejercicios o aumento de actividad física al inicio del tratamiento, que se adapte al estilo de vida de cada paciente y que, a su vez, permita ser replanteado en cada fase del proceso.

No hay diferencia de edad en la asistencia a la consulta médica especializada, lo cual indica que no hay edad específica para la asistencia a tratamientos de sobrepeso y obesidad, puesto que esta enfermedad, junto con sus manifestaciones clínicas, es posible padecerla en cualquier momento de la vida.

Lo mismo ocurre en cuanto al estado civil y a la ocupación, aunque se observó predominio entre estado civil casada y de ocupación finanzas y administración. Se evidencia que el sobrepeso y la obesidad se encuentran ampliamente distribuidas en toda la población.

En el estudio de Li et al. (22) se determinó la prevalencia del sobrepeso y obesidad en una población que se encontraba entre 18 – 79 años de edad y se determinó el efecto negativo que presentaba el nivel educativo en cuanto a la correcta percepción del peso y la adopción de medidas para disminuirlo y, como analizaba este autor, exigía medidas en múltiples niveles para disminuir o controlar la epidemia de sobrepeso y obesidad entre los adultos de la ciudad de Beijing. De acuerdo con lo anterior, es importante tener en cuenta el nivel educativo y cultural de la población objeto de estudio.

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Según los datos del estudio, la muestra de pacientes analizados se encuentra en los estratos 3, 4 y 5 de una ciudad colombiana que se encuentra en crecimiento y que, en la actualidad, tiene aproximadamente un millón de habitantes, con una gran influencia comercial por ser ciudad fronteriza, lo que la hace tener características económicas bien particulares pero que, desde el punto de vista social, de salud u otras razones culturales, motiva a los pacientes a asistir a una consulta especializada de tipo privado, ya que han perdido la confianza en tratamientos, dietas e incluso cirugías, fenómeno al que se suma que el sistema de salud en Colombia no contempla alternativas de prevención y tratamiento que permitan hacer un seguimiento constante a los pacientes con sobrepeso u obesidad en el régimen contributivo y/o subsidiado.

Un estudio llevado a cabo en India por Gouda y Prusty (23) muestra un incremento notable de padecer sobrepeso y obesidad en los hogares no pobres, lo cual, como dicen los autores, lleva a la obesidad a convertirse en una epidemia urbana, a la cual se le debe dar la misma importancia que a las epidemias vistas en el pasado. Mientras tanto en Inglaterra, según Howel et al. (24), no se ve diferencia significativa de prevalencia y obesidad entre los diferentes estratos socioeconómicos.

También es importante, de manera significativa, la presencia de pacientes que previo a estos tratamientos, se han sometido a cirugías relacionadas con moldeamiento (p.e. liposucción y/o dermolipectomia). Esto se debe, en parte, a que estas pacientes ya no desean realizarse más cirugías y, en algunos casos, se encuentran con una autoestima baja debido a que han recuperado el peso que habían perdido en virtud del procedimiento quirúrgico.

Mercadenti y de Abreu (25) explican los efectos de la lipectomía (procedimiento en el cual se extirpa el tejido adiposo subcutáneo), como alternativa para mejorar el perfil metabólico a través de la rápida pérdida de tejido adiposo, pero, al no estar asociado a trastornos metabólicos como la resistencia a la insulina y diabetes mellitus tipo 2, se genera un crecimiento compensatorio de este tejido en respuesta a la lipectomía.

Sieffert et al. (26) determinaron que los pacientes obesos que se someten a procedimiento de cirugía plástica ambulatoria (liposucción, abdominoplastia, reducción de senos y blefaroplastia), incurren sustancialmente en mayores gastos de atención médica, en gran parte atribuible a los efectos adversos más frecuentes y el cuidado de la salud que debe llevarse a cabo en el hospital dentro de los 30 días posteriores a la cirugía.

Así mismo, Cuomo et al. (27), en su estudio sobre abdominoplastia, encuentran una mayor probabilidad de complicaciones después de la cirugía en pacientes obesos que tienen un nivel bajo de adiponectina, aunque en los demás pacientes el procedimiento quirúrgico es seguro y mejora la calidad de vida. De ahí la importancia de exámenes de laboratorio previos a cirugías plásticas, con el fin de determinar el riesgo en el postoperatorio.

Siendo el sobrepeso y la obesidad en la población mundial un peligro para la salud, es importante entrar a analizar el costo social perdido en materia de productividad y mortalidad prematura, que afecta la atención hospitalaria y la prescripción de medicamentos, según estudios realizados en Irlanda (28-29) y España (30).

Se hace necesario, en Colombia, establecer políticas más eficaces en materia de obesidad, que permitan prevenir la enfermedad con el único fin de evitar las consecuencias que, a corto y largo plazo, afectan la calidad de vida de los individuos que la llegan a padecer.

CONCLUSIONES

Se observó un predominio del género femenino en la asistencia a este tipo de consulta, que puede deberse no solamente a la preocupación por la belleza sino también a la capacidad de autocuidado que, de manera instintiva, se presenta en este género, lo cual incluye mantenerse en un buen estado de salud.

El estado civil casado y la ocupación hogar, junto con las finanzas y administración, se encontraron entre las características que más predominan en este tipo de pacientes. Sin embargo, se puede concluir que cualquier persona, independientemente de su estado civil y su actividad laboral, puede asistir a este tipo de tratamientos, presente o no manifestaciones clínicas de sobrepeso y obesidad, así como sus complicaciones.

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Dentro de las características clínicas llamó la atención la asistencia de pacientes que previamente se han realizado cirugías de moldeamiento tales como liposucción, dermolipectomía e inclusive las dos al mismo tiempo. Esto puede deberse, en gran parte, a que los pacientes han ganado el peso perdido como consecuencia de no presentar hábitos de alimentación y ejercicio adecuados para mantener el peso. Adicionalmente, las condiciones fisiológicas y de metabolismo pueden jugar un papel importante en el post-operatorio cuando no se tienen en cuenta entre los aspectos clínicos que requieren un seguimiento por parte del médico tratante en cada paciente.

Así mismo, para el médico tratante es de suma importancia conocer algunos hábitos que pueden orientar el tratamiento, tales como determinar si se presenta el hábito de ejercicio. En el primer control se evidencia que más del 50 % de los pacientes no tiene el hábito del ejercicio. Teniendo en cuenta esta información se precisa a tomar la guía de tratamiento adecuada para cada paciente, la cual puede generar beneficios a corto, mediano o largo plazo, según sea la capacidad de incluir dentro de la rutina el hábito del ejercicio, junto con la dieta y demás procedimientos sugeridos en el tratamiento.

Entre los antecedentes clínicos de importancia se puede evidenciar la necesidad de asistencia a este tipo de tratamientos debido a múltiples enfermedades, entre las cuales predominan la dislipidemia y la hipertensión arterial como afectaciones que, de no ser tratadas a tiempo, pueden generar complicaciones graves para la salud de los pacientes.

Con la investigación se determinó la importancia de la intervención en los hábitos y estilo de vida de los pacientes que asisten a consulta para tratamiento integral de sobrepeso y obesidad, lo cual permite evidenciar avances significativos en la disminución del porcentaje de variación de peso y de variación del índice de masa corporal, especialmente en largos periodos de tiempo.

Los pacientes, por sí mismos, logran el mantenimiento de su peso en periodos cortos de tiempo, inclusive si se exponen a épocas del año donde, por razones de tradición y cultura, se acostumbra al consumo de alimentos con alto contenido calórico. Sin embargo, estos pacientes no deben dejar de asistir al control posterior programado, puesto que la obesidad es una enfermedad crónica que requiere la atención constante de un médico especializado que permita verificar los resultados del tratamiento y posibles alternativas que permitan alcanzar el peso ideal.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y Sobrepeso. Centro de Prensa de la OMS, Nota descriptiva No. 311. [Internet]. 2015 [consultado 16 de febrero de 2016] disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/
2. Lastra-Lastra G, Lastra-González G. Obesidad: epidemia del nuevo milenio. Rev.fac.med. [Internet]. 2005 [consultado 18 de mayo de 2015];53(3):186-195. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112005000300005
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Diabetes: OPS urge luchar contra la diabetes y la malnutrición en las Américas. [Internet]. 2008 [consultado 7 de junio de 2013] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=405%3A2008-diabetes-ops-urge-luchar-contra-obesidad-malnutricion-americas&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es
4. Gómez-Dantés H. Páginas de Salud Pública. Salud pública de México. [Internet]. 2006 [consultado 19 de mayo de 2015]; 48(3):286-287. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48n3/29743.pdf
5. Pereira-Despaigne OL, Palay-Despaigne MS. Importancia de la reducción de peso en los pacientes con obesidad. MEDISAN [Internet]. 2015 [consultado 16 de febrero de 2016]; 19(8): 1043-1050. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san13198.pdf
6. DeMarco VG, Aroor AR, Sowers JR. The pathophysiology of hypertension in patients with obesity. Nat Rev Endocrinol [Internet]. 2014 [consultado 17 de febrero de 2016]; 10: 364-376. Disponible en: http://www.nature.com/nrendo/journal/v10/n6/abs/nrendo.2014.44.html
7. Herrera-Covarrubias D, Coria-Avila GA, Fernández-Pomares C, Aranda-Abreu GE, Manzo-Denes J, Hernández ME. La obesidad como factor de riesgo en el desarrollo de cáncer. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2015 [consultado 16 de febrero de 2016]; 32 (4): 766-776. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000400021&lang=pt
8. Secretaría de Salud de Santander. Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Santander, método STEPwise. [Internet]. 2011 [consultado 7 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/chp/steps/2010_STEPS_Survey_Colombia.pdf
9. Amzallag W. De perder peso, al control del peso. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2000 [consultado 15 de febrero de 2015]; 19 (2): 98-115. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002000000200002&lng=es
10. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ [Internet]. 2006 [consultado 15 de febrero de 2016]; 174(6): 801-809. Disponible en: http://www.cmaj.ca/content/174/6/801.short
11. Malik VS, Willet WC, Hu FB, Global obesity: trends, risk factors and policy implications. Nat Rev Endocrinology [Internet]. 2013 [consultado 17 de febrero de 2016]; 9(1):13-27. Disponible en: http://www.nature.com/nrendo/journal/v9/n1/full/nrendo.2012.199.html
12. Ministerio de la Protección Social. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia [Internet]. Bogotá: Da Vinci Editores; 2011 [consultado 17 de febrero de 2016] Disponible en: http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/ENSIN1/ENSIN2010/LibroENSIN2010.pdf
13. Congreso de Colombia. Ley 1355 de 2009, octubre 14, por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a ésta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. [Internet]. Bogotá: Gobierno Nacional de Colombia; 2009 [consultado 17 de febrero de 2016] Disponible en: http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Leyes/LEY%20 1355%20DE%202009.pdf
14. Martínez-Riquelme A, Sajoux I, Fondevila J. Resultados del estudio PROMESA I: eficacia y seguridad de la aplicación de una dieta de muy bajo aporte calórico y reeducación alimentaria posterior mediante el método Pronokal ® en el tratamiento del exceso de peso. Nutr. Hosp [Internet]. 2014 [consultado 17 de febrero de 2016]; 29 (2): 282-291. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000200006&lng=es
15. Xiao L, Yank V, Wilson S, Lavori P, Ma J. Two- year weight-loss maintenance in primary care based diabetes prevention program lifestyle interventions. Nutr Diabetes [Internet]. 2013 [consultado 15 de febrero de 2015]; 3:e76. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3697405/
16. Yank V, Xiao L, Wilson SR, Safford RS, Rosas LG, Ma J. Short.term weight loss patterns, baseline predictors, and longer- term follow- up within a randomized controlled trial. Obesity [Internet]. 2014 [consultado 15 de

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

febrero de 2015]; 22 (1): 45-51. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.20510/pdf

17. Martínez-Hervaz S. Perímetro de cintura y factores de riesgo cardiovascular. Revista Española de Obesidad 2008; 6(2):97-104.

18. Moreno-González MI. Circunferencia de cintura: una medición importante y útil del riesgo cardiometabólico. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2010 [consultado 17 de febrero de 2016]; 29: 85-87. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art08.pdf

19. Organización Mundial de la Salud. Pautas para la Buena Práctica Clínica (BPC) en ensayos con productos farmacéuticos. Serie de Informes Técnicos de la OMS. No 850. [Internet]. 1995 [consultado 6 de marzo de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2957s/#Jh2957s

20. Johansson K, Neovius M, Hemmingsson E. Effectso of antiobesity drugs, diet, and exercise on weight - loss maintenance after a very- low-calorie diet or low calorie diet: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. The American Journal of Clinical Nutrition [Internet]. 2014 [consultado 17 de febrero de 2016]; 99(1): 14-23. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3862452/

21. El ejercicio físico ligero disminuye el riesgo de obesidad y diabetes tipo 2. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2003 [consultado 19 de mayo de 2015]; 13(5):333-333. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000400010&lng=en

22. Li C, Xiaoyan H, Zhi Q, Zhe L, Yumei Z, Peiyu W, et al. Prevalence of Overweight and Obesity and Weight Loss Practice among Beijing Adults, 2011. PloS One [Internet]. 2014 [consultado 17 de febrero de 2016]; 9(9): e98744. Disponible en: http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0098744

23. Gouda J, Prusty RK. Overweight and obesity among women by economic stratum in urban India. J Health Popul Nutr [Internet]. 2014 [consultado 17 de febrero de 2016]; 32(1):79-88. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4089075

24. Howel D, Stamp E, Chadwick TJ, Adamson AJ, White M. Are social inequalities widening in generalised and abdominal obesity and overweight among English adults? PloS One [Internet]. 2013 [consultado 17 de febrero de 2016]; 8(11):e79027. Disponible en: http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0079027&representation=PDF

25. Mercadenti A, de Abreu-Silva EO. Different adipose tissue depots: Metabolic implications and effects of surgical removal. Endocrinol Nutr [Internet]. 2015 [consultado 17 de febrero de 2016]; 62(9): 458-64. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26300495

26. Sieffert MR, Fox JP, Abbott LE, Johnson RM. Obesity is associated with increased health care charges in patients undergoing outpatient plastic surgery. Plas Reconstr Surg [Internet]. 2015 [consultado 17 de febrero de 2016]; 135(5):1396-404. Disponible en: http://paper.medlive.cn/literature/1273985

27. Cuomo R, Russo F, Sisti A, Nisi G, Grimaldi L, Brandi C, D'Aniello C. Abdominoplasty in Mildy Obese Patients (BMI 30-35 kg/m^2): Metabolic Biochemical and Complication Analysis at one year. In Vivo [Internet]. 2015 [consultado 17 de febrero de 2016]; 29(6):757-61. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26546533

28. Dee A, Callinan A, Doherty E, O'Neill C, MacVeigh T, Sweeney MR, et al. Verweight and obesity on the island of Ireland: an estimation of costs. BMJ Open [Internet]. 2015 [consultado 17 de febrero de 2016];5:e006189. Disponible en: http://bmjopen.bmj.com/content/5/3/e006189.full.pdf+html

29. Dee A, Kearns k, O'Neill C, Shap L, Staines A, O'Dwyer V, et al. The direct and indirect costs of both overweight and obesity: a systematic review. BMC Res Notes [Internet]. 2015 [consultado 17 de febrero de 2016];7:242. Disponible en: http://bmcresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-7-242

30. Mora T, Gil J, Sicras A. The influence of obesity and overweight on medical costs: a panel data perspective. Eur j Health Econ [Internet]. 2015 [consultado 17 de febrero de 2016]; 16(2): 161-73. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/259825979_The_influence_of_obesity_and_overweight_on_medical_costs_a_panel_data_perspective

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Consumo de alcohol y otras sustancias, un problema en estudiantes universitarios de salud

Estela Rodríguez-Torres*
Carolina Camargo-Restrepo**
Ángela María Cardona-Blandón**
Nora Ximena Lozano-Sandoval**
Diana Isabel López-Medina**
Nancy Ingrid Rosas-Villamizar**

Recibido:
28 de Enero de 2016

Aceptado por pares: 6 de Marzo de 2016

Aprobado:
6 de Abril de 2016

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el consumo de alcohol y otras sustancias y los motivos para consumir o no consumir en estudiantes de pregrado de una universidad privada, en Santiago de Cali. **Materiales y Métodos**: estudio descriptivo transversal, con una muestra de 207 estudiantes pertenecientes a dos programas de salud de una universidad privada, integrada por estudiantes entre los 14 y 49 años de edad, media de 23 años, seleccionados aleatoriamente por muestreo estratificado proporcional. Se utilizó un cuestionario de auto reporte Alcohol Use Disorders Identification Test y preguntas sobre los motivos de consumo de sustancias legales e ilegales. Se realizó análisis univariado y estimadores con intervalos de confianza, en relación con otras variables se calculó prueba de X_2 utilizando Epi Info 7. **Resultados**: el consumo en el último año para sustancias legales como alcohol es de 76.8 % (IC 95 %: 70.5-82.4), para cigarrillo de 15 % (IC 95 %: 10.4-20.6). Para sustancias ilegales como la marihuana un 1 % (IC 95 %: 0.1-3.4). Entre las razones para el consumo los participantes manifiestan que los hace sentir bien en un 69.3% (IC 95%: 60.6-75.2). **Conclusiones**: entre los universitarios de salud, el consumo de sustanciales legales es semejante al de la población general. La elaboración de planes de intervención para prevenir el consumo de drogas legales e ilegales es una tarea que debe asumir la academia en su labor educativa y de proyección social, de manera permanente.

PALABRAS CLAVE: consumo de bebidas alcohólicas, drogas ilícitas, estudiantes, productos de tabaco***.

* Enfermera. Magister en Salud Ocupacional. Docente. Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia. Correo electrónico: estelaroto@hotmail.com

** Egresadas. Pregrado Enfermería. Integrantes Semillero Cuidado de la Salud. Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia. Correo electrónico: caroguicmr@hotmail.com, angelitam21@hotmail.com, noraximenalozano@gmail.com, disa603@hotmail.com, princesthepooh20@hotmail.com

*** Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en la página http://decs.bvs.br/E/DeCS2015_Alfab-S.htm de la Biblioteca virtual en salud del proyecto BIREME, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo
Rodríguez-Torres E, Camargo-Restrepo C, Cardona-Blandón AM, Lozano-Sandoval NX, López-Medina DI, Rosas-Villamizar NI. Consumo de alcohol y otras sustancias, un problema en estudiantes universitarios de salud. Rev. cienc. cuidad. 2016; 13(1): 59-71.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Consumption of alcohol and other substances, a health problem in college students

ABSTRACT

Objective: to characterize the consumption of alcohol and other substances, and the reasons to consume or not consume in undergraduate students from a private university in Santiago de Cali. **Materials and Methods**: cross-sectional descriptive study with a sample of 207 students from two health programs at a private university. The study comprised students between 14 and 49 years old, average 23 years, randomly selected by proportional stratified sampling. A self-evaluating questionnaire Alcohol Use Disorders Identification Test and questions about the reasons for use of legal and illegal substances were used. Univariate and estimators analysis with confidence intervals were conducted in conjunction with other variables, the X_2 test was calculated using Epi Info 7. **Results**: consumption in the last year for legal substances such as alcohol is 76.8% (95% CI: 70.5 -82.4) for cigarettes of 15% (95% CI 10.4-20.6). For illegal substances like marijuana 1% (95% CI: 0.1-3.4). Among the reasons for consumption the participants that state that it makes them feel good were 69.3% (95% CI 60.6-75.2) **Conclusions**: among college students health concerns concerning legal substantial consumption is similar to that of the general population. Developing contingency plans to prevent the use of legal and illegal drugs, it is a task that the academy must assume in its permanent educational and social outreach.

KEY WORDS: alcohol drinking, street drugs, students, tobaco products.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

O consumo de álcool e outras substâncias, um problema de saúde em estudantes universitários

RESUMO

Objetivo: caracterizar o consumo de álcool e outras substâncias, e as razões para consumir ou não consumir alunos de graduação de uma universidade privada em Santiago de Cali. **Materiais e Métodos:** estudo descritivo transversal com uma amostra de 207 alunos de dois programas de saúde em uma universidade privada, foi composta por estudantes entre 14 e 49 anos de idade, com média de 23 anos, selecionados aleatoriamente por amostragem estratificada proporcional. Foram utilizados um questionário de auto-relato Alcohol Use Disorders Identification Test e perguntas sobre as razões para a utilização de substâncias lícitas e ilícitas. análise uni e estimadores com intervalos de confiança foi realizado em conjunto com outras variáveis X_2 teste foi calculada usando Epi Info 7. **Resultados**: o consumo no último ano por substâncias legais, como o álcool é 76,8% (IC 95%: 70,5 -82,4) dos cigarros, de 15% (IC 95% 10,4-20,6). Para substâncias ilegais como a maconha 1% (IC 95%: 0,1-3,4). Entre as razões para participantes de consumo indicam que os faz sentir bem em 69,3% (IC 95% 60,6-75,2) **Conclusões**: saúde entre faculdade consumo substancial legal é semelhante à da população em geral. Desenvolvimento de planos de contingência para prevenir o uso de drogas lícitas e ilícitas, é uma tarefa que deve assumir a academia em seu trabalho de divulgação educacional e social de forma permanente.

PALAVRAS-CHAVE: consumo de bebidas álcoolicas, drogas ilícitas, estudantes, productos do tabaco.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de las drogas continúa siendo un grave problema de salud pública, puesto que ha aumentado en todo el mundo y los patrones son dinámicos, expresando preferencias variables en relación con las sustancias que se consumen (1). El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2009 (2) muestra que las muertes asociadas al consumo de sustancias legales era de 12.3 % y al consumo de sustancias ilegales era de 0.4 %; los años de vida ajustados por discapacidad relacionados con el consumo de sustancias legales era de 8.1 % y de sustancias ilegales era de 0.9%.

Según el Informe Mundial sobre las Drogas 2012, en América del Sur la tasa estimada de mortalidad relacionada con las drogas oscila entre 12,2 y 31,1 muertes por cada millón de habitantes de 15 a 64 años de edad. En toda la región, la cocaína sigue siendo la droga más letal, el cannabis sigue siendo la sustancia ilícita de mayor consumo mundial y el consumo de drogas ilícitas entre los hombres es muy superior al de las mujeres (3). El consumo de cannabis está asociado a su fácil acceso y producción; para estudiantes universitarios se ha reportado su influencia en cambios negativos de actitud y malos resultados académicos (4).

Teniendo en cuenta que casi la mitad de la población del mundo -unos 3.000 millones de personas- tiene menos de 25 años y se encuentra enmarcada en la adolescencia y juventud (5), el fenómeno del consumo de sustancias legales e ilegales se torna más complejo y de difícil manejo. Las dimensiones contemporáneas del problema de consumo de alcohol, considerado como sustancia legal, son, entre otras: la exposición de las personas a graves problemas de salud de manera temprana (5-6-7) y los cambios culturales, que son aspectos a tener en cuenta en el problema del consumo de sustancias (8).

En Colombia, según el Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas (9), en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, el 87 % de los encuestados declara haberlas consumido alguna vez en la vida y el 35.8 % manifiesta haberlas consumido en los últimos 30 días (lo que equivale a 8,3 millones de personas). El 42.1 % de las personas encuestadas declara haber fumado tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida (53.6 % de los hombres y 31.2 % de las mujeres). Sin embargo, sólo el 12.9 % ha usado esta sustancia al menos una vez en los últimos 30 días (18.8 % de los hombres y 7.4 % de las mujeres) y se considera consumidor actual. Esta cifra equivale a un poco más de tres millones de fumadores en el país.

En general, los efectos para el individuo, la familia y la comunidad pueden ser mejorados (10-11) y las acciones de los gobiernos, la sociedad y las familias deben ser permanentes. Los factores de riesgo y de protección pueden afectar a un ser humano durante diferentes etapas de la vida. En cada etapa ocurren riesgos que se pueden modificar a través de una intervención preventiva (12-13).

Los jóvenes, en especial los universitarios, se ven presionados por la familia, los amigos y el medio social en que se desenvuelven. Actividades como vivir solos les genera un choque cultural que influye y propicia nuevos retos difíciles de manejar por los estudiantes y los conduce a prácticas de consumo de sustancias legales e ilegales (14).

Entre los motivos del consumo referidos por los estudiantes se encuentran: sentirse mejor, disminuir la tensión, la ansiedad o el estrés y experimentar nuevas sensaciones (15); pero también se encuentran los motivos para el no consumo, basado en los valores aprendidos en su infancia, las normas sociales que se lo impiden, las creencias religiosas que son determinantes para evitar o prevenir el consumo, el ser individuos con estilos de vida saludables y con grupos familiares y sociales de apoyo fuertes que impiden el acceso y el consumo de estas sustancias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal. El universo de estudio estuvo conformado por 1.150 estudiantes de pregrado en enfermería, de dos programas de salud, para establecer prevalencias de consumo de sustancias legales e ilegales alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes, al igual que el patrón y motivo de consumo.

Fueron seleccionados estudiantes de primero a décimo semestre. La muestra estuvo integrada por 207 estudiantes, con un margen de error esperado es de 3 %, un nivel de confianza del 95 %, una probabilidad p=0.5, de acuerdo con la fórmula para poblaciones finitas (16).

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

$$n = \frac{N * Z_\alpha^2 p * q}{d^2 * (N-1) + Z_\alpha^2 * p * q}$$

donde:

- N = Total de la población
- $Z_a^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95 %)
- p = proporción esperada (en este caso 5 % = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en este caso es del 3 %).

$$n = \frac{1150 * 1.96^2 0.05 * 0.95}{0.03^2(1150-1)+1.96^2*0.05*0.95} = 172$$

La muestra fue ajustada a las pérdidas = n (1 / 1–R) donde:

- n = número de sujetos sin pérdidas
- R = proporción esperada de pérdidas del 15%

Quedando la muestra ajustada a las pérdidas = 172 (1 / 1- 0.15) = 203

Los estudiantes integrantes de la muestra fueron seleccionados primero por muestreo probabilístico estratificado por conglomerado, luego por selección aleatoria proporcional por género y semestre, de acuerdo con el total de estudiantes matriculados en cada programa.

Se utilizó una encuesta auto-administrada con un total de 78 preguntas, la cual estaba organizada en tres componentes: en el primero se empleó el cuestionario aplicado por el Programa Rumbos (17), el cual permite la construcción de estimadores de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, que contiene un total de 48 preguntas y ha sido empleado en varias investigaciones en el país. El cuestionario incluye preguntas sociodemográficas con respecto a género, edad, semestre, actividad en el último año y las relacionadas con el consumo de sustancias: alguna vez en la vida y su edad de inicio, el consumo en el último año y en el último mes.

En el segundo componente se empleó el cuestionario de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) utilizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (18) para identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. El instrumento presenta alta consistencia interna –un alfa de Cronbach 0,769 (19)- validado para estudiantes universitarios en Tunja, Colombia, que hace de él una herramienta útil para ser usado en el contexto universitario con el propósito de detectar posibles problemas relacionados con el consumo de alcohol y comprende 10 preguntas. Para el tercer componente de la encuesta, los investigadores elaboraron un cuestionario de 20 preguntas acerca de los motivos para el consumo o no consumo de sustancias, con previa revisión y evaluación de expertos.

Para el análisis de la información se utilizó estadística descriptiva empleando Epi Info 7 (20), calculando frecuencias para todas las variables, incluyendo los intervalos de confianza de 95 % (IC 95 %), se utilizó la prueba Chi cuadrado (X^2) para establecer la significación del estimador en relación con otras variables.

El diligenciamiento de la encuesta con sus tres componentes se realizó con participación de estudiantes de dos programas de pregrado en salud, de I a X semestre, con aprobación del Comité de Ética y Bioética de la Facultad de Salud de una universidad privada en Cali, cumpliendo con la normatividad internacional de la Declaración de Helsinki (21) y la norma nacional para la realización de trabajos de investigación en salud, siendo investigación de bajo riesgo de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud. Se obtuvo la autorización de las directivas de la universidad en ambas sedes para la realización del estudio.

Previo a la recolección de la información, los investigadores explicaron los objetivos del estudio e hicieron énfasis en la autonomía para participar en él. Los participantes fueron informados sobre el anonimato y confidencialidad de los datos y acerca de la realización del consentimiento y/o asentimiento informado, sin representar riesgo académico en la permanencia del estudiante en la universidad.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

OBJETIVOS

Objetivo general

Caracterizar el consumo de alcohol y otras sustancias, y los motivos para consumir o no consumir, en estudiantes de dos programas de pregrado en salud, de una universidad privada en Santiago de Cali.

Objetivos específicos

- Describir socio-demográficamente a los estudiantes participantes del estudio.
- Establecer las prevalencias de consumo de sustancias legales e ilegales alguna vez en la vida, en el último año y el último mes.
- Identificar a los estudiantes con patrón de consumo perjudicial o de riesgo para alcohol.
- Establecer los motivos para el consumo y no consumo de sustancias legales e ilegales

RESULTADOS

Descripción socio-demográfica

La recolección de la información se efectúo en el segundo semestre del año 2012 y el primer semestre de 2013, excluyendo a los estudiantes que no presentaban instrumento con datos completos o no deseaban participar del estudio a pesar de haber firmado el consentimiento informado. La información obtenida tiene limitación con respecto a la utilización del instrumento de motivaciones para el consumo y no consumo, considerándose aspectos de difícil abordaje por parte de los investigadores.

El grupo de población estudiada se encuentra entre los 14 y 49 años de edad, con promedio de edad en 23 años y desviación estándar de 5.04. Con una mayor proporción el grupo de edad entre los 20 y 24 años (57 %), corresponden al género femenino el 85.5 % (IC: 95 %; 80.0-90.0) y al género masculino 14.5 % (IC: 95 %; 10.0-20.0), encontrando una proporción que estudia y trabaja del 28.9% (IC: 95 %; 22.9-35.7).

Prevalencias e identificación de patrón de consumo perjudicial o de riesgo

Sobre la prevalencia de consumo de las sustancias legales alguna vez en la vida, se encontró que para el alcohol fue de un 99.0 % (IC: 95 %; 96.6-99.9), todos los hombres lo han consumido y las mujeres en un 98.9 % (IC: 95 %; 96.0-99.9). Con respecto al cigarrillo fue del 39.6 % (IC: 95 %; 32.9-46.6), siendo más bajo el consumo en hombres (53.3 %) (IC: 95 %; 34.3-71.7) que en las mujeres (97.3 %) (IC: 95 %; 30.1-44.8). La edad de inicio del alcohol en hombres corresponde a los 9 años y en las mujeres a los 7 años, con una media de 15 años. Con respecto al cigarrillo es de 13 años en los hombres y de 11 años en las mujeres, con una media de 16 años.

En cuanto a la prevalencia de consumo de las sustancias ilegales alguna vez en la vida, los hallazgos indican que con la marihuana fue del 16.9 % (IC: 95 %; 12.1-22.7), estando más alto en hombres en un 40 % (IC: 95 %; 22.7-59.4) p= 0.001, con respecto a las mujeres que fue del 13 % (IC: 95 %; 8.4-18.9); la edad de inicio de la marihuana fue a los 14 años. Para la cocaína fue del 2.9 % (IC: 95 %; 1.1-6.2) con mayor consumo en hombres con el 10 % (IC: 95 %; 2.1-26.5) p=0.01, que en mujeres con el 1.7 % (IC: 95 %; 0.4-4.9). La edad de inicio en hombres fue 15 años y en mujeres de 18 años.

La prevalencia de consumo para la dietilamida de ácido lisérgico (LSD) fue del 1.4 % (IC: 95 %; 0.3-4.2) siendo la edad de inicio 10 años para los hombres y 21 años para las mujeres. Con el éxtasis se inicia a los 19 años el 0.6 % (IC: 95 %; 0.0-2.7) y con la heroína sólo el 0.5 % (IC: 95 %; 0.0-2.7) con edad de inicio a los 18 años. Sobre el uso de fármacos alguna vez en la vida, se encontró para tranquilizantes un 5.3 % (IC: 95 %; 2.7-9.3), hallándose más alto en las mujeres con un 5.6 % (IC: 95 %; 2.7-10.01) frente a los hombres que equivale a un 3.3 % (IC: 95 %; 0.1-17.2). La edad de inicio en mujeres fue de 19 años y en hombres de 15 años.

La prevalencia del consumo para el alcohol fue de 76.8 % (IC 95 %: 70.5-82.4); en el análisis con respecto a la edad, ser menor de 30 años tiene mayor probabilidad de consumo p=0.001. En el último año, las personas que estudiaban y trabajaban consumían menos alcohol en un 20.4 % (IC: 95 %; 14.2-27.8) comparado con quienes solamente estudiaban, equivalente a 79.6 % (IC: 95 %; 72.2-85.8). La prevalencia de cigarrillo fue de 15 % (IC 95 %: 10.4-27.8). Quienes consumían cigarrillo y sólo estudiaban correspondió al 15 % (IC: 95 %; 9.6-21.8) p=0.00001 y tenían un mayor riesgo frente a los que trabajaban,

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

equivalente a un 15 % (IC: 95 %; 7.1-26.6). El consumo de alcohol más el cigarrillo fue del 78.3 % (IC 95 %: 72.0-83.7)

La prevalencia de consumo para la marihuana fue de un 1 % (IC: 95 %; 0.1-3.4). Los que trabajan y estudian no tuvieron riesgo para consumo de marihuana. Sólo el 1 % (IC 95 %:0.1-3.4) consumía el alcohol junto con la marihuana.

La prevalencia de consumo para el alcohol más tranquilizantes fue del 1 % (IC 95 %: 0.1-3.4), presentándose en los hombres. Con respecto al consumo de riesgo perjudicial con dependencia de alcohol, de acuerdo con el AUDIT, se encontró, en la población de estudiantes, que el 47.9 % presentaba problemas con el consumo, siendo mayor en los hombres que en las mujeres, como se aprecia en la Tabla 1.

Tabla 1. Nivel de consumo de alcohol de estudiantes.

Nivel de consumo	Total % (IC) n=207	Hombres % (IC) n=30	Mujeres % (IC) n=177
No consumidor	10.6(6.8-15.6)	6.7(0.8-22.1)	11.3(7.0-16.9)
Consumo moderado	41.5(34.8-48.6)	30.0(14.7-49.4)	43.5(36.1-51.1)
Consumo de riesgo	21.3(15.9-27.5)	20.0(7.7-38.6)	21.5(15.7-28.3)
Consumo dañino	9.2(5.6-14.0)	10.0(2.1-26.5)	9.0(5.3-19.3)
Dependencia	17.4(12.5-23.3)	33.3(17.3-52.8)	14.7(9.8-20.8)

Fuente: Cuestionario de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), 2013.

El consumo de alcohol en el último mes fue más frecuente entre los 20 y 24 años en un 79.7 % (IC: 95 %; 71.3-86.5), seguido del grupo de edad

de los 30 a 34 años con un 76.7 % (IC: 95%; 57.1-90.1) y los 15 a 19 años con un 76.3 % (IC: 95 %; 59.5-88.6). En los programas de salud estudiados, el consumo de alcohol hasta el sexto semestre se encuentra afectado por niveles de consumo iguales y/o mayores al 80%.

Motivos para consumo y no consumo de sustancias legales e ilegales

En los estudiantes que consumen, las motivaciones para hacerlo son variadas y su percepción es mayor por motivos de relacionamiento social; sin embargo, actúa como factor externo no protector. Continúan presentes las razones relacionados con la persona y los problemas que debe afrontar, los cuales incrementan el consumo, tal como se observa e la Tabla 2. Reviste para su motivación vital importancia que lo hace sentir bien, el ser indispensable consumir sustancias legales e ilegales en las fiestas, el que dichas sustancias se ajustan a su presupuesto, además de conseguirlas fácilmente y reconocer que personas de su familia consumen.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Tabla 2. Motivaciones para consumo de sustancias legales e ilegales.

Consumo	SI (%/IC)	NO (%/IC)
1. Mis amigos lo hacen	34.1(27.0-41.9	65.9(58.1-73.0)
2. Es una forma de ser aceptado en un grupo	7.8(4.2-12.9)	92.2(87.1-95.8)
3. Me hace sentir bien	68.3(60.6-75.2)	31.7(24.8-39.4)
4. Personas de mi familia consumen	43.1(35.5-51.0)	56.9(49.0-64.5)
5. Así olvido mis problemas	20.4(14.5-27.3)	79.6(72.7-85.5)
6. La consigo fácil	49.1(41.3-56.9)	50.9(43.1-58.7)
7. Se ajusta a mi presupuesto	55.1(47.2-62.8)	44.9(37.2-52.8)
8. Es indispensable en las fiestas	65.3(57.5-72.5)	34.7(27.5-42.5)
9. Tengo problemas con mi familia	10.2(6.0-15.8)	89.8(84.5-94.0)
10. Me siento solo/a	3.6(1.3-7.7)	96.4(92.3-98.7)

Fuente: Cuestionario de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), 2013.

Las motivaciones que presentan los estudiantes que no consumen se relacionan con los factores sociales externos: en su mayoría tienen claros los factores protectores sociales e individuales, los cuales se observan en la Tabla 3, encontrándose, en un 94.4 %, el conocimiento frente a que las sustancias legales e ilegales son perjudiciales para la salud individual y tener claro, además, que no son necesarias para hacer vida social y que para poder divertirse no se requiere consumirlas. También se presentan motivaciones para impedir el consumo como tener capacidad de solucionar sus propios problemas (83.3 %), no tener el consumo en su estilo de vida (38.9 %) y presentar creencias religiosas que se lo impiden (22.2 %).

Tabla 3. Motivaciones para no consumir sustancias legales e ilegales.

No consumo	SI (%/IC)	NO (%/IC)
1. Me desagrada el olor y/o sabor de algunas sustancias	83.3(58.6-96.4)	16.7(3.6-41.4)
2. Sé que las sustancias son perjudiciales para mi salud	94.4(72.7-99.9)	5.6(0.1-27.3)
3. No las necesito para hacer vida social	94.4(72.7-99.9)	5.6(0.1-27.3)
4. Mis creencias religiosas me lo impiden	22.2(6.4-47.6)	77.8(52.4-93.6)
5. No va con mi estilo de vida	38.9(17.3-64.3)	61.1(35.7-82.7)
6. Temo no poder controlarme y los actos que pueda cometer	16.7(3.6-41.4)	83.3(58.6-96.4)
7. Me divierto sin necesidad de consumir	88.9(65.3-98.6)	11.1(1.4-34.7)
8. Tengo capacidad de solucionar mis problemas sin consumir	83.3(58.6-96.4)	16.7(3.6-41.4)
9. No quiero tener problemas con mi familia	38.9(17.3-64.3)	61.1(35.7-82.7)
10. Me siento satisfecho(a), querido(a) y acompañado(a) con las personas a mi alrededor	77.8(52.4-93.6)	22.2(6.4-47.6)

Fuente: Cuestionario de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), 2013.

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

DISCUSIÓN

El consumo de sustancias legales tales como el alcohol y el cigarrillo es el más común en el mundo, en la región y en Colombia (2, 3,22, 23). Al respecto, el estudio encontró la prevalencia de consumo de alcohol en el último año del 76.8 % para ambos géneros, más bajo que lo encontrado por Arrieta (22) y más alto que lo reportado en el II Estudio Andino (25), teniendo más riesgo los menores de 30 años, sin presentar diferencias por género.

El consumo de alcohol reportado frente al consumo de riesgo, perjudicial y riesgo de dependencia del 47.9 % es mayor al realizado en los estudiantes andinos (25). Esta situación debe ser explorada posteriormente dada la relación que se puede presentar entre el consumo de alcohol y el permiso para consumir de los padres, volviéndose más permisivos con el consumo, tal como fue estudiado en adolescentes de Chía (26).

Con el consumo de cigarrillo en el último año, la prevalencia en escolares para Colombia es del 16.13 % (22); en los estudiantes universitarios del estudio es más bajo el consumo, contribuyendo más los que sólo estudian, presentándose tanto en hombres como en mujeres. La presencia de consumo de sustancias ilegales como la marihuana es semejante a lo reportado en otros estudios colombianos (27), presentándose más bajo que los universitarios andinos (25). Sin embargo, como se reporta en el estudio de la Universidad del Tolima (28), consumen más los que viven solos o con amigos y es más alta la proporción en hombres que en mujeres, informando, además, que es la sustancia que más se consigue en las aulas universitarias.

A nivel regional, las cifras muestran un aumento general en el consumo de drogas de la población universitaria. Los hallazgos del estudio presentan jóvenes de ambos géneros que ingresan cada vez más temprano a las aulas universitarias, quienes han experimentado consumo de sustancias alguna vez en la vida, en un alto porcentaje. Este fenómeno debe ser abordado por las instituciones educativas para fomentar en sus estudiantes factores protectores, teniendo en cuenta; su cultura, las circunstancias de afrontar nuevos estilos de vida, nuevas amistades y demandas académicas de mayor exigencia.

En el trabajo de Gárciga et al. (29) realizado en Cuba entre estudiantes de medicina, publicado en 2015, los hallazgos son similares a los encontrados en el presente estudio e identifican que la presencia del consumo, especialmente de alcohol, se lleva a cabo a pesar de la realización de actividad física y adecuada dieta alimentaria, indicadores de un estilo de vida saludable como factores protectores. En el estudio realizado en Chile (30) sobre Prevalencia de consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año, persiste el fenómeno del consumo como en los demás países de la región y se requiere explorar más los motivos del consumo y los estilos de vida que lo pueden incrementar.

Los motivos para el no consumo están relacionados con el autocuidado y la sobriedad, que actúan como una barrera que fortalece las habilidades para la vida. Algunos de los motivos también son semejantes a los referidos en la literatura, tales como los aspectos religiosos (8), los preconceptos y la valoración negativa de las sustancias, el protegerse frente al daño físico y/o psicológico que puede ocasionar el consumo, los cuales actúan como factores protectores.

Los motivos manifestados por los universitarios para el consumo de sustancias legales están relacionados con los hábitos que presentan a lo largo de la vida y las experiencias previas al ingreso a la universidad, que hacen que incursionen libremente en el consumo de dichas sustancias. Esta situación debe investigarse con mayor profundidad debido a que es un período de relacionamiento social, integración y aceptación social (31-32), presentándose migración de los estudiantes por ingreso a la universidad, lo cual puede dar lugar a cambios culturales, al debilitamiento de los vínculos familiares y a una pérdida de importancia de los sistemas de valores tradicionales (32, 33, 34, 35).

En el estudio realizado con 787 estudiantes en una universidad privada en Bogotá, en 2011 (36), se abordó el problema del consumo de alcohol y se encontró que este se inicia desde los estudios de secundaria. La exploración realizada sobre los motivos de consumo lo relacionan con los momentos del semestre académico en el período de vacaciones en un 58.2 % y después de la semana de exámenes en un 16.3 %, aspectos que no fueron analizados en el presente estudio pero que ameritan ser abordados posteriormente.

En el mismo estudio (36), respecto a los motivos para embriagarse con alcohol, los estudiantes refieren que

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

lo hacen para ocasiones de alegría y celebración en un 70.1%; mientras que en el presente estudio se expresa como indispensable en las fiestas en un 65.3%. Esta situación también se presenta más como diversión y curiosidad por experimentar los efectos del alcohol.

Se observa que la mayoría de los participantes describe su consumo de alcohol como una conducta esporádica que se enmarca principalmente en el contexto de reuniones sociales y de eventos especiales. Junto con los resultados anteriores, se evidencia un patrón de consumo recreativo en donde la intención de consumo es reforzada por el objetivo de divertirse con los amigos y celebrar ocasiones especiales (26). Sin embargo, de acuerdo con los hallazgos del estudio, para aquellos que no consumen, el argumento de divertirse sin necesidad de consumir es del 88.9%

En un estudio (37) realizado entre universitarios de cuatro ciudades del país, los investigadores analizaron que la mayoría de los estudiantes se encontraba en la etapa de precontemplación y contemplación, es decir, que estaban satisfechos con sus prácticas y no pensaban que fueran problemáticas en un 48.7%, o que podrían cambiar sus prácticas de consumo pero no sabían si lo harían. Se encontró, además, una relación significativa entre estar en estas dos etapas y consumir sustancias psicoactivas, por lo cual sugieren que deben realizarse intervenciones que se focalicen en las motivaciones para el cambio respecto a la percepción de riesgo de los universitarios frente al consumo de sustancias legales e ilegales.

Teniendo en cuenta lo anterior, efectuar intervenciones de salud pública es una necesidad permanente en los ambientes universitarios (38, 39, 40), esta problemática debe ser tenida en cuenta como un indicador de riesgo de salud mental (41) y ser entendida como un fenómeno que trasciende de lo local a lo nacional e internacional (42) y que requiere, para los consumidores de sustancias, de programas de salud pública específicos para afrontarla al interior de las instituciones universitarias y en su familias (11)

A pesar de que los programas de prevención han venido incrementándose en el país, la dimensión de la problemática está desbordada en la población en general, presentándose poli consumo y problemas sociales que tornan más complejo el fenómeno del consumo de sustancias en cada una de las regiones del país. El impacto esperado de dichos programas sigue siendo muy reducido (43).

CONCLUSIONES

La población de estudiantes es mayoritariamente de género femenino; estudia y trabaja el 28.9 %, lo cual se traduce en un factor protector frente al consumo de sustancias. Sin embargo, las prevalencias de consumo alguna vez en la vida son muy altas para el consumo de sustancias legales como el alcohol y el tabaco. El consumo de estas sustancias legales en los estudiantes universitarios de salud es equiparable al de la población general.

El patrón de consumo general para alcohol es preocupante, encontrándose una proporción del 17.4 % en condición de dependencia de la sustancia. Esta situación requiere que la institución universitaria genere planes de intervención específicos para la prevención del consumo de sustancias legales e ilegales en los estudiantes, para que ellos contribuyan en los procesos de auto-cuidado, prevención y proyección social de manera permanente, como tarea prioritaria para el mejoramiento de la salud.

Las motivaciones para el consumo de sustancias legales e ilegales deben ser revisadas con detenimiento, al abordar aspectos que, como el hecho de consumir para olvidar los problemas que presenta el 20 % de los estudiantes, amerita un manejo diferencial y específico para los involucrados. Trabajar sobre los aspectos que incrementan el motivo de consumo, tales como las fiestas, el fácil acceso o porque se ajusta a su presupuesto, corresponde a un estilo de vida que ha venido imponiéndose, para lo cual el joven requiere acompañamiento temprano de sus padres y familiares en aras de afrontar adecuadamente esta inducción al consumo. Ahora bien, la presencia de estudiantes universitarios que no consumen sustancias legales o ilegales refleja acciones de autocuidado y factores protectores que deben ser reforzados desde la academia.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Naciones Unidas. Agenda social las drogas en América Latina Capítulo VI. El Panorama Social de América Latina 1999-2000. [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL/NACIONES UNIDAS; 2001 [consultado 12 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/4422/Capitulo_VI_2000.pdf
2. World Health Organization, Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2009 [consultado 1 de diciembre de 2011]. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
3. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODOC). Informe Mundial sobre las drogas 2012. [Internet]. Nueva York; 2012 [consultado 4 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf
4. Vélez-van Meerbeke A, Roa-González CN. Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes de medicina. Revista Educación Médica [Internet]. 2005 [consultado 4 de marzo de 2013]; 8(2): 74-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v8n2/original1.pdf
5. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. Adolescencia y Juventud: Panorama General. New York: UNICEF; 2012.
6. Rey GN, García FJ, Icaza ME, Sainz MT. Alcohol and drug consumption, depressive features, and family violence as associated with complaints to the Prosecutor's Office in Central México. Subst Use Misuse [Internet]. 2007 [consultado 12 de noviembre de 2012]; 42:1485-504. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17918021
7. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2005 [consultado 10 de junio de 2012]; 18(4-5):241-248. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900003&lng=en.
8. Rueda-Jiménez GE, Pinto-Ramírez JL, Martínez-Villalba AM, Camacho-López PA. Alcohol abuse and associated factors in student children and adolescents. Rev.colomb.psiquiatr. [Internet]. 2012 [consultado 30 de junio de 2014]; 41(2): 273-283. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000200003
9. República de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013. Informe final. Bogotá, D.C. :ALVI Impresiones S.A.S.: 2014.
10. Wallace JM, Delva J, O´Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE, Johnston LD, et al. Race/ethnicity, religiosity and adolescent alcohol, cigarette and marijuana use. Soc Work Public Health. [Internet]. 2007 [consultado 30 de abril de 2014]; 23(2-3): 193-213. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19306594
11. Barbieri I, Trivelloni M, Zani B, Palacios-Espinosa X. Consumo de sustancias psicoactivas en los contextos recreativos entre estudiantes universitarios en Colombia. Rev. Cienc. Salud. [Internet]. 2012 [consultado 2 de febrero de 2014]; 10(Especial): 69-86. Disponible en: http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/2029/1785
12. Cáceres D, Salazar I, Varela M, Tovar J. Consumo de Drogas en Jóvenes Universitarios y su Relación de Riesgo y Protección con los Factores Psicosociales. Revista Redalyc Universitas Psychologica [Internet]. 2006 [consultado 2 de marzo de 2012]; 5(3): 521-534. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/647/64750308.pdf
13. Organización de Estados Americanos (OEA). El problema de las drogas en las Américas. ISBN 978-0-8270-5988-7. [Internet]. Washington; OEA; 2013 [consultado 3 de junio de 2014] Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/internacionales/CO031052013-OEAS_drogas_americas_informe.pdf
14. López-Pinedo M. Influencia el consumo de drogas en los estudiantes universitarios. Rev. Estomatol Herediana [Internet]. 2012 [consultado 3 de diciembre de 2015]; 22(4): 247-56. Disponible en: http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/download/97/80
15. Duarte-Alarcón C, Varela-Arévalo MT, Salazar-Torre ISC, Lema-Soto LF, Tamayo-Cardona JA. Motivaciones y recursos para el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios. Hacia promoc Salud [Internet]. 2012 [consultado 3 de diciembre de 2015]; 17(1):92-104. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772012000100007&script=sci_arttext
16. Fleiss J. Statistical methods for rates and proportions. 2ª ed. New York: J Wiley & Sons; 1981.
17. Presidencia de la República. Programa Rumbos para la Prevención de la Drogadicción. Juventud y Consumo de Sustancias Psicoactivas: resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años. Bogotá: Presidencia de la República; 2002.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

18. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J. Monteiro M. Audit. The Alcohol use disorders identification tes. Guidelines for use in primary car. WHO/MSD/MSB/01. 6a. 2ª ed. [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001 [consultado 23 de marzo de 2012]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf

19. Ospina-Díaz JM, Manrique-Abril FG, Ariza, NE. Confiabilidad y dimensionalidad del Cuestionario para la Identificación de Trastornos Relacionados con Alcohol (AUDIT) en estudiantes universitarios de Tunja (Colombia). Rev. Salud Uninorte Cuid [Internet]. 2012 [consultado 7 de diciembre de 2015]; 28:276-282. Disponible en: http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/978/3953

20. Epi InfoTM 7 .Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta; 2013.

21. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Hong Kong: 41ª Asamblea Médica Mundial; 1989.

22. García-Baquero M, Tobón-Borrero L, Ramírez-Duarte M. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios en Villavicencio 2009- 2010. Rev Cuid [Internet]. 2011 [consultado 7 de febrero de 2014]; 2(2): 161-67. Disponible en: http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/52

23. Gobierno Nacional de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA), Embajada de los Estados Unidos en Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) en población escolar Colombia - 2011. Informe Final. [Internet]. Bogotá D.C.: Gobierno Nacional; 2011 [consultado 23 de marzo de 2012]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Estudio_Consumo_Escolares.pdf.

24. Arrieta-Vergara KM. Consumo patológico de alcohol entre los estudiantes de la Universidad de Cartagena, 2008. Rev. salud pública [Internet]. 2009 [consultado 8 de marzo de 2013]; 11(6): 878-886. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n6/v11n6a04.pdf

25. Comunidad Andina, Proyecto Pradican, Comunidad Europea, Secretaría General de la Comunidad Andina CICAD-OEA. II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Regional, 2012 [Internet]. Lima, Perú: Secretaria General de la CAN; 2013 [consultado 10 de mayo de 2014]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Informe_Regional_Universitarios_2012.pdf

26. Bulla-Ruiz AP, Vásquez-Cely AA, Gûichá-Duitama AM, Manrique-Abril FG, Ospina-Diaz JM. Representaciones sociales del consumo de marihuana en estudiantes universitarios Rev Psychologia. Avances de la disciplina [Internet]. 2010 [consultado 25 de enero de 2013]; 4(1): 89-101. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224086008.pdf

27. Trujillo AM, Flórez IA. Consumo de alcohol en los adolescentes de Chía y su percepción del consumo y de la permisividad parental frente al uso de sustancias. Hacia promoc. Salud [Internet]. 2013 [consultado 4 de diciembre de 2015]; 22(1):41-57. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-54692013000100004&script=sci_arttext

28. Quimbayo-Díaz JH, Olivella-Fernández MC. Consumo de marihuana en estudiantes de una universidad colombiana. Rev. salud pública [Internet]. 2013 [consultado 4 de diciembre de 2014]; 15(1): 32-43. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n1/v15n1a04.pdf

29. Gárciga-Ortega O, Suri-Torres C, Rodríguez-Jorge R. Consumo de drogas legales y estilo de vida en estudiantes de medicina Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 2015 [consultado 4 de enero de 2016]; 41 (1): 4-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100002

30. Morales G, Del Valle C, Belmar C, Orellana Y, Soto A, Ivanovic D. Prevalencia de consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año. Rev Med Chile. [Internet]. 2011 [consultado 4 de enero de 2016]; 139: 1573-1580. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n12/art06.pdf

31. Novoa M, Barreto I, Silva L. Consumo de cigarrillo y prácticas culturales en el contexto universitario. Rev. latinoam.psicol [Internet]. 2012 [consultado 7 de febrero 7 de 2014]; 44 (1):97-110. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342012000100010

32. Cáceres D, Salazar I, Varela M, Tovar J. Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. Revista Redalyc Universitas Psychologica [Internet]. 2006 [consultado 26 de noviembre de 2013]; 5(3): 521-534. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/647/64750308.pdf

33. Peñaloza-Vergel IJ, Pérez-Torres B, Rincón-Soto G, Manrique-Abril FG. Consumo de sustancias psicoactivas y factores determinantes en población universitaria de Tunja 2010. Rev. Salud Historia Sanidad [Internet]. 2010 [consultado 2 de noviembre de 2012]; 5(1)92. Disponible en: http://revistas.uptc.edu.co/revistas/index.php/shs/article/view/1888/1880

34. Zárate M, Zavaleta A, Danjoy D, Chanamé E, Prochazka R, Salas M, et al. Prácticas de consumo de tabaco y

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

otras drogas en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú. Invest. educ. enferm [Internet]. 2006 [consultado 26 de mayo de 2013]; 25(2): 72-81. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000200008&lng=en&nrm=iso

35. Cogollo-Milanés Z, Arrita-Vergara K, Blanco-Bayuelo S, Ramos-Martínez L, Zapata K, Rodríguez-Berrío Y. Factores Psicosociales Asociados al Consumo de Sustancias en Estudiantes de una Universidad Pública. Rev. salud pública [Internet]. 2011 [consultado 30 de abril de 2014]; 13(3): 470-479. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000300009&lng=en http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642011000300009

36. Salcedo-Monsalve A, Palacios-Espinosa X, Espinosa AF. Consumo de alcohol en jóvenes universitarios. Rev. Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/ [Internet]. 2011 [consultado 11 de marzo 2016]; 29 (1): 77-97. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v29n1/v29n1a07.pdf

37. Varela-Arévalo MT, Salazar-Torres IC, Cáceres-Rodríguez DE, Tovar –Cuevas JR. Consumo de Sustancias Psicoactivas Ilegales en Jóvenes Universitarios: Factores Psicosociales Asociados. Rev. Pensamiento Psicológico [Internet]. 2007 [consultado 26 de mayo de 2014]; 3 (8): 31-45. Disponible en: http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/viewFile/70/206

38. Olthuis JV, Darredeau C, Barrett SP. Substance use initiation: the role of simultaneous polysubstance use. Drug Alcohol Rev. [Internet]. 2013 [consultado 6 de diciembre de 2015]; 32(1):67-71. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22612987

39. Telumbre-Terrero JY, Esparza-Almanza SE, Alonso-Castillo BA, Alonso-Castillo MT. Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de enfermería. Rev. Enfermería Actual de Costa Rica [Internet]. 2016 [consultado 2 de enero de 2016]; 30: 1-16. Disponible en: http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/22020

40. Caicedo-Fonseca RE, Moreno-Vera D, Ferreira-Cardona J, Mendoza-Ojeda L, Rueda-Rincón L, Murillo-Ortiz P, et al. Diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. Rev. cienc. cuidad. [Internet]. 2012 [consultado 4 de marzo de 2016]; 9(2): 26-35. Disponible en: http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/336

41. Gaona-Ordoñez JB, Bohórquez-Figueroa A, Gómez-Gómez PA, Ramírez-Ortega YD, Barrientos-Arenas G, Peñaloza-Laiton LN, et al. Incidencia de los antecedentes de funcionalidad familiar, consumo de sustancias psicoactivas y enfermedad mental frente al intento de suicidio. Rev. cienc. cuidad. [Internet]. 2012 [consultado 4 de marzo de 2016]; 9(2): 36-42. Disponible en: http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/337

42. Posada IC, Puerta-Henao E, Alzate EM, Oquendo PA. Percepción de la comunidad universitaria sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.Rev Cienc. Salud. [Internet]. 2014 [consultado 4 de marzo de 2016]; 12(3):411-22. Disponible en: http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/viewFile/3313/2562

43. Quiroz-Coral SJ, Matabanchoy-Tulcán SM. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la Universidad Mariana y la Institución Universitaria Centro de Estudios Superiores María Goretti. Revista Unimar [Internet]. 2013 [consultado 4 de marzo de 2016]; 61:87-99. Disponible en: http://www.umariana.edu.co/RevistaUnimar/index.php/revista-unimar-no-61/829-consumo-de-sustancias-psicoactivas-en-estudiantes-de-la-universidad-mariana-y-la-institucion-universitaria-centro-de-estudios-superiores-maria-goretti

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Recibido: 28 de Enero de 2016

Aceptado por pares: 2 de Abril de 2016

Aprobado: 20 de Mayo de 2016

Mujeres cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia†

Lorena Chaparro-Díaz*
Lucy Barrera-Ortiz**
Elizabeth Vargas-Rosero***
Sonia Patricia Carreño-Moreno****

* Enfermera. Doctora en Enfermería. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: olchaparrod@unal.edu.co

** Enfermera. Magister en Enfermería. Profesora Titular (p), Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: lbarrerao@unal.edu.co

*** Enfermera. Magister en Enfermería. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: evargasr@unal.edu.co

**** Enfermera. Doctor en Enfermería. Profesora Auxiliar, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: spacarrenom@unal.edu.co

***** Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en la página http://decs.bvs.br/E/DeCS2015_Alfab-S.htm de la Biblioteca virtual en salud del proyecto BIREME, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

RESUMEN

Objetivo: describir las características sociodemográficas y la sobrecarga en cuidadoras colombianas, y explorar la asociación existente entre la sobrecarga y las variables de edad, escolaridad, estrato, tiempo como cuidadora y número de horas que cuida al día. **Materiales y Métodos**: estudio descriptivo y de asociación con 1183 cuidadoras de las cinco regiones de Colombia. Se midieron las variables sociodemográficas y de sobrecarga con el cuidado, a partir de la aplicación de la Encuesta para la Caracterización del Cuidador Familiar de una Persona con Enfermedad Crónica y la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. **Resultados**: el rango de edad de las cuidadoras que predomina está entre los 36 y 59 años, el nivel educativo es heterogéneo, la mitad de las cuidadoras se dedica al hogar como ocupación principal, religión predominante es la católica. El 80 % cuida a la persona con enfermedad crónica desde el momento de su diagnóstico. Más de la mitad del grupo de participantes presentó ausencia de sobrecarga con el cuidado. La edad, el tiempo como cuidadora y el estrato socioeconómico tienen una asociación estadísticamente significativa pero de magnitud débil con la sobrecarga de cuidado. No se encontró una asociación significativa entre la escolaridad de las cuidadoras. **Conclusiones**: se encontraron asociaciones de magnitud leve entre la edad, el estrato socioeconómico, el tiempo como cuidadora y la sobrecarga del cuidado; es vital consolidar un modelo que explique las variables que inciden en la sobrecarga de cuidadoras de personas con enfermedad crónica en el país.

PALABRAS CLAVE: costo de enfermedad, cuidadores, enfermedad crónica, mujeres *****.

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo
Chaparro-Díaz L, Barrera-Ortiz L, Vargas-Rosero E, Carreño-Moreno SP. Mujeres cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia. Rev. cienc. cuidad. 2016; 13(1): 72-86.

† Financiación: Este estudio fue desarrollado dentro del marco del programa para la disminución de la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. Colciencias Convocatoria 537 de 2011, Contrato de financiación RC No. 366-2011, Código 110153730890.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Women, family caregivers of persons with chronic diseases in Colombia

ABSTRACT

Objective: to describe the sociodemographic characteristics and overload on Colombian female caregivers, and to explore the association between overload, with the variables of age, education, stratus, time as a caregiver and number of hours care per day. **Materials and Methods**: adescriptive study and association with 1183 caregivers from five regions of Colombia. Sociodemographic and care overload variables were measured through the administration of the Encuesta para la Caracterización del Cuidador Familiar de una Persona con Enfermedad Crónica and Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. **Results**: the age range of predominant caregivers is between 36 to 59 years, the educational level is heterogeneous, half of the caregivers is dedicated to the home as their main occupation, the predominant religion is Catholic. 80% care for the person with chronic illness from the time of diagnosis. More than half the group of participants presented absence of overload with care. Age, time as a caregiver and socioeconomic status, have a statistically significant but weak magnitude care overload association. No significant association between schooling of caregivers found. **Conclusions**: mild magnitude associations between age, socioeconomic stratum, time as a caregiver and care overload found, It is vital to consolidate a model that explains the variables that affect the overload of caregivers of persons with chronic diseases in the country.

KEY WORDS: cost of illness, caregivers, chronic disease, women.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Cuidadores familiares mulheres de pessoas com doenças crônicas na Colômbia

RESUMO

Objetivo: descrever as características sociodemográficas e sobrecarregar cuidadores colombianos, e explorar a associação entre a sobrecarga, com as variáveis idade, escolaridade, estrato, o tempo como um cuidador e do número de horas de cuidados por dia. **Materiais e Métodos**: estudo descritivo e de associação com os cuidadores 1183 uma das cinco regiões da Colômbia. variáveis sociodemográficas foram medidos e sobrecarga com cuidado a partir da aplicação do Encuesta para la Caracterización del Cuidador Familiar de una Persona con Enfermedad Crónica e do Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. **Resultados**: a faixa etária dos cuidadores predomina é entre 36 a 59 anos, o nível educacional é heterogêneo, metade dos cuidadores é dedicado à casa como sua principal ocupação, religião predominante é a católica. 80% de cuidados para a pessoa com doença crónica a partir do momento do diagnóstico. Mais da metade do grupo de participantes apresentaram ausência de sobrecarga com cuidado. Idade, tempo como um cuidador e nível socioeconômico, têm uma associação estatisticamente significativa, porém fraca sobrecarga de cuidados de magnitude. Nenhuma associação significativa entre a escolaridade dos cuidadores encontrados. **Conclusões**: associações leves magnitude entre idade, nível socioeconômico, o tempo como uma sobrecarga do cuidador e cuidados encontrado; É vital para consolidar um modelo que explica as variáveis que afetam cuidadores sobrecarregar as pessoas com doença crônica no país.

PALAVRAS-CHAVE: efeitos psicossociais da doença, cuidadores, doença crônica, as mulheres.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

INTRODUCCIÓN

Existe evidencia de que el costo del cuidado de personas con enfermedad crónica en diferentes partes del mundo es alto (1-2). Por ende, en muchos casos este cuidado no se realiza por parte de personal profesional sino por familiares que asumen esta labor. Globalmente, las personas que toman la tarea de cuidar a una persona con enfermedad crónica son, en mayor medida, mujeres (3-4).

Según estudios, en Latinoamérica y específicamente en Colombia (5-7), la dinámica no es contraria a la internacional, es decir, el cuidado es asumido en mayor porcentaje por las mujeres; los sistemas de salud y los factores económicos han llevado a las mujeres a asumir el cuidado informal y no profesional de las personas con enfermedad crónica. Este fenómeno presenta tanto aspectos positivos como consecuencias negativas en las cuidadoras familiares, incluyendo la pérdida de ingresos económicos, disminución de la calidad de vida, aumento del estrés y problemas de salud (8)

En el contexto del cuidado de una persona con enfermedad crónica existen diversas características sociodemográficas como el nivel de educación, edad, sexo, religión, número de horas dedicadas al cuidado, tiempo como cuidador, habilidad de cuidado y soporte social, entre otras, que pueden influir en la experiencia de ese cuidado (9-10).

En este sentido, Espín (11) sostiene que mujeres trabajadoras, con formación académica tienen un desempeño favorable y enfrentan mejor el cuidado de su familiar. De otro lado, otros autores (6, 12) también han relacionado el tiempo de cuidado con la aceptación de la enfermedad, relacionando una mayor adaptación con mayor tiempo trascurrido en el cuidado y, en consecuencia, una menor carga del cuidado.

El perfil de los cuidadores familiares, específicamente en mujeres españolas, muestra que el nivel de estudios y nivel socioeconómico es menor en mujeres, generalmente ellas cuidan personas con mayor dependencia y esto también se relaciona con mayor percepción de carga asumida y peor salud física; tienen poco acceso a trabajos remunerados al mismo tiempo de la labor de cuidado y existe riesgo de sedentarismo, falta de sueño y mayor número de consultas a servicios de salud mental (13).

Otro estudio realizado en España por López y Crespo (14) especifica que no existen diferencias entre cuidadoras mujeres y hombres, específicamente en variables como la edad. Se afirma que las mujeres cuidadoras, por lo general, cuidan de sus madres, tienen más conflictos con sus roles familiares y experimentan mayor sobrecarga, consumen más medicamentos y presentan depresión. Sin embargo, entre hombres y mujeres no hay diferencia en el nivel de ansiedad, expresión de la ira y nivel de salud física.

En Colombia, las características sociodemográficas tienen una semejanza a otros contextos. La experiencia de ser cuidadora, para la mujer colombiana, representa una responsabilidad importante para casos en que el familiar enfermo es un niño porque se relaciona con ser padre o madre, cuidar durante más de 37 meses, dedicarse a labores del hogar y estar en unión libre. En cuidadores de adultos se asocia a cuidar pacientes mayores, llevar 36 meses o menos, ser hijo del paciente y estar casado (15).

El estrato socioeconómico no representa sobrecarga en cuidadores de Alzheimer (15) y el género no indica mayores diferencias de la experiencia (16). El impacto de la enfermedad afecta la salud del cuidador, específicamente en antecedentes de enfermedades, sensación de salud, fatiga y dolores musculares (17).

La calidad de vida se ve afectada específicamente en las dimensiones física, sicológica y social (18-20); aunque en cuidadores de niños, el más afectado es el bienestar psicológico (21). No existen niveles de significancia importantes entre la calidad de vida y el nivel de funcionalidad del paciente, pero sí entre la dimensión de bienestar psicológico y los aspectos de funcionalidad de miembros superiores, función excretora y socialización (22); entre la calidad de vida y el género, la ocupación y la relación con el paciente (19) y con el nivel socioeconómico y ser único cuidador (23).

El bienestar social se relaciona con ser único cuidador (23). Cuidar de un adulto y un niño afecta de forma particular la calidad de vida. Los aspectos más afectados de cuidar de un adulto son el bienestar psicológico y social, mientras que cuidar de un niño

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

afecta más el bienestar espiritual. El bienestar físico se ve afectado de forma similar en ser cuidador de adulto o niño (24).

Cuidar una persona con Enfermedad Crónica no Transmisible (ECNT) y otra con enfermedad crónica transmisible muestra aspectos significativos en situaciones de ECNT con más presencia de cuidadores que cuidan desde el diagnóstico, cuidar una persona del mismo rango del cuidador, tener más de 35 años en el cuidador, dedicarse al hogar, el nivel socioeconómico bajo, llevar como cuidador más de 18 meses y dedicarse más de 12 horas y cuidar a un familiar consanguíneo (hijo) (25).

La sobrecarga es un aspecto medular en la predicción de los aspectos negativos de la experiencia. El estudio de Manso et al. (26) indica que la poca funcionalidad del paciente, las horas dedicadas al cuidado, la ansiedad, la depresión y la salud psíquica son moduladores de la sobrecarga moderada en cuidadoras mujeres, lo que reafirma la condición de vulnerabilidad, especialmente en zonas rurales, en donde existe un menor acceso al desarrollo científico, menor transporte público y horarios de trabajo irregulares.

Aldana (27), en una muestra de 220 cuidadores, encontró que la mayor sobrecarga está relacionada con la baja percepción de salud y el incremento en la somatización y ansiedad.

Estudios en Colombia indican que la sobrecarga se relaciona y asocia con el género (femenino), edad (mayor edad del proveedor de cuidado), ocupación hogar, estado civil (casados), horas dedicadas al cuidado (mayor tiempo) y la certeza sobre el futuro (28, 29).

En Colombia la sobrecarga en cuidadores ha sido valorada en algunas regiones del país y muestra una baja sobrecarga en regiones como Orinoquia, Caribe insular y continental y Amazónica (30, 31), mientras que en el Pacifico hay una sobrecarga intensa del 75 % (32).

Estas características han sido descritas parcialmente en Colombia (33), donde adicionalmente se ha observado la habilidad de cuidado, el soporte social y el uso de tecnologías de la información y la comunicación que estos cuidadores tienen (34). Pese a existir avances en la caracterización sociodemográfica de cuidadoras familiares y evaluación de la sobrecarga del cuidado, éstos proceden de pequeños grupos homogeneos en zonas urbanas que no incluyen el amplio rango de escenarios que tiene el país.

Al tener una descripción de las mujeres cuidadoras en diferentes condiciones socioeconómicas, en todo el territorio colombiano, se pretende no sólo acercarse a la realidad de esta población para el desarrollo de programas y políticas, sino establecer la asociación de algunas características sociodemográficas con la sobrecarga generada en el cuidador de la persona con enfermedad crónica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y de asociación, con cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica de las 5 regiones del país, con datos recolectados durante el año 2013 en el marco de una muestra maestra en el Programa para la disminución de la carga de la enfermedad crónica no transmisible (ECNT) en Colombia. La muestra fue intencional, y estuvo constituida por 1.183 cuidadoras, con distribución por regiones: Región Amazonía (4,1 %), Andina (79,6 %), Caribe (7,5 %), Orinoquía (3,5 %), Pacifica (5,3 %). Los n se depuraron a partir de la base de datos del programa para la disminución de la carga de la ECNT.

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Tabla 1. Muestra del estudio (intencional).

Región	n	%
Amazonía	49	4,1
Andina	942	79,6
Caribe	89	7,5
Orinoquía	41	3,5
Pacífica	63	5,3
Total	1183	100

Fuente: Base de datos del estudio.

El analisis por regiones de la población, realizado a partir de datos del Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Estadisticas (DANE) (35) para el 2012, muestra que en la región Andina se encuentra el 61,86 % de la población colombiana y es el máximo porcentaje a nivel nacional, lo que corresponde con la muestra de este estudio. Adicionalmente, la mayoria son mujeres (50.7 %), La mortalidad asociada a ECNT por regiones tambien da muestra del mayor porcentaje en la región Andina, con un 47,6 %. Esto sustenta el hecho de que las diferencias de muestra presenten mayor presencia de cuidadores familiares en la región Andina.

Las participantes fueron captadas en las instituciones prestadoras de servicios de salud de las distintas regiones, en el marco del programa para la disminución de la Carga de la Enfermedad crónica en Colombia, a partir de muestra maestra, lo que implicó la obtención de los avales institucionales correspondientes. Se incluyeron cuidadoras que tuvieran más de un mes en su actividad de cuidado al paciente crónico, mayores de 18 años o menores con el consentimiento de un adulto, sin dificultades para responder la entrevista de caracterización y percepción de carga con el cuidado y que aceptaran participar en el estudio.

La recolección de los datos se realizó a través de nodos de la Red Latinoamericana de Cuidado al paciente crónico y la Unión Temporal Carga de la Enfermedad crónica No Transmisible en Colombia; cada nodo contaba con un equipo de investigación que recibió la capacitación en el diligenciamiento de los instrumentos y acompañamiento permanente a través de videoconferencias, comunicaciones electrónicas y sesiones presenciales.

Se midieron las variables sociodemográficas tales como edad, escolaridad, estado civil, ocupación, religión, estrato socioeconómico, cuidado desde el momento del diagnóstico de la enfermedad crónica, tiempo como cuidador, apoyos que tiene el cuidador, número de horas diarias dedicadas al cuidado y relación con la persona cuidada, por medio de la Encuesta para la Caracterización del Cuidador Familiar de una Persona con Enfermedad Crónica que se deriva a la Encuesta de Caracterización de la Diada elaborada por el autor principal de este reporte. Esta encuesta contó con validez aparente, comprensibilidad y validez de expertos (36); a través de la escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (37) se midió la Sobrecarga del Cuidador.

El instrumento de sobrecarga mide multidimensionalmente el fenómeno de sobrecarga del cuidador y consta de 22 ítems con escala tipo Likert de 5 opciones (Nunca, Rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre). La puntuación va desde 22 a 110 puntos y la sobrecarga se puntúa: Ausencia de Sobrecarga (< o igual a 46), Sobrecarga Ligera (47 a 55), Sobrecarga Intensa (> o igual a 56). Este instrumento cuenta con pruebas psicométricas en español, una validez de 0.92 y una confiabilidad de 0.81 (38). Los dos instrumentos fueron autorizados por sus autores para ser utilizados.

Se usó estadística descriptiva para el análisis de las variables sociodemográficas; la asociación entre las variables se realizó a través de la prueba de asociación d de Somers para variables con nivel ordinal. La prueba Chi Cuadrado no fue utilizada debido a que las frecuencias esperadas fueron menores a 5. La información recogida fue analizada mediante el programa SPSS® (SPSS, versión 22.0 para Windows).

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética institucional como parte del Programa para disminuir la carga de la enfermedad crónica en

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Colombia y mantiene todos los requisitos exigidos por la Resolución No. 8430 de 1993 (39), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, y la aplicación de los principios éticos para la investigación y lo definido en la Ley 911 de 2004 (40) que orienta el ejercicio ético de enfermería. Cada participante firmó el consentimiento informado de la investigación.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las características socio demográficas y la sobrecarga en cuidadoras colombianas.

Objetivos específicos

- Definir el perfil sociodemográfico y de cuidado de las cuidadoras familiares mujeres.
- Determinar la asociación existente entre la sobrecarga y las variables de edad, escolaridad, estrato, tiempo como cuidadora y número de horas que cuida al día.

RESULTADOS

Entre las limitaciones del estudio se encuentra que los cuidadores, al no ser reconocidos socialmente, debieron ser abordados únicamente a nivel institucional hospitalario a través del paciente, lo que requirió mayor tiempo en el proceso de recolección de información; también los múltiples entrevistadores a nivel del país puede ser un condicionante de los resultados. En cuanto al diligenciamiento de los instrumentos, la valoración de la sobrecarga representó mayor esfuerzo en las cuidadoras.

Caracterización sociodemográfica

Respecto a las variables sociodemográficas, el rango de edad que predomina en las cuidadoras se ubica entre 36 y 59 años en el 49,4 %, seguido por el 28,7 % con edades comprendidas entre los 18 y los 35 años. En cuanto al estado civil, son cuidadoras casadas el 33,3 %, solteras el 31,2 % y en unión libre el 21,2 %. Claramente se aprecia que las mujeres en edad productiva deben ejercer el cuidado y que se asume que es parte innata de su rol; sin embargo, se aprecia mayor vulnerabilidad y riesgo de insuficiencia del rol por la sobrecarga de funciones aparte de la labor de cuidado, como la formación educativa y las relaciones de pareja existentes. En la Tabla 1 se describen las características sociodemográficas de las cuidadoras.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Tabla 1. Caracterización cuidadoras familiares en las 5 regiones de Colombia.

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad			**Estrato socioeconómico**		
Analfabeta	12	1	**1**	336	28,4
Primaria Incompleta	170	14,4	**2**	417	35,2
Primaria Completa	134	11,3	**3**	324	27,4
Bachillerato Incompleto	217	18,3	**4**	85	7,2
Bachillerato Completo	253	21,4	**5**	14	1,2
Técnico	182	15,4	**6**	4	0,3
Universidad Incompleta	68	5,7	**Indígena**	3	0,3
Universidad Completa	120	10,1	**Cuida a la persona desde el diagnóstico**		
Postgrados	27	2,3	**Si**	946	80
Edad			**No**	237	20
Menor de 18 años	20	1,7	**Tiempo como cuidador**		
de 18 a 35 años	340	28,7	**0 a 6 meses**	243	20,5
de 36 a 59 años	584	49,4	**7 a 18 meses**	244	20,6
de 60 a 75 años	206	17,4	**19 a 36 meses**	178	15
Más de 75 años	33	2,8	**Más de 36 meses**	518	43,8
Estado civil			**No. de horas que cuida al día**		
Soltero	369	31,2	**Menos de 6 horas**	363	30,7
Casado	394	33,3	**7 a 12 horas**	333	28,1
Separado	100	8,5	**13 a 23 horas**	169	14,3
Viudo	69	5,8	**24 horas**	318	26,9
Unión libre	251	21,2	**Único cuidador**		
Ocupación			**si**	543	45,9
Hogar	554	46,8	**no**	640	54,1
Empleado	246	20,8	**Apoyos con los que cuenta**		
Independiente	204	17,2	**Familia**	607	51,3
Estudiante	59	5	**Espiritual**	67	5,7
Otro	120	10,1	**Social**	212	17,9
Religión			**Ninguno**	297	25,1
Católica	947	80,1	**Relación con la persona cuidada**		
Cristiana	159	13,4	**Esposa**	193	16,3
Otras	69	5,8	**Madre**	307	26
Ninguna	8	0,7	**Hija**	361	30,5
			Abuela	22	1,9
			Amiga	43	3,6
			Otro	257	21,7

Fuente: Encuesta de Caracterización de la Diada (sección cuidador familiar), 2013.

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

El 21,4 % de las cuidadoras ha terminado su educación secundaria, seguido por el 18,3 % que tiene la educación secundaria sin finalizar y formación técnica en un 15,4 %; en los extremos se encuentra el 1 % de las cuidadoras analfabeta y el 2,3 % que tienen título de posgrado. Adicional a estos resultados, en cuanto al acceso a la educación que han tenido las cuidadoras mujeres, se aprecian otros riesgos importantes para el proyecto de vida, puesto que, en su mayoría, tienen niveles de educación no concluidos que limitan el acceso laboral y las oportunidades, especialmente para el momento en que deseen vincularse a un medio laboral (ver tabla 1).

Aproximadamente la mitad de las cuidadoras (46,8 %) se dedica al hogar como ocupación principal; luego se encuentra el 20,8 % que son empleadas y, en menor porcentaje, estudiantes con el 5 %. La religión predominante es la católica en el 80,1 %. El 35,2 % de las participantes se encuentran en el estrato socioeconómico 2, seguido por cuidadoras que se ubicaron en los estratos 1 y 3 entre el 28 y 27 %, respectivamente.

La labor de cuidado concerniente en gran medida con los aspectos domésticos siempre se relacionará con el hogar como la ocupación de la mujer; sin embargo, se aprecia un multi-rol al considerar otras opciones como el trabajo independiente y el trabajo formal, que pueden generar alternativas para mejorar los ingresos. Además, Colombia, como país con alta influencia católica, refleja esta tendencia en las cuidadoras mujeres. El nivel socioeconómico valorado por el estrato de la vivienda es un elemento muy importante porque demuestra la situación de vulnerabilidad social que tiene la mujer y, sobre todo, cuando es cuidadora (ver Tabla 1).

Respecto a la experiencia del cuidado, se encontró que el 80 % de las participantes cuidan a la persona con enfermedad crónica desde el momento de su diagnóstico y es la única cuidadora en el 45,9 % de los casos. En el tiempo de cuidado, el 43,8 % lleva más de 36 meses, seguido por 20,6 % que lleva entre 7 y 14 meses. Aproximadamente una tercera parte de las participantes (30,7 %) cuida a la persona menos de seis horas. El tiempo de cuidado en términos de prolongación y cantidad en horas, meses y años, es un aspecto poco reconocido en la labor de las cuidadoras mujeres; en este estudio se tiene un parámetro importante de la dedicación que permite predecir aspectos sobre la sobrecarga (ver Tabla 1).

Existe una relación de parentesco en primer grado de consanguinidad con la persona cuidada: de hija en el 30,5 %, de madre en el 26 % y de esposa en el 16, 3 % de los casos, y apoyo familiar para las cuidadoras en más de la mitad de participantes (51,3 %). La familia y el rol que tiene la mujer dentro de ésta con la atención de los procesos del ciclo vital y de salud-enfermedad ha hecho que el valor del cuidado sea un aspecto vital para el mantenimiento de lazos familiares y un apoyo social efectivo.

Sobrecarga de cuidado

En relación con la sobrecarga de la cuidadora, más de la mitad del grupo de participantes (67 %) presentó ausencia de sobrecarga, una sobrecarga ligera el 25 % y sobrecarga intensa el 8 %.

Asociación entre variables

Para determinar la existencia de asociación entre las variables sociodemográficas edad, escolaridad, estrato socioeconómico, tiempo como cuidadora y número de horas que cuida al día, y la variable sobrecarga de cuidado, se realizó la prueba estadística d de Somers. Al respecto, la edad (-0.09) y el estrato socioeconómico (-0.066) tienen una asociación estadísticamente significativa, pero de magnitud débil con la sobrecarga de cuidado. El tiempo como cuidadora, en meses, tiene una asociación débil y estadísticamente significativa con el nivel de sobrecarga. Por otra parte, no se encontró una asociación significativa entre la escolaridad de las cuidadoras y el número de horas que cuidan al día con la sobrecarga (ver Tabla 2).

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Tabla 2. Asociación de variables sociodemográficas con la sobrecarga del cuidado d de Somers.

Edad		**Escolaridad**		**Estrato Socioeconómico**		**Tiempo como cuidadora**		**Número de horas que cuida al día**	
D	Valor p	D	Valor p	D	Valor p	D	Valor p	D	Valor p
-0.09	< 0.001	0.014	0.466	-0,066	0.002	0.109	< 0.001	0.028	0.189

Fuente: Encuesta de caracterización de la diada (sección cuidador familiar) - Encuesta de sobrecarga del cuidado de Zarit, 2013.

DISCUSIÓN

Los mayores porcentajes de escolaridad de las participantes se ubicaron en el bachillerato incompleto y completo (18 % y 21 %), datos que se corresponden con cifras publicadas por el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) (41) en el año 2012. De igual manera, se encuentra un porcentaje de analfabetismo en mujeres del 1 %, que es mucho más bajo que el promedio nacional en mujeres, el cual se ubica en 6,56 % (42).

El analfabetismo en cuidadores familiares en las diferentes regiones del país no ha superado el 2 % en las regiones Amazónica, Pacifica y Caribe (30-32, 43). Este hallazgo se puede explicar si se observa que el mayor porcentaje de las cuidadoras se ubica en la franja de los 18 a 59 años, población que ha tenido más facilidad de acceso a la educación en Colombia (42).

Es preocupante, con respecto a la edad de las participantes, que el 78,1 % de las participantes pertenezca al grupo de población económicamente activa y que casi la mitad (46,8 %), tenga como principal ocupación el hogar. Si se analizan estos datos desde la realidad del contexto colombiano, se encuentra que el porcentaje de desempleo en las mujeres, para el 2013, fue de 11 %, cifra muy superior al 6,4 % de los hombres.

En Colombia, la edad de los cuidadores familiares de las regiones Amazonía, Orinoquia, Pacifica y Caribe oscila entre 36 y 59 años, seguida de cuidadores entre 18 y 35 años, lo que confirma menores posibilidades de acceso laboral estable por tener que atender la labor de cuidado. (30-32, 43).

Según un estudio reciente del DANE (41), el estar a cargo de una persona que necesite cuidado en el hogar, disminuye la tasa de ocupación en 10,3 puntos porcentuales respecto a aquellas mujeres que no lo tienen. Lo anterior, aunado al papel que ha desempeñado históricamente la mujer en el cuidado de los enfermos (44) y la falta de inclusión laboral, podría explicar la cifra de 46,8 % de cuidadoras, cuya principal ocupación es el hogar.

En relación con la ocupación de los cuidadores familiares al nivel de las regiones Amazonía, Pacifica, Caribe y Orinoquia se aprecia que la ocupación en el hogar es una variable predominante; sin embargo, las regiones Amazonia, Caribe Insular y Orinoquia presentan un incremento en al menos 10 puntos porcentuales con respecto a este estudio, en actividades remuneradas tipo empleado y trabajador independiente (entre 45 % y 56 %) (30-32, 43).

Las mujeres cuidadoras de este estudio son, en su mayoría, las hijas de las personas con enfermedad crónica, dato que es similar al encontrado por el estudio de la Alianza Nacional para el Cuidado en Estados Unidos (4), donde el 36 % de los cuidadores cuidaba a sus padres, así como con lo reportado en la región Orinoquía (31) y Caribe (30). El hallazgo relacionado con que la tarea del cuidado de la persona con enfermedad crónica recaiga en un hijo y que exista un apoyo familiar en la mitad de los casos, puede estar dado por la responsabilidad y el amor filial que existe entre padres e hijos, tal como lo explican varios estudios (45-47), y por la unión familiar característica en la cultura colombiana (48). Sin embargo, para la región de la Amazonía (43) se presenta un panorama similar a lo encontrado en este estudio con respecto a tener una relación de madre, lo cual es muy común en el perfil de cuidadoras mujeres.

De acuerdo con el estado civil de las cuidadoras, el

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

54,5 % de ellas son casadas o viven en unión libre. Varios estudios (49-50, 31) han confirmado el apoyo que representa para un cuidador tener un vínculo o lazo afectivo, ya que tener una pareja favorece el desahogo, la catarsis y el apoyo en la toma de decisiones en el cuidado. Sin embargo, esta afirmación no es válida en aquellos cuidadores que cuidan a su pareja, puesto que en estos existe una dinámica diferente (51). Por otro lado, la tendencia también es a que el cuidador pueda disponer de toda su energía personal siendo soltero para ejercer el cuidado (43).

Otras características que se han encontrado en varios estudios (30-32, 43) en las regiones Pacífica, Amazónica, Orinoquía y Caribe corresponden con la dedicación que, en su mayoría, es al hogar, rol asumido históricamente por la mujer y que genera socialmente una invisibilidad del cuidado en la cronicidad.

En cuanto al tiempo de cuidado, los resultados de este estudio difieren en gran medida con los encontrados en la región Amazónica (43), en donde la dedicación es superior a 37 meses en mayor porcentaje (76 %). En el cuidado es común no encontrar límites en cuanto a tiempo y dedicación, lo que ocasiona un sub-registro.

La dedicación en horas de las cuidadoras familiares de este estudio reporta que al menos el 50 % del día (que equivale 100 % al tiempo vespertino de una persona) es dedicado al cuidado (30-32,43), lo que muestra sobrecarga en tiempo y pérdida de productividad social de un país, al reemplazar el desarrollo personal a través del estudio y el trabajo por la labor de cuidado. Estos resultados indican la necesidad de reconocimiento social y económico de la labor de cuidado y más en situaciones de cronicidad.

Un dato muy llamativo de este estudio y del realizado en el Amazonas (43) y Caribe (30) es el hecho de no ser el único cuidador con porcentajes considerables (54,1 %), lo que indica que la labor de cuidado puede ser asumida por otras mujeres del hogar o se vienen involucrando más actores.

La ausencia de sobrecarga en las cuidadoras fue un hallazgo relevante que se encontró en el 67 % de las participantes, en contraste con la presencia de sobrecarga ligera e intensa, que ocupó el 25 % y 8 % respectivamente. Cabe señalar que Ocampo et al. (52), en el 2007, también encontraron en una muestra de cuidadores de la región Pacífica una ausencia de sobrecarga con un 54.2 %. Adicionalmente, Arias et al. (30), en un estudio reciente de cuidadores en las regiones colombianas de frontera, mostró un comportamiento similar con ausencia de sobrecarga en 4 de las 5 regiones estudiadas.

En varias investigaciones (52-56), la sobrecarga estuvo disminuida, en parte, por el apoyo social y la posibilidad de dar un respiro en las labores del cuidado, lo que podría tener similitud, en este estudio, con los apoyos familiares y en el hecho de no ser el único cuidador de la persona con enfermedad crónica. Aunque investigaciones como la de Bhattacharjee (57) no muestran una asociación estadísticamente significativa entre estas variables, sí se describe una relación entre la edad joven (< 45 años) y el estrés del cuidador.

En virtud de lo anterior, se infiere que cuidar a una persona con enfermedad crónica, cuando se es adulto, puede interferir con momentos importantes en el desarrollo del ciclo vital como formar una familia, tener hijos o conseguir un empleo, lo que puede ocasionar frustración y sobrecarga.

La variable estrato socioeconómico tiene el mismo comportamiento que la edad; es posible que a mayores recursos económicos sea menor el nivel de sobrecarga, coincidiendo con otros estudios (58). Así mismo, es de señalar que en el contexto colombiano el alto costo de la enfermedad crónica y el escaso soporte económico del sistema de salud lleva a las cuidadoras a hacerse cargo de la compra de insumos, medicinas y terapias alternativas para el cuidado de los pacientes con enfermedad crónica.

La escolaridad, por su parte, no presentó relación alguna con la sobrecarga, resultado que es soportado por el estudio de Flores (58). La inferencia sobre este resultado es que, independientemente del nivel de educación que tengan las cuidadoras, la sobrecarga las afecta de la misma forma. Al respecto, Giraldo y Franco (8) describen la afectación que sufren los cuidadores familiares con diferentes niveles educativos en la calidad de vida y como una consecuencia de su rol.

Mientras que el número de horas al día dedicadas

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

al cuidado de la persona con enfermedad crónica no tiene relación con la sobrecarga, el tiempo como cuidador en meses sí presenta una asociación con el nivel de sobrecarga. En otros estudios (54, 60) se ha documentado la asociación de las dos variables con la sobrecarga. Ahora bien, el tiempo como cuidador, en años, tiene relación con la carga, aspecto que es ratificado en investigaciones donde se describe que la acumulación de situaciones y emociones a través del tiempo terminan por generar estrés y carga en el cuidador (8, 60).

CONCLUSIONES

Las cuidadoras desarrollan su rol en edades productivas entre los 18 y 59 años con un porcentaje de 78,1 %; predomina el estado civil casada y el nivel educativo básico a medio. La ocupación principal es el hogar (46,8 %), la creencia religiosa en la mayoría es la católica. Se destaca el estrato socioeconómico 2 en los participantes.

Respecto a las características del cuidado, más del 80 % cuida a la persona a su cargo desde el momento de su diagnóstico, el 43,8 % lleva más de 36 meses desempeñando la labor del cuidado y no siempre son las únicas cuidadoras. La mayoría de las cuidadoras presenta una relación en primer grado de consanguinidad con la persona a la que cuidan. Los apoyos que las cuidadoras mujeres reportan son, en primera medida, el familiar, y en segunda instancia, el social.

Con respecto a la sobrecarga, la mayoría de las cuidadoras (67 %) presenta ausencia de sobrecarga, seguido por sobrecarga ligera en un 65 %.

Se encontraron asociaciones de magnitud leve entre la edad, el estrato socioeconómico, el tiempo como cuidadora y la sobrecarga del cuidado. Estos hallazgos aportan información contundente para la descripción del fenómeno del cuidado informal de personas con enfermedad crónica en Colombia y evidencian la necesidad de consolidar un modelo que explique las variables que inciden en la sobrecarga de cuidadoras de personas con enfermedad crónica en el país, además de reafirmar la importancia de crear programas gubernamentales destinados a dar reconocimiento y apoyo a las mujeres cuidadoras que se dedican a esta labor.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Feinberg L, Reinhard SC, Houser A, Houser A, Choula R. Valuing the invaluable: 2011 update - the growing contributions and costs of family caregiving. Washington D.C.: AARP Public Policy Institute; 2011.
2. Vaingankar JA, Subramaniam M, Picco L, Eng GK, Shafie S, Sambasivam R, et al. Perceived unmet needs of informal caregivers of people with dementia in Singapore. Int Psychogeriatr. [Internet]. 2013 [consultado 10 de octubre de 2015]; 25: 1605-1619. Disponible en: doi: 10.1017/S1041610213001051.
3. Trivedi R, Beaver K, Bouldin E, Eugenio E, Zeliadt SB, Nelson K, et al. Characteristics and well-being of informal caregivers: Results from a nationally-representative US survey. Chronic Illn. [Internet]. 2013[consultado 10 de octubre de 2015]; 10:167-179. Disponible en: doi:10.1177/1742395313506947
4. National Alliance for Caregiving, AARP. Caregiving in the U.S. Bethesda: National Alliance for Caregiving and AARP, 2009.
5. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y Enfermería 2012; 18(1): 29-41.
6. Pérez-Perdomo M, Llibre-Rodrguez JJ. Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Enferm 2010; 26(3): 110-122.
7. Barrera L, Carrillo GM, Chaparro L, Pinto N, Rodríguez A, Sánchez B. Effect of the Program Caring for caretakers: Findings of a multicenter study. ColombMed 2011; 42: 35-44.
8. Giraldo MC, Franco AG. Calidad de vida de los cuidadores familiares. Aquichan 2006; 1: 38-53.
9. Marrón EM, Redolar-Ripoll D, Boixadós M, Nieto R, Guillamón N, Hernández E, et al. Burden on Caregivers of Children with Cerebral Palsy: Predictors and Related Factors. Univ. Psychol. [Internet] 2013; [consultado 7 de enero de 2012]; 12:1-22. Disponible en: http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/1928/5800
10. Kim H, Chang MD, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. J AdvNurs. [Internet]. 2012 [consultado 10 de octubre de 2015]; 68: 846-855. Disponible en: http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1365-2648.2011.05787.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
11. Espín AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cubana de Salud Pública 2008; 34(3): 0-0.
12. Bengozar Torres MC, Serra Desfilis E. Empleo de estrategias de afrontamiento en cuidadores familiares de ancianos con demencia. Rev Esp Geriat Gerontol. 1997; 32(5): 257-69.
13. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. Gac Sanit 2008;22(5):443–50.
14. Crespo-López M, López-Martínez J. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Boletín sobre el Envejecimiento. Perfiles y Tendencias. No. 35. 1ª ed. [Internet]. Madrid: IMSERSO; 2008 [consultado 15 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf
15. Cerquera-Córdoba AM, Granados-Latorre FJ, Galvis-Aparicio MJ. Relación entre estrato económico y sobrecarga en cuidadores de pacientes con Alzheimer. Rev Virtual Univ Catol del Norte [Internet]. 2014; 42:127-37. [consultado 15 de abril de 2016] Disponible en:: http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/499/1035
16. Barreto RV, Coral-Ibarra R del C, Campos MS, Gallardo-Solarte K, Ortiz VT. Cuidadores y cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia: más similitudes que diferencias. Salud Uninorte Barranquilla (Col.) 2015;31(2):255-265.
17. Figueroa Y. Situación del cuidador y características del cuidado de personas con discapacidad en Santiago de Cali. Rev Chil Salud Pública 2011; 15(2):83-39.
18. Romero-Masa E, Maccausland-Segura Y, Solorzano-Torrecila L. El cuidador familiar del paciente renal y su calidad de vida, Cartagena (Colombia). Salud Uninorte Barranquilla (Col.) 2014;30(2):146-157
19. Ávila-Toscano JH, Vergara-Mercado M. Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. Aquichan 2014; 14(3):417-429.
20. Flórez-Torres IE, Montalvo-Prieto A, Herrera-Lian A. Calidad de vida de cuidadores de adultos con accidente cerebrovascular. av enferm. 2010; 28(Especial):52-60.
21. Montalvo-Prieto A, Romero-Massa E, Florez-Torres IE. Percepción de la calidad de vida de cuidadores de niños con cardiopatía congénita Cartagena, Colombia. Investig Educ Enferm 2011; 29(1):9-18.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

22. Garzón-Aponte LA, Pinzón-Rocha ML, Galvis-López CR. Nivel de funcionalidad de los enfermos crónicos y su relación con la calidad de vida de los cuidadores informales, Villavicencio, Colombia, 2011. Enferm Glob. 2014; 13(1):191-200.

23. Romero-Masa E, Montalvo-Prieto A, Flórez-Torres IE. Características de los cuidadores de niños con cardiopatías congénitas complejas y su calidad de vida. av enferm 2010;28(1):39-50

24. Flórez-Torres IE, Montalvo-Prieto A, Herrera-Lían A, Romero-Massa E. Afectación de los bienestares en cuidadores de niños y adultos con enfermedad crónica. Rev Salud Pública (Bogotá). 2010; 12(5):754–64.

25. Montalvo Prieto A, Torres IEF. Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia). Salud Uninorte Barranquilla (Col.) 2008;24(2):181-190.

26. Manso ME, Sánchez M, Cuéllar I. Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. Clínica y Salud [Internet]. 2013 [consultado 23 de marzo de 2016]; 24(1): 37-45. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742013000100005&lng=es.

27. Aldana G, Guarino L. Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. SUMMA Psicológica UST. 2012, 9(1): 5-14

28. Ortiz-Claro YG, Lindarte-Clavijo AA, Jiménez-Sepúlveda MA, Vega-Angarita OM. Características sociodemográficas asociadas a la sobrecarga de los cuidadores de pacientes diabéticos en Cúcuta. Revista Cuidarte 2013; 4(1):459-466.

29. Moreno ME, Nader A, López-Mesa C. Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud. av. enferm. 2004; 22(1):27-38.

30. Arias RM, Barrera OL, Carrillo GM, Chaparro DL, Sánchez HB, Vargas RE. Cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en las regiones de frontera colombiana: diagnóstico y carga percibida. Rev. Fac. Med. [Internet]. 2014 [consultado 7 de enero de 2012]; 62: 387-397. Disponible en: http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/39091/50104

31. Ballesteros JE, Rodríguez AM, Cantor M, Peñalosa G, Valcárcel E. Caracterización y percepción de carga de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Arauca. Revista Orinoquia. 2015; 19(1): 100-105.

32. Carrillo GM, Chaparro L, Sánchez B. Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región Pacífica colombiana. Ciencia y Enfermería 2014 20(2): 83-91.

33. Dueñas E, Martínez MA, Morales B, Muñoz C, Viáfara AS, Herrera JA. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Colombia Médica 2006; 37(1):31-38.

34. Chaparro DL, Sánchez HB, Carrillo GG, Barrera OL. ICT as a social support mechanism for family caregivers of people with chronic illness: a case study. Aquichan 2013; 13: 27-40.

35. Republica de Colombia. Departamento Nacional de Estadisticas (DANE). Demografía y Población: Proyecciones de Población. [Internet]. 2016 [citado 28 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion

36. Chaparro L, Sánchez B, Carrillo M. Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar - persona con enfermedad crónica. Rev. cienc. cuidad. 2014; 11(2): 31-45.

37. Zarit SH, Reever KE, Bach PJ. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980; 20: 649-55.

38. Hayo BK, Velásquez VH, Mayanz SS, Guerra C, Millán KT. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus Versiones Original y Abreviada. Rev. méd. Chile 2009; 137: 657-665.

39. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Resolución No. 008430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud; 1993.

40. República de Colombia. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia; 2004.

41. Republica de Colombia. Departamento Nacional de Estadística (DANE). Gran encuesta integrada de hogares 2009. Informe de un grupo científico del DANE. [Internet]. Bogotá: DANE; 2009 [consultado 29 de julio de 2014]. Disponible en: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-260524_Destacado.pdf

42. Mesa de Género de la Cooperación Internacional en Colombia. [Internet]. Bogotá: ONU Mujeres; 2013 [consultado 29 de julio de 2014]. Disponible en: http://www.mesadegenerocolombia.org/

43. Carrillo GM, Chaparro L, Sánchez B. Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región amazónica de Colombia. Medicina U.P.B. 2014; 33(1): 26-37.

44. Dettinger E, Clarkberg M. Informal caregiving and retirement timing among men and women: Gender and caregiving relationships in late midlife. J Fam Issues 2002; 23: 857-879.

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

45. Litwin H. Filial responsibility and informal support among family caregivers of the elderly in Jerusalem: a path analysis. Int J Aging Hum Dev. [Internet]. 1994 [consultado 7 de enero de 2012]; 38:137-51. Disponible en: doi: 10.2190/TLDK-8U5Q-67M8-BMU8

46. Sundström G, Johansson L. Policies and practices in support of family caregivers: Filial obligations redefined in Sweden?. J Aging Soc Policy. [Internet]. 2006 [consultado 7 de enero de 2012]; 18: 7-26. Disponible en: DOI: 10.1300/J031v18n03_02

47. Litwin H, Abramowitz L. Ethnicity and informal support among filial caregivers: Analysis of an Israeli sample. J Cross-Gult Gerontol. [Internet]. 1993 [consultado 7 de enero de 2012]; 8:1-15. Disponible en: doi: 10.1007/BF00973796

48. Brody EM, Litvin SJ, Hoffman C, Kleban MH. Marital status of caregiving daughters and co-residence with dependent parents. Gerontologist [Internet]. 1995 [consultado 7 de enero de 2012]; 02(35):75-85. Disponible en: doi: 10.1093/geront/35.1.75

49. Yamashita C, Hitomi, Amendola F, Gaspar J, Correia, Martins Alvarenga MR, de CO. Association between social support and the profiles of family caregivers of patients with disability and dependence. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 [consultado 7 de enero de 2012];47:1357-1364. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600016

50. Williams KC, Hicks EM, Chang N, Connor SE, Maliski SL. Purposeful normalization when caring for husbands recovering from prostate cancer. Qual Health Res. [Internet. 2014 [consultado 7 de enero de 2012]; 24:306-316. Disponible en: doi: 10.1177/1049732314523842

51. Metzler SE. The Body Gives Way, Things Happen: Older women describe breast cancer with a non-supportive intimate partner. EJON [Internet] 2012 [consultado 7 de enero de 2012];16:64-70. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2011.03.006

52. Ocampo JM, Herrera JA, Torres P, Rodríguez JA, Loboa L, García CA. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. ColombMed. 2007; 38:40-46.

53. Rodakowski J, Skidmore E, R., Rogers J, C., Schulz R. Role of Social Support in Predicting Caregiver Burden. Arch Phys Med Rehabil. [Internet]. 2012 [consultado 7 de enero de 2012]; 9 3: 2229-2236. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/229552055_Role_of_Social_Support_in_Predicting_Caregiver_Burden

54. Ohaeri JU. Caregiver burden and psychotic patients' perception of social support in a Nigerian setting. Soc Psych Psych Epid 200; 36: 86-93.

55. Treloar A, Cooper B, Sweeney J, Kelly N. Night respite care: relieving the burden on people caring for relatives with dementia. Nurs Older People [Internet]. 2001 [consultado 7 de enero de 2012]; 13:14-15. DOI: 10.7748/nop2001.05.13.3.14.c2175

56. Champlain K. Hidden Caregivers: A Literature Review of Young Caregivers in the United States [Tesis doctoral]. University of Pittsburgh; 2012.

57. Bhattacharjee M, Vairale J, Gawali K, Dalal PM. Factors affecting burden on caregivers of stroke survivors: Population-based study in Mumbai (India). Ann Indian Acad Neur [Internet]. 2012 [consultado 7 de enero de 2012];15:113-119. Disponible en: http://www.annalsofian.org/article.asp?issn=0972-2327;year=2012;volume=15;issue=2;spage=113;epage=119;aulast=Bhattacharjee;type=3

58. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc. enferm. [Internet]. 2012 [consultado 7 de enero de 2012]; 18:29-41. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004

59. Turner K. Social Support. GeriatrNurs. [Internet]. 1988 [consultado 7 de enero de 2012]; 9: 336-338. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/S0197-4572(88)80063-6

60. Wilson-Genderson M, Pruchno RA, Cartwright FP. Effects of caregiver burden and satisfaction on affect of older end-stage renal disease patients and their spouses. Psychol Aging. [Internet]. 2009 [consultado 7 de enero de 2012]; 12(24): 955-967. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805121/

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Residuos peligrosos hospitalarios en casa: una amenaza emergente

Luz Divia Mejía-Reales*
Lilibeth Romero-Mendoza**
Viadcy Lineth Beltrán-Quintero**

Recibido:
3 de Febrero
de 2016

Aceptado por
pares:
7 de Marzo de
2016

Aprobado:
4 de Abril
de 2016

RESUMEN

Objetivo: describir el manejo de residuos peligrosos hospitalarios generados en los domicilios por usuarios con enfermedades crónicas de una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Valledupar, Colombia. **Materiales y Métodos**: estudio con enfoque cuantitativo; la muestra estuvo conformada por 85 usuarios con enfermedades crónicas que cumplieran con los criterios de inclusión, a quienes se les aplicó un cuestionario sobre manejo de residuos hospitalarios peligrosos en casa. **Resultados**: la población encuestada estuvo expuesta a riesgos relacionados con el manejo de agujas un 40% de los diabéticos, el 55 % de quienes padecen enfermedad renal en contacto con líquido peritoneal y los usuarios con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (36 %) presentaron reacciones anafilácticas. Además, se encontró que el 66 % de la población no tiene conocimientos acerca del manejo que estos residuos, como es el almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y/o disposición final de los mismos. **Conclusión**: el estudio reveló que existe una problemática relacionada con el proceso integral de los residuos peligrosos hospitalarios , debido a que la población generadora de estos residuos pertenece a estratos medios - bajos y asumir la totalidad de los gastos generados es poco viable; además, no está capacitada adecuadamente y, por tal razón, resulta pertinente la elaboración de un manual para el manejo de residuos peligrosos hospitalarios generados en casa, para instruir sobre actividades que realizan estos usuarios, buscando disminuir el impacto en la salud y el ambiente derivados de la producción de estos desechos.

PALABRAS CLAVE: atención domiciliaria de salud, residuos sanitarios, riesgo***.

* Enfermera. Magister en Educación. Docente. Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Colombia. Correo electrónico: luzmejia@unicesar.edu.co

** Estudiantes IX Semestre de Enfermería. Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Colombia. Correo electrónico: liliromero29@hotmail.com, viadcyquintero@gmail.com

*** Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en la página http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm de la Biblioteca virtual en salud del proyecto BIREME, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de Salud.

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo
Mejía-Reales LD, Romero-Mendoza L, Beltrán-Quintero VL. Residuos peligrosos hospitalarios en casa: una amenaza emergente. Rev. cienc. cuidad. 2016; 13(1): 87-102.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Hazardous hospital wastes in the home: an emerging threat

ABSTRACT

Objective: to describe the management of hazardous hospital waste generated in households by users with chronic diseases from one institution providing health services in the city of Valledupar, Colombia. **Materials and Methods**: study of quantitative approach, the sample consisted of 85 users with chronic illnesses that met the inclusion criteria, who were given a questionnaire on management of hazardous hospital waste in the home. **Results**: the survey population was exposed to risks associated with needle handling 40% of diabetics, 55% of those with kidney disease, contact with peritoneal fluid, and users with chronic obstructive pulmonary disease, 36% had anaphylactic reactions . It was also found that 66% of the population had no knowledge about handling these wastes, which involves storage, collection, transportation, treatment and / or disposal thereof. **Conclusion**: the study revealed that there is a problem related to the whole process of hazardous hospital waste, because the generating population of residues belong to middle strata - low and assuming all of the costs incurred is unfeasible, then there is inadequate training for this reason it was relevant to develop a manual for the management of hazardous hospital waste generated in the home, to educate on activities carried out by these users, seeking to reduce the impact on health and the environment from the production of these wastes .

KEYWORDS: home nursing, medical waste, risk.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Resíduos hospitalares perigosos em casa: uma ameaça emergente

RESUMO

Objetivo: descrever a gestão de resíduos hospitalares perigosos produzidos pelo sector doméstico por usuários com doenças crônicas de uma instituição que presta serviços de saúde na cidade de Valledupar, Colômbia. **Materiais e Métodos**: estudo de abordagem quantitativa, a amostra foi composta por 85 usuários com doenças crônicas que preencheram os critérios de inclusão, que foram aplicados um questionário sobre gestão de resíduos hospitalares perigosos em casa. **Resultados**: a população do estudo foi exposto a riscos associados com a manipulação de agulha 40% dos diabéticos, 55% das pessoas com doença renal, entre em contato com o fluido peritoneal, e os usuários com doença pulmonar obstrutiva crônica, 36% tiveram reações anafiláticas . Constatou-se também que 66% da população não tem conhecimento sobre o manuseio desses resíduos, que é o armazenamento, coleta, transporte, tratamento e / ou eliminação dos mesmos. **Conclusão**: o estudo revelou que existe um problema relacionado a todo o processo de resíduos hospitalares perigosos, porque a população de geração de resíduos pertencem a estratos médios - baixo e assumir todos os custos incorridos é inviável, então não há nenhuma treinados adequadamente por este motivo foi relevante o desenvolvimento de um manual para a gestão de resíduos hospitalares perigosos gerados em casa, para instruir sobre as actividades realizadas por estes utilizadores, procurando reduzir o impacto sobre a saúde eo ambiente decorrentes da produção destes resíduos .

PALAVRAS-CHAVE: assistência domicilar, resíduos de serviços de saúde, risco.

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

INTRODUCCIÓN

Según el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible (1-2), los residuos peligrosos son aquellos producidos por el generador con alguna de las siguientes características: infecciosos, combustibles, inflamables, explosivos, reactivos, radiactivos, volátiles, corrosivos y/o tóxicos, los cuales pueden causar daño a la salud y al ambiente.

Estos residuos se clasifican en químicos, radioactivos e infecciosos. Los residuos infecciosos o de riesgo biológico son aquellos que contienen microorganismos patógenos, con el suficiente grado de virulencia y concentración, que pueden producir una enfermedad infecciosa en huéspedes susceptibles. Por su parte, los residuos biosanitarios son aquellos elementos o instrumentos utilizados durante procedimientos asistenciales que tienen contacto con materia orgánica, sangre o fluidos corporales del paciente humano o animal. Los anatomopatológicos son los provenientes de restos humanos, tejidos orgánicos amputados, partes y fluidos corporales. Los cortopunzantes son aquellos que, por sus características punzantes o cortantes, pueden dar origen a un accidente percutáneo infeccioso (1-2).

El manejo de los residuos comprende la cadena de etapas que se realiza desde que se generan, continuando con la forma en que se realiza el almacenamiento en el domicilio, recolección, transporte, tratamiento y/o disposición final. El proceso comienza desde que se genera un residuo después de utilizar un material en una actividad y es degradado de su presentación original, por lo que ya no puede utilizarse para su fin inicial (1).

De esta forma, en el manual de procedimientos para la gestión integral de residuos peligrosos hospitalarios y similares se establece que los infecciosos deben ser desactivados mediante técnicas de alta eficiencia en desinfección, en forma in situ o centralizada, para su posterior envío al relleno sanitario o ser tratados en plantas de incineración, con base en lo dispuesto en la normativa colombiana (3).

En los Estados Unidos de América esta problemática fue abordada por la Agencia de Protección Ambiental (EPA) que publicó la Guía Disposal Tips for Home Health Care, donde establece que los residuos cortopunzantes generados en el domicilio deben almacenarse temporalmente en contenedores rígidos, debidamente identificados para evitar confusiones a la hora de su disposición (4).

De igual forma, se indica que deben llevarse a centros de salud o enviarse a dichos lugares para que allí se encarguen de la disposición final (4). No obstante, el gobierno francés dispuso, en Noviembre de 2011, el Código de la Salud Pública, donde se especifica el tratamiento de residuos producidos en el auto -tratamiento para desechos infecciosos, punzantes, medicamentos y otros productos médicos de diagnóstico; asimismo, establece la obligación -a cargo de los profesionales farmacéuticos- de recogida y correcto tratamiento de éstos (5).

En Colombia, en el marco del manejo de residuos, se dictan normas prohibitivas en materia ambiental, referentes a los desechos peligrosos y otras disposiciones; sin embargo, estas normativas no especifican directrices en cuanto al manejo de los mismos en casa, hecho que se ha masificado por la utilización de recursos de atención en salud para el tratamiento de enfermedades crónicas, convirtiéndose en materiales peligrosos (6-7). No existe un acto administrativo que obligue a realizar la clasificación de estos residuos luego de ser generados en el domicilio, resultando más vulnerables los operarios de la empresa recolectora de basura ordinaria y el ambiente.

Así mismo, los residuos peligrosos hospitalarios domiciliarios son residuos de elementos utilizados en la atención en salud que, por su naturaleza, representan un riesgo para la misma y se generan en el domicilio de una persona durante un tratamiento en casa. Éstos pueden ser patógenos, según su utilidad principal y la forma en que son degradados a residuos, y pueden causar enfermedades en personas susceptibles; sin embargo, se debe considerar que existe una posibilidad incierta de ser contagiosos por este mecanismo (2).

En consecuencia de lo anterior, es necesario integrar la definición de domicilio, según la Real Academia de la Lengua Española (8): “lugar en que legalmente se considera establecido alguien para el cumplimiento de sus obligaciones y el ejercicio de sus derechos” y tener en cuenta que la salud es un derecho

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

fundamental contemplado en la Ley Estatutaria de la Salud 1751/2015 (9), que debe ser garantizado a través de cuidados continuos, efectivos, eficientes, sin interrupción alguna y oportunos en la Atención Primaria en Salud, que van desde la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento hasta la rehabilitación y paliación.

La atención domiciliaria o asistencia ambulatoria hace referencia al servicio asistencial prestado a pacientes que no son ingresados en un hospital de cuidados no agudos (10) y ha tomado especial auge en quienes tienen padecimientos crónicos. La atención de la salud domiciliaria se refiere a los cuidados de salud que se realizan en un domicilio evitando dejar en riesgo la vida de la persona, aliviando los problemas de salud presentes y mejorando su calidad de vida; es prestada como un plan terapéutico extra hospitalario a quienes cursan con enfermedades crónicas según su condición de salud (11-12).

Este tipo de atención se proporciona para disminuir permanencias prolongadas durante un tratamiento intrahospitalario, en el cual se tiene contacto con otros pacientes enfermos; sin embargo, representa un riesgo para el manejo de los residuos peligrosos hospitalarios que se generan en el domicilio (11-12), teniendo como referencia el manejo integral que se debe dar a este tipo de residuos desde una entidad de salud, debido a la peligrosidad que estos representan.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta” (13). Además, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el análisis de epidemiologia de enfermedades crónicas no transmisibles, catalogó las principales: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedad renal y enfermedades respiratorias, entre otras, que constituyen las principales causas de la muerte prematura y de discapacidad en la mayoría de los países de las Américas, al representar 60 % – 70 % de todas las defunciones en la Región (14).

Por su parte, Arjona et al. (15) argumentan que las enfermedades crónicas en personas mayores, en numerosas ocasiones, afectan profundamente a la familia y a la manera en que ésta logra adaptarse a esa situación, en una sociedad donde, con frecuencia, los hijos se encuentren ausentes del hogar. La enfermedad crónica es una situación que se da de forma universal en algún momento del curso vital de las familias.

De igual forma, Arjona et al. (15) mencionan que interesa conocer el consumo de fármacos en esta población, por el elevado gasto sanitario mes/año; no sólo es necesario contabilizar el gasto farmacéutico producido, sino también el enorme gasto de recursos sanitarios que estas enfermedades crónicas conllevan, por ser estos pacientes y enfermedades los que consumen el mayor tiempo de las consultas de Atención Primaria y de estancias hospitalarias, que se incrementan a partir de los 65 años, según la encuesta de morbilidad hospitalaria (15).

Además, estas enfermedades, por sus características, pueden tratarse en el domicilio del paciente, lo que genera la utilización de elementos que usualmente son de uso hospitalario, los cuales, después de ser utilizados, se convierten en residuos peligrosos, debido al contacto con fluidos corporales como sangre u orina, lo que hace que se genere un riesgo inminente para la familia, la comunidad y el medio ambiente (10). Pese a que estas enfermedades son crónicas, no tienen carácter contagioso; no obstante, pueden existir causas exógenas que deprimen el sistema inmune y lo hacen susceptible de contraer enfermedades no asociadas a su patología inicial pero sí al manejo inadecuado de estos residuos, convirtiéndose en riesgo también para el cuidador.

Los residuos peligrosos hospitalarios que son manejados adecuadamente no representan un riesgo para la salud y el medio ambiente, sin embargo, darles un manejo inapropiado los convierte en un riesgo serio que impacta negativamente en el agua, el suelo y el aire, debido a que estos recursos son receptores de las condiciones sanitarias de la población. Por ejemplo, cuando los medicamentos vencidos y usados no son desechados correctamente pueden contaminar el agua potable, acumularse en el ecosistema y producir alteraciones mutagénicas para las especies vivas, además de causar resistencia a microrganismos patógenos, entre otras consecuencias (16).

Así mismo, muchos de los residuos generados en la atención en salud poseen virus, los cuales son un límite entre la materia viva y la materia muerta. Estructuralmente, éstos son moléculas de ácido desoxirribonucleico (ADN) y ácido ribonucleico (ARN), rodeados por una cubierta protectora, que

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

alteran sus procesos metabólicos para producir copias exactas de la partícula infecciosa. Debido a la falta de interacciones bioquímicas con el medio circundante, los virus pueden conservar intacta su patogenicidad durante mucho tiempo, aún en condiciones ambientales extremas (17).

De igual forma, estos residuos sirven de huésped a microorganismos patógenos que pueden encontrarse en el ambiente causando daño al ser humano por diferentes vías de transmisión, entre ellas la vía respiratoria -por inhalación de aerosoles, aspiración de secreciones, tos y estornudos, entre otros-, la vía digestiva (fecal oral) por ingestión accidental, al comer o fumar cerca de residuos de este tipo y, finalmente, la vía sanguínea (piel o mucosas) como consecuencia de pinchazos, mordeduras, cortes, erosiones, salpicaduras, etc. (18).

Teniendo en cuenta que un riesgo es la probabilidad de que ocurra un daño o lesión, se considera que el manejo inadecuado de los residuos peligrosos hospitalarios constituye un riesgo para los pacientes con enfermedades crónicas; sin embargo, el daño colateral alcanza el medio ambiente. Los riesgos, para efectos de esta investigación, se clasifican en reales y potenciales: los primeros son aquellos que contribuyen con los estados de salud y enfermedad, mientras que los segundos son aquellos que favorecen la vulnerabilidad del estado de salud.

Los principales componentes de las jeringas, bolsas de líquidos, equipo de venoclisis, catéter intravenoso, cánula nasal y máscaras de oxígeno son el cloruro de polivinilo (PVC) y el polipropileno, por ser plásticos de características flexibles; sin embargo, para aumentar su flexibilidad se utiliza otro componente que resulta toxico para la salud humana: el DEHP (di-2-etilhexil- ftalato) (19).

Según Moretta (20), estos componentes pueden producir toxicidad de tipo oral, intravenosa y peritoneal. La oral se manifiesta con diarrea y, en casos crónicos, con atrofia testicular, toxicidad embriofetal, efecto teratogénico, hepatocarcinogénesis. La toxicidad intravenosa se manifiesta en dos tipologías: la aguda, representada en edema agudo de pulmón (EAP) y distress respiratorio; y la crónica, en necrosis hepática, disfunción hepática, hepatitis, dermatitis, prurito y poliquistosis renal. Por su parte, la toxicidad peritoneal aguda se evidencia con esclerosis peritoneal, aumento de citoquinas e inhibición de la función fagocítica, mientras que la toxicidad peritoneal crónica se relaciona con depósito orgánico y peritonitis eosinofílica (20).

Esta situación hace explícitos los riesgos reales y potenciales para personas. Sin embargo, quien recibe directamente todo el riesgo real es el medio ambiente, pues de una forma u otra estos residuos finalmente terminan en la tierra, el agua o el aire y de su manejo depende el daño que se ocasione. Así, los riesgos de contaminación son más que preocupantes, pues todos estos residuos tienen diferentes propiedades que alteran el estado natural y homeostático del ambiente (20).

Algunos medicamentos que tienen efectos mutágenos o teratogénicos, por ejemplo el PVC (cloruro de polivinilo) y el polipropileno, tardan más de 100 años en degradarse completamente (20). Además, el almacenamiento de residuos en lugares no aptos se convierte en riesgo ambiental que puede generar propagación de roedores e insectos, creando vectores de enfermedades biológicas como disentería y micosis subcutánea, entre otras, además del deterioro de la biodiversidad, la contaminación biológica del suelo, el agua y el aire, y la creación de factores de riesgos biológico en las fuentes hídricas por microrganismos patógenos (21).

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se realizó con un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de alcance exploratorio. La población objeto de estudio estuvo conformada por 674 pacientes con enfermedades crónicas, quienes reciben atención en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Valledupar, Colombia, de los cuales 491 son diabéticos, 97 son pacientes con enfermedad renal crónica y 86 padecen de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

La muestra de la población fue probabilística, de tipo aleatorio estratificado; debido a que todos los elementos de la población tienen la posibilidad de ser escogidos, se dividió en segmentos, eligiéndose una muestra para cada segmento. La muestra se tomó de una población (N), donde el tamaño de la muestra (n) correspondió a 85 personas, teniendo un nivel de confiabilidad (Z) del 95 % (1,96), con un

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

error de muestreo (E) de 0,1 y una varianza dada por p*q donde p=0.5 y q=1-p, aplicando la fórmula de muestreo aleatorio probable:

$$\frac{N * (Z)^2 * p\,(1-q)}{(E)^2 * (N-1) + \ (Z)^2 * \ p\,(1-q)}$$

$$n = \frac{674 * (1.96)^2 * 0.5\,(1-0.5)}{(0.1)^2 * (674-1) + \ (1.96)^2 * \ 0.5\,(1-0.5)}$$

$$n = \frac{674 * \ 3.84 \ * 0.5\,(0.5)}{0.01 * 673 + \ 3.84 * \ 0.5\,(0.5)}$$

$$n = \frac{674 * \ 3.84 \ * 0.25}{0.01 * 673 + \ 3.84 * \ 0.25}$$

$$n = \frac{647}{6.73 + \ 0.96}$$

$$n = \frac{647}{7.6}$$

$$n = 85$$

Hernández et al. (22) señalan que la estratificación aumenta la precisión de la muestra e implica el uso deliberado de diferentes tamaños de muestra para cada estrato, a fin de lograr reducir la varianza de cada unidad de la media muestral. De esta forma, en un número determinado de elementos muestrales n = Σnh, la varianza de la media muestral puede reducirse al mínimo si el tamaño de la muestra para cada estrato es proporcional a la desviación estándar dentro del estrato. De la siguiente forma:

$$\Sigma fh = \frac{n}{N} = ksh$$

En donde la muestra n será igual a la suma de los elementos muestrales nh. Es decir, el tamaño de n y la varianza pueden minimizarse si se calculan submuestras proporcionales a la desviación estándar de cada estrato.

$$fh = \frac{nh}{Nh} = ksh$$

En donde nh y Nh son muestra y población de cada estrato, y sh es la desviación estándar de cada elemento en un determinado estrato. Entonces:

$$ksh = \frac{n}{N} = \frac{85}{647} = 0.13$$

De manera que el total de la subpoblación se multiplicará por esta fracción constante para obtener el tamaño de la muestra para el estrato. Al sustituirse:

Diabetes 491* 0.13 = 62

Enfermedad Renal Crónica 97* 0.13 = 12

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 86 * 0.13 = 11

Se obtuvo una muestra de 62 usuarios diabéticos, 12 con enfermedad renal y 11 con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron: personas con enfermedades crónicas, usuarios de institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Valledupar, que residieran en esta misma ciudad, personas que desearan participar en el estudio, mayores de edad entre los 30 – 60 años.

El instrumento con el que se ejecutó la recolección de la información fue el Cuestionario de Manejo de Residuos Peligrosos Hospitalarios Generados en Casa por Usuarios con Enfermedades Crónicas de una IPS en Valledupar 2015, que incluyó los criterios que se investigaron en relación con el manejo de residuos peligrosos hospitalarios generados en los domicilios por usuarios con enfermedades crónicas de la IPS Valledupar en el periodo Mayo – Noviembre de 2015.

El cuestionario consignó 30 preguntas de selección múltiple con justificación de la respuesta en algunos casos, en las cuales se hizo alusión a las características sociodemográficas, conocimientos sobre residuos peligrosos hospitalarios, el manejo de estos y sus riesgos. Este instrumento fue elaborado por las investigadoras, validado por expertos en el área de salud ocupacional y contó con la correspondiente prueba piloto.

Para el análisis de los resultados se tuvo en cuenta la revisión bibliográfica y su relación con los datos encontrados, para dar el enfoque necesario y cumplir con el objetivo de describir el manejo de los residuos peligrosos hospitalarios generados en los domicilios, conocer las situaciones que se presentan, hacer conclusiones referentes a los resultados y plantear recomendaciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida y crear conciencia y cultura de cuidado.

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

En el desarrollo del estudio se acogieron los principios éticos de la investigación, siguiendo las normas científicas, técnicas y administrativas de la investigación en salud, estipuladas en la Resolución 8430 de 4 de octubre de 1993 (23), además de la Ley 911 de 2004 (24) por la cual se reglamenta la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería, explicita en cuanto a que se deben proteger los derechos de los seres humanos como ética fundamental.

Se solicitó el permiso en la institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Valledupar, mediante una carta con respaldo de la directora del departamento de enfermería y, posteriormente, el gerente dio aval y realizó entrega de la base de datos de los usuarios, lo que permitió contactarlos, reunirlos y explicarles la finalidad de la investigación, logrando la aceptación de los mismos, con la firma del consentimiento informado y después la aplicación del cuestionario.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir el manejo de residuos peligrosos hospitalarios generados en los domicilios por usuarios con enfermedades crónicas de una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Valledupar, Colombia, 2015.

Objetivos específicos

- Identificar la población expuesta a los residuos peligrosos hospitalarios generados en los domicilios por usuarios con enfermedades crónicas.
- Determinar el manejo de los residuos peligrosos hospitalarios generados en los domicilios por usuarios con enfermedades crónicas.
- Identificar los riesgos reales y potenciales para el paciente, la comunidad y el ambiente.

RESULTADOS

Los usuarios con enfermedades crónicas que participaron en la investigación respondieron una serie de preguntas que llevaron a interpretar el manejo de los residuos peligrosos hospitalarios generados en sus domicilios.

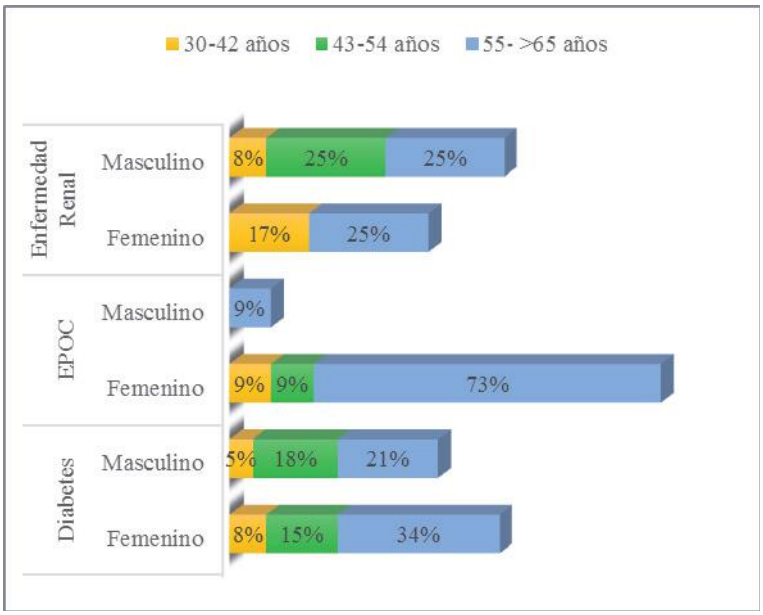
La información se recolectó en el periodo de mayo a noviembre de 2015. El uso de una base de datos desactualizada hizo que se presentaran limitaciones como: difícil captación de los usuarios pues algunos se cambiaron de residencia, fallecimiento del usuario y la no correspondencia de la patología en la cual estaban referenciados.

Características sociodemográficas y generalidades de la enfermedad

En los resultados, en cuanto a sexo y edad, se obtuvo que el 73 % de la población con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son mujeres entre 55 y más de 65 años; para los diabéticos predomina el mismo rango de edad con un 21 % para el sexo masculino y 34 % para el femenino; en los usuarios con enfermedad renal prevalece el grupo etario mencionado para ambos sexos, como se puede observar en la Figura 1.

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Figura 1. Sexo y edad de los usuarios según enfermedad crónica.



Fuente: Cuestionario de manejo de residuos peligrosos hospitalarios generados en casa por usuarios con enfermedades crónicas de una IPS en Valledupar, 2015.

En cuanto a la escolaridad, el 5 % de las personas encuestadas corresponde a la población con analfabetismo, el 15 % tiene estudios universitarios, el 36 % realizó su estudio hasta básica primaria y el 44 % alcanzó sus estudios secundarios.

De acuerdo con la información recolectada, se encontró que un 20 % de usuarios con enfermedades crónicas pertenecen al estrato I, el 45 % al estrato II, el 24 % al estrato III, el 7 % al estrato IV y el 5 % al estrato V.

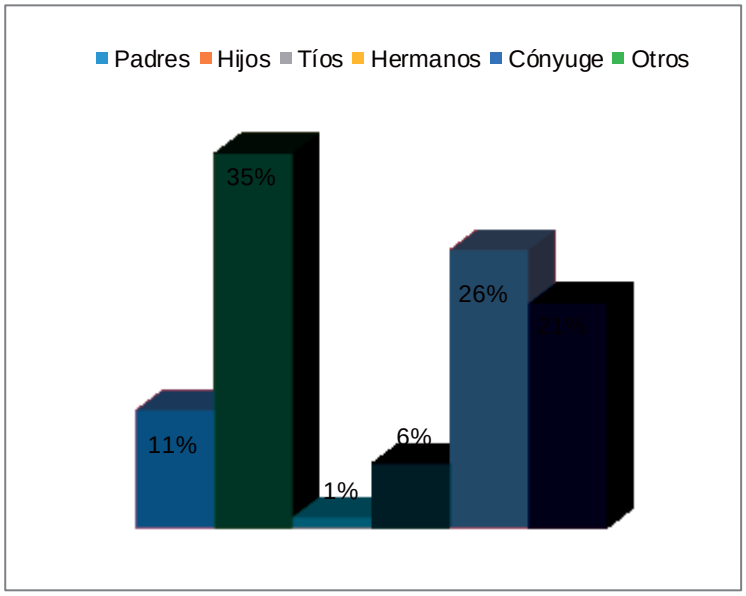
Referente al tipo de vivienda donde reside, un 38 % vive en casas con 4 a 7 personas que las habitan, seguido de un 13 % que vive en apartamentos ocupados por 1 a 3 personas y un 4 % de 1 a 3 en habitación.

Por otra parte, el 11 % de los cuidadores son los padres, el 35 % los hijos, el 1 % los tíos, el 6 % los hermanos, el 26 % cónyuges y el 21 % otras personas, tal como lo indica la Figura 2.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Figura 2. Personas responsables del cuidado de los usuarios con enfermedades crónicas relacionado con el riesgo.



Fuente: Cuestionario de manejo de residuos peligrosos hospitalarios generados en casa por usuarios con enfermedades crónicas de una IPS en Valledupar, 2015.

Riesgos a los que están expuestos los usuarios

La vía de administración de medicamentos más utilizada en usuarios con enfermedades crónicas es la vía subcutánea, con un 33 %, en mayor a 5 años de tratamiento, seguida de un 21 % por vía oral, mientras para quienes reciben terapia intraperitoneal (6 %), el tiempo máximo de tratamiento fue de 1-5 años

Los riesgos a los que estuvieron expuestos los usuarios participantes en el estudio fueron: para diabéticos, 40 % relacionados con el manejo de la aguja; para quienes padecen enfermedad renal, 55 % con manejo del líquido peritoneal; para los usuarios con EPOC, el 36% con reacciones anafilácticas.

Manejo de los residuos peligrosos hospitalarios

En relación con el conocimiento sobre residuos peligrosos hospitalarios que poseen los usuarios con enfermedades crónicas, se evidenció que el 56 % de los usuarios con enfermedades crónicas tienen conocimiento sobre residuos peligrosos hospitalarios, mientras que el 66 % desconoce el manejo que debe darse a los mismos y el 59 % conoce sobre su impacto para la salud.

En cuanto al manejo que dan los usuarios con enfermedades crónicas a los residuos peligrosos hospitalarios generados en casa, se encontró que el 21 % de los residuos peligrosos hospitalarios generados en casa son agujas, al igual que las lancetas; el 16 % pertenece al algodón contaminado, el 8 % corresponde a jeringas, el 5 % a gasas, el 2 % a apósitos, el 4 % a liquido dializado y bolsas de diálisis respectivamente, el 3 % corresponde a las máscaras de oxígeno, el 1 % a las cánulas nasales, otro 1 % a vendas y, finalmente, el 13 % corresponde a otros como medicamentos orales e inhaladores, oxígeno comprimido, catéter intravenoso, equipo de venoclisis, tapa bocas y guantes.

Los resultados de la investigación revelan que sólo el 2 % de la población realiza la clasificación de los residuos y el 98 % no la realiza.

De acuerdo con los resultados, los usuarios con enfermedades crónicas depositan los residuos en bolsas plásticas (25 %), recipiente plástico (7 %), en guardián de seguridad (1 %), en el inodoro (13 %), en la canasta de basura (34 %) y en otros, como el lavamanos y lavadero (20 %).

En cuanto al lugar donde almacenan los residuos peligrosos hospitalarios los usuarios con enfermedades crónicas, el 68 % de ellos lo hacen en el patio y el 32 % en contenedores de basura de la casa.

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

También se encontró que el encargado del transporte y disposición final de los residuos peligrosos hospitalarios generados en casa, en un 98 % es la empresa pública de aseo, mientras que un 2 % utiliza otros medios.

DISCUSIÓN

De acuerdo con lo mencionado por Valls et al. (25), en cuanto al sexo, las mujeres presentan más enfermedades crónicas y hacen un mayor uso de los servicios sanitarios ambulatorios. Se infiere que esta situación se presenta por la diferencia en las actividades que desempeñan los hombres y mujeres; si bien es cierto que en la actualidad las mujeres desarrollan actitudes laborales similares a los hombres, la ejecución de actividades domésticas incrementa los niveles de estrés, atribuyéndosele la aparición de enfermedades crónicas.

Según los resultados obtenidos para la edad, en Colombia los datos estadísticos del Ministerio de Salud y Protección Social (26) afirman que en las personas mayores de 45 años la primera causa de muerte es la enfermedad isquémica del corazón, seguida, para aquellos entre 45 y 64 años, por enfermedades cerebrovasculares y la diabetes mellitus; para aquellos de 65 y más años por las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías aéreas, las enfermedades hipertensivas y la diabetes mellitus. De acuerdo con los resultados obtenidos, la mayor parte de la población son adultos mayores, siendo éstos los más afectados por enfermedades crónicas y, por tanto, quienes más consultan en atención primaria, produciendo un incremento en los recursos de salud necesarios para su atención.

En un estudio realizado por Acosta et al. (27) se afirma que entre más alto sea el grado de escolaridad en estos pacientes mayor es su capacidad de comprender y afrontar la enfermedad con mejores estrategias, en comparación con quienes tienen niveles inferiores de escolaridad.

Lo anterior permite aseverar que la mayor parte de la población, representada en quienes tienen estudios secundarios y universitarios, tiene mayor probabilidad de realizar un afrontamiento efectivo sobre la atención de la enfermedad que padece, mientras que la población analfabeta y quienes apenas poseen estudios de básica primaria asumen un mayor desafío en cuanto al tratamiento y las actividades subsecuentes de su padecimiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (28), menciona que la pobreza está estrechamente relacionada con las enfermedades crónicas no transmisibles. De esta forma, en los entornos con pocos recursos, los costos de la atención sanitaria para las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas pueden agotar rápidamente los recursos de las familias y abocarlas a la pobreza.

La mayor parte de la población pertenece a los estratos I, II y III, es decir, estratos bajo y medio, que cuenta con menos recursos económicos. Esto implica que estas personas deben decidir en cuanto al costo-beneficio de la atención que puedan recibir para su enfermedad o la inversión de sus recursos en otras necesidades que se presenten en el entorno, tales como estudios, alimentación o servicios públicos, entre otros.

En relación con el tipo de vivienda, la OMS (28) atribuye una parte a los factores necesarios para protegerse contra las enfermedades transmisibles, indicando también que el espacio vital debe ser adecuado y con servicios apropiados de seguridad.

Los resultados mostraron que, la mayor parte de la población vive en casas, lo cual garantiza un entorno habitacional adecuado, teniendo en cuenta que se disponga de los servicios sanitarios y sociales de acuerdo con las necesidades básicas; para las personas que viven en apartamentos depende de los servicios a los que se pueda acceder; no sucede lo mismo con la población alojada en habitaciones debido a que se minimiza la posibilidad de acceso a todos los servicios sanitarios necesarios para la calidad de vida.

Sin embargo, el número de personas que convive con los usuarios que padecen enfermedades crónicas los hace susceptibles de tener contacto y, a pesar de ser crónicos no contagiosos, sí representan un riesgo potencial en virtud de los residuos peligrosos hospitalarios que generan durante el tratamiento en casa.

Al tener en cuenta la relación de la persona encargada del cuidado, Arjona et al. (15), aseveran que las enfermedades crónicas en personas mayores, en numerosas ocasiones, afectan profundamente a la

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

familia y a la manera en que ésta logra adaptarse a esa situación, en una sociedad donde cada vez es más frecuente que los hijos vivan a distancia y trabajando.

A diferencia de lo expresado por Arjona et al. (15), las encuestas revelan que los principales cuidadores son los hijos, cónyuges y otras personas, quienes están más expuestos a los riesgos debido a que se encargan de realizar acciones relacionadas con el tratamiento y los desechos que éste genera. Por lo tanto, son responsables del manejo inapropiado que se está realizando en casa y esto los hace vulnerables, por el riesgo que esta situación representa para su salud.

El tratamiento ambulatorio más utilizado para la diabetes mellitus (DM) es la insulina, vía subcutánea, e hipoglucemiantes orales; para la enfermedad renal crónica (ERC) existen diversos tratamientos, siendo el de mayor elección para la atención domiciliaria la diálisis peritoneal acompañada de fármacos orales; y para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) broncodilatadores orales, entre ellos inhaladores y oxigenoterapia (29).

Cabe resaltar que los elementos utilizados en los tratamientos se convierten en residuos hospitalarios peligrosos aun cuando sean generados en casa. También se destaca que una cantidad considerable de residuos generados por la vía subcutánea son residuos cortopunzantes y biosanitarios, en vía oral residuos químicos y en la vía peritoneal de riesgo biosanitario.

Así mismo, es de interés conocer el consumo de fármacos en esta población, debido al aumento en el número de reacciones adversas ocasionadas en la atención domiciliaria y el uso de recursos sanitarios que estas enfermedades crónicas conllevan (15).

De acuerdo con lo anterior, las autoras infieren que es importante conocer el periodo que llevan en tratamiento los pacientes, puesto que así se permite conocer la cantidad de elementos farmacológicos y terapéuticos utilizados por los usuarios, que aumenta de forma proporcional al tiempo, y también disminuir el riesgo para la salud y el impacto negativo para el ambiente, secundario al manejo inadecuado de los residuos peligrosos hospitalarios generados en casa.

Riesgos a los que están expuestos los usuarios

Los resultados evidencian que existe un riesgo latente relacionado con el manejo de la aguja, debido a su característica cortopunzante, que puede ocasionar daños físicos como pinchazos o heridas y producir reacciones de temor tales como ansiedad y estrés.

Además, si estos riesgos se materializan, contribuyen a que los usuarios consulten los centros de atención por una complicación derivada del manejo inadecuado de los residuos cortopunzantes que, según el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (1), deben ser depositados en contenedores rígidos.

Igualmente, durante el manejo del líquido peritoneal (30), los usuarios y sus cuidadores pueden tener contacto directo con el mismo y, debido a que se trata de un residuo biosanitario con riesgo biológico, a pesar de que no es contagioso, sí representa un peligro, puesto que no se conoce la susceptibilidad inmunológica de las personas.

En consonancia con los resultados, se puede determinar que estos residuos representan un riesgo potencial menor comparados con los residuos que se generan por tratamientos microinvasivos, aunque siempre hay posibilidad de que se materialicen y se presenten reacciones alérgicas o intoxicaciones, además de que los medicamentos son residuos de tipo químico y deben recibir un tratamiento específico como es la desactivación, previo a la disposición final, y en muchas ocasiones éstos se desechan al suelo o al agua en su presentación inicial, causando serios daños al ambiente y, en consecuencia, a las personas que lo habitan.

Manejo de los residuos peligrosos hospitalarios

En relación con lo expresado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (31), la falta de conciencia sobre los peligros que los desechos sanitarios pueden implicar para la salud, la deficiente capacitación en gestión de desechos, la ausencia de sistemas de gestión y evacuación de residuos, la escasez de recursos humanos y económicos y la poca prioridad otorgada a esta cuestión figuran entre los problemas más frecuentemente asociados a los desechos sanitarios.

Esta situación resulta alarmante, teniendo en cuenta que la mayor parte de la población encuestada no realiza un manejo adecuado de los residuos. Se puede deducir que, además de la falta de los recursos físicos para realizar adecuadamente el proceso, estas

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

personas, en gran parte, no precisan el impacto que genera este fenómeno para la salud y el ambiente, esto asumiendo que el ser humano actúa según su conocimiento y razón y, cuando no son claras las acciones realizadas, resultan lesivas para sí mismo y su entorno, como en este caso.

La OMS (31) expone que un 15 % de residuos generados en las actividades de atención de la salud se considera material peligroso que puede ser infeccioso, tóxico o radiactivo. Según las estimaciones de esta entidad, se administran cada año en el mundo 16.000 millones de inyecciones y no todas las agujas y jeringas son eliminadas correctamente después de su uso. Estos residuos no son generados exclusivamente en el ambiente intrahospitalario sino también en los domicilios por los usuarios con enfermedades crónicas, pudiendo ser dañinos para la población en general y el ambiente.

De igual forma, la OMS (31) en su nota descriptiva de desechos de las actividades de atención sanitaria, señala que los países de ingresos elevados generan en promedio hasta 0,5 kg de residuos peligrosos por día, mientras que los de ingresos bajos generan alrededor de los 0,2 kg; sin embargo, en estos últimos, a menudo, no se separan del resto de residuos, de modo que en la práctica su cantidad es mucho mayor.

Lo anterior fundamenta la preocupación sobre la gran proporción de residuos que se están generando. Pese a que no fue posible medirlos por kilogramos en esta investigación, sí es importante resaltar que el manejo inapropiado de los mismos aumenta la cantidad, toda vez que, al mezclar residuos ordinarios con peligrosos, estos últimos transfieren su grado de peligrosidad a los primeros.

Referente a la clasificación de los residuos realizada por la población en estudio, según el Ministerio de Vivienda y Desarrollo Territorial (32) existe un alto desconocimiento de los diferentes tipos de residuos peligrosos hospitalarios y sobre la clasificación de los mismos; todo apunta a residuos sólidos y no hay grandes avances todavía en la caracterización de otros tipos de residuos.

Según la información obtenida, es evidente que la mayor parte de la población no realiza la clasificación de estos residuos, incrementando su peligrosidad al mezclarlos con desechos no peligrosos; además, la minoría de la población tiene conocimiento y recursos físicos mínimos para realizar la clasificación correcta, de acuerdo con lo establecido en la norma (3, 6).

En cuanto al recipiente para desechar los elementos utilizados durante el tratamiento en casa, el Ministerio de Vivienda y Desarrollo Territorial (32) manifiesta que en el sector de consumo se contemplan, aquellos productos de utilización masiva que, después de uso, se convierten en residuos peligrosos, entre ellos elementos en contacto con productos peligrosos, medicamentos y objetos cortopunzantes, entre otros. Además, estos son mezclados a través de la prestación del servicio público domiciliario de aseo, que no garantiza el manejo ambiental adecuado de los mismos.
De este modo, los resultados de la investigación son contundentes en cuanto a que los residuos son desechados en bolsas plásticas y canasta de basura junto con los desechos ordinarios que se generan en los domicilios, lo cual se traduce en dos acciones peligrosas: la primera es que transfieren su grado de peligrosidad y la segunda es que aumenta el riesgo de producir daño al ambiente y a personas que entren en contacto con ellos. Otra cantidad considerable los deposita en el inodoro y otros lugares como el lavamanos, que van directamente a los sistemas de alcantarillado y que luego desembocan en fuentes de agua natural, contaminando la misma en el caso de que no sean tratados.

El almacenamiento de residuos en lugares no aptos se convierte en un riesgo ambiental que puede generar propagación de vectores de enfermedades, además del deterioro de la biodiversidad, la contaminación biológica de suelo, agua y aire y la creación de factores de riesgos biológico en las fuentes hídricas por microrganismos patógenos (21). Las acciones de los usuarios representan un riesgo para la salud de las personas y para el ambiente, toda vez que tienen contacto con estos residuos.

El transporte y disposición final, según el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible (1), establece que los residuos peligrosos hospitalarios infecciosos deben ser desactivados mediante técnicas de alta eficiencia en desinfección, en forma in situ o centralizada, para su posterior envío al relleno sanitario o para ser tratados en plantas de incineración u hornos para producción de cemento.

Los resultados encontrados durante la investigación

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

son preocupantes, debido a que la mayoría de los usuarios encuestados manifiesta que acomoda los residuos junto a los desechos ordinarios y, posteriormente, los entrega a la empresa pública de aseo. Este hecho es alarmante, pues se conoce que estos residuos van directamente a un relleno sanitario en donde aumenta el riesgo de producir daño a la salud de los operarios de estas empresas de aseo, puesto que no reciben el tratamiento especial que necesitan para disminuir el impacto en la salud y en el ambiente.

CONCLUSIONES

Con respecto a la población expuesta a los residuos peligrosos hospitalarios generados en los domicilios, se encontró que el 82 % son los mismos pacientes, los integrantes de la familia nuclear (hijos, esposos, padres) y, en algunos casos, otras personas. Además, se hizo evidente que un 62 % son adultos mayores de sexo femenino y esto puede deberse a los estilos de vida y labores desempeñadas (25). Gran parte de ellos tiene grados de escolaridad medio; existe tendencia hacia los estratos socioeconómicos bajo y medio y, por otra parte, los responsables del cuidado de estas personas pertenecen a la familia nuclear.

Se observó que el 66 % de las personas tiene conocimiento sobre los residuos; sin embargo, omite los pasos que se deben realizar para procesarlos de forma integral. A esto se suma que no cuentan con los recursos físicos y financieros necesarios para efectuar el adecuado manejo de los mismos, además del elevado costo de la recolección, transporte, tratamiento y disposición final, considerando que estas personas pertenecen a estratos bajo y medio, factores que les dificulta asumir la totalidad del gasto (33).

De las personas encuestadas, un 59 % desecha los residuos peligrosos en bolsas plásticas y canastas de basura, manejándolos de forma inadecuada. De este modo, son almacenados en las casas, aumentado los riesgos de sufrir accidentes en el hogar. También se encontró que, durante el proceso, un 33 % de estos residuos son eliminados a través del alcantarillado (inodoro, lavamanos, lavadero) y, teniendo en cuenta que son desechos de tipo biosanitario, químico y de riesgo biológico, contaminarán las aguas, constituyendo un riesgo potencial para las personas y el ambiente (21).

Se identificaron diferentes riesgos a los que son expuestos el paciente, la comunidad y el ambiente. Aunque el 59 % conoce el impacto que produce en la salud el manejo inadecuado de residuos peligrosos hospitalarios, es indudable que otra parte considerable de la población no está informada sobre este tema, lo cual aumenta el riesgo potencial de sufrir daños en la salud y el ambiente en relación con el manejo de estos residuos.

La investigación revela que las personas encargadas de los pacientes, así como los usuarios con enfermedades crónicas, en un 96 %, no realizan un adecuado manejo de los residuos peligrosos hospitalarios que generan desde sus domicilios y esto se traduce en posibles daños a ellos mismos, la comunidad y el ambiente. Por esta razón, han sufrido la materialización del riesgo a la exposición representada en pinchazos de agujas y lancetas, salpicaduras con fluidos corporales y reacciones alérgicas en la piel (1).

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombia. Ministerio de Salud, Ministerio de Medio Ambiente. Manual de procedimientos para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares en Colombia, MPGIRH. [Internet]. Santa Fé de Bogotá: Los Ministerios; 2000 [consultado 10 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.uis.edu.co/webUIS/es/gestionAmbiental/documentos/manuales/PGIRH%20MinAmbiente.pdf
2. Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible. Proyecto de manual para la gestión integral de residuos generados en la atención de salud y otras actividades. [Internet]. Santa Fé de Bogotá: Los Ministerios; 2015 [consultado 13 de marzo de 2015]. Disponible en: https://www.minambiente.gov.co/images/Atencion_y_particpacion_al_ciudadano/Consulta_Publica/V_22_Manual_Gesti%C3%B3n_Integral_16_12_14_CP.pdf
3. Presidencia de la Republica. Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible. Decreto 2676 de 2000, diciembre 22, por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares. [Internet]. Santa Fé de Bogotá: Presidencia de la Republica; 2000 [consultado 28 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=11531
4. Environmental Protection Agency (EPA). Disposal Tips for Home Health Care. [Internet]. Estados Unidos: EPA; 1998 [consultado 8 de mayo de 2015]. Disponible en: https://www.ndhealth.gov/wm/Publications/DisposalTipsForHomeHealthCare.pdf
5. République Française. Code de la Santé Publique Artículos R 1335- 1337-15. Legifrance.gouv.fr [Internet]. 2011 [consultado 8 de mayo de 2015]. Disponible en: http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=E3663CA672F4A74DF81D51D074056D5C.tpdila16v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150507
6. Congreso de Colombia. Ministerio de Vivienda y Desarrollo Territorial. Ley 1252 de 2008, noviembre 27, por la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental, referentes a los residuos y desechos peligrosos y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Santa Fé de Bogotá: Congreso de Colombia; 2008 [consultado 26 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=33965
7. Presidencia de la República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Vivienda y Desarrollo Territorial. Decreto 351 de 2014, febrero 19, por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades. [Internet]. Santa Fé de Bogotá: La Presidencia; 2014 [consultado 26 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=56755
8. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Definición de Domicilio [Internet]. Madrid: RAE; 2001 [consultado 12 de marzo de 2015]. Disponible en: http://lema.rae.es/drae/?val=domicilio
9. Congreso de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015, [Internet]. Santa Fé de Bogotá: Congreso de Colombia; 2015 [consultado 26 de febrero de 2015]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
10. Gobierno de España, Organización Mundial de la Salud (OMS). Save Lives. Clean Your Hand. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo "Los cinco momentos para la higiene de las manos". [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado 12 de marzo de 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84918/1/9789243503370_spa.pdf
11. Trigo M, Vieito M. Gestión ambiental de residuos sanitarios y responsabilidad por eventos adversos. En: 6º Simposio Nacional de Gestión Ambiental en Centros Sanitarios. [Internet]. A Coruña: Gestores de Residuos.org; 24 y 25 de enero de 2013. [consultado 24 de abril de 2015]. Disponible en: http://gestoresderesiduos.org/noticia/gestion-de-residuos-sanitarios-y-responsabilidad-civil
12. Acosta-Albornoz DM, Vargas-Quintero DM. Procedimientos para la gestión integral de residuos infecciosos y fármacos generados en el servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C., a partir de la aplicación de un estudio de caso. [Tesis en Internet]. Colombia: Universidad de la Salle; 2010 [consultado 12 de marzo de 2015]. Disponible en: http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/15016/T41.10%20A72p.pdf?sequence=1
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades Crónicas. [Internet]. 2011 [consultado 24 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles. [Internet]. Tegucigalpa: OPS; 2010. [consultado 26 de febrero de 2015]. Disponible en: https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiAyoDr167KAhWCXD4KHTlqB-4QFggbMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fhon%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D208%26Itemid%3D211&usg=AFQjCNF-ku9mmwI8HVZEGe2ziDBuqADKDg&sig2=FmqpD9TSasr65AYLqtKIsg
15. Arjona-Mateos CR, Criado-Velasco J, Sánchez-Solís L. Enfermedades crónicas y consumo de fármacos en mayores de 65 años. Medicina General [Internet]. 2002 [consultado 8 de mayo de 2015]; 47: 684-695. Disponible en: http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_47/pdf/684-695.pdf

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

16. Corporación Autónoma Regional del Quindío. Plan departamental para la gestión integral de residuos o desechos peligrosos. [Internet]. Armenia; 2010. [consultado 15 de mayo de 2015]. Disponible en: https://www.crq.gov.co/Documentos/RESIDUOS_PELIGROSOS/NUEVA%20CARTILLA%20DE%20RESPEL.pdf

17. Salas-Pajon S. Seminario internacional Gestión integral de residuos sólidos y peligrosos, siglo XXI. Gestión de residuos peligrosos hospitalarios. [Internet]. Bogotá: Ministerio de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible; 1999 [consultado 12 de marzo 2015]. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/cursoa_reas/e/fulltext/xi.pdf

18. Rodríguez M, Valdez M, Rayo M, Alarcón K. Riesgos biológicos en instituciones de salud. Medwave [Internet]. 2009 [consultado 24 de abril de 2015]; 9(7):e4040. Disponible en: http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/4040

19. Méndez-González JA. Los desechos sanitarios: su impacto en el medio ambiente. Bioética [Internet]. 2012 May – Agos [consultado 24 de abril de 2015]; 4-8. Disponible en: http://www.cbioetica.org/revista/122/122-0408.pdf

20. Moretta G. Soluciones de diálisis peritoneal. Portalesmedicos.com [Internet]. 2006 [consultado 26 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/241/1/Soluciones-de-Dialisis-Peritoneal.html

21. Colombiana de Salud S.A. Cartilla de capacitación en gestión de residuos. [Internet]. Boyacá; 2010 [consultado 26 de febrero de 2015]. Disponible en: http://colombianadesalud.org.co/SERVICIOS_GENERALES/FORMATOS/cartilla%20capacitacion%20BIOSEG.pdf

22. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5ª ed. [Internet]. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2010 [consultado 26 de febrero de 2015]. Disponible en: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

23. Presidencia de la República. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993, octubre 4, por la cual se reglamenta las normas científicas, técnicas y administrativas de la investigación en salud. [Internet]. Santa Fé de Bogotá: Presidencia de la República; 1993 [consultado 26 de marzo de 2015]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf

24. Congreso de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 911 de 2004, octubre 6, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Santa Fé de Bogotá: Congreso de Colombia; 2004 [consultado 26 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

25. Valls-Llobet C, Banqué M, Fuentes M, Ojuel J. Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. Anuario de Psicología [Internet]. 2008 [consultado 18 de junio de 2015]; 39 (1): 9-22. Disponible en: http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/98015/159758

26. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía 4. Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. [Internet]. Santa Fé de Bogotá: República de Colombia; 2008 [consultado 18 de junio de 2015]. Disponible en: http://www.med-informatica.net/TERAPEUTICA-STAR/EnfermedadesCronicasEnMayoresDe45a_Prevencion_guias04.pdf

27. Acosta-Hernández PA, Chaparro-López LC, Rey-Anacona CA. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. Revista Colombiana de Psicología [Internet]. 2008 [consultado 20 de junio de 2015]; 17:9-36. Disponible en: http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/facultades/f_salud/pregrado/psicologia/documentos/Cesar_Rey.pdf

28. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles. [Internet]. 2015 [consultado 24 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/

29. Grupo CTO Medicina. Enfermería médico- quirúrgica 2- endocrinología y metabolismo. Manual CTO de enfermería. Madrid: Mc. Graw- Hill. Interamericana; 2007.

30. Zugasti M, Salsamendi M, Melero C, Rivas M, Telleria A, Vilas A. Gestión de residuos en diálisis peritoneal: presente y futuro. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet]. 2009 [consultado 18 de junio de 2015]; 12(3): 189-194. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752009000300005&script=sci_arttext

31. Organización Mundial de la Salud (OMS). Desechos de las actividades de atención sanitaria. [Internet]. 2015 [consultado 24 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/es/

32. Ministerio de Vivienda y Desarrollo Territorial. Política ambiental para la gestión integral de residuos o desechos peligrosos. [Internet]. Santa Fé de Bogotá: El Ministerio; 2015 [consultado 13 de marzo de 2015]. Disponible en:http://www.minvivienda.gov.co/Documents/ViceministerioAgua/politica_ambiental_gestion_integral_residuos_des_peligrosos.pdf

33. Swisscontact. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de la protección social. Informe final de Diagnóstico Situacional de la Gestión Integral de los Residuos Sólidos Hospitalarios en Colombia y Proyectos de Cooperación. [Internet]. Santa Fé de Bogotá: OPS; 2012 [consultado 18 de junio de 2015]. Disponible en: http://docplayer.es/9274304-Diagnostico-nacional-gestion-integral-de-residuos-hospitalarios-swisscontact-organizacion-panamericana-de-la-salud-ministerio-de-la-proteccion-social.html

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Recibido: 4 de Febrero de 2016

Aceptado por pares: 7 de Marzo de 2016

Aprobado: 6 de Abril de 2016

Salud mental en la educación superior: una mirada desde la salud pública†

Olga Mariela Mogollón-Canal*
Diana Janeth Villamizar-Carrillo**
Sandra Licette Padilla-Sarmiento***

RESUMEN

Objetivo: describir la salud mental de los estudiantes de una institución de educación superior de Norte de Santander, a través del modelo de creencias, con miras a la construcción y aporte de una universidad saludable. **Materiales y Métodos:** la metodología es descriptiva, de tipo trasversal, con una muestra de 836 estudiantes, quienes respondieron un cuestionario de 125 preguntas que evaluó seis dimensiones: severidad, susceptibilidad, beneficios, barreras, motivación y claves para la acción frente a la salud mental percibida. **Resultados**: los estudiantes, en cuanto a la vulnerabilidad frente a su salud mental, no se perciben susceptibles, razón por la cual se involucran en conductas de riesgo; sin embargo, cuentan con factores protectores enmarcadas en la motivación y las claves para la acción que les facilitan la búsqueda de apoyo social y familiar desde el nivel de prevención; una barrera percibida se encuentra en la ausencia de políticas que el contexto en el que se desenvuelven les proporciona. **Conclusiones**: el modelo de creencias se constituye en una alternativa investigativa para explicar la salud mental y la intervención en la misma, que permita visualizar entornos universitarios saludables. La salud mental se convierte en un factor protector del adecuado desarrollo y rendimiento académico.

PALABRAS CLAVE: estudiantes, psicología, salud mental, salud pública, vulnerabilidad****.

* Psicóloga. Doctora en Líneas Actuales de Investigación en Psicología. Docente Asociada Directora Grupo de Investigación Psicología y Sociedad. Universidad de Pamplona. Pamplona, Colombia. Correo electrónico: olgamariela@unipamplona.edu.co

**Psicóloga. Doctora en Salud, Envejecimiento y Cognición. Docente Asociada. Docente Investigadora Departamento de Psicología. Investigadora Grupo de Investigación Psicología y Sociedad. Universidad de Pamplona. Pamplona, Colombia. Correo electrónico: jacarrillo71@unipamplona.edu.co

***Psicóloga. Magíster en Educación .Docente Investigadora Departamento de Psicología. Investigadora activa grupo Investigación Psicología y Sociedad. Universidad de Pamplona. Pamplona, Colombia. Correo electrónico: salypasa@gmail.com

****Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en la página http://decs.bvs.br/E/DeCS2015_Alfab-S.htm de la Biblioteca virtual en salud del proyecto BIREME, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo
Mogollón-Canal OM, Villamizar-Carrillo DJ, Padilla-Sarmiento SL.Salud mental en la educación superior: una mirada desde la salud pública. Rev. cienc. cuidad. 2016; 13(1): 103-120.

† Esta socialización cuenta la experiencia investigativa de algunos resultados de un macro-proyecto sobre universidades saludables que involucra, salud mental, sexual y física, en docentes, administrativos y estudiantes, matriculado en la vice-rectoría de investigaciones, conformado por un grupo interdisciplinar de las facultades de Salud y Educación de una institución de educación superior de Norte de Santander; aquí, se retoman los resultados de estudiantes y su salud mental.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Mental health in higher education: a view from public health

ABSTRACT

Objective: to describe the mental health of students of an institution of higher education Norte de Santander, through belief model with a view to the construction and delivery of a healthy university. **Materials and Methods**: the methodology is of a descriptive traversal type in a sample of 836 students who answered a questionnaire of 125 questions that evaluated six dimensions: severity, susceptibility, benefits, barriers, motivation and key elements for action against perceived mental health. **Results**: students in terms of vulnerability to mental health are not perceived susceptible, reason for which they engage in risky behaviors; however they have protective factors framed in motivation and the key elements for the action that facilitate the search for social and family support from a preventative level; a perceived barrier is found in the absence of policies that the context in which they operate provides. **Conclusions**: the belief model constitutes a research alternative explanation for the mental health and intervention in it that allows visualizing healthy university environments. Mental health becomes a protective factor for proper development and academic achievement.

KEY WORDS: students, psychology, mental health, public health, vulnerability.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

A saúde mental no ensino superior: uma visão de saúde pública

RESUMO

Objetivo: descrever a saúde mental dos estudantes de uma instituição de ensino superior Norte de Santander, através de modelo de crença, com vista à construção e entrega de uma universidade saudável. **Materiais e Métodos**: a metodologia é descritiva tipo transversal em uma amostra de 836 estudantes que responderam a um questionário de 125 perguntas que avaliou seis dimensões: gravidade, susceptibilidade, benefícios, barreiras, motivação e chaves para a ação contra a saúde mental percebida. **Resultados**: os alunos em termos de vulnerabilidade à saúde mental não são percebidos suscetíveis, porque eles se envolvem em comportamentos de risco; no entanto, eles têm enquadrado fatores de proteção em motivação e as chaves para a ação que facilitar a busca de apoio social e familiar a partir do nível de prevenção; uma barreira percebida é, na ausência de políticas que o contexto em que operam fornece. **Conclusões**: o modelo de crença constitui uma explicação alternativa de pesquisa para a saúde mental e intervenção em que permite visualizar ambientes universitários saudáveis. A saúde mental torna-se um fator de proteção para o desenvolvimento adequado e desempenho acadêmico.

PALAVRAS-CHAVE: estudantes, psicologia, saúde mental, saúde pública, vulnerabilidade.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

INTRODUCCIÓN

La salud mental como eje y dimensión fundamental de la salud integral ha sido definida hace varios años atrás, por múltiples autores y desde diferentes enfoques, realizando énfasis particular y específico en el ajuste y en la adaptación y haciendo complejo la utilización de uno solo de ellos. La salud mental es un estado de ajuste favorable, que presupone características mentales personales particularmente deseables (1).

Es un estado de bienestar que posibilita al individuo la consciencia plena de sus potencialidades y de sus capacidades para afrontar las situaciones de tensión que el día a día de la vida le presenta; destaca también la habilidad para trabajar de forma productiva y fructífera, contribuyendo con esto a la comunidad de la cual hace parte (2).

La salud mental posibilita el desarrollo eficaz de todas las áreas en las que el individuo se moviliza y asegura el desarrollo del ecosistema. Hace referencia también a la calidad de vida y al bienestar que el sujeto percibe y le proporciona su día a día; aquí intervienen sus creencias, sus estilos de vida, sus recursos y sus potenciales.

La salud mental positiva se define como una forma óptima de funcionamiento psicológico y una sensación general de bienestar. En cambio, la salud mental negativa incluye facetas perjudiciales como problemas de salud, psicopatología o trastornos psiquiátricos (3).

Así, el concepto de salud mental se entiende como un proceso cíclico y activo de ajuste constante, tanto de las necesidades internas como de las que el medio físico y social establece.

En Colombia se han consolidado, hasta el momento, cuatro (4) encuestas nacionales de salud mental; la primera, desarrollada en 1993, que indagó por los procesos comunicativos familiares, el establecimiento de las redes de apoyo social, los trastornos de ansiedad y depresión, el alcoholismo y los factores psicosociales, entre otros.

La segunda, implementada en 1997, se apoyó en la entrevista diagnóstica compuesta, generada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) y abordó a 15.408 personas.

La tercera, desarrollada en el año 2003 como parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental realizada por la OMS con una cobertura de 4.426 personas en un rango de edad de los 18 a los 65 años, utilizó nuevamente la entrevista diagnóstica compuesta, versión computarizada; valorando las situaciones de discapacidad y las condiciones crónicas.

La cuarta y última, generada durante el año 2015, visibiliza por primera ocasión aquellos problemas mentales que son objeto de atención social y clínica, pero aún no representan una enfermedad o trastorno mental diagnosticado y, además, aumenta el rango de edad, incluyendo el diagnóstico de niños y niñas de 7 años.

Alrededor de 400 millones de personas en el mundo presentan o han presentado alguna vez en su vida situaciones asociadas a los trastornos de salud mental (4). Es necesario comprender que la magnitud y el impacto que estas personas suponen, no se corresponde con los recursos que se dedican a su investigación y atención (5).

Debe considerarse que los trastornos mentales, como cualquier otro motivo de consulta en relación con la salud mental, aparecen a edades más tempranas que otras condiciones médicas de tipo crónico y no transmisible y, por ende, la carga de enfermedad atribuible a este tipo de eventos es considerable y requiere de acciones prioritarias de promoción y prevención (4).

Históricamente, desde 1985, con la publicación de la carta de Ottawa por parte de la OMS (6), en el tema de la promoción de la salud despertó el interés por trabajar en investigaciones que aporten en el campo del cómo se pueden acompañar las movilizaciones del comportamiento hacia estilos de vida saludables.

Las investigaciones sobre universidades como entornos saludables que permiten el desarrollo de determinantes personales cuentan con dos desarrollos de interés para esta investigación: el primero corresponde a estudios centrados en la valoración de las percepciones y vivencias de los propios

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

estudiantes universitarios y los agentes gestores; el segundo concierne a investigaciones enfocadas en los contextos universitarios que ayudan a la creación de estrategias, espacios y posibilidades a través de planes, programas y proyectos para que los estudiantes posibiliten su salud integral de forma positiva y de acuerdo a su ciclo vital, simultáneamente con su desarrollo académico.

En cuanto a las vivencias de los propios estudiantes, algunos de los factores de riesgo a los que se ven expuestos y que cobran especial importancia en esta etapa, se enmarcan dentro de prácticas sexuales sin protección, sedentarismo y malos hábitos de alimentación, entre otros, todos vinculados a estilos de vida (7).

Investigaciones españolas (8) concluyen que los estudiantes universitarios se ponen en riesgo, con facilidad, en temas de salud mental como el consumo de sustancias psicoactivas, directamente relacionadas con dificultades en las necesidades académicas, familiares y el manejo del círculo de los pares.

Un ejemplo, enfocado en los contextos universitarios, es la experiencia de una universidad colombiana en el eje cafetero que desarrolló estudios enfocados a encontrar alternativas de intervención con universitarios, convocando a profesionales de educación y salud y haciendo alianzas externas que permitieron fomentar estilos de vida saludables (9).

Otra experiencia la integra el movimiento de universidades por la salud, constituido como un proceso que impulsa el fortalecimiento de la salud escolar. Aquí se considera el bienestar universitario como el eje transversal que media todos los procesos de la vida universitaria y promueve el desarrollo y la satisfacción de todos sus actores (10).

La investigación que este artículo presenta se realiza en una universidad nortesantandereana, entendiendo la salud mental como un estado continuo que permite el reconocimiento de los potenciales individuales y, a partir de ellos, el afrontamiento diario de los diferentes estresores que cada una de las situaciones universitarias presenta.

La salud mental, para las personas que integran esta universidad, se constituye en un elemento fundamental y una inversión con alta rentabilidad que incluye dimensiones personales y sociales.

De acuerdo con esta investigación y con el modelo de creencias utilizado para la misma, los actores educativos conformados por estudiantes presentan características particulares que permiten establecer puntos de partida y realizar análisis a partir de ellos. A continuación se encuentran los principales elementos de análisis en torno a la salud mental.

Se retoma el modelo de creencias de salud, el cual intenta describir y predecir las conductas que una persona realizará si siente que con esto puede evitar un riesgo y cree que puede realizar la acción (11).

Este modelo ha sido uno de los utilizados en los diseños de investigación relacionados con los factores cognitivos que influyen en la adopción de conductas preventivas ante enfermedades y/o situaciones crónicas, puesto que propone que dichos factores cognitivos pueden o no favorecer la probabilidad de ocurrencia de una acción y/o conducta preventiva (12).

Se centra en la explicación y predicción del comportamiento preventivo en salud, tomando como base las interacciones de las creencias que tienen las personas. El modelo se extiende a las reacciones que las personas tienen frente a los síntomas de una enfermedad y/o situación y a su comportamiento en general diagnosticado, dando lugar a la adherencia al tratamiento (13).

El modelo de creencias en salud toma como referente teórico el trabajo referido a la motivación y a la percepción; a la toma de decisiones que las personas realizan frente a las situaciones de elección de alternativas, de opción comportamental con implicaciones en la salud; a la solución de problemas y a las prácticas de la salud pública (13). Pretende centrarse en las percepciones de amenazas y en los valores y creencias que permiten aumentar o disminuir dichas amenazas, lo cual está directamente relacionado con los niveles de vulnerabilidad y la severidad percibida del riesgo (14).

Específicamente, la probabilidad de que una persona adopte una conducta para prevenir una enfermedad dependerá de: (a) grado de motivación, (b) auto percepción como potencialmente vulnerable ante

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

la enfermedad, (c) percibir la condición como amenazante, (d) estar convencido de que la intervención es eficaz y (e) percepción de poca dificultad en la conducta de salud (15).

La susceptibilidad hace alusión a la opinión personal y/o percepción subjetiva que una persona puede experimentar frente al riesgo o a la vulnerabilidad que tiene de contraer y/o padecer una determinada condición de salud, enfermedad u otros acontecimientos vitales, aspectos que repercuten en la adhesión al tratamiento.

De esta forma, si la persona minimiza el riesgo propio, es decir, considera que tiene poca probabilidad de que un suceso le ocurra, es más probable que no adopte las recomendaciones que los profesionales de la salud establezcan. Contrario a esto, una susceptibilidad alta permite que el interés por el aprendizaje y desarrollo de conductas saludables aumente (16).

La edad y la experiencia propia son determinantes en la vulnerabilidad percibida (16). La edad, por ejemplo, puede llevar a muchas personas a creer que los acontecimientos negativos sólo les suceden a los demás, aumentando la ausencia de conductas preventivas. La experiencia previa incluye la experiencia personal y la experiencia vicaria que amigos y familiares puedan tener.

La severidad percibida se refiere a la opinión que la persona tiene sobre la gravedad de una afección y las secuelas que ésta puede generar (17). Hace alusión a la probabilidad de verse afectado por la enfermedad o de no recibir tratamiento; se revisa la gravedad clínica, impacto sobre la propia apariencia, efectos sobre el trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales (11).

Los beneficios percibidos se constituyen en la estimación que el individuo tiene de los aportes que obtendría realizando la acción saludable frente a los costes o barreras que se impliquen en ellos; la dirección de la acción se ve influenciada por la efectividad que el sujeto considera tendrá la acción empleada para minimizar la amenaza (11).

Las barreras percibidas se refieren a los costos tangibles y psicológicos que la acción sugerida puede presentar en virtud de la oposición a la ejecución de la conducta en cuestión. Así, un individuo puede considerar un determinado curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud pero, al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o dolorosos (18).

Las claves para la acción se constituyen en aquellas estrategias que permiten que el sujeto comprenda la forma en la que debe desarrollar las acciones, el curso, el procedimiento y/o el camino que debe recorrer para implementar y desarrollar las conductas y/o comportamientos saludables a partir de la toma de decisiones (18).

En el ámbito de la salud, estas claves pueden ser internas o externas. La intensidad necesaria de una de estas claves para desencadenar la conducta puede variar de sujeto a sujeto, e incluso en el mismo sujeto dependiendo de sus niveles de susceptibilidad y del grado de severidad percibido (18).

La Motivación hacia la Salud es una dimensión importante para el inicio, desarrollo y mantenimiento de conductas y acciones saludables. En ella tienen lugar procesos cognitivos y psicológicos que determinan, en una situación específica, la fuerza y la dirección de las acciones (11).

MATERIALES Y MÉTODOS

La metodología utilizada fue descriptiva, exploratoria y transversal. Los participantes pertenecían a todas las facultades de la institución de educación superior, a quienes se les abordó en salones de clase y espacios al aire libre, teniendo en cuenta la aprobación del Comité de Ética de la Universidad y aplicándose un consentimiento informado, de acuerdo con las normas de la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (ASCOFAPSI).

El tipo de muestreo en voluntario es intencional, el cual sobrepasó la formula estipulada.

Para el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Nz^2pq}{(N-1)E^2 + z^2pq}$$

En donde:

N: Número total de estudiantes presenciales en la

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

sede central de la Universidad (N=8360 en el segundo semestre de 2013)
p: Probabilidad de elegir un estudiante aleatoriamente (p=0,5)
q: Probabilidad complementaria a p (q=1-p; q=1-0,5=0,5)
E: Error de estimación (E=6,24 %)
z: Depende del coeficiente de confianza (95 %); (z=1,96).

Al sustituir los valores anteriores en la expresión para el tamaño de muestra se obtiene que ésta debe ser como mínimo de 368 estudiantes para el caso de la investigación, la cual contó con 836 participantes voluntarios o intencionales. Esto minimizó el error de estimación y confirió a los resultados una mayor representación. La muestra correspondió a un 75 % de adultos jóvenes, un 18 % de adolescentes y un aproximado de 7 % de adultos medios, de diversas procedencias.

El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Evaluación Integral de la salud mental para estudiantes, el cual fue creado para población estudiantil y constó de un aproximado de 206 preguntas. La validez y la confiabilidad del instrumento se obtuvieron a través de 5 evaluaciones de juicio de expertos y 9 pruebas piloto, las cuales se distribuyeron en tres momentos hasta finalizar con la consolidación del instrumento utilizado. Los resultados obtenidos con la aplicación de la prueba piloto permitieron ajustar el lenguaje del instrumento y la compilación de las categorías de evaluación en un número menor de reactivos, quedando finalmente una prueba con 125 ítems. Su aplicación fue manual, en espacios individuales y colectivos.

El instrumento contó con varias escalas de valoración. Algunas preguntas fueron realizadas de forma abierta y recibieron un análisis categorial, con sus respectivas unidades de análisis. Estas clasificaciones fueron avaladas por tres investigadores, de forma particular, hasta llegar a la clasificación final de dichas categorías. Otras preguntas se construyeron mediante una escala tipo Likert, con 5 opciones de respuesta enfocadas a dos de carácter favorable, dos de carácter desfavorable y una neutral.

Metodológicamente, se llevó en cada proceso diario de campo y registros, los cuales se diligenciaron de forma escrita con cada uno de los participantes e inmediatamente, de forma verbal, se leyeron las instrucciones de los mismos, donde se especificaba que el estudio era voluntario, que los resultados eran de carácter general y no particular, sólo con fines investigativos y explicando el objetivo de la investigación.

La información recolectada se analizó a través del paquete estadístico SPSS versión 20 y, de acuerdo con estas clasificaciones, se realizó una descripción porcentual de cada una de las dimensiones, teniendo en cuenta el modelo de creencias en salud junto con una descripción narrativa e interpretativa de las diferentes tablas que permitieron el diagnóstico inicial.

Los resultados hacen parte de un macroproyecto de investigación que abordó también población docente y administrativa de una institución de educación superior; que contó con el aval institucional a través de la Vicerrectoría de Investigaciones, la cual autorizó el permiso para su desarrollo. Los propósitos y la metodología a utilizar cuentan con el aval dado por el Comité de Ética e Impacto Ambiental de la institución, con acta 004 del 24 de septiembre del año 2013.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir la salud mental de los estudiantes de una institución de educación superior de Norte de Santander, utilizando las dimensiones del modelo de creencias en salud, que permita, a futuro, la construcción de políticas encaminadas a la consolidación de una universidad saludable.

Objetivos específicos

- Analizar el grado de severidad y susceptibilidad percibida sobre los aspectos de la salud mental de los estudiantes, desde el modelo de creencias.
- Determinar los beneficios y barreras percibidos por los estudiantes para su salud mental, desde el modelo de creencias.
- Visualizar la motivación y las claves para la acción que presentan los estudiantes, para el mantenimiento de su salud mental.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

RESULTADOS

La recolección de los datos se realizó durante el año 2013; las limitaciones estuvieron enfocadas en la temática y su intimidad, al ser un tema de difícil acceso y que representa, en ciertos sujetos, confrontación con las realidades propias del ser humano.

La muestra representativa contó con un 42,2 % de hombres y un 57,8 % de mujeres; el 75 % estuvo representado en adultos jóvenes, 18.2 % adolescentes y el 6.8 % adultos medios. El estado civil del 86,4 % de los encuestados fue soltero, el 8.3 % convivía con su pareja y el 1.4 % era casado. La religión predominante fue la católica (69,6 %), seguida del cristianismo (15.6 %). El 6.5 % refirió no tener religión, el 3.5 % no sabe no responde y los demás de diferentes religiones. El 30 % de los estudiantes manifestó que vivía con su familia, el 20.2 % vivía solo él con compañeros de estudio, el 9.1 % con personas de su lugar de origen, el 7.7 % con otros familiares y el 7.3 % con su pareja.

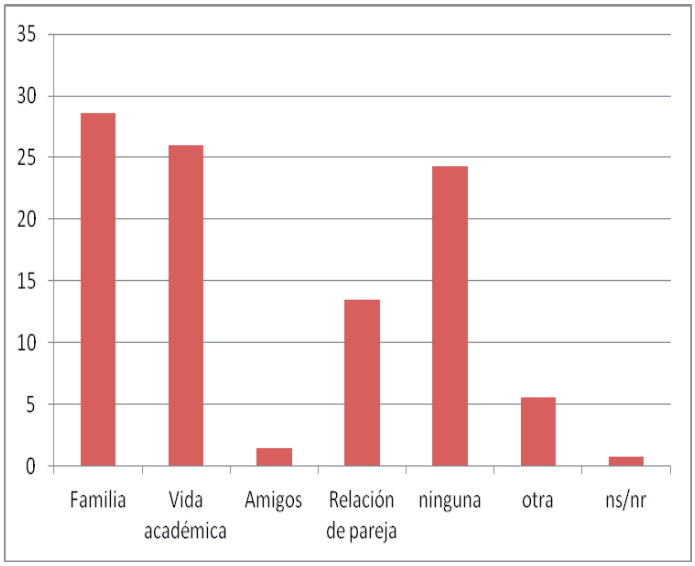
Respecto a su nivel socioeconómico, el 36,4 % pertenecía al estrato dos, el 35,6 % manifestó pertenecer al estrato uno, el 22,8 % al estrato tres, el 4.7 % al estrato cuatro y menos del 1 % al estrato cinco y seis.

Severidad percibida

En cuanto a la salud mental de los estudiantes de la institución de educación superior, en la categoría de severidad percibida se observa que los problemas psicológicos afectan bastante la vida cotidiana de los estudiantes (46,7 %) y mucho (33 %). Lo que más afecta su salud mental es la familia, en primer lugar, y la vida académica, en segundo aspecto; un porcentaje medio mencionó que ninguna situación le afecta y un pequeño porcentaje opinó que su relación de pareja y los amigos.

A continuación se presenta la Figura 1, que contiene los resultados obtenidos respecto a la dimensión severidad percibida por los estudiantes en cuanto a su salud mental.

Figura 1. Análisis parcial dimensión severidad percibida estudiantes universitarios.



Fuente: Encuesta estudiantes evaluación integral de la salud mental, 2013.

Cuando los estudiantes ven afectada su salud mental, el 44.5 % considera que algunas veces ha perdido el control en ciertas situaciones, seguido de un 23.8 % que considera que casi nunca.

Es de resaltar que existe un número de estudiantes que reportó que casi siempre pierde el control, aunque no llega a ser el 13 %, acompañado de un 4.9 % que refirió que siempre pierde el control en ciertas

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

situaciones, ya que estos dos últimos, en frecuencia, dan un significante considerable.

La mayoría de los estudiantes (67,2 %) está totalmente de acuerdo en que, al consumir sustancias psicoactivas, se puede generar adicción a ellas. Un aproximado de 30 % de estudiantes no percibe la severidad de que el consumir sustancias psicoactivas puede generar adicción.

Respecto al deterioro físico producto de un problema de salud mental, la mayoría se encuentra enmarcada en que nunca se les ha presentado deterioros físicos que sean producto de un problema de salud mental. Sin embargo, algunos reconocen haber presentado esta situación.

Susceptibilidad percibida

A este respecto, los estudiantes perciben que su estado de salud mental es el resultado de la estabilidad afectivo-emocional (39,1 %), los hábitos (26,1 %) y su autoestima (21,3 %). En una menor medida se encuentran los aspectos del estado físico (6,1 %) y la economía (4,7 %).

Igualmente, perciben que la frecuencia con la que se ha presentado una situación que afecte su salud mental es: nunca la ha presentado (37,7 %), algunas veces se ha presentado (32,1 %), seguido del casi nunca (21,9 %). Es de resaltar que el 8 % opina que casi siempre o siempre la presenta.

Respecto a la posibilidad de presentar un problema de salud mental, la mayoría de la población estudiantil (72 %) considera que es muy baja o baja. Un porcentaje significativo de estudiantes percibe vulnerabilidad de presentar un problema de salud mental en las opciones muy alta, alta y medianamente (24,1 %), quedando un 4 % que no sabe o no responde.

Al preguntar a los estudiantes si el estrés afecta su salud mental, la mayoría de las respuestas se encuentra en las opciones siempre, casi siempre y algunas veces (78,5 %). Una minoría no considera que el estrés afecte su salud mental, junto con no sabe o no responde con un 21,5 %.

La percepción individual de su estado de salud mental se encuentra entre satisfactorio y muy satisfactorio. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que hay un promedio de 11 % de estudiantes que no considera que su estado de salud mental sea satisfactorio.

Los estudiantes perciben que pueden estar en riesgo respecto de su salud mental, por lo que se consideran vulnerables a situaciones específicas como el estrés, las dificultades afectivo-emocionales, los malos hábitos y el manejo de su autoestima.

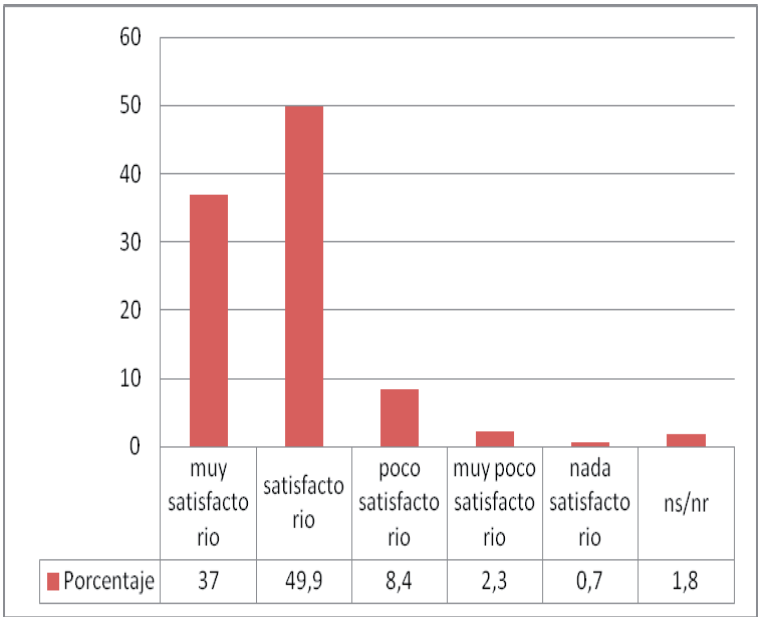
Aunque se creen vulnerables, el reconocimiento de presentar situaciones que no les permitan una buena salud mental es bajo, lo que es coherente con sus altos niveles de satisfacción respecto a su actual estado de salud mental.

La Figura 2 presenta los resultados parciales obtenidos en la dimensión susceptibilidad percibida por los estudiantes en cuanto a su salud mental.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Figura 2. Análisis parcial dimensión susceptibilidad percibida estudiantes universitarios.



Fuente: Encuesta estudiantes evaluación integral de la salud mental, 2013.

Beneficios percibidos

Con relación a los beneficios percibidos, el 33.6 % de los estudiantes cree en el apoyo que le pueda dar un profesional de la salud mental y si presentara una situación de amenaza por un trastorno de salud mental seguiría, en su mayoría, las recomendaciones que el psicólogo hiciera, percibiendo como beneficioso seguir un tratamiento cuando se requiere.

Sin embargo, existe una frecuencia de estudiantes que considera que este apoyo no es necesario. La gran mayoría percibe que las relaciones entre un profesional de la salud mental y el consultante deben ser adecuadas.

Los estudiantes interpretan que siempre cuentan con apoyo al tener un problema psicológico. La familia se considera como el principal apoyo emocional al presentarse un problema psicológico (82,9 %), seguida de los amigos (10,2 %). Al mismo tiempo, consideran que si presentara alguna enfermedad psicológica, se la tratarían.

El 74.4 % de los estudiantes no consume medicamentos sin prescripción médica y considera que el consumo de sustancias como cafeína, cigarrillos, alcohol, marihuana, cocaína y otras no ayuda a disminuir la ansiedad. Sin embargo, es importante atender el porcentaje de la población que sí lo hace y sí lo percibe.

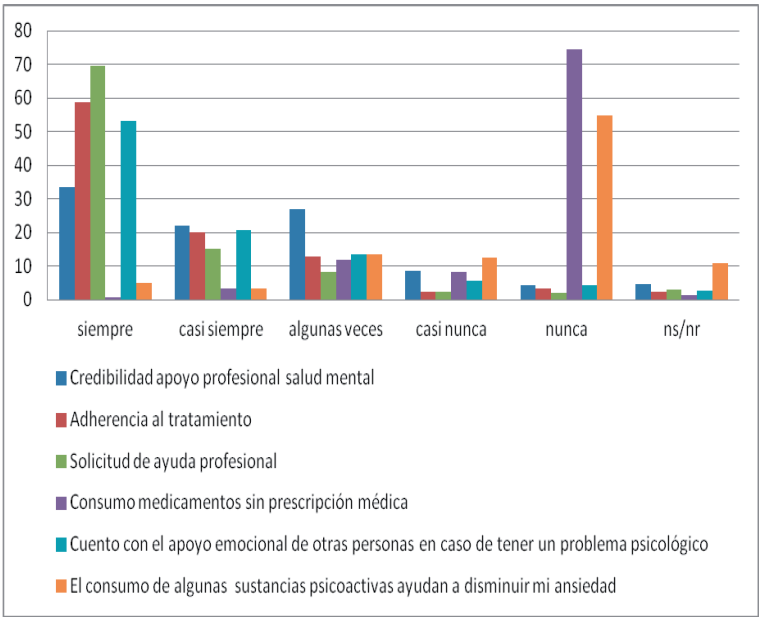
Las creencias de los estudiantes en cuanto a la efectividad de los servicios psicológicos poseen un alto porcentaje de favorabilidad, puesto que reconocen el beneficio de seguir sus acciones y sus recomendaciones.

No obstante, es necesario atender a la población que, aunque es mínima, no lo considera necesario, además de seguir atendiendo a la población que sí lo considera, ya que casi un 16 % de los estudiantes reporta el consumo de medicamentos sin prescripción médica y el 22 % considera que el consumo de sustancias psicoactivas ayuda a disminuir la ansiedad.

De forma gráfica se muestran los beneficios percibidos por los estudiantes en cuanto a su salud mental, en la Figura 3.

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Figura 3. Análisis parcial dimensión beneficios percibidas estudiantes universitarios.



Fuente: Encuesta estudiantes evaluación integral de la salud mental, 2013.

Barreras percibidas

Dentro de las barreras percibidas por los estudiantes para su salud mental, existen diversidad de opiniones frente a la facilidad para acceder a un profesional de la salud mental: el porcentaje del 28.5 % se encuentra en la opción de algunas veces. Esto puede ser analizado desde variables como la Entidad Promotora de Salud (EPS) de afiliación, la facilidad que brinda para la consulta y el contexto cultural, entre otros aspectos. Casi un 30 % considera que nunca o casi nunca tiene facilidad de acceder a un profesional de la salud mental, percibiendo una barrera. Si bien es cierto que los estudiantes consideran la necesidad de acudir al psicólogo, el poder hacerlo se convierte en la barrera más importante.

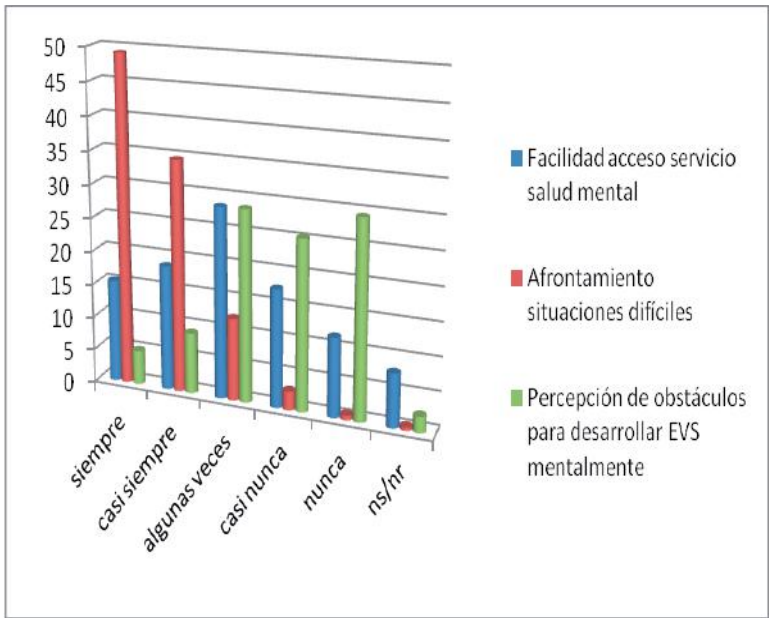
Respecto al afrontamiento de las situaciones difíciles a nivel personal, el 49.2 % y el 34.6 % de la población se enmarca en el siempre y el casi siempre. Frente a las barreras percibidas es claro que tienen mayor peso las externas y contextuales que las internas e individuales, lo cual resulta coherente con la susceptibilidad percibida.

Las opiniones están divididas entre los obstáculos percibidos para el mantenimiento de estilos de vida saludable frente a la salud mental. La frecuencia del 29.4 % y el 25.4 % se encuentra en el nunca y casi nunca perciben obstáculos, seguido del algunas veces, casi siempre y siempre, lo cual hace necesaria una intervención integral desde la psicología de la salud para el manejo de estos obstáculos. La Figura 4 muestra las barreras percibidas por los estudiantes en cuanto a su salud mental.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Figura 4. Análisis parcial dimensión barreras percibidas estudiantes universitarios.



Fuente: Encuesta estudiantes evaluación integral de la salud mental, 2013.

Motivación para la salud

En cuanto a la motivación para la salud, los estudiantes perciben, en un 38.9 %, que tienen la capacidad para disminuir los riesgos de tener dificultades psicológicas, asumiendo comportamientos saludables, para lo cual realizan actividades de disfrute y bienestar, seguidas de actividades de autoestima y fortalecimiento de la comunicación, actividades para acrecentar la actividad afectivo-emocional y para la toma de decisiones, entre otras.

Existe un porcentaje de estudiantes del 21.6 % que percibe que casi nunca o nunca tiene la capacidad para disminuir el riesgo de dificultades psicológicas asumiendo comportamientos saludables.

Dentro de los procesos autorregulatorios de la motivación intrínseca de los estudiantes se encuentra la capacidad de poder disminuir el riesgo a través de comportamientos saludables, con elementos que incluyen el balance y potencial de la salud, encontrándose actividades internas y externas para el desarrollo de estilos de vida saludables.

Claves para la acción

En la categoría de claves para la acción, al indagar por la posibilidad de utilizar estrategias (notas, alarmas, una persona cercana) para recordar la cita psicológica en el momento de acudir al psicólogo, las percepciones de los estudiantes se encuentran en un porcentaje similar entre no hacerlo y hacerlo (19.4 % algunas veces, 15.8 % siempre y 14.4 % casi siempre.)

Por otra parte, existe un porcentaje de estudiantes (8,4 %) que no sólo se perciben vulnerables, sino que se perciben con una salud mental poco satisfactoria y no adecuada, aspecto que debe ser tenido en cuenta para el diseño y ejecución de un programa de intervención.

Consideran también, en un porcentaje del 37.1 %, que los medios de comunicación ayudan en el proceso de prevención de los problemas que a nivel de salud mental pueden presentarse, encontrando en ellos claves externas que pueden ser herramientas imprescindibles para la salud mental.

Es importante tener en cuenta el porcentaje

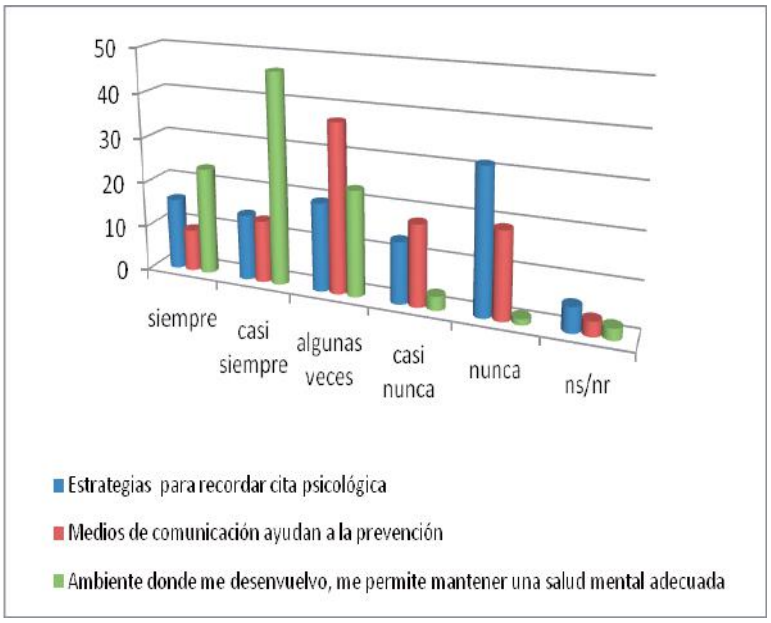
REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

aproximado de 37 % de estudiantes que percibe que los medios de comunicación casi nunca y nunca ayudan en el proceso de la prevención, con el propósito de establecer acciones que permitan la consolidación de estas estrategias como positivas y/o la necesidad de utilizar otro tipo de claves para empoderar a las personas en el proceso de prevención de todo aquello que afecte su salud mental.

Es relevante mencionar que, en su gran mayoría (70.1 %), los estudiantes perciben que el ambiente donde se desenvuelven de forma general es una clave esencial que les permite mantener una salud mental adecuada. Sin embargo, un porcentaje menor considera que el ambiente actual no les permite mantener una salud mental adecuada.

Los resultados parciales de la dimensión claves para la acción de los estudiantes de la muestra respecto su salud mental, se pueden apreciar en la Figura 5.

Figura 5. Análisis parcial dimensión claves para la acción estudiantes universitarios.



Fuente: Encuesta estudiantes evaluación integral de la salud mental, 2013.

DISCUSIÓN

La salud mental de los estudiantes universitarios es la base fundamental para su rendimiento académico y, por tanto, debe ser factor clave en las políticas y lineamientos de las universidades saludables (15).

El número de jóvenes estudiantes de educación superior con trastornos mentales ha ido aumentando progresivamente y presenta graves problemas psicológicos, como lo demuestra el reporte de estudiantes que buscan ayuda en los servicios que ofrecen las instituciones (19).

Fue significativo el descubrir cómo el modelo de creencias, desde sus diferentes referentes teóricos, es una herramienta fundamental que ayuda a la caracterización de la salud mental en estudiantes universitarios.

Existe un trabajo implícito que se llevó a cabo en esta investigación, que cabe resaltar y tiene que ver con la interdisciplinariedad del equipo general de investigación en el Grupo de Investigación Psicología y Sociedad, dando una mirada desde diferentes disciplinas de la salud y la educación, aspecto relevante en el trabajo en salud pública.

El quehacer desde la psicología de la salud debe cuestionarse hacia la necesidad de abordar las percepciones respecto a la gravedad que el sujeto pueda tener del estado de salud. Es de resaltar que en esta muestra poblacional se evidencio un porcentaje (29.4 %) de estudiantes que no percibe ninguna

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

afectación frente a las situaciones del contexto respecto a su salud mental.

Es fundamental trabajar desde movilizaciones y sensibilizaciones, puesto que los resultados apuntan a la necesidad de desarrollar programas de promoción, mantenimiento y acrecentamiento de la salud mental, teniendo en cuenta los altos porcentajes de estudiantes que sí perciben la afectación de ésta, lo que prevé una necesidad de acompañamiento psicológico constante.

Por otra parte, sí existe una porción de estudiantes (11.4 %) que no sólo se percibe vulnerable, sino que se percibe con una salud mental poco satisfactoria y no adecuada, aspecto que debe ser tenido en cuenta para el diseño y ejecución de un programa de intervención. Este factor apoya lo encontrado en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM), respecto a los problemas mentales de la población colombiana, donde se recomienda visibilizar los problemas mentales como prioritarios, fortalecer las capacidades para detección de problemas mentales en los entornos en niños (problemas de aprendizaje), adolescentes (ansiedad, dificultades en el hábito de comer) y adultos (consecuencias psicológicas de eventos traumáticos), y remisión a los servicios de salud (20).

Es relevante el porcentaje de estudiantes que considera que las sustancias psicoactivas ayudan a disminuir la ansiedad; si bien no es un porcentaje grande, sí se debe tener en cuenta para la prevención y manejo del consumo.

Un aproximado del 30 % de estudiantes no percibe la severidad de que, al consumir sustancias psicoactivas, se genere adicción. Esto puede significar un alto riesgo para el consumo de las mismas, para lo cual es recomendable tener en cuenta lo afirmado por la ENSM (2015) sobre la necesidad de trabajar en la detección temprana y atención oportuna de consumo de alcohol y otras drogas (20).

También se evidenció un porcentaje de estudiantes (39.1 %) que considera que el ambiente actual no le permite mantener una salud mental adecuada, situación importante de abordar desde las áreas de la salud pública, con el propósito de ajustar el medio a las necesidades de la población.

Lo anterior refuerza lo contenido en el nuevo concepto de salud, donde se destaca que no solamente son los comportamientos que las personas realizan los promotores de la enfermedad, sino que pone el acento, además, en el ambiente (21).

Los resultados aquí encontrados son paralelos a investigaciones (22) que establecen la relevancia y la afectación del estrés en los jóvenes universitarios, debido a la responsabilidad que tienen sobre su salud, la vida académica y la situación financiera. Por lo tanto, los años de la universidad se aceptan como unos de los más estresantes al relacionar rendimiento académico, salud mental y desarrollo profesional (22).

De esta forma, las instituciones de educación superior suelen ser consideradas como espacios de encuentro que generan niveles altos de estrés, puesto que los estudiantes deben enfrentarse, de forma cotidiana, con una serie de demandas que, cognitivamente hablando, consideran como estresantes y que al ser prolongadas y constantes pueden convertirse en enfermedades de salud mental (23).

Los resultados encontrados en este estudio apoyan otras investigaciones recientes como la ENSM (4, 20) sobre la necesidad de planificar estudios nacionales de prevalencia y una juiciosa revisión de las políticas en salud pública, haciendo necesaria la inclusión de eventos en salud mental como de intervención prioritaria.

Desde las instituciones de educación superior, la responsabilidad sobre la salud mental de los estudiantes es factor fundamental para el diseño y manejo de estas políticas que redundarán no sólo en estudiantes comprometidos con su carrera, sino, más adelante, en profesionales responsables y adaptados a su medio social y laboral.

Es este un paso para la implementación de la universidad saludable (15), puesto que “el desarrollo de una cultura real a nivel universitario, exige voluntad política institucional que se traduzca en la formulación de disposiciones que garanticen sostenibilidad de los procesos, el desarrollo de estructuras y programas de Universidades Promotoras de Salud, con talento humano cualificado y recursos financieros que garanticen la sistematización y permanencia de las acciones”.

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

De otro lado, este estudio apoya lo afirmado acerca de que la promoción de la salud, además de lo personal y lo conductual, tiene en cuenta como estrategia más global para su aplicación y difusión cinco componentes básicos interrelacionados entre sí: la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud (24).

La preocupación por la salud mental de los estudiantes universitarios se da a nivel mundial y evidencia que, a pesar de que se están empezando a entender algunas de las barreras sociales y facilitadores para ayudar a la búsqueda de las soluciones de las dificultades de salud mental entre los estudiantes universitarios, hay una sorprendente falta de pruebas sobre cómo las intervenciones a nivel de la escuela, las políticas y los recursos afectan la búsqueda de ayuda (25).

El modelo de creencias se convierte en una alternativa viable para hablar de estilos de vida saludables y conductas de prevención frente al riesgo, su dimensión motivación es fundamental para asumir y mantener conductas saludables (26) acompañadas de información previa sobre la forma de prevenir el riesgo y disminuir, de esta manera, la susceptibilidad y vulnerabilidad junto a la gravedad de las consecuencias de la conducta de riesgo.

Investigaciones paralelas concluyen, en cuanto a la susceptibilidad percibida, que la población universitaria considera mínima la posibilidad de estar en riesgo (27), convirtiéndose en una población vulnerable que asume comportamientos de riesgo con facilidad, lo cual se confirma en los resultados de esta investigación, a partir de las dos categorías del modelo de creencias de gravedad percibida y susceptibilidad percibida.

El interés por trabajar los aspectos contextuales y específicamente las políticas de las instituciones de educación superior ha ido en aumento durante las últimas dos décadas; estudios sobre salud mental y salud sexual y reproductiva aportan al desarrollo de estos entes en Norte de Santander, centrando sus esfuerzos en las actitudes sexuales de adolescentes universitarios, asunto que se ve reflejado directamente en la salud mental positiva, haciendo referencia a las actitudes, a las posturas liberales o conservadoras y a los riesgos que se asumen (28).

En la misma línea, la salud sexual aporta a la salud mental de forma integral desde el aprendizaje, frente a la comunicación y resolución de conflictos en la vida universitaria, a través del ejercicio de roles y poderes (29) que permiten el desarrollo académico integral de estudiantes universitarios.

Por tanto, la relevancia de esta investigación es fundamental para el progreso en el cubrimiento de la salud mental de los estudiantes universitarios en Colombia a futuro y aporta significativamente como un campo de acción donde el plan decenal de salud pública anuda esfuerzos en su línea de salud mental (30).

CONCLUSIONES

En cuanto a la salud mental de los estudiantes, en la categoría de severidad percibida, se observa que los problemas psicológicos afectan bastante la vida cotidiana de ellos, siendo la familia y la vida académica lo que más inquieta su salud mental; perdiendo el control algunas veces cuando sienten que su salud mental está siendo afectada. Por otro lado, aunque perciben la amenaza que representan las sustancias psicoactivas, el 30% de estudiantes no percibe la severidad de que el consumir sustancias psicoactivas puede generar adicción.

Respecto a la susceptibilidad percibida, los estudiantes aprecian que su estado de salud mental es el resultado de la estabilidad afectivo-emocional, los hábitos y su autoestima. Aproximadamente un 8 % de la población ha presentado situaciones que afectan su salud mental. Así mismo, aunque se creen vulnerables, el reconocimiento de presentar situaciones que no permitan una buena salud mental es bajo, lo que es coherente con sus altos niveles de satisfacción respecto a su actual estado de salud mental.

Dentro de las barreras percibidas por los estudiantes para su salud mental se encuentra la facilidad para acceder a un profesional de la salud mental. Casi un 30 % considera que nunca o casi nunca tiene facilidad para acceder a un profesional. Si bien es cierto que

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

los estudiantes consideran la necesidad de acudir al psicólogo, el poder hacerlo se convierte en la barrera más importante. Frente a las barreras percibidas es claro que tienen mayor peso las externas y contextuales que las internas e individuales.

Dentro de los procesos autorregulatorios de la motivación intrínseca de los estudiantes, se encuentra la capacidad de poder disminuir el riesgo a través de comportamientos saludables, con elementos que involucran el balance y potencial de la salud, encontrándose actividades internas y externas para el desarrollo de estilos de vida saludables.

En la categoría de claves para la acción se observa una percepción de vulnerabilidad, aspecto que debe ser tenido en cuenta para el diseño y ejecución de un programa de intervención. Es primordial reconocer el papel fundamental que juegan los medios de comunicación al ser asumidos como claves externas y herramientas para la salud mental, así como el ambiente como clave para mantener una salud mental adecuada.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Merani A. Diccionario de psicología. Tratados y Manuales. México: Grijalbo; 1986. p. 146.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. ISBN 978 92 4 350602 9. [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado 9 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
3. Schönfeld P, Brailovskaia J, Bieda A, Xiao Chi Zhang, Margraf J. Efectos del estrés cotidiano en la salud mental positiva y negativa: mediación de la autoeficacia. International. Journal of Clinical and Health Psychology 2016; 1:1-10.
4. Díaz-Sotelo OD. Prevalencia de los Diagnósticos de Salud mental en Colombia: Análisis de los registros del sistema Integral de información de la Protección Social - SISPRO. Cuadernos Hispanooamericanos de Psicología 2015; 14(2):65-74.
5. Tortella-Feliu M, Baños R, Barrantes N, Botella C, Fernández-Aranda F, García-Campayo J, et al. Retos de la investigación psicológica en salud mental. Clínica y Salud [Internet]. 2016 [consultado 8 de marzo de 2016];27(1):37-43. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.02.001
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ottawa: OMS; 1986.
7. Bastías-Arriagada EM, Stiepovich-Bertoni J. Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. Cienc. enferm. [Internet]. 2014 [consultado 8 de marzo de 2016]; 20(2):93-101. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200010&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000200010
8. Páez-Cala ML. Universidades saludables: los jóvenes y la salud. Revista Archivos de Medicina (Col) 2012; 12 (2): 201-220.
9. Yepes S. Universidad que promueve la salud: una propuesta para construir un reto posible hacia la formación integral de jóvenes universitarias. Revista Electrónica de Educación y Psicología 2007; 3(5): 1-13
10. Molerio O, Pedraza L, Herrera L. Universidades por la salud: experiencias desde la implementación de un centro de bienestar universitario. Revista Congreso Universidad [Internet]. 2015 [consultado 8 de marzo de 2016]; IV (1):45-57. Disponible en: http://www.congresouniversidad.cu/revista/index.php/congresouniversidad/article/view/1107/555
11. Ortego-Maté MC, López-González S, Álvarez-Trigueros ML. La vulnerabilidad percibida. Open Curse Ware (Aula Virtual) [Internet]. España: Universidad de Cantabria; 2014 [consultado 4 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.5.2.4-la-vulnerabilidad-percibida
12. Pérez E, Bautista S. Susceptibilidad percibida de Diabetes Mellitus en adultos no diagnosticados. Revista Psicologia Cientifica.com [Internet]. 2008 [29 de agosto de 2014]; 17). Disponible en: http://www.psicologiacientifica.com/diabetes-mellitus-susceptibilidad-percibida
13. Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2001 [consultado 29 agosto de 2014]; 19(1): 91-101. Disponible en: http://www.fundacionfes.org/attachments/185_Creencias%20en%20salud.pdf
14. Flórez L. Psicología social de la salud: promoción y prevención. Colombia: Manual Moderno; 2007.
15. Granados MC. Unidos fortaleciéndonos como una Universidad promotora de Salud. Los Diez primeros años del proceso. [Internet]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2013 [consultado 2 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/documents/245769/305029/Publicacion+conmemorativa.pdf/be4b1643-7288-49bf-9674-3a12a22faccc
16. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Rev Méd [Internet]. 2007 [consultado 29 de agosto de 2014]; 135: 647-652. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf
17. Becerra-Heraud S. Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. Revista de Psicología [Internet]. 2013 [consultado 8 de marzo de 2016]; 31(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472013000200006&script=sci_arttext
18. León S, Medina S, Barriga A, Ballesteros I, Herrera. Psicología de la salud y calidad de vida. [Internet]. Barcelona: Editorial UOC; 2004 [consultado 3 de febrero de 2016]. Disponible en: http://books.google.com.co/books?id=esM3UUnq9kcC&pg=PA64&lpg=PA64&dq=susceptibilidad+percibida&source=bl&ots=YClguR7Fsz&sig=m9icoPQczU813km94bBQJpPJEyw&hl=es&sa=X&ei=iHlfVICdEcqqgwSCsISoDw&ved=0CDEQ6AEwAw#v=onepage&q=susceptibilidad%20percibida&f=false
19. Sarmiento M. A mental health Profile of Higher Education Students. Procedia - Social and Behavioral

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Sciences. [Internet]. 2015 [consultado 2 de febrero de 2016]; 191: 12-20. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1877042815028669/1-s2.0-S1877042815028669-main.pdf?_tid=dbc4ba7c-f104-11e5-bb6c-00000aab0f01&acdnat=1458744067_595d5aa4d4199d33e27732de3fccfba9

20. Ministerio de Protección Social. Colciencias. Pontificia Universidad Javeriana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. [Internet]. Bogotá: Minsalud, Colciencias; 2015 [consultado 2 de febrero de 2016]. Disponible en: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf

21. Páez R, Ubillos L, Pizarro P, León M. Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del SIDA. Rev. de Psicol Gral. y Aplic. 1994; 47(2): 141-149.

22. Civitci A. Perceived Stress and Life Satisfaction in College Students: Belonging and Extracurricular Participation as Moderators. Procedia - Social and Behavioral Sciences. [Internet]. 2015 [consultado 4 de marzo de 2016]; 205:271-281. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1877042815050958/1-s2.0-S1877042815050958-main.pdf?_tid=643eca5c-f11c-11e5-8f1a-00000aab0f6c&acdnat=1458754174_b10d10bbad10d9a643dc3af0daf70226

23. Rosales Y, Rosales F. Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio. Salud Ment 2013; 36(4): 337-345.

24. Giraldo A. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Revista Hacia la Promoción de la Salud 2010; 15(1):128-143.

25. Hunt J, Eisenberg D. Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students., Journal of Adolescent Health [Internet]. 2010 [consultado 4 de marzo de 2016]; 46:3-10. Disponible en: http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(09)00340-1/pdf

26. Rodríguez J. Manual de psicología social de la salud. Madrid: Síntesis; 2008.

27. Ribeiro-Rodrigues ES, Cheik NC, Mayer AF. Nivel de atividad física e tabagismo em universitarios. Rev Saúde Pública 2008; 42(4): 672-678.

28. Zambrano-Plata GE, Toscano-Moros JP, Gil-Marles J. Actitudes sexuales en adolescentes estudiantes universitarios. Rev. cienc. cuidad. 2015; 12(1): 93-104.

29. Villamizar D, Mogollón O. Intervención en estudiantes universitarios: una experiencia investigativa y propositiva en relaciones de pareja. Pamplona: Editorial Universidad de Pamplona; 2014.

30. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública 2012-2021. [Internet]. Bogotá: Minprotección; 2013 [consultado 9 de noviembre de 2014]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Estrategias del plan nacional de control del cáncer y participación comunitaria

Herlinda Torres-Nieto*

Recibido:
16 de Febrero de 2016

Aceptado por pares: 2 de Marzo de 2016

Aprobado:
27 de Abril de 2016

RESUMEN

Introducción: el cáncer, enfermedad crónica de origen multifactorial no transmisible, se ha convertido en un problema de salud pública, lo que implica abordarlo desde los cambios sociodemográficos de la población y los determinantes sociales de la salud, para implementar estrategias de prevención primaria e intervenciones oportunas y coordinadas a nivel político, servicios de salud, con movilización social y participación comunitaria. **Metodología**: se realizó una revisión sistemática de 50 artículos científicos, documentos de normatividad y diferentes publicaciones acerca de los planes de control del cáncer a nivel mundial y regional, en el periodo del año 2010 al 2015. Las bases de datos utilizadas, Proquest, LILACS, los índices bibliográficos Scielo y la Biblioteca Virtual en Salud. Las palabras clave utilizadas fueron: cáncer, factores de riesgo y prevención primaria. **Resultados**: los planes de control de cáncer buscan integrar los sistemas de salud existentes para aplicar estrategias en forma transversal, tanto de prevención primaria como de tratamiento del cáncer. **Conclusión**: la promoción de la salud constituye una estrategia de difusión y de educación para la comunidad en general. Las organizaciones que apoyan a los pacientes con cáncer realizan una labor significativa, porque logran una movilización social importante frente a esta problemática de salud pública.

PALABRAS CLAVE: cáncer, enfermedad, promoción de la salud**.

* Enfermera. Magister en Salud Pública y Desarrollo Social. Docente. Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá D.C., Colombia. Correo electrónico: hetorres3@areandina.edu.co

**Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en la página http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm de la Biblioteca virtual en salud del proyecto BIREME, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de Salud.

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo
Torres-Nieto H. Estrategias del plan nacional de control del cáncer y participación comunitaria. Rev. cienc. cuidad. 2016; 13(1): 121-137.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

National plan strategies for cancer control plan and community participation

ABSTRACT

Introduction: cancer, chronic noncommunicable multifactorial originating, has become a public health problem, which implies approaching it from the socio-demographic changes in population and social determinants of health, to implement primary prevention strategies and interventions timely and politically coordinated, health services with social mobilization and community participation. **Methodology**: a systematic review of 50 scientific articles, papers of regulations and different publications about cancer control plans at global and regional level in the period from 2010 to 2015 was conducted. Databases used, Proquest, LILACS, bibliographic indexes Scielo and Virtual Health Library. The keywords used were: cancer, risk factors and primary prevention. **Results**: cancer control plans, seek to integrate existing health systems, to implement strategies transversely both in primary prevention and treatment of cancer. **Conclusion**: health promotion is a strategy of outreach and education for the community in general. The organizations that support cancer patients, performs significant work, because they manage a major social mobilization against this public health problem.

KEY WORDS: cancer, disease, health promotion.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Estratégias plano nacional de controlo do cancro e de participação comunitária

RESUMO

Introdução: câncer, origem multifatorial crônicas não transmissíveis, tornou-se um problema de saúde pública, o que implica abordá-lo a partir das mudanças sócio-demográficas da população e os determinantes sociais da saúde, a implementação de estratégias de prevenção primária e intervenções nível de serviços política, saúde atempada e coordenada, mobilização social e participação da comunidade. **Metodologia**: bancos de dados Uma revisão sistemática de 50 artigos científicos, artigos de regulamentos e diversas publicações sobre os planos de controlo do cancro a nível global e regional, no período de 2010 a 2015 foi realizado utilizados, a ProQuest, LILACS, índices bibliográficos Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde. As palavras-chave utilizadas foram: câncer, fatores de risco e prevenção primária. **Resultados**: planos de controlo do cancro, procuram integrar sistemas de saúde existentes, a implementação de estratégias de forma transversal a prevenção e tratamento do câncer primário. **Conclusão**: a promoção da saúde é uma estratégia de sensibilização e educação para a comunidade em geral. As organizações que apóiam pacientes com câncer, realizar um trabalho significativo, porque eles conseguem uma grande mobilização social contra este problema de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: cancro, doença, promoção da saúde.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

INTRODUCCIÓN

Este artículo describe las estrategias del Plan Nacional de Control del Cáncer en Colombia para el período 2012-2020 y se hace énfasis en la línea estratégica 1, prevención primaria del cáncer, teniendo en cuenta que la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone, en su plan de acción del control de las enfermedades no transmisibles, la reducción de los factores de riesgo modificables para crear entornos saludables y, al mismo tiempo, fortalecer la capacidad de las personas para adoptar comportamientos de vida saludables con el fin de fomentar la salud (1).

El cáncer forma parte de las enfermedades crónicas no transmisibles, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), junto con enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, que representan la mayor carga de enfermedad en la Región de las Américas (2).

La OPS plantea la estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, en el período 2012-2025, y propone cuatro líneas de acción que incluyen políticas y alianzas a nivel multisectorial con análisis de factores de riesgo y factores protectores con vigilancia e investigación a nivel regional y nacional (2)

El cáncer es el resultado que presentan las células cancerosas en genes relacionados con el control del ciclo celular. El origen de estas mutaciones es, en la mayor parte de los casos, hasta el 84 % el factor ambiental (3). El cáncer forma parte del grupo de enfermedades con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales; por tanto, incluye el ámbito comunitario, que fomenta una movilización social importante frente a una enfermedad de alto costo.

Además, el cáncer es una enfermedad crónica de origen multifactorial que se ha convertido en un problema de salud pública por la alta incidencia y la mortalidad que produce, así como el elevado costo social y económico que conlleva. La OPS define la salud pública "como la salud del público, de la población y abarca todas las dimensiones colectivas de la salud" (4).

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En el año 2012, se registraron 14 millones de nuevos casos y 8.2 millones de muertes por su causa. Según la OMS, se prevé que el número de casos nuevos llegue a un 70 % en los próximos 20 años. El 70 % de las muertes por cáncer que se registraron en el año 2012 ocurrieron en África, Asia, América Central y Sudamérica (5).

Los tipos de cáncer que más se diagnosticaron en los hombres, en el año 2012, fueron los de pulmón, próstata, colon, recto, estómago e hígado. En las mujeres fueron cáncer de mama, colon, recto, pulmón, cuello uterino y estómago. Los tipos de cáncer más frecuentes son diferentes en el hombre y en la mujer. Las tasas estandarizadas más elevadas de mortalidad en mujeres, por cáncer de mama, se registraron en los países del cono sur (Chile, Paraguay y Uruguay) y los países del Caribe inglés (Jamaica y Trinidad y Tobago) con más de 20 muertes por 100.000 mujeres; mientras que las tasas más bajas correspondieron a las observadas en Guatemala, El Salvador y Ecuador, con menos de 10 muertes por 100.000 mujeres (5).

Por su parte, las tasas estandarizadas de mortalidad por cáncer cérvico-uterino más altas se produjeron en Nicaragua, Paraguay y Perú, con valores medios de 16,2 muertes por 100.000 mujeres; y las tasas más bajas en Canadá, Estados Unidos y Puerto Rico (5).

En Colombia se registraron, en promedio, 16.081 muertes anuales en hombres y 16.572 en mujeres, en el periodo 2007- 2011. Para la población infantil, el tipo de cáncer con mayores tasas de mortalidad fue el de las leucemias, con 148 casos estimados en niños y 108 en niñas. Los departamentos con mayores tasas de mortalidad por cáncer infantil, en Colombia, fueron San Andrés, Atlántico, Norte de Santander y Risaralda (6).

En el país se presentan anualmente alrededor de 2.200 nuevos casos de cáncer infantil que, de ser diagnosticados de forma temprana, podrían ser curados. Según cifras del Instituto Nacional de Cancerología (INC), la tasa de incidencia de casos nuevos de cáncer infantil en el país es, en promedio, mayor a la Latinoamericana. En el caso colombiano, la primera causa de enfermedad y muerte por cáncer infantil está dada por las leucemias agudas, con 539 casos y 295 muertes cada año (6).

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el período de enero a agosto

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

de 2015, reportó que el 25,4 % de los fallecimientos en mujeres fueron causados por algún tipo de cáncer. El Observatorio de Mujeres y Equidad de Género, en Bogotá, se unió a la celebración del día mundial de lucha contra el cáncer, el 4 de Febrero, para contribuir con la difusión del panorama real de morbi mortalidad a causa de esta enfermedad. (7)

Las infecciones que pueden provocar cáncer, como el virus de la hepatitis B y C y el Virus del Papiloma Humano (VPH), son responsables del 20 % de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medios y del 7 % de muertes en los países de ingresos altos (5).

Algunos tipos de cáncer podrían prevenirse evitando factores de riesgo como el tabaco, el consumo abusivo de alcohol, la dieta poco saludable y la inactividad física. El tabaquismo es el factor de riesgo que, por sí solo, provoca un mayor número de casos y a nivel mundial causa aproximadamente un 22 % de las muertes por cáncer y un 71 % de las muertes por cáncer de pulmón (5).

Los programas de tamizaje y vacunación representan intervenciones efectivas para reducir la carga de determinados tipos de cáncer. Muchos tipos de cáncer tienen una probabilidad de curación si se detectan a tiempo y se tratan adecuadamente (OMS, 2011).

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda de artículos sobre planes de control de cáncer en el mundo, tema al cual no es fácil el acceso. Se efectuó una revisión sistemática de artículos científicos, documentos de normatividad y diferentes publicaciones acerca de los planes de control del cáncer, a nivel mundial y regional, en el periodo 2010 a 2015. Se revisaron 50 artículos; sin embargo, no todos estos artículos correspondieron al periodo señalado, pero se rechazaron los artículos anteriores al año 2002.

Las bases de datos utilizadas fueron Proquest, LILACS, los índices bibliográficos Scielo y la biblioteca virtual de salud. Para determinar la pertinencia, los artículos fueron revisados a partir del resumen y los libros se revisaron a partir de la tabla de contenido, en español e inglés, con las palabras clave: cáncer, factores de riesgo y detección temprana. Los artículos que se encontraron en mayor cantidad tenían que ver con tipos de cáncer en la mujer, cáncer de mama y cáncer cervico uterino.

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es todo aquello que afecta la probabilidad de adquirir una enfermedad. Los diferentes tipos de cáncer tienen distintos factores de riesgo; sin embargo, los factores de riesgo no lo indican todo porque, si se tiene uno o varios factores, esto no significa que necesariamente se desarrollará la enfermedad. Existen diferentes factores de riesgo y algunos de ellos, como la edad, la raza y el envejecimiento no se pueden modificar. Otros están relacionados con factores cancerígenos ambientales (8).

Otros factores de riesgo tienen que ver con comportamientos personales, entre ellos el consumo de cigarrillo, el consumo de bebidas alcohólicas, la alimentación poco saludable, la falta de actividad física y conductas sexuales inseguras, los cuales son los factores de riesgo modificables y de mayor interés en el campo de la prevención primaria de las enfermedades crónicas no transmisibles, como el cáncer.

El cáncer comienza con la transformación de una sola célula, que puede tener su origen en agentes externos y en factores genéticos heredados. En esta enfermedad, las células se multiplican sin control con la probabilidad de invadir tejidos vecinos, viajar por el torrente sanguíneo y linfático y diseminarse por otras partes del organismo. En la aparición de la mayoría de los tumores malignos influyen factores ambientales, físicos, químicos, dieta con aditivos y conservantes, consumo de tabaco y alcohol, contaminantes ambientales y algunas infecciones. La identificación de estas causas ambientales genera la esperanza de la prevención del cáncer (3).

Dentro de los factores de riesgo para el cáncer se mencionan los antecedentes familiares, especialmente en el cáncer de seno, que se constituye en una preocupación a nivel mundial debido a la mortalidad que conlleva la detección avanzada de la enfermedad. En los Estados Unidos es la segunda causa principal de muerte de las mujeres; la primera causa la ocupa el cáncer de pulmón. Según las estadísticas y cálculos de la Sociedad Americana del Cáncer, una de cada

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

ocho mujeres tiene riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida y una de cada 28 mujeres tiene riesgo de morir por cáncer de mama (8).

En el cáncer de seno existen distintos tipos de riesgo. Muchas mujeres tienen uno o más factores de riesgo para cáncer de seno, pero nunca padecen la enfermedad, mientras que otras mujeres, sin aparentes factores de riesgo, desarrollan la enfermedad. En cuanto al factor hereditario, Romero et al. (9) presentan la revisión de 272 expedientes de pacientes con cáncer de mama, encontrando 6.6 % de pacientes con antecedentes familiares en primer grado de consanguinidad de cáncer de seno y 9.2 %, que corresponde a 25 casos, presentó factores hereditarios de cáncer de mama en segundo grado de consanguinidad.

Respecto al factor de riesgo inactividad física para el cáncer de mama, Aguilar et al. (10) describen la asociación entre obesidad, sobrepeso e inactividad física con el cáncer de mama en una muestra de 115 mujeres, en un estado mexicano, en el año 2011.

En forma generalizada, un 30 % de las muertes ocurridas por cáncer obedecen a factores de riesgo de conducta y dietéticos, entre ellos índice de masa corporal elevado, reducida ingesta de frutas y verduras, inactividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol (1).

El consumo simultáneo de alcohol y tabaco aumenta el riesgo de cáncer de las vías respiratorias y del tracto digestivo superior. Las personas que fuman y beben en forma simultánea aumentan considerablemente el riesgo de cáncer si se comparan con las que no lo hacen.

La política pública, desarrollada en la Ley 1355 del año 2009, define la obesidad como una enfermedad crónica de salud pública que causa enfermedades cardiacas, circulatorias, depresión, cáncer y diabetes, aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos. La promoción de entornos y hábitos saludables es fundamental, así como una alimentación saludable y balanceada hace parte de una política pública(11).

En los países de la Europa Occidental, el sobrepeso y la obesidad explican aproximadamente el 11 % del total de casos de cáncer de colon, el 9 % de los casos de cáncer de mama, el 39 % de los de endometrio, el 37 % de los de esófago y el 25% de cáncer de riñón (12).

En los Estados Unidos, el 6 % de todos los cánceres son orales y el 30 % son en cabeza y cuello, muchos de los cuales provienen de cavidad oral. En Colombia, en el Instituto Nacional de Cancerología, se presentan anualmente entre 100 y 120 nuevos casos de cáncer oral, el 50 % en lengua -3 veces más frecuente en hombres que en mujeres-; el 74 % de los casos ocurre entre los 50 y 70 años. Se deduce, en este estudio, que la edad es el principal factor de riesgo en el desarrollo del cáncer oral(13).

Es importante resaltar que en las últimas décadas se ha venido produciendo un importante cambio en la estructura de las poblaciones, especialmente en países de Europa Occidental como España, lo cual coincide con el aumento de la población adulta mayor y, adicionalmente, la exposición a factores de riesgo como el tabaquismo se presenta cada vez más en personas jóvenes. El cáncer oral puede dividirse en tres grupos: carcinomas propios de la cavidad oral, carcinomas de labio y carcinomas de la orofaringe (13).

Hoy día se encuentra una relación estrecha del virus del papiloma humano con la creciente exposición a carcinógenos como el tabaco y el alcohol. Respecto a la historia natural de la enfermedad se puede afirmar que las lesiones orales premalignas, como leucoplasia y eritroplasia, han sido consideradas las lesiones orales precancerosas por excelencia en todo el mundo(13).

La OPS describe la asociación entre algunos agentes virales y la producción de diferentes tipos de cáncer; es el caso de cáncer cervico uterino en asocio con virus del papiloma humano, carcinoma hepatocelular con el virus de la hepatitis B y C, carcinoma gástrico con Helicobacter pylori (14).

En las ultimas 3 décadas se ha presentado de un 3 a 9 % de prevalencia en cáncer de cabeza y cuello en México. En Colombia, este tipo de cáncer representa entre el 5 y el 10 %, según estudios realizados en los últimos años por el INC, 2010 (13).

Serena et al. (13) describen la asociación de infecciones virales con cáncer de cabeza y cuello; el cáncer bucal es el más frecuente con un 45,6 %

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

(lengua 21 %, encía 5 %, piso de boca 2 %, labio 2,5 %, otras localizaciones de la mucosa oral 14,1 %); en glándulas salivares mayores es del 15,3 %; el cáncer faríngeo abarca el 15 % (orofaringe 5,7 %, laringofaringe 4,6 %, nasofaringe 4,5 %) y lugares sin especificar abarcan el otro 24,6 %. Es más frecuente en hombres que en mujeres y tiene su máxima incidencia en la quinta y sexta década de la vida.

Dentro de las causas del cáncer aparecen las influencias medioambientales, las cuales incluyen todos los factores no genéticos como la dieta, estilos de vida, ocupación, agentes infecciosos, contaminación ambiental, del aire, agua, suelo y alimentos (3).

Acerca de la alimentación, la OPS propone un plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia en 2014. Una alimentación saludable debe basarse en el consumo diario de frutas y verduras, cereales integrales, legumbres, leche, proteínas con bajo consumo de carnes rojas y alimentos procesados. El efecto de los azúcares agregados en los alimentos procesados ha mostrado asociación estadística entre diabetes tipo 2 y síndrome metabólico y obesidad (15).

Según la OMS, la obesidad se duplicó el periodo de 1980 a 2008 a nivel mundial. En la Región de las Américas, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad es más alta -62 % para el sobrepeso en hombres y mujeres y un 26 % de obesidad en la población joven de 20 años de edad-. También se presenta un aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en los niños de 0 a 5 años, de ambos sexos. Un informe reciente de siete países del Caribe Oriental indica que, entre el año 2000 y el año 2010, las tasas de sobrepeso y obesidad en los niños de 0 a 4 años, de ambos sexos, se duplicaron y pasaron de 7,4 % en el 2000 a 14,8 % en el año 2010 (16).

De acuerdo con las anteriores cifras presentadas por la OMS, esta misma organización propone un seguimiento a las políticas de salud de la Región de las Américas para promover la educación y los conocimientos sobre la salud, en especial para las poblaciones con un bajo nivel de conocimientos sobre el cuidado de la salud, con el fin de aumentar la conciencia sobre la carga que imponen las enfermedades no transmisibles al sistema de salud pública nacional y la relación entre las enfermedades no transmisibles, la pobreza y el desarrollo social y económico de un país (16).

Según Orozco y Rojas (17), desde la psicología del deporte se pueden abordar los aspectos motivacionales que se producen al practicar algún deporte, para fortalecer la autoimagen o simplemente para aprovechar el tiempo libre. La actividad física y la recreación fomentan la comunicación, optimizan el rendimiento personal, la concentración y el liderazgo. En Colombia, desde el año 1995, se creó la Ley 181 por la cual se dictan disposiciones para el fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la educación física y se crea el sistema nacional del deporte.

La actividad física se refiere a los movimientos corporales de cualquier tipo, que implican un gasto de energía mayor que el basal. La actividad física está dirigida a preservar la salud y mejorar las condiciones de vida de las personas, con el propósito de evitar el sedentarismo y la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles (17).

Respecto a las conductas sexuales de los adolescentes, se mencionan otros tantos factores de riesgo que conlleva la producción de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Dentro de las ETS se menciona el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, con especial atención en la adolescencia, que requiere una atención integral para lograr el equilibrio físico, psíquico y social en esta etapa del ciclo vital (18).

Dentro de las infecciones por virus, a nivel de los órganos reproductivos, está la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), que es la infección de transmisión sexual con mayor prevalencia en la población sexualmente activa y es el factor etiológico de las lesiones pre neoplásicas y de cáncer invasivo de cuello uterino; entre más joven la población, la infección tiende a progresar a lesiones de alto grado y a cáncer (19).

La asociación entre VPH y cáncer cervico uterino se convierte en una de las mayores amenazas para la vida de los adolescentes, tomando como base que el periodo de latencia del virus sin producir ninguna sintomatología puede ser hasta de 10 años (20). Actualmente, el Virus del Papiloma Humano (VPH) se ha identificado como el agente causal necesario para el desarrollo del cáncer cervico uterino (20).

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

De acuerdo con la encuesta de Demografía y Salud del año 2010 (21), el nivel de conocimiento de los adolescentes respecto al riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual (ETS) es muy bajo, especialmente entre las mujeres de 15 a 19 años de edad.

Marco normativo

La Ley 1388 de 2010 (22), tiene como objetivo "disminuir de manera significativa la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años, a través de la garantía por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en centros especializados habilitados para tal fin".

El Ministerio de la Protección Social, con la asesoría del Instituto Nacional de Cancerología (INC) y la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica (ACHOP) diseñará, actualizará, y/o mejorará, según el anexo técnico de la Ley 1388, los requisitos esenciales de los centros de atención, los protocolos y las guías, para las causas más frecuentes de cáncer infantil en Colombia" (22).

La Ley 1388 de 2010 (22) establece los derechos de los niños, niñas y adolescentes con cáncer. "Cuando el médico tratante, independientemente de su especialidad, presuma la existencia de cáncer o de las patologías mencionadas, deberá remitir al paciente a la unidad de cáncer correspondiente a la zona, sin perjuicio de ordenar todos los exámenes de apoyo, diagnóstico y procedimientos especializados que se consideren indispensables hasta que el diagnóstico sea descartado".

Otro aparte de la Ley 1388 de 2010 (22) menciona que "a partir de la confirmación del diagnóstico de cáncer y hasta tanto el tratamiento concluya, los aseguradores autorizarán todos los servicios que requiera el menor, de manera inmediata".

Plan de control del cáncer 2012- 2020

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone un modelo de control del cáncer a nivel mundial que incluye el control del riesgo, la detección temprana, el tratamiento y rehabilitación y el cuidado paliativo como fines básicos para el control del cáncer a nivel mundial. Colombia es uno de los países que ha adoptado este modelo propuesto por la OMS (23).

En el mundo se presentan alrededor de 11 millones de casos nuevos de cáncer, de los cuales alrededor del 80 % se presenta en países en vías de desarrollo; significa que esta enfermedad, así como las enfermedades transmisibles, coexiste con necesidades básicas insatisfechas en una franja importante de la población (22).

El modelo conceptual para el control del cáncer se fundamenta en una visión amplia de la salud pública, que involucra acciones a nivel político, a nivel de servicios de salud y a nivel comunitario. El Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012- 2020 (23), busca desarrollar acciones para controlar los factores de riesgo, reducir la mortalidad evitable por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

El Plan Nacional para el Control del Cáncer (23) se basa en los principios que expone el Plan Decenal de Salud Pública (24), como son la calidad, la eficiencia y la responsabilidad, que se orientan a la protección del derecho fundamental a la salud mediante los principios de universalidad, equidad y respeto a la diferencia, en el marco de la intersectorialidad y la participación comunitaria.

El Plan Nacional para el Control de Cáncer (23) define seis líneas estratégicas, de acuerdo a los objetivos del modelo conceptual: 1) Control del riesgo, prevención primaria, 2) Detección temprana de la enfermedad, 3) Atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer, 4) Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes de cáncer, 5) Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer y 6) Formación del talento humano.

Se resalta aquí la estrategia de prevención primaria que está dirigida a proteger grupos vulnerables frente a los factores que pueden generar la enfermedad. La prevención primaria se dirige a responsabilizar al individuo y al grupo para colaborar en el desarrollo de su potencial para tomar decisiones con autonomía, en aras de mejorar las condiciones de vida (25).

La línea estratégica 1, prevención primaria del

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

cáncer, se refiere al control del riesgo para reducir la incidencia de algunos tipos de cáncer y se han probado estrategias de promoción de la salud y protección específica, además de plantear diferentes metas: una de ellas, reducir la prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes de 13 a 15 años por debajo del 18 % (23).

Un estudio (26) realizado en las zonas urbanas marginadas de México, mediante una encuesta de seguimiento a 17.207 hogares, presenta los factores sociales y económicos que influyen en los jóvenes para tomar la decisión de fumar y consumir bebidas alcohólicas al mismo tiempo. Una de las mayores influencias la constituyó el ejemplo de ver jóvenes de mayor edad que bebían y fumaban en forma recíproca. Este estudió concluyó que los adolescentes que vivían con los padres tenían menor riesgo de iniciar el consumo de tabaco y alcohol a temprana edad.

Otra meta tiene que ver con la reducción de la prevalencia del tabaquismo en adultos de 18 a 69 años al 10 % en los próximos 11 años. El hábito de fumar es un factor de riesgo para muchos tipos de cáncer. Tener uno o incluso varios factores de riesgo no significa que se desarrollará la enfermedad, porque se reitera que el cáncer es una enfermedad multifactorial. Dentro del control del riesgo, se tiene en cuenta la edad porque los factores de riesgo más comúnmente citados como tabaco, alcohol, componente hereditario, nutrición, virus, radiaciones y riesgos ocupacionales tienen un efecto acumulativo en el tiempo, lo que da consistencia al hallazgo epidemiológico de mayor prevalencia en adultos mayores (27)

- A continuación se enumeran las metas que plantea el Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2020 (23):
- Retrasar la edad de inicio de consumo del alcohol en los adolescentes colombianos por encima de 15 años.
- Lograr que el 100 % de las empresas del sector formal que manejan los cinco elementos cancerígenos como son el asbesto, sílice, benceno, plomo compuesto inorgánico y radiación ionizante tengan niveles de exposición menores al valor límite permisible.
- Incrementar el consumo de frutas y verduras en la población general, en un 5 %.
- Incrementar la prevalencia de la actividad física global por encima del 42.6 % en adultos entre 18 y 64 años, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud Pública.
- Generar recomendaciones sobre la introducción de la vacuna contra el VPH dentro de la política del SGSSS 2012.
- Contar con la medición de la línea de base sobre los conocimientos y prácticas de la población colombiana respecto a la exposición a radiación solar ultravioleta para el año 2018.

El modelo para el control del cáncer incluye la movilización social como una herramienta fundamental para lograr el control de la enfermedad, no sólo del cáncer sino también de las enfermedades crónicas. El Instituto Nacional de Cancerología (INC) lidera un programa de revisión de experiencias internacionales y nacionales en movilización social para el control del cáncer (23).

Las diferentes estrategias mencionan intervenciones en diferentes sectores, que incluyen la participación comunitaria a través de redes de apoyo, por medio de fundaciones y alianzas, que propenden por el apoyo social y económico para los pacientes y familiares que atraviesan por esta dura enfermedad. Adicionalmente, el INC dispone de un inventario de organizaciones que actualiza periódicamente (23).

El Decreto 1757 de 1994 (28) establece las modalidades de participación social y comunitaria en salud. Se define la participación social como un "proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud, respondiendo a intereses individuales y colectivos, basado en los principios de universalidad, solidaridad y equidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social". La participación comunitaria se ejerce en forma colectiva y corresponde al derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en decisiones sobre los procesos de planeación, ejecución, evaluación y veeduría en salud.

La participación comunitaria en las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) está reglamentada por medio de los

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Comités de Participación Comunitaria (COPACO). El concepto de participación se refiere a espacios formalizados, con reglas definidas, donde se configuran compromisos articulados para la toma de decisiones y ejecución de proyectos.

Dentro de estas organizaciones, se mencionan algunas:

- Organizaciones populares: aquellas oficialmente establecidas que, en su mayoría, están integradas por afiliados y representan los intereses de grupos particulares de población. Entre éstas cabe citar a las organizaciones que representan a mujeres, niños o jóvenes, agricultores, desempleados, pueblos indígenas, ancianos y discapacitados.

- Organizaciones de diferentes profesionales: cuentan con afiliados que representan los intereses de personas que tienen la misma profesión o fuente de empleo. Las más importantes comprenden sindicatos y sus principales federaciones internacionales; asociaciones profesionales representativas de los trabajadores de la salud, la educación y el derecho, entre otros ámbitos profesionales; la comunidad científica y tecnológica; asociaciones o sindicatos de agricultores; cooperativas de productores.

- El sector privado: parte de la economía del país que no pertenece o no está controlada por el Estado. En el marco de la movilización social se debe sensibilizar al sector privado sobre su responsabilidad social frente al bienestar de la población y la de sus trabajadores. Existen industrias generadoras de factores de riesgo que tienen la obligación de minimizar sus impactos y de implementar soluciones en esta materia.

Por la relevancia de la participación ciudadana en el control del cáncer, se transcriben las acciones en el nivel comunitario que propone el Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2020 (23):

1. Desarrollo de estrategias de comunicación basadas en el modelo de comunicación para el control del cáncer desarrollado por el INC y orientadas a estimular el consumo de frutas y verduras y para desincentivar el consumo de tabaco y derivados.

2. Generación de alianzas con otros sectores para incentivar el consumo de frutas y verduras.

3. Desarrollo intersectorial con el Ministerio del Medio Ambiente para sensibilizar a la población sobre el índice de luz ultravioleta.

4. Impulso de estrategias para la actividad física en escenarios educativos, redes y grupos comunitarios y espacios laborales.

5. Información, comunicación, educación y vigilancia de los planes de prevención del cáncer en el marco de salud ocupacional

Promoción de la salud, función esencial de la salud pública

El cáncer es una enfermedad con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales a nivel individual y familiar. Dentro de las estrategias del Plan Nacional para el Control del Cáncer (23) está la prevención primaria, que comprende la protección específica con el fin de proteger a las poblaciones vulnerables de los factores que pueden deteriorar su salud. Dentro de estos factores está el riesgo de aparición del cáncer, que se describe como una problemática de salud pública que puede afectar a las personas sin importar su posición socioeconómica. De ahí la importancia de revisar el desarrollo de los estilos de vida saludable como una forma de prevención primaria del cáncer.

Retomando el concepto de promoción de la salud, dentro del marco conceptual del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (24), la promoción de la salud integra las acciones que debe liderar el territorio para modificar los determinantes sociales de la salud en cada región colombiana, para consolidar una cultura saludable que incluya: movilización social, formulación de políticas saludables, participación ciudadana y educación en salud.

La conceptualización de salud pública está íntimamente relacionada con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) propuesta en la Conferencia Internacional de Alma ATA (29), con el lema Salud para todos en el año 2000. A lo largo del tiempo, la APS ha sido motivo de análisis y discusión, al punto

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

que se ha utilizado esta estrategia para elaborar sistemas de salud con el fin de planear e implementar políticas públicas saludables.

La salud pública desarrolla funciones esenciales que equivalen al conjunto de actuaciones que se deben realizar, con fines concretos, para mejorar la salud de las poblaciones. Dentro de las once funciones esenciales de la salud pública se destaca la tercera, que corresponde a promoción de la salud. En el ámbito mundial se han convocado varias conferencias sobre promoción de la salud, entre ellas la Carta de Ottawa, en 1986 (30), que conceptualiza el término "Promoción de la salud: proceso mediante el cual las personas se empoderan y aumentan su control sobre los determinantes de la salud, para mejorar su salud".

La promoción de la salud, para su aplicación y difusión, se apoya en cinco áreas de acción interrelacionadas entre sí: construcción de políticas públicas saludables, creación de entornos o ambientes favorables, fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y reorientación de los servicios de salud (30).

Las políticas públicas saludables tienen influencia directa en el desarrollo de programas de prevención, control de enfermedades y control de los determinantes de la salud. La creación de entornos saludables busca el mejoramiento de entornos o ambientes físicos, sociales, culturales y económicos, haciéndolos más amigables para aumentar la calidad de vida. La participación social busca crear espacios de concertación y negociación para fortalecer los derechos sociales de las personas y la comunidad. El desarrollo de las habilidades personales se relaciona con la educación para la salud y la reorientación de los servicios de salud busca reforzar actividades de educación sanitaria para influir en conductas de prevención y autocuidado (30).

El concepto de promoción de la salud es muy amplio y permite involucrar a todas las disciplinas de las ciencias de la salud. Desde la profesión de enfermería, la Ley 266 de 1996 (31), establece las funciones para el profesional de enfermería, dentro las cuales aparece la promoción de la salud en el individuo, la familia y la comunidad.

Hay una teórica de enfermería, Nola Pender, enfermera de la Universidad de Michigan reconocida por su Modelo de Promoción de la Salud, según el cual los determinantes de la salud y los estilos de vida se dividen en factores cognitivos y perceptuales; éstos últimos hacen referencia a las percepciones y conceptos que tienen las personas sobre la salud. Pender se apoya en el autocuidado y las relaciones armónicas con otros, incluido el medio ambiente, para crear ambientes favorables y la optimización de la vida (32)

Acciones a nivel internacional

En mayo del año 2008 se realizó en Ginebra, Suiza, la 61ª Asamblea Mundial de la Salud (33), donde se examinaron aspectos de salud pública dentro de los cuales figuran las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, por ser éstas las principales causas de muerte en el mundo.

La OMS, en conjunto con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (34), en mayo de 2002, realizó la Consulta de Expertos de la OMS y de la FAO, con el tema puntual de la relación entre la nutrición y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. De esta reunión de expertos surgió un informe, en el año 2003, el cual señala que una dieta saludable basada en la ingesta abundante de frutas y verduras, así como el ejercicio físico, son los pilares para combatir las enfermedades crónicas. Este informe fue el soporte para la implementación de las políticas de alimentación y ejercicio físico en Colombia y los países de la Región Andina.

La OMS adelanta, a nivel mundial, un plan para fortalecer la movilización social respecto a la mejora y el incremento de la seguridad alimentaria y nutricional que garantice la producción y la comercialización de las frutas en diferentes regiones del mundo. Para el caso colombiano, en el año 2012 se realizó el VIII Congreso Mundial de Promoción al Consumo de Frutas y Verduras (35), para controlar las enfermedades no transmisibles, en cooperación con el Foro Económico Mundial.

Hay muchos factores que influyen directamente en el desarrollo nutricional de los niños; los más sobresalientes son la pobreza, la falta de agua potable y las condiciones favorables de saneamiento básico. La OMS establece el plan de acción a nivel regional, con énfasis en la nutrición, la salud y el desarrollo

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

y se resaltan, en este documento, las inequidades existentes en la región de las Américas: se calcula que la pobreza en esta parte del mundo afecta a 213 millones de personas (36).

El crecimiento y desarrollo sano de los niños es la base del desarrollo humano. La desnutrición crónica es más frecuente entre las poblaciones indígenas, puesto que en estos grupos no hay oferta de servicios de salud por dificultades en el transporte debido a la dispersión geográfica, escases de vías de comunicación y barreras culturales entre las creencias y las prácticas en el cuidado de la salud, afectando principalmente a los niños y a las madres gestantes(37).

Continuando con la revisión del control del cáncer en América Latina, se encontraron dificultades en la detección temprana de la enfermedad por no buscar ayuda médica cuando aparecen los síntomas y por diferentes razones como la dificultad de remisión a los servicios médicos especializados. Esto contribuye a que la enfermedad se descubra en fase avanzada, especialmente el cáncer de mama, de cuello uterino y gástrico. Para el cáncer de pulmón, el estudio diagnóstico requiere sistemas de imagen de alta calidad y la mayoría de las áreas no posee capacidad para realizar estos exámenes, lo que constituye un obstáculo para la detección temprana.

La OMS propuso una estrategia y plan de acción para la prevención y control del cáncer cérvico uterino en América (38), basada en la evaluación inicial de los programas existentes y la evaluación de la carga de infecciones por el VPH en población joven y adolescente. Esta iniciativa buscó fortalecer las acciones de información y educación, en especial a las mujeres indígenas, de grupos desfavorecidos y vulnerables, de zonas rurales y trabajadoras sexuales.

Revisando antecedentes al respecto en los países de la Región Andina, en Chile, por ejemplo, se establece la estrategia de Promoción de Salud desde 1997 y se creó el Consejo Nacional de Promoción de Salud en 1998 (39), cubriendo 341 comunas del país, en cada de las cuales se desarrollaron proyectos de dieta saludable y ejercicio físico.

Por su parte, la Coalición Multisectorial contra el Cáncer, en Perú, con participación del sector público y privado, elaboró el Plan Estratégico Perú 2006-2016 (40) contra el cáncer, sobre el cual "se hace un diagnóstico situacional; se identifican las necesidades de acceso, se define el compromiso de las instituciones; se define la visión y misión, los ocho lineamientos estratégicos y se concluye que se debe elaborar e implementar un Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer dentro del marco normativo y jurídico del Ministerio de Salud y del Estado". Aquí se fortaleció la promoción de la salud, orientada a la "prevención del cáncer mediante información, educación y comunicación, se mejoró y acercó la oferta de servicios mediante la desconcentración y descentralización de la atención oncológica" (40).

En cuanto a Cuba, hay que centrarse en las paradojas y controversias en relación con el consumo de tabaco, que tienen como resultado la brecha existente en el discurso y la realidad. Existe en este país un Programa de Prevención y Control del Tabaquismo concebido con carácter nacional, pero el arraigo al hábito y la cultura de un pueblo fumador es muy fuerte en el pueblo cubano. "La salud pública tiene un importante reto, pues la situación que se muestra hoy día en relación con otros países impone que se asuma con total responsabilidad la política y estrategia documentada" (41).

Al respecto de la actividad física en el adulto mayor en Cuba, Rodríguez (42), refiere que hay satisfacción de la mayoría de los adultos mayores por las actividades en que pudieron participar. También afirma que la "actividad física es la clave de la salud, con un balance nutricional en sus principios inmediatos y unos ejercicios bien dosificados y practicados, los años no se detendrán pero el proceso de envejecimiento será más lento" (42).

Estrategias a nivel comunitario en Colombia

El Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia (2012-2020) (23) tiene como propósito posicionar, en la agenda pública, el cáncer como un problema de salud pública y movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control del cáncer en el país. Para cumplir este propósito, el plan define seis líneas estratégicas y en cada una se enuncian acciones a nivel político, a nivel comunitario y a nivel de los servicios de salud (23).

Un tema que es de interés general se refiere al cuidado al medio ambiente. Los profesionales de la salud tienen una concepción del cuidado integral, incluyendo los factores ambientales. La salud

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

ambiental no se limita solamente a los ambientes físicos, químicos o biológicos sino que tiene que ver con ambientes domésticos, escolares, sociales, culturales y económicos que son susceptibles de interactuar los unos con los otros (43).

Se describen algunas estrategias en promoción de la salud para fortalecer las capacidades de las personas respecto al cambio de comportamientos en los estilos de vida. Giraldo et al.(44) ratifican la promoción de la salud, que se consigue a través de los mecanismos intrínsecos o internos de las personas, que llevan al autocuidado y a las acciones de ayuda mutua que realizan las personas según las situaciones que estén vivenciando. Esto propicia la educación en salud a través de la participación comunitaria.

Es importante resaltar que, dentro de las estrategias de prevención primaria para las enfermedades crónicas no transmisibles, es fundamental el enfoque integrado de prevención, detección temprana y tratamiento, según el actual director de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer, porque se corrobora que el 50 % de los cánceres se pueden prevenir, de acuerdo con el informe mundial de cáncer 2014 (45).

Para que un plan de acción en promoción de la salud sea efectivo, se requiere de un personal de salud comprometido. Coral y Vargas (46) manifiestan que en la formación de futuros profesionales de enfermería se deben incluir los estilos de vida saludables para aplicarlos en el diario vivir. Lo ideal es revisar la aplicación de los estilos de vida y evaluarlos, porque la mayoría de los estudiantes universitarios conoce los beneficios de los estilos de vida, pero en la realidad, por diferentes factores, no los pone en práctica.

Frente a la carga tan alta que genera el cáncer, en el aspecto físico, emocional, familiar, social, económico y laboral, surge una respuesta social desde diversas organizaciones que apoyan a los pacientes con cáncer. Estas entidades desempeñan una labor importante en la defensa y en la difusión de los derechos fundamentales de los pacientes con cáncer. El INC dispone de un control e inventario de estas organizaciones y periódicamente lo actualiza. También existen organizaciones y fundaciones que apoyan no sólo a los pacientes sino a sus familias, como es el caso de las fundaciones que apoyan a los niños con cáncer (23).

Estas organizaciones se caracterizan por ser sin ánimo de lucro y algunas desarrollan iniciativas con el fin de recolectar fondos y apoyar a los pacientes. Una de estas iniciativas se refiere a los programas de reciclaje: estas organizaciones venden a empresas recicladoras el material, con el fin de conseguir recursos económicos para apoyar en forma integral a niños, niñas y adolescentes que padecen cáncer.

Desde la promoción de la salud se procura el cuidado integral de las personas en su entorno; en este caso, el cuidado al medio ambiente es de interés para todos y para ello surgen iniciativas de participación comunitaria con el propósito de apoyar programas de ayuda a personas con cáncer. Se revisaron experiencias en diferentes sectores sobre el tema de reciclaje.

En este sentido, en Caracas, Ponte (47) reporta los beneficios de un programa de reciclaje a nivel escolar, que inicia con el papel y poco a poco va instaurando la cultura del reciclaje para incluir otros productos reciclables como el plástico, el cartón y el vidrio, máxime si se tiene en cuenta que el relleno sanitario de Caracas ya está al límite de su capacidad.

En México se analizan los riesgos para la salud y al ambiente que se producen por no implementar programas de reciclaje. Cristan et al. (48), refieren la problemática que genera el material plástico en los botaderos y rellenos sanitarios, porque este material no se degrada y lo ideal es volver a reutilizarlo.

En Colombia también se adelantan diversas alternativas para contribuir al cuidado del medio ambiente. Quintero et al. (49), en Sogamoso, exponen la implementación de un programa de reciclaje a nivel escolar, denominado Econcierto, que es una herramienta pedagógica que instruye sobre los temas puntuales de selección y reciclaje de material plástico.

Los programas de reciclaje son llamativos desde la integralidad, porque si los estudiantes comprenden los procesos que se deben desarrollar para la reutilización de los materiales, bien sea plástico, vidrio o cartón, con mayor facilidad van a colaborar y difundir dichos mecanismos de reutilización. (50)

El programa de reciclaje, ha tenido gran acogida en comunidades educativas, jardines, colegios y universidades. Se revisa el aporte donación de la Fundación Universitaria del Área Andina (FUAA) a

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

una de estas organizaciones, en el periodo 2011 a 2015, en el siguiente cuadro resumen:

AÑO	MATERIAL PLÁSTICO (Tapas)
2012	1.500 Kilos
2013	3.450 Kilos
2014	2.001.5 Kilos
2015	1.550 Kilos
TOTAL	**8.501.5 Kilos**

Fuente: Certificados de donación al programa de reciclaje, para apoyar a los niños con cáncer.

CONCLUSIONES

La promoción de la salud constituye una estrategia de difusión y de educación para la comunidad en general. Las organizaciones que apoyan a los pacientes con cáncer, realizan una labor significativa porque logran una movilización importante frente a esta problemática de salud pública.

Las estrategias propuestas en conferencias internacionales desde APS y promoción de la salud, en Ottawa, Canadá, cobran vigencia para fortalecer conductas de autocuidado y estilos de vida saludable para adelantar programas de prevención primaria de cáncer a nivel de instituciones de educación superior. Cuando estas acciones se complementan con programas de las organizaciones especializadas para proporcionar ayuda a pacientes con cáncer, se fortalece la movilización social. Esto es lo que se pretende al relacionar el material entregado en donación, porque es una evidencia que soporta las intervenciones de prevención primaria del cáncer en forma integral, con la participación comunitaria.

Las enfermedades crónicas no transmisibles tocan todos los estratos y todos los grupos sociales, culturales y religiosos. Desde las diferentes ópticas con que se mire, lo ideal es estar informados, conocer signos y síntomas, los factores de riesgo y también los factores protectores para implementar cultura de vida saludable, ahondar en los conocimientos y difundirlos a otros para instaurar espacios de reflexión y análisis en el marco de las estrategias de prevención primaria.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. [Internet]. OMS; 2013 [consultado 10 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. Washington, DC: OPS; 2014
3. Sierra-Lopez A, Saenz-González M, Fernández-Crehuet J, Salleras-Sanmmartí L,Cueto-Espinar A, Gestal-Otero J et al. Medicina preventiva y salud pública. Barcelona España Editorial Elsevier Masson; 2008. p 838.
4. Molina MG, Ramirez GA, Ruiz, GA. Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: El bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín: Universidad de Antioquía., Pulso &Letra Editores; 2014. p. 41.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Edición 2012. [Internet]. Washington (D.C.): OPS; 2012 [consultado 13 de febrero del 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view= article&id=9&Itemid=14&lang=es
6. Pardo-Ramos C, Cendales-Duarte R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia 2007-2011. 1ª ed. v.1. [Internet]. Bogotá. D.C.: Instituto Nacional de Cancerología; 2015 [consultado 24 de marzo de 2016]; p. 148. Disponible en: http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/incidencia1.pdf
7. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital para la mujer. Observatorio de mujer y género. Mortalidad de mujeres por afecciones cancerígenas en Bogotá. Día mundial de la lucha contra el cáncer. [Internet]. 2016 [consultado 8 de marzo de 2016]. Disponible en http://www.sdmujer.gov.co/inicio/899-mortalidad-de-mujeres-por-afecciones-cancerigenas-en-bogota-dia-mundial-de-la-lucha-contra-el-cancer
8. American Cancer Society. ¿Cuáles son los factores del cáncer de seno?. [Internet]. 2014 [consultado 3 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/resumen/resumen-sobre-el-cancer-de-seno-causes-what-causes
9. Romero-Figueroa MS, Santillán-Arreygue L, Olvera-Hernández PC, Morales-Sánchez MA, Ramírez-Mendiola VL. Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2008 [consultado 10 de febrero de 2016]; 76(11): 667-72. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom0811f.pdf
10. Aguilar-Cordero MJ, Neri-Sánchez M, Padilla-López CA, Pimentel-Ramírez ML, García Rillo A, Sánchez-López AM. Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México. Nutr. Hosp. [Internet]. 2012 [consultado 2 de febrero de 2016]; 27(5): 1631-1636. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000500038&script=sci_arttext
11. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 1355 de 2009, octubre 14, por medio de la cual se define la obesidad y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. Diario Oficial No 47.502 del 14 de octubre de 2009. [Internet]. Bogotá D.C.: Gobierno Nacional: 2009 [consultado 2 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1355_2009.htm
12. Pardo C, Cendales R. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia, 2002-2006. v.1. 1ª ed. Bogotá. D.C.: Instituto Nacional de Cancerología; 2010. p. 143
13. Serena-Gómez E, Bologna-Molina RE, Nevarez-Rascón A, Rocha-Buelvas A. Prevalencia del VPH en el proceso de malignización de lesiones de vías aérodigestivas superiores. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2011 [consultado 2 de febrero de 2016]; 5(1): 5-12. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2011000100001&script=sci_arttext
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Unidad 2: Salud y enfermedad en la población. En: OPS, OMS. Módulo de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). 2ª ed. Revisada. [Internet]. [consultado 2 de noviembre de 2015]. Washington, D.C.: OPS; 2011 Disponible en: http://myslide.es/documents/mopeceespmod02atualpdf.html
15. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. [Internet]. Washington D.C.: OPS/OMS; 2014 [consultado 8 de febrero de 2015]. Disponible en : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=28899&lang=es]
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Seguimiento de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas para llevar a cabo un examen y una evaluación generales de los progresos realizados en la

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles. [Internet]. 2014 [consultado 15 de Octubre de 2015] Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_11-sp.pdf

17. Orozco AJ, Rojas JE. Motivación hacia programas de ejercicio, deporte y actividad física de los empleados de UNE telefónica de Pereira. 2013. [Tesis en internet]. Bogotá: Universidad Tecnológica de Pereira; 2013 [consultado 2 de febrero de 2016] Disponible en: http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/3425/1/79606986132O74.pdf

18. Pérez-Morffi L, Santos-Blanco MA, Paz-Perez Y. Comportamiento de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Acta Médica del Centro 2014; 8 (3).

19. Barbón-Pérez OG. Fuentes de información sobre educación sexual en adolescentes estudiantes de enfermería. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología 2011; 49(2): 238-246.

20. Muñoz N, Bravo LE. Epidemiology of cervical cáncer in Colombia. Salud pública Méx [Internet]. 2014 [consultado 12 agosto de 2014]; 56(5): 431-439. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500010&lng=en&tlng

21. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia). Encuesta nacional de demografía y salud ENDS 2010 Colombia. [Internet]. Bogotá D.C.: Profamilia; 2010 [consultado 19 de Septiembre de 2014]. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnady407.pdf

22. Congreso de la República. Ley 1388 de 2010, mayo 26, por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia. Diario Oficial 47.721 de mayo 26 de 2010. Bogotá D.C.: Gobierno Nacional; 2010.

23. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología. Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia (2012-2020) [Internet]. Bogotá D.C.: Minprotección; 2012 [consultado 3 de agosto de 2014]. Disponible en www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20nacional%20para%20el%20control%20del%20cáncer%20en%20Colombia.pdf

24. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2012.

25. Martínez-Hernández J. Nociones de salud pública. Madrid, España: Editorial Díaz de Santos; 2013.

26. Urquieta JE, Hernández-Ávila M, Hernández B. El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. salud pública de méxico 2006; 48 (Supl 1):s30-s40.

27. Rocha-Buelvas A. Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2009 21(1):112-121

28. República de Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 1757 de 1.994, agosto 3, por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4o del Decreto Ley 1298 de 1994. Diario Oficial 41477 de agosto 05 de 1994: Bogotá D.C.: Ministerio de Salud; 1994.

29. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; Alma-Ata, USSR, del 6 al 12 de septiembre de 1978. [Internet]. Ginebra: OMS; 1978 [consultado 13 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata_declaration.htm. 7.

30. Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud; 21 de CD53/10, Rev. 1 13 noviembre de 1986. [Internet]. Ottawa, Ontario (Canadá): OMS; 1986 [consultado 13 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf

31. República de Colombia. Ministerio de Salud. Ley 266 de 1.996, enero 25, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No 42.710 Bogotá D.C.: Ministerio de Salud; 1996.

32. Giraldo-Osorio A, Toro Rosero MY, Macias-Ladinoa M, Valenci-Garcés CA, Palacio-Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludable. Revista Hacia la Promoción de la Salud 2010 15(1):128-143.

33. Organización Mundial de la Salud (OMS). 61a Asamblea Mundial de la Salud. Centro de Prensa. 19-24 mayo de 2008. [Internet]. 2008 [consultado 9 de diciembre de 2008]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/es/

34. Organización Mundial de la Salud (OMS). Serie de Informes Técnicos 916. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. [Internet]. Ginebra: OMS; 2003 [consultado 2 de septiembre de 2013] Disponible en: ftp://ftp.fao.org/unfao/bodies/coag/coag18/j1251s.pdf

35. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). VIII Congreso Mundial de Promoción al Consumo de Frutas y verduras

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

para el control de las enfermedades no transmisibles y la seguridad alimentaria. Colombia. [Internet]. Bogotá; Minprotecciòn-Fao; 2012 [consultado 21 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.osancolombia.gov.co/doc/MemoriasVIIICongreso%20Mundial%20_%20Promoci%C3%B3n_frutas_hortalizas_Colombia_2012.pdf

36. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015. 47° Consejo Directivo 58ª Sesión del Comité Regional. [Internet]. Washington, D.C., OMS, OPS; 2006 [consultado 12 de marzo de 2014] Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/estrategia-regional-nutricion-esp

37. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estrategia de UNICEF en América Latina y el Caribe para contribuir a la reducción de la morbimortalidad materna, neonatal e infantil. 2011-2015. Salud y Nutrición Informe. [Internet]. Panamá: UNICEF; 2010 [consultado 30 septiembre de 2014]. Disponible en http://www.unicef.org/lac/Estrategia_Mortalidad_Materna_Neonatal.pdf

38. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regional para la prevención y el control del cáncer cervico uterino en América Latina y el Caribe. [Internet]. Washington: OPS; 2010 [consultado 3 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.rho.org/files/PAHO_Regional_Strategy_2010_sp.pdf

39. Crovetto M, Vio F. Antecedentes internacionales y nacionales de la promoción de la salud en Chile. Lecciones aprendidas y proyecciones futuras. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2009 [consultado 15 de junio de 2014]; 36 (1):32-45. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182009000100004&script=sci_arttext

40. Pinillos-Ashton L, Limache-García A. Contribuciones de la Coalición Multisectorial Perú contra el Cáncer. Rev. Perú. med. exp. salud publica ene. 2013; 30 (1):99-104.

41. Suarez-Lugo N. Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo. Revista Cubana de Salud Pública 2011; 37(1): 120-131.

42. Rodríguez-Rojas A. Actividades físicas recreativas para favorecer el estilo de vida saludable del adulto mayor perteneciente al CDR 1 de la zona 66 del consejo popular Roberto Rivas Fraga. EFDeportes .com Revista digital [Internet]. 2010 [consultado 27 de agosto de 2015]; 15(149). Disponible en: http://www.efdeportes.com/efd149/estilo-de-vida-saludable-del-adulto-mayor.htm

43. Instituto Nacional de Salud Pública. Salud Pública. Teoría y práctica. México D.F.: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.; 2013.

44. Giraldo A, Toro MY., Macias AM, Valencia CA, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia la Promoción de la Salud. [Internet] 2010 [consultado 10 de febrero de 2015]; 15(1):128-143. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf

45. Agencia internacional para la investigación del cáncer. (IARC) Conferencia: Global Health Lecture, co-organizada por IS Global, Cresib y Creal Wild, C. 21 de febrero de 2014. [Internet]. [consultado 2 de abril de 2016] Disponible en: http://www.isglobal.org/-/la-prevencion-evitaria-el-50-de-los-canceres-en-el-mundo.

46. Coral RC, Vargas LD. Estrategias que promueven estilos de vida saludables. rev.udcaactual.divulg.cient. [Internet]. 2014 [consultado 1 de febrero de 2016]; 17(1): 35-43. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262014000100005

47. Ponte-Chacín C. Manejo integrado de residuos sólidos: Programa de reciclaje Instituto Pedagógico de Caracas. Revista de Investigación [Internet]. 2008 [consultado 3 de marzo de 2014]; 32(63): 173-200. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1010-29142008000100010

48. Cristan A, Ize I, Gavilán A. La situación de los envases de plástico en México. Gaceta Ecológica [Internet]. 2001 [consultado 13 de junio de 2015]; (69): 67-82. Disponible en http://www.redalyc.org/pdf/539/53906905.pdf

49. Quintero-Bonilla DL. Plan de negocios para una empresa de reciclaje plástico. [Internet]. Bogotá D.C., Colombia: Universidad Javeriana; 2014 [consultado 6 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/15778

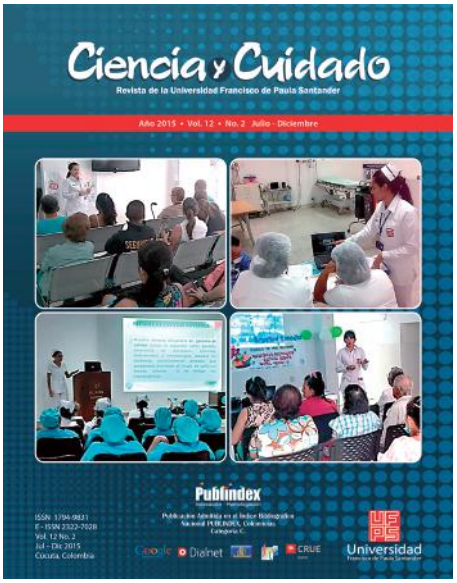
50. Castañeda-Heredia LF, Universidad EAFIT. Artículos de los proyectos de grado realizados por los estudiantes de ingeniería mecánica que se graduaron en el año 2004. Cuadernos de Investigación. [Internet]. 2005 [consultado 25 de septiembre de 2014]; 32. Disponible en: http://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/cuadernos-investigacion/article/view/1312/1183

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Revista Ciencia y Cuidado

Vol. 12 No. 2 Julio – Diciembre de 2015



SUMARIO

Editorial

Teenage mother and her association with cesarean section
Henry Rodrigo Gallardo-Lizarazo, Ingrid Sofía Guerrero-Romero, Jorge Ernesto Niño-González, Mariana Villaveces-Franco

Factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis
Laura Inés Plata-Casas

Conductas alimentarias de riesgo y su relación con la imagen corporal en estudiantes de enfermería
María Del Pilar Ureña-Molina, Mayerlin Pacheco-Milian, Mónica Janett Rondón-Ortega

Conductas, actitudes y prácticas de la madre o cuidador en el manejo de la enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años en Bucaramanga
María del Pilar Gallardo-Lizarazo

Factores de riesgo relacionados con la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes estudiantes en colegios públicos en Cúcuta-Colombia
Gloria Esperanza Zambrano-Plata, Yasmin Gabriela Otero-Esteban, Silvia Lisbeth Rodríguez-Berrio

Bajo peso al nacer y su implicación en el desarrollo psicomotor
Doris Amparo Parada-Rico, Nathalia López-Guerrero, *Marcela Martínez-Laverde*

Violencia de la pareja íntima durante el embarazo y sus repercusiones en la salud mental de las mujeres: un estado del arte
María Mercedes-Lafaurie, Lorena Liseth Cuadros-Salazar, Paola Andrea García-Bocanegra, Ingrid Johana Hernández-Ayala, Johanna Smit Pulido-Espinosa, Lina Fernanda Reynales-Triana, et al.

Índice Periódico

Normas de Publicación

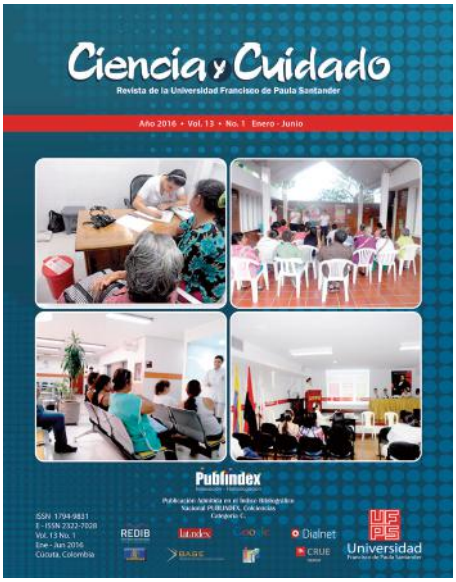
Suscripción

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Revista Ciencia y Cuidado

Vol. 13 No. 1 Enero - Junio de 2016



SUMARIO

Editorial

Os prestadores de cuidados e competência no cuidado de suas famílias
Olga Marina Vega-Angarita

Riesgos en el cuidado de la salud de las familias de Valledupar
Marina Sánchez-Sanabria, Javier Galindo-Ospino

Mantenimiento del peso a corto plazo en pacientes de tratamiento integral de sobrepeso y obesidad
Zaida Rocío Contreras-Velásquez, Tulia Isabel Copete-Villa, Pastor Ramírez-Leal

Consumo de alcohol y otras sustancias, un problema en estudiantes universitarios de salud
Estela Rodríguez-Torres, Carolina Camargo-Restrepo, Ángela María Cardona-Blandón, Nora Ximena Lozano-Sandoval, Diana Isabel López-Medina, Nancy Ingrid Rosas-Villamizar

Mujeres cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia
Lorena Chaparro-Díaz, Lucy Barrera-Ortiz, Elizabeth Vargas-Rosero, Sonia Patricia Carreño-Moreno

Residuos peligrosos hospitalarios en casa: una amenaza emergente
Luz Divia Mejía-Reales, Lilibeth Romero-Mendoza, Viadcy Lineth Beltrán-Quintero

Salud mental en la educación superior: una mirada desde la salud pública
Olga Mariela Mogollón-Canal, Diana Janeth Villamizar-Carrillo, Sandra Licette Padilla-Sarmiento

Estrategias del plan nacional de control del cáncer y participación comunitaria
Herlinda Torres-Nieto

Índice Periódico

Normas de Publicación

Suscripción

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Normas de Publicación Revista Ciencia y Cuidado

La Revista *CIENCIA Y CUIDADO* de la *Universidad Francisco de Paula Santander*, es una publicación de carácter científico que divulga trabajos originales e innovadores producto de procesos de investigación, así como artículos de reflexión y revisión relacionados con el área de las Ciencias Médicas y de la Salud, con el objetivo de darlos a conocer a la comunidad científica e investigativa de instituciones educativas y de salud; así mismo, su contenido se orienta a profesionales, investigadores y estudiantes de las diferentes áreas de la Salud, en el ámbito local, regional e internacional.

NORMAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

El autor principal debe remitir al Comité Editorial de la Revista Ciencia y Cuidado a través de la plataforma OJS en el siguiente enlace:http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/user/register, registrase como usuario y hacer el envío del (los) artículos adjuntando carta de presentación (Anexo A) firmada por todos los autores donde expresan estar de acuerdo con las normas de la Revista, e indicar la originalidad, conflicto de intereses y cesión de derechos a la Revista; así mismo, se debe diligenciar y enviar el Formato de Datos Personales (Anexo B) y el Formato de Conflicto de Intereses para Autores (Anexo C) por cada autor. Una vez efectúe el envió de los anteriores documentos a través de la plataforma OJS, debe escribir a la revista al correo rev.cyc.ufps@gmail.com , informando esta situación.

Antes de hacer un envió el autor debe revisar que el escrito cumpla a cabalidad con las normas de publicación de la revista. El escritor conservará copia de todo el material remitido, a fin de evitar inconvenientes en caso de daños o perdida de éste.

Solo se aceptaran los trabajos que se remitan a través de la plataforma OJS, y con el envío de todos los documentos requeridos, si se envían por otro medio no serán tenidos en cuenta.

Es menester aclarar, que la recepción de un escrito no implica obligación del Comité Editorial de la Revista Ciencia y Cuidado para su aceptación y su publicación, ni compromiso alguno con respecto a su fecha de aparición.

El Comité Editorial de la Revista Ciencia y Cuidado, realizará el análisis y selección de los escritos que cumplan con las normas establecidas por la Revista. Una vez iniciado el proceso de revisión por el Comité Editorial, el artículo deberá cumplir con todas las fases del proceso editorial, y no podrá ser retirado.

Los artículos recibidos serán evaluados por al menos 2 pares académicos especializados externos, asignados por el Comité Editorial, quienes a través del método de pares ciegos – los pares desconocen la identidad del autor y viceversa-, realizarán observaciones y/o ajustes necesarios para ser publicados . En caso de existir controversia en los resultados de la evaluación de la dupla de pares evaluadores externos, el material se enviara a un tercer par.

A su vez, los autores realizarán los ajustes y devolverán los artículos, los cuales serán revisados para verificar el cumplimiento de las observaciones y posteriormente aprobar su publicación.

Un corrector de estilo y un traductor serán quienes efectúen los cambios que busquen perfeccionar el material, es pertinente precisar que dichos cambios serán de forma y no de fondo, respetando siempre el estilo de cada autor. El material resultante se enviara al autor para que autorice su publicación.

Los autores son los responsables directos de la información y los soportes utilizados en cada artículo, la Revista no se hace responsable por situaciones legales que se puedan presentar en referencia en cada artículo.

La revista se reserva el derecho de reproducción parcial o total y de realizar las modificaciones que considere pertinentes para su publicación.

INSTRUCCIONES

Los escritos deben presentarse en documento Word, páginas numeradas, letra Times New Román N°11, en hoja tamaño carta, por una sola cara a espacio sencillo, con márgenes de 3cm. superior, 2.5 cm izquierda, 2.5 cm. a la derecha y 3 cm. inferior. La extensión mínima del artículo será de 15 páginas y la máxima será de 20 páginas, teniendo en cuenta las normas de Vancouver para publicaciones científicas en salud, y las normas internacionales que incluyen las palabras claves en español, inglés y portugués, así como un

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

resumen, Abstract y Resumo que faciliten la inclusión de los artículos en las bases de datos nacionales e internacionales. Se puede consultar los lineamientos del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) que orientan a los autores sobre la manera de hacer manuscritos en: http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/

En el escrito se debe evitar el uso de negrillas, solo los títulos de cada aspecto como son resumen, palabras claves, introducción, objetivos, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones y referencias bibliográficas deben ir en mayúscula con negrilla. Los subtítulos deben ir en mayúscula la primera letra y con negrilla. El uso de comillas está limitado solo a las citas directas.

- Tablas y figuras: se incluyen en el artículo para ampliar o clarificar una información no para indicar lo mismo. Se pueden incluir máximo 5, enumeradas de acuerdo al orden de aparición con números arábigos, deben tener título concreto y fuente de donde se obtuvieron. Cada tabla y figura debe citarse dentro del texto; además, se deben incluir dentro del artículo y anexarse en documento aparte en formato Word. El tamaño de las figuras se establece en 8 cm de alto x 10 cm de ancho; en el caso de las tablas no se deben presentar en forma de fotografías. Tanto para las tablas y figuras (rótulos internos) el tamaño de la fuente debe ser 8.

- Notas a pie de página y citas: siempre deben ir al final de la página donde se enuncia, estas servirán para aclarar o profundizar un concepto o una información dentro del texto. No deben ser notas bibliográficas. Las citas textuales que requieran resaltarse (mayor de 40 palabras) deben escribirse en párrafo aparte. Las citas textuales (menores de 40 palabras) se deben incluir en el texto colocando comillas.

- Abreviaturas y/o siglas: Se debe evitar el uso de abreviaturas y/o siglas en el resumen. Cuando en el texto se emplee por primera vez una abreviatura o sigla, ésta irá precedida del término completo, luego se puede utilizar solo la sigla o abreviatura.

- Unidades de medida: las medidas de longitud, altura, peso y volumen se expresarán en unidades métricas (metro, kilogramo, litro) o sus múltiplos decimales. La temperatura debe estar en grados Celsius. La presión arterial debe ser en milímetros de mercurio.

- Referencias bibliográficas: indican las fuentes originales de los conceptos, los métodos y las técnicas a los que se hace referencia en el texto y que provienen de investigaciones, estudios y experiencias anteriores. Se debe evitar la doble citación (cita de cita).

Las citas bibliográficas dentro del texto se realizaran siguiendo las normas de Vancouver usando el primer apellido del autor, seguido del número de referencia entre paréntesis, por ejemplo: "De acuerdo a Nightingale (2)...". Para dos autores utilice el primer apellido de los autores separados por "y" seguido del número de referencia entre paréntesis, por ejemplo: "Según Rodríguez y García (5). Para tres autores o más, utilice el primer apellido del primer autor seguido por "et al" y por el número de referencia entre paréntesis, así: "Martínez et al. (7) manifiestan…" Como norma general, los apellidos de cada autor se deben presentar con un guion entre ellos.

Se citan con números arábigos consecutivos entre paréntesis, sin el año, según el orden de aparición en el texto, se incluyen al final del artículo según normas Vancouver. En el caso de citación secuencial se debe separar los números con guiones, por ejemplo: (1-4); cuando las citas sean intercaladas se utilizará la coma, por ejemplo: (1, 3, 7).

Se deben incluir mínimo tres referencias en inglés.

A continuación se presentan ejemplos de las normas Vancover para la presentación de referencias bibliográficas según lineamientos de la Revista:

Artículos en Revistas

Artículo estándar

Guerrero-Montoya LR, León-Salazar AR. Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo, antecedentes. Educere 2010;14(49):287–295.

Más de seis autores

Culqui DR, Munayco CV, Grijalva CG, Cayla JA, Horna-Campos ,O, Alva K, et al. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú. Revista Archivos de Bronconeumologia 2012; 48 (5):150-5.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Libros y otras monografías

Autores individuales

Kerguelen-Botero C. Calidad en salud en Colombia: Los principios. Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C.: Editorial Scripto Ltda.; 2008.

Capítulo de libro

Almeida CM. Novos modelos de reforma sanitária: bases conceituais e experiências de mudança. En: Costa NR, Ribeiro JM. Política de saúde e inovação institucional. Rio de Janeiro: Editora Fiocru; 1996. p. 69-98.

Tesis o trabajos de grado

Becerra-Muñoz MP. Barreras de acceso al programa ampliado de inmunizaciones, de la población infantil asistente a las casas vecinales de Tibabitá y horizontes de la localidad de Usaquén, Bogotá D.C., año 2008. [Tesis Doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.

Documentos legales y/o leyes

República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996, enero 25, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 42.710. Bogotá: El Ministerio; 1996.

Memorias de eventos

Memorias Simposio Gestión en Enfermería. VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Necesidades tendencias y desafíos. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003 Oct 6-8.

Material electrónico

- ***Artículo de revista***

Moreno-Mora R, Pérez-Díaz C. Retardo en el neurodesarrollo en niños de La Habana Vieja. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 [consultado 29 de abril de 2015]; 24(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252008000300012&script=sci_arttext

- ***Monografías (libros, tesis y similares) en Internet***

Morejón-Romero JS. Análisis, diseño e implementación del sistema SYSBABY para control de niño sano (vacunación). Impacto frente al diagnóstico de cáncer y su afrontamiento. [Tesis en Internet]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2013 [consultado 30 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/1348/1/T-UCSG-PRE-ING-CIS-88.pdf

- ***Documentos legales y/o leyes en internet***

República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No 008430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet]. Santa Fé de Bogotá: El Ministerio; 1993 [consultado 29 de octubre de 2013]. Disponible en: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf

NORMAS SEGÚN TIPO DE ARTÍCULOS

A. Investigación original - reflexión

Título

Debe indicar en forma clara el trabajo de investigación o artículo realizado. Se debe incluir el título en español, inglés y portugués.

Autor (es)

Se indican después del título los nombres y apellidos, con llamada pie de página, con un asterisco para indicar nivel de formación en pregrado y postgrado (si la tiene), ocupación, cargo actual, institución donde labora actualmente, ciudad y dirección electrónica de cada autor.

Resumen

No debe exceder 250 palabras, se debe indicar con claridad y de forma estructurada (objetivo, materiales y métodos, resultados y conclusiones). Se debe presentar en español e inglés. No debe incluir referencias ni abreviaciones. La información destacada en el resumen no se debe repetir en materiales y métodos.

Palabras clave

Se incluirán 2 a 4 palabras que faciliten la clasificación del artículo, que no hayan sido utilizados en el título. Se deben indicar en español, inglés y portugués. Se

REVISTA Ciencia y Cuidado
ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

recomienda la consulta en los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en la página http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm de la Biblioteca virtual en salud del proyecto BIREME, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de Salud.

Introducción

Establecerá los aspectos relevantes de la problemática y la justificación que sustenta el desarrollo de la investigación, debe tener referencias bibliográficas, no se debe incluir beneficios.

Materiales y Métodos

Dará a conocer el tipo de estudio, la selección de los sujetos de estudio, procedimientos utilizados, instrumento, tipo de análisis estadístico de los datos y aspectos éticos (los aspectos éticos deben indicar los procesos realizados para autorización en la institución, el uso del instrumento y la recolección de la información).

Objetivos

Relacionar los objetivos generales y específicos del estudio.

Resultados

Se presentan guardando una secuencia lógica del texto, tablas, figuras, destacando los resultados más relevantes. Si se incluyen tablas o figuras, es recomendable no repetir en el texto los datos que se contienen estas.

Discusión

No repita datos presentados en los resultados, se debe resaltar los aspectos nuevos e importantes del estudio sustentados bibliográficamente y las conclusiones que se derivan del análisis y aportes realizados por el autor. Es importante comparar y contrastar los resultados con otros estudios.

Conclusiones

Deben tener relación con los objetivos planteados y extraerse del análisis y discusión realizado por el autor (es). No se deben realizar afirmaciones generales que no estén sustentadas con los datos encontrados. Se permiten 5 conclusiones máximo.

Referencias bibliográficas y/o Bibliografía

Se deben relacionar al final del artículo según normas Vancover, debe contener una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 30 referencias.

B. Revisión

Título

Debe indicar en forma clara el tema del artículo. Es preciso incluir el título en español e inglés.

Autor (es)

Se indican los nombres y apellidos con llamada a pie de página, para indicar nivel de formación en pregrado y postgrado (si la tiene), ocupación, cargo actual, institución donde labora actualmente, ciudad y dirección electrónica de cada autor.

Resumen

No excederá de 200 palabras, y debe contener: introducción, metodología (bases de datos consultadas, número de artículos, palabras clave usadas, en que idiomas), resultados y conclusiones. No debe llevar abreviaturas o siglas, ni referencias bibliográficas.

Palabras Clave

Se deben incluir 2 a 4 palabras que faciliten la clasificación del artículo, que no hayan sido utilizados en el título. Se deben indicar en español, inglés y portugués. Se recomienda la consulta en los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en la página http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm de la Biblioteca virtual en salud del proyecto BIREME, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de Salud.

Introducción

Presenta una visión amplia sustentada de lo que abordará el artículo.

Metodología

Indicara el método utilizado para la búsqueda, revisión y análisis de los documentos consultados, el periodo en que se efectuó la revisión, los criterios de selección, las palabras clave que se utilizaron en la búsqueda, bases de datos consultadas, número de

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

artículos revisados, en que idiomas, etc.

Análisis

Incluye el desarrollo del artículo sustentado en referencias bibliográficas y los aportes del autor (es), con la correspondiente subtitulación.

Conclusiones

Debe plantear ideas generales con relación al artículo desarrollado, deben ser máximo 5.

Referencias bibliográficas y/o Bibliografía

Se debe relacionar al final del artículo según normas Vancouver, debe contener una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias.

ÉTICA PARA AUTORES

Los autores adquieren los siguientes compromisos: (1) aseguran que los manuscritos que remiten a la revista son inéditos y originales. Además, si se ha hecho uso del trabajo de otras personas, este trabajo está debidamente citado y referenciado. (2) no han publicado ni publicarán los mismos resultados de investigación en más de una revista. (3) Una vez iniciado el proceso de revisión por el Comité Editorial, el artículo deberá cumplir con todas las fases del proceso editorial. (4) Reconocen adecuadamente el trabajo hecho por otras personas y citan dicho trabajos. (5) La autoría se limita a quienes han hecho contribuciones significativas al manuscrito. La persona que remita el manuscrito será la responsable de asegurarse que todos los autores del texto figuran en el manuscrito así como que han aprobado la versión que se remite a la revista. (5) Si el manuscrito que se presenta es parte de alguna investigación financiada, se apuntará dicha financiación en los apartados oportunos. Para evitar una conducta impropia en la investigación ver: Fraude en la investigación y Experimentación indebida con o en animales y humanos. Para evitar faltas graves de ética profesional ver: Plagio; Envíos simultáneos, publicación duplicada

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Anexo A. Formato Carta de Presentación

Ciudad, día, mes, año

Señores

REVISTA CIENCIA Y CUIDADO

Universidad Francisco de Paula Santander

Cúcuta, Colombia

Cordial saludo.

Los (as) abajo firmantes autores (as) del artículo denominado _____ _____ _____,manifestamos que tenemos conocimiento que la Revista Ciencia y Cuidado de la Universidad Francisco de Paula Santander tiene en cuenta la Ley 1581 de octubre 17 de 2001 y aplica la Ley de Hábeas Data o de Protección de Datos según lo establecido en el Decreto 1377 de 2013; autorizando de manera libre, informada y expresamente a la Revista Ciencia y Cuidado a publicar el uso de datos personales, entendiendo que son accesibles a cualquier persona conectada a internet.

Confirmamos que el artículo enviado es ORIGINAL, INÉDITO y NO HA SIDO SOMETIDO NI ENVIADO A EVALUACIÓN EN OTRA REVISTA.

Reconocemos que una vez iniciado el proceso de revisión por el Comité Editorial, el artículo deberá cumplir con todas las fases del proceso editorial, es decir, no podrá ser retirado.

De ser publicado el artículo, cedemos gratuitamente todos los derechos patrimoniales de autor al editor de la Revista Ciencia y Cuidado, autorizamos la copia, reproducción, distribución, publicación y comercialización del mismo ya sea en medio impreso, electrónico, en internet, medios de comunicación u otras formas y medios conocidos o por conocerse.

Autorizamos a la Revista Ciencia y Cuidado a realizar ajustes en el contenido y estilo del artículo, por parte de los revisores de estilo, y de los traductores al inglés y portugués.

Nos comprometemos a cumplir los plazos establecidos por la revista para la elaboración de correcciones de los escritos.

Conociendo la normatividad existente en Colombia como la ley 23 de 1982 Sobre los Derechos de Autor, específicamente artículo 1 y 2 y demás normas de propiedad intelectual existentes expresamos nuestra responsabilidad por cualquier acción de reivindicación, plagio u otra clase de reclamación que al respecto pudiera sobrevenir.

Atentamente,

Firma
Nombres y apellidos autor 1*
CC No.

Firma
Nombres y apellidos autor 2
CC No.

* Autor principal: responsable de la elaboración y envió de las correcciones, y establecer comunicación directa con la revista; así como de la recepción del material impreso de la revista cuando esté disponible

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Anexo B. Datos Personales Autor

NOMBRES :		
Primer Apellido		
Segundo Apellido		
Nacionalidad		
País de nacimiento		
Fecha de nacimiento		
Documento de identidad No.		
Tipo de documento		Cédula de ciudadanía
		Tarjeta de identidad
		Cédula de extranjería Pasaporte
Dirección residencia		
Lugar de residencia		
Teléfonos de contacto		
E-mail		
Filiación Institucional (institución y/o empresa donde labora actualmente)		
Cargo		
Nivel formación		Pregrado
		Postgrado
		Magíster
		Doctorado
		Otra Cual?
Área de formación pregrado:		
Área de formación postgrado:		
Publicaciones realizadas en los últimos 2 años		
Nombre de la publicación		
Título de capítulo		
Volumen de la Revista		
Fascículo o Número		
Página inicial y final		
Revista Indexada?	Sí ___ No__	
País de origen de la publicación		
Fecha de Publicación (AAAA/MM/DD)		
Nombre de la publicación		
Título del Artículo		
Volumen de la Revista		
Fascículo o Número		
Página inicial y final		
Revista Indexada?	Sí ___ No__	
País de origen de la publicación		
Fecha de Publicación (AAAA/MM/DD)		

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

Anexo C. Formato Conflicto de Intereses Autor

Ciudad, día, mes, año

Señores
Revista Ciencia y Cuidado
Universidad Francisco de Paula Santander
Cúcuta, Colombia

Cordial saludo.

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía número _____, y autor del artículo denominado _____ _____ _____ manifiesto que no existe conflicto de intereses sustentado en lo siguiente:

- Vinculación académica:

Este artículo es parte de tesis de : Maestría_____ Doctorado _____
Este artículo es parte de trabajo realizado para cambio categoría escalafón docente _____
Este artículo no tiene ninguna vinculación _____

- Fuentes de financiación:

Esta investigación fue financiada por _____
Esta investigación fue parcialmente financiada por _____
Esta investigación no tuvo fuentes de financiación externa_____

- Influencia de entidades patrocinadoras:

En el diseño del estudio _____
En la recolección de la información_____
En el análisis e interpretación de los datos_____
En la elaboración del informe _____

Firma
Nombres y apellidos autor 1
CC No.

Firma
Nombres y apellidos autor 2
CC No.

REVISTA Ciencia y Cuidado

ISSN 1794-9831
E-ISSN 2322-7028
Vol. 13 No. 1
Ene - Jun 2016
Cúcuta, Colombia

SUSCRIPCION

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

_____

Dirección residencial: _____ Tel: _____

Dirección profesional: _____ Tel: _____

Ciudad: _____ País: _____

A.A: _____ Dirección Electrónica: _____

Dirección para envío: _____

Profesión: _____

Celular No. _____