

# REVISTA SALUD Y SOCIEDAD UPTC ISSN 2389-8038

## DIRECTIVOS

OSCAR HERNAN RAMIREZ.

Rector.

MANUEL HUMBERTO RESTREPO.

Vicerrector Académico.

ENRIQUE VERA L.

Vicerrector de Investigaciones

ALBERTO LEMOS VALENCIA.

Vicerrector Administrativo.

ZAIDA ZARELLY OJEDA.

Directora de Investigaciones.

LIDA RISCANEVO.

Editora Jefe Uptc.

ANDREA NUMPAQUE

Coordinadora Editorial

YOLIMA BOLIVAR SUAREZ

Representante Comité Editorial Ciencias de la Salud

VIVIANA ACOSTA Unidad Editorial

CAMILA CORREDOR Asesora CIES

## COMITÉ DE EVALUACIÓN DE OBRAS- SUBCOMITÉ EDITORIAL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ABEL FERNANDO MARTINEZ MARTÍN.

Decano Facultad de Ciencias de la Salud

LINA FERNANDA BARRERA SANCHEZ.

Docente e Investigadora

VIRGELINA CASTELLANOS PAEZ.

Docente e Investigadora

YENNY SALAMANCA CAMARGO.

Directora CIES, Docente e Investigadora

BIBIANA MATILDE BERNAL GÓMEZ

Docente e Investigadora, Editora del subcomité

**Misión:** Salud y Sociedad Uptc tiene como fin contribuir con la difusión de la información científica en el área de las ciencias de la Salud

**Portada:** Fotografía durante la Marcha del 10 de octubre de 2018 en Bogotá por la Defensa de la Universidad Pública y el derecho a un bienestar en salud y educación, tomada por Bibiana Matilde Bernal Gómez. Diseño de la portada por Pablo Andrés Carvajal Ramírez. Diseño y diagramación de la revista @bibego

- PRESENTACIÓN DEL VOLUMEN 5 NÚMERO 1 2020 PÁGINA 2-3
  - ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019: DIAGNOSTICO POR EL LABORATORIO 4-12
  - DISEÑO Y PILOTAJE DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL GRUPAL PARA MANEJO DE ANSIEDAD EN UNIVERSITARIOS 13-22
  - LA FAMILIA EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD: UN ANÁLISIS DE CASO 23-32
  - REDES COMUNITARIAS Y DE SOPORTE SOCIAL COMO RECURSO PARA EL CUIDADO Y EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD 33-43
  - CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL ENTORNO QUIRÚRGICO: ANÁLISIS DE UNA SITUACIÓN 44-51
  - EFECTOS DEL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DE SARS-COV-2 EN TRASTORNOS METABÓLICOS (OBESIDAD Y DIABETES MELLITUS TIPO 2) Y CARCINOMA LOBULILLAR DE SENO ARTÍCULO CORTO 52-55
  - FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE FAMILIAS EN EL BARRIO PATRIOTAS DE TUNJA 56-67
- 

NOVEDADES EDITORIALES DESARROLLO DEL PENSAMIENTO HISTÓRICO EN LA ESCUELA Y CUIDADO CONVERGENTE: ARTESANIAS EN INVESTIGACIÓN 68

AGRADECIMIENTO A EVALUADORES COLABORADORES DEL VOLUMEN 5 NUMERO 69

---

# PRESENTACIÓN

Estimado Lector:

Con el volumen 4 y los dos números del volumen 5, la Revista Salud y Sociedad Uptc retoma su actividad académica bajo la edición del subcomité editorial y de evaluación de obras de la Facultad de Ciencias de la salud, dinámica grupal de presentación de contenidos procedentes de algunos trabajos de investigadores de la facultad y de sus redes de apoyo científico. Estos dos volúmenes ( 4 y 5) se han hecho aprovechando el tiempo de confinamiento en pandemia por la Covid-19 desde marzo, como aliciente a la no presencialidad. Los claustros de Salud se encuentran desde casa, usando todas las herramientas de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, de manera urgente y probablemente como cambio de paradigma y mejoría en la didáctica. Se ha creado un espacio diferente que pone una gran relevancia a la metodología adoptada después de la transformación a los créditos del año 2004, modificando el quehacer docente y estudiante con las sesiones presenciales sincrónicas, que tienen dificultades propias del acceso no público al internet gratuito, y cambios en el modo de trabajo: en la actualidad se observa a un estudiante más proactivo. Los profesionales en formación tienen hoy muchas más habilidades digitales y la apropiación del conocimiento se da desde casa y hacia cualquier lugar del mundo. Las familias también han aprendido de bioseguridad y protección ante la infección viral por SARS-CoV2, se ha estudiado el por qué de su severidad a nivel pulmonar y hay un sentir científico de estar dentro de un laboratorio epidemiológico universal, en tiempo real. Se espera que este aprendizaje significativo de mínimas medidas de salud pública para mitigar la epidemia que han hecho estudiantes y docentes de ciencias de la salud en Boyacá y en todas las regiones de influencia, complementado por la necesidad, las competencias en el ser de los futuros profesionales, con liderazgos comunitarios y locales que recuperen el proceso de salud enfermedad y que sea favorable a todos.

Gracias a la acertada decisión de las directivas académicas de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia cuando se aprobaron las sugerencias médicas y epidemiológicas y se programó de manera remota, urgente el desempeño virtual de docentes, estudiantes e investigadores, por la fuerza y severidad de un patógeno invisible se logró disminuir el número de contagios en la región y en Colombia, y sin sonar pretenciosa, se salvaron vidas, pues las potenciales muertes evitadas llevarían a una pérdida dramática de un capital humano imposible de recuperar en un país en vía de desarrollo. Aún así el gremio médico, el gremio de trabajadores del sector salud continuamos en duelo por los colegas fallecidos. Hemos comprobado el modelo de medicina preventiva, y sin mayor infraestructura tecnológica, se ha mitigado el impacto pandémico, pero aún tenemos condiciones negativas para ejercer el rol profesional en ciencias de la salud y un sistema sanitario costoso y de difícil acceso. También surgen nuevos problemas relacionados con el cambio súbito de vida.

La inequidad y la desigualdad de la sociedad en la que vivimos, un hecho evidente de la globalización viral, nos ha dejado al descubierto como menos salvajes pero sin lugar a dudas, aún muy dependientes tecnológicos. El recurso financiero de 2019 obtenido como resultado de las marchas universitarias de octubre 10 de 2018, y con un año entero de trabajo de cohesión y renovación, ha sido bien utilizado para la Universidad investigadora, y se han iniciado a ver los frutos a nivel de doctorados y grupos, algunos de ellos persistiendo en la carrera ética por construir conocimiento nuevo.

Conocimiento que puede ser fundamental para resolver el problema del diagnóstico en medicina; En la Covid19 se apoya en el trabajo transdisciplinar, por lo que se revisa en este número 1 del volumen 5, el enfoque diagnóstico del SARS CoV 2 con las herramientas de la microbiología moderna y de la inmunología. Presentamos dos estudios originales de docentes sobre lo humano y la salud mental, particularmente en el metaparadigma del cuidado de la disciplina enfermería y con la rigurosidad del

diseño experimental, en un estudio piloto de psicología sobre el manejo conductual de la ansiedad; Junto a tres estudios originales de medicina comunitaria con el enfoque de la medicina familiar como especialidad médico quirúrgica, el posgrado de medicina cambiará la forma de hacer la asistencia en salud.

Los retos investigadores son mayores, por eso incluimos en el volumen los trabajos de iniciación científica, donde patologías importantes de las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles, sufren el colapso sanitario y la incertidumbre de la época.

**BIBIANA MATILDE BERNAL GÓMEZ**

Medica Cirujana Especialista En Patología, Doctora en Microbiología Salud Pública y Sociedad

Con un número reproductivo de contagios similar desde el mes de marzo, y un sistema restringido de pruebas diagnósticas, con menos recursos económicos dedicados al rastreo molecular de contactos, esperamos que el riesgo de enfermar para volver a la normalidad sea cercano a cero y que este fenómeno de decrecimiento, propio de una sociedad que piensa en el cuidado del otro, por justicia y paz y porque es lo propio de un ser humano humano, no sólo sea para contener a una enfermedad infecciosa sino parte de los planes de salvar al planeta y lograr los objetivos de desarrollo sostenible para 2030.

Docente Escuela De Medicina.

Editora en Jefe del Subcomité Especializado de Evaluación de Obras de La Facultad de Ciencias de la Salud

# ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019: DIAGNOSTICO POR EL LABORATORIO

**Ana Yervid Rodríguez-Sáenz, Janneth Marcela Camacho-Valero**

1 Docentes Escuela de Medicina. Bacteriólogas, MSc. en Microbiología. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC). Grupo de investigación atención primaria de salud. Correspondencia: Calle 24 N° 5-63.

Correo electrónico: [anayervid.rodriguez@uptc.edu.co](mailto:anayervid.rodriguez@uptc.edu.co) / [janneth.camacho@uptc.edu.co](mailto:janneth.camacho@uptc.edu.co)

## Resumen

La enfermedad por Coronavirus 2019, (Coronavirus Disease 2019, COVID-19), es causada por el Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo o Grave 2 (severe acute respiratory syndrome 2, SARS-CoV-2). Para su diagnóstico existen tres tipos de pruebas: las basadas en la detección del virus (RNA o antígeno viral), en la detección de antígenos y las que detectan anticuerpos. La reacción en cadena de la polimerasa de transcripción inversa en tiempo real (rRT-PCR) detecta el material genético (ARN) del virus, es el estándar de referencia para diagnóstico de COVID-19; las pruebas que detectan antígenos (proteínas del virus) pueden ser útiles como criterio para confirmar que el virus está presente en el momento en que se toma la muestra y las que detectan anticuerpos (IgM/IgG) indican que se ha tenido un contacto previo con el virus. Los exámenes de laboratorio se utilizan como ayuda diagnóstica y muestran hallazgos que pueden hacer sospechar de COVID-19.

**Palabras clave:** COVID-19, coronavirus, diagnóstico, técnicas, exámenes (fuente: DeCS, BIREME).

## Abstract

Coronavirus disease 2019, (Coronavirus Disease 2019, COVID-19), is caused by the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus or Severe 2 (SARS-CoV-2). For its diagnosis there are three types of tests: those based on the detection of the virus (RNA or viral antigen), on the detection of antigens and those that detect antibodies. The Real-time Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (rRT-PCR) detects the genetic material (RNA) of the virus, it is the reference standard for diagnostic of COVID-19; tests that detect antigens (virus proteins) may be useful as a criterion to confirm that the virus is present at the time the sample is taken and test that detect antibodies (IgM/IgG) indicate that there has been previous contact with the virus. Laboratory tests are used as help diagnostic and show findings that may lead to suspicion of COVID-19.

**Key words:** COVID-19, coronavirus, diagnosis, techniques, examinations.

## Introducción

A finales de diciembre de 2019 se reportaron los primeros casos de un nuevo coronavirus humano, en la ciudad de Wuhan (China), el Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2) ubicado en el género de los betacoronavirus (1-3). Desde entonces el aumento de nuevos infectados por el virus SARS-CoV-2, que produce la enfermedad denominada COVID-19, ha sido continuo y su transmisión de persona a persona se ha acelerado, por lo cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mes de marzo declaró la situación

de **pandemia** (3,4). El diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2 se ha realizado combinando los hallazgos clínicos, imagenológicos, epidemiológicos y las pruebas de laboratorio (5-10).

El objetivo del presente artículo es el de compilar el diagnóstico de laboratorio para COVID-19 por medio de una revisión narrativa.

## Diagnóstico de COVID-19 por el laboratorio

El diagnóstico de los pacientes con COVID-19 se realiza individualizado, considerando los hallazgos clínicos, imagenológicos, epidemiológicos y las pruebas de laboratorio. El diagnóstico a nivel de laboratorio cumple un importante papel para identificar, aislar y tratar rápidamente a aquellos pacientes infectados y así limitar la transmisión del virus (7,11,12).

Los métodos para la detección del SARS-CoV-2 están basados en tres estrategias: detección del material genético del virus (ARN contenido en la nucleocápside), detección del virus como entidad individual, mediante la detección de antígenos virales y la detección de los anticuerpos generados en la persona infectada (5,13,14).

#### ***Pruebas basadas en la detección del material genético (Técnicas moleculares)***

Según las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el diagnóstico por laboratorio para la confirmación del virus SARS-CoV-2 causante de COVID-19 se realiza por metodologías de Biología Molecular o PCR convencional o PCR en tiempo real (RT-PCR), que es el estándar de referencia (4,7,15,16).

El virus se puede detectar en la vía aérea superior o en las secreciones de la vía aérea inferior (hisopo nasofaríngeo o aspirados traqueales (si está intubado), esputo y lavado broncoalveolar), saliva, sangre, orina y heces (11,17,18).

La PCR, es una técnica, que permite detectar y amplificar un fragmento del material genético que para el coronavirus es una molécula de ARN, amplifica ácido desoxirribonucleico (ADN), por lo que en el caso del ARN vírico del SARS-CoV-2, es necesario primero convertirlo a ADN (por transcripción inversa, RT, reverse transcription) para dar inicio al proceso de PCR (lo que se llama RT-PCR). En la actual pandemia, se está empleando para determinar si una persona está infectada con el virus o no.

El protocolo está basado en la detección de tres marcadores diferentes: genes E (Envelope Protein Gene), N (Nucleocapsid protein gene) y RdRP (RNA-dependent RNA polymerase gene). Las pruebas para los genes E y N se utilizan como protocolos de tamizaje para detectar cualquier beta-coronavirus asociado a murciélagos (no detectan coronavirus humanos comunes); el ensayo para RdRp es

específico para coronavirus SARS y tipo SARS (2019-nCoV). En la actualidad se dispone de kits comerciales de RT-PCR en tiempo real destinados a la detección de genes como E, N, RdRP u ORF1ab (Open Reading Frame 1ab) (13,19,20).

Un resultado positivo confirma la presencia del virus y que la persona está infectada con el SARS-CoV-2. Si la técnica de PCR no detecta el material genético del virus, daría un resultado negativo, la persona no estaría infectada; pero un resultado negativo no siempre significa la ausencia de infección por el SARS-CoV-2, varias razones pueden dar explicación a un resultado negativo en una persona infectada con SARS-CoV-2 (un muestreo clínico incorrecto, la fuente de muestra, el tiempo de la muestra, rendimiento de los kits de detección, baja carga viral del paciente, entre otros). Cuando hay una sospecha clínica importante se debe realizar otra prueba para asegurar que el paciente no está infectado, además considerar la posibilidad de utilizar marcadores que permitan realizar el diagnóstico de manera segura (9,21).

#### ***Pruebas basadas en la detección de antígenos***

Las pruebas para la determinación de antígenos (Ag) están basadas en la búsqueda de proteínas virales (antígenos) específicas de SARS-CoV-2 en la muestra, como la proteína N y las subunidades S1 o S2 de la proteína espiga. En los primeros días de una infección se producen proteínas virales que pueden ser detectadas mediante diferentes técnicas (Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA), inmunofluorescencia (IF), quimioluminiscencia, etc.). Para el caso de COVID -19 un resultado negativo (en cualquier etapa de la infección) no debe ser empleado como criterio para descartar un caso, sino que se debe tener en cuenta más criterios (5,7,10).

#### ***Pruebas basadas en la detección de anticuerpos***

Las pruebas serológicas están basadas en la detección indirecta del virus, a través de la medición específica de los anticuerpos generados por el propio organismo de la persona infectada. Ante el ataque o exposición a organismos ajenos (agentes infecciosos víricos) el sistema inmune humano responde desencadenando la producción de anticuerpos (5,9). Los anticuerpos (IgG e IgM) se pueden encontrar únicamente después de la seroconversión, durante toda la fase humoral, y

después de la recuperación en pacientes que sobreviven. Las pruebas basadas en la detección de anticuerpos (IgM e IgG) pueden ayudar a investigar un brote en curso y a realizar una evaluación retrospectiva de la tasa de infección (22). Existen varios métodos para la determinación de anticuerpos (IgM e IgG) en el caso del SARS-CoV-2; pero se debe realizar la validación antes de su uso y aplicación; por la reactividad cruzada que se puede generar con otros coronavirus (5,7).

### ***Pruebas rápidas***

Por otra parte, se están utilizando las pruebas de diagnóstico rápido, más sencillas y con resultados en menor tiempo (10-15 minutos). Las principales técnicas empleadas para la detección de antígenos (proteínas del virus) y anticuerpos (IgM/IgG) son: técnicas de aglutinación indirecta, enzimoanálisis, inmunofluorescencia, contrainmunolectroforesis, métodos luminométricos e inmunocromatografía. Las que detectan antígenos pueden ser de gran utilidad como criterio para confirmar la presencia del virus en el momento que se toma la muestra (8,21).

Las pruebas que detectan anticuerpos, solo indican contacto previo con el virus, pero no permiten demostrar ni descartar su presencia en el momento en que se toma la muestra, y tampoco indican protección contra el virus. Por tal razón, el profesional de laboratorio encargado de su análisis debe tener precaución con su interpretación (8,9,21).

Las pruebas rápidas presentan una sensibilidad baja, y un resultado negativo no descarta una infección; por lo cual la OMS, hace unos meses no recomendaba el uso de pruebas rápidas de diagnóstico para la detección de antígenos o anticuerpos como parte del diagnóstico de COVID-19 en un paciente y en particular, no recomendaba su uso para descartar un caso de infección aguda (21). Actualmente la OMS manifiesta que se ha puesto a disposición una nueva tecnología para la detección de COVID-19 que es mucho más simple y rápida de realizar que las pruebas de amplificación de ácido nucleico (NAAT) recomendadas actualmente, como la PCR. Tecnología que está basada en la detección directa de las proteínas virales del SARS-CoV-2 en hisopos nasales y otras secreciones respiratorias mediante un inmunoensayo de flujo lateral (también llamado RDT) que da resultados en <30 minutos. Por otra parte; la OMS no desconoce que estas pruebas de detección de antígenos (Ag-RDT) son menos sensibles que las NAAT, pero que ofrecen la posibilidad de

una detección rápida, económica y temprana de los casos de COVID-19 más infecciosos. Después tener muchos elementos de análisis, emite un documento provisional para la orientación en el uso de estas pruebas en los programas de manejo de brotes de COVID-19 (23).

### **Exámenes de apoyo**

En el diagnóstico de COVID-19, se han incluido: hemograma completo, hemocultivos/cultivo de esputo, pruebas de coagulación (tiempo de tromboplastina parcial (PTT), tiempo de protrombina (PT) y dímero D), pruebas bioquímicas: lactato deshidrogenasa (LDH), troponinas, pruebas de función hepática (Alanino aminotransferasa (ALT), aspartato aminotransferasa (AST), transaminasas y albumina), pruebas de función renal, inmunológicas y marcadores de inflamación (Procalcitonina, proteína C reactiva (PCR), ferritina, interleucina); entre otras, como posibles biomarcadores para predecir la gravedad de la enfermedad en pacientes con COVID-19 (3,6,24).

### ***Pruebas hematológicas***

#### ***Hemograma***

En la etapa inicial, el recuento de glóbulos blancos es normal o disminuido, con un recuento disminuido de linfocitos. En general, se recomienda volver a verificar los cambios en el hemograma después de 3 días (25). La mayoría de los pacientes muestran una tasa de sedimentación globular (VSG) elevada.

#### ***Linfocitos***

Los linfocitos juegan un papel decisivo en el mantenimiento de la homeostasis inmune. Se especulan cuatro mecanismos potenciales que conducen a la linfopenia: (1). El virus puede infectar directamente linfocitos a través del receptor ACE2, lo que resulta en la muerte de las células. (2). El virus podría destruir directamente los órganos linfáticos. (3). El factor de necrosis tumoral (TNF)  $\alpha$ , la interleucina (IL-6) y otras citocinas proinflamatorias podrían inducir deficiencia linfocitaria (4). Inhibición de linfocitos por moléculas metabólicas producidas por trastornos metabólicos, como la acidemia hiperlactica. Los múltiples mecanismos mencionados anteriormente podrían funcionar juntos para causar la linfopenia, sin embargo, se necesita más

investigaciones sobre estos mecanismos. Se ha determinado que la linfopenia es un indicador efectivo y confiable de la gravedad y hospitalización en pacientes con COVID-19 (26).

### ***Neutrófilos***

Los neutrófilos se reclutan temprano en los sitios de infección donde matan los patógenos (bacterias, hongos y virus) por explosión oxidativa y fagocitosis. Sin embargo, los neutrófilos tienen otro medio mucho menos reconocido de matar patógenos: la formación de trampas de neutrófilos extracelulares (NET). Las NET son estructuras en forma de red de ADN y proteínas expulsadas del neutrófilo que atrapan a los patógenos. La formación excesiva de NET puede desencadenar una cascada de reacciones inflamatorias en los sistemas pulmonar, cardiovascular y renal. Es importante destacar que estos tres sistemas de órganos son comúnmente afectados en COVID-19 grave (27).

### ***Relación linfocitos/neutrófilos (RLN)***

El recuento total de linfocitos B CD4, linfocitos T y Natural Killers (NK) se ha mostrado significativamente menor que en pacientes no COVID-19 en evaluaciones realizadas por Chuan Qin y colaboradores en 44 pacientes con COVID-19. Esta disminución se ve en mayor medida en los pacientes con cuadros severos (28). Según un estudio de Liu y colaboradores una RLN  $< 3,13$  es indicador de bajo riesgo y  $\geq 3,13$  es un indicador de alto riesgo (29). La aplicación temprana de NLR con la edad es beneficiosa para el manejo de la clasificación de los pacientes y el alivio de la escasez de recursos médicos.

### ***Pruebas de Coagulación***

#### ***Tiempo de protrombina y tiempo de tromboplastina (PT y PTT)***

El acrónimo COVID-19 asociado a coagulopatía (CAC) está siendo usado para describir los cambios en la coagulación de los pacientes infectados. El virus SARS-CoV-2 parece no tener efectos procoagulantes por sí mismo y se hipotetiza que el desarrollo de anomalías en las pruebas de coagulación es resultado de la profunda respuesta inflamatoria desencadenada por la tormenta de citoquinas (30).

Evidencia de parámetros de coagulación anormales asociados con COVID-19 aparecieron en los primeros informes de pacientes hospitalizados en Wuhan; de 99 pacientes, el 6% tenía aPTT elevado y el 5% PT elevado (31). En un análisis de 191 pacientes de dos de los principales hospitales de Wuhan, la mortalidad fue reportada en un 28% (54 pacientes) con un diagnóstico de sepsis y 50% tuvieron evidencia de coagulopatía definida como incremento del PT en 3 segundos o incremento del PTT en 5 segundos (32).

### ***Dímero D***

La actual pandemia por COVID-19 representa un buen ejemplo de infección vírica asociada a una respuesta inflamatoria sistémica y activación de la coagulación en los pacientes sintomáticos. Resultados obtenidos a partir de pacientes en el área de Wuhan en China han demostrado que el dímero D, un marcador de generación de trombina y de fibrinólisis, constituye un índice pronóstico relevante de mortalidad. Dichos estudios indican que niveles de dímero D superiores a 1000 ng/mL se asocian con un riesgo 18 veces superior de mortalidad, hasta el punto que en la actualidad se incluye en el screening de todo paciente sintomático COVID-19 positivo, ya que este aumenta la posibilidad de producir un estado de hipercoagulabilidad y de presentar microtrombosis pulmonar. La elevación del Dímero D se asocia con un peor pronóstico de los pacientes infectados (33).

### ***Pruebas bioquímicas***

#### ***Troponinas***

En general el sistema cardiovascular se ve impactado de manera directa por el SARS-CoV-2. Los pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) están predisuestos a sufrir la infección por coronavirus COVID-19 y a mayor riesgo de efectos adversos. La lesión miocárdica es una afección común entre los pacientes hospitalizados por COVID-19 y se asocia con un mayor riesgo de mortalidad intrahospitalaria. Se han reportado valores para troponina I con incrementos significativos a medida que avanza la enfermedad, así: día 7: 24,7 pg/ml; día 19: 134,5 pg/ml y día 22: 290,6 pg/ml; con una media de 8,8 pg/ml en no sobrevivientes versus 2,5 pg/ml en sobrevivientes. Si bien estos valores son de un único trabajo, es importante resaltar



la tendencia en aumento que muestran los pacientes graves que fallecieron versus la tendencia constante de los sobrevivientes (34).

### ***Transaminasas***

Estudios realizados en China mostraron que el 2-11% de pacientes con COVID-19 tuvieron co-morbilidades hepáticas y el 14-53% de los casos reportaron niveles anormales de alanino aminotransferasa (ALT) y aspartato aminotransferasa (AST) durante la progresión de la enfermedad (35). El daño hepático puede ser causado directamente por la infección viral de las células hepáticas. Tanto el SARS-CoV-2 como el SARS-CoV se unen al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) para ingresar a la célula objetivo, donde el virus se replica e infecta otras células en el tracto respiratorio superior y el tejido pulmonar. Estudios patológicos en pacientes con SARS confirmaron la presencia del virus en el tejido hepático, aunque el título viral fue relativamente bajo porque no se observaron inclusiones virales (36).

### ***Lactato deshidrogenasa (LDH)***

La enzima lactato deshidrogenasa (LDH) juega un papel importante en el metabolismo de la glucosa y cataliza el paso de piruvato a lactato. Es liberada de las células cuando sufren daño de su membrana plasmática. Estudios previos han denotado la importancia de la LDH como indicador de enfermedades pulmonares. El incremento de este biomarcador se presenta concomitantemente con la elevación de la troponina y del dímero D, siendo un marcador predictivo en la tasa de letalidad de los pacientes. Se ha demostrado que la LDH podría ser identificado como un poderoso factor predictivo de lesión pulmonar en casos severos de COVID19 (37).

### ***Albumina***

Existen evidencias claras de la disminución del nivel de albumina en pacientes infectados con COVID-19. La albúmina regula la baja la expresión de los receptores ACE2 utilizados por los Coronavirus para el ingreso a las células; se ha demostrado que la administración de albumina en estos pacientes mejora la proporción de presión parcial de oxígeno arterial/ fracción de oxígeno inspirado, en pacientes con

síndrome de dificultad respiratoria aguda 24 horas después del tratamiento y con un efecto que persiste durante al menos siete días. Además, los investigadores que han estudiado las características clínicas de los pacientes con COVID-19 han informado una y otra vez que los niveles más bajos de albúmina sérica se asocian con mayor riesgo de muerte (38).

### ***Marcadores de inflamación***

#### ***Ferritina***

La linfocitopenia hemofagocítica secundaria (SHLH) es un síndrome hiper-inflamatorio poco conocido que se caracteriza por una elevadísima y mortal concentración de citoquinas plasmáticas. La SHLH se caracteriza por fiebre constante, citopenias e hiperferritinemia. La activación de los macrófagos produce elevadas concentraciones de citoquinas generando la denominada “tormenta de citoquinas” que junto a la hiperferritinemia se ha asociado con una mayor gravedad de la enfermedad y resultados adversos. Según estudios recientes se hallaron valores de ferritina con una media de 1.297,6 ng/ml en no sobrevivientes frente a 614,0 ng/ml en sobrevivientes de COVID-19 (39).

#### ***Procalcitonina***

Aunque el número total de pacientes con COVID-19 con valores aumentados de procalcitonina parece ser limitado, se sugiere que la medición de este metabolito en serie, puede desempeñar un papel para predecir la evolución hacia una forma extrema de la enfermedad y posibles coinfecciones de origen bacteriano. Estudios adicionales son necesarios para verificar el supuesto origen bacteriano en el aumento del nivel de procalcitonina en pacientes con infección severa por COVID-19 (40).

#### ***Proteína C reactiva (PCR)***

Los niveles de Proteína C Reactiva (PCR) están correlacionados con el nivel de inflamación y su nivel de concentración no se ve afectado por factores como la edad, el sexo y condición física. Los niveles de PCR pueden activar el complemento y aumentar la fagocitosis, eliminando así los microorganismos patógenos que invaden el cuerpo. Los niveles de PCR se pueden usar para el diagnóstico temprano

de neumonía. Siendo un índice importante para el diagnóstico y la evaluación de enfermedades infecciosas pulmonares graves. Estudios recientes mostraron que los niveles de PCR se correlacionan positivamente con el diámetro de la lesión pulmonar en pacientes infectados con COVID-19 y con la severidad de la enfermedad. Esto sugiere que en la etapa inicial de COVID-19, los niveles de PCR podrían reflejar las lesiones pulmonares y la gravedad de la enfermedad (41).

### **Interleucina-6**

Se ha observado que los Coronavirus activan la respuesta inmune de una manera excesiva y desregulada lo cual puede contribuir al desarrollo del Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA). Análisis de autopsias de pacientes con COVID-19 complicado por SDRA ha revelado hiperactivación de células T citotóxicas, con altas

concentraciones de gránulos citotóxicos. Informes que describen el perfil inmunológico de pacientes críticamente enfermos con COVID-19 han sugerido hiperactivación del sistema inmune humoral incluida la IL-6, como mediador crítico de falla respiratoria, shock y disfunción multiorgánica. Estudios exploratorios han sugerido que la inhibición de la IL-6 puede ser beneficioso e incluso se ha incorporado a las guías de manejo para pacientes con COVID-19 en China e Italia (42). En general en los estudios realizados, se han identificado elevaciones en los niveles de IL-6 entre los pacientes con COVID-19. Los niveles más altos de IL-6 se observan en pacientes con enfermedad severa. Se ha propuesto a la IL-6 como un marcador temprano de mortalidad, en pacientes que ingresan a la UCI (43). La **tabla 1** muestra hallazgos de los exámenes de laboratorio que pueden hacer sospechar de COVID-19.

**Tabla 1.** Hallazgos de los exámenes de laboratorio que pueden hacer sospechar de una COVID-19.

EXAMEN DE LABORATORIO		HALLAZGO EN PACIENTES CON COVID-19
HEMOGRAMA	Leucocitos	Aumentados
	Linfocitos	Disminuidos
	Relación Neutrófilos/Linfocitos	Aumentada
COAGULACION	DIMERO-D	Aumentado
	PT/PTT	Aumentado
PRUEBAS BIOQUIMICAS	AST/ALT	Aumentado
	LDH	Aumentado
	Troponina I	Aumentado
	Albúmina	Disminuido
MARCADORES DE INFLAMACION	Proteína C Reactiva	Aumentado
	Ferritina	Aumentado
	Procalcitonina	Aumentado
	Interleuquina-6	Aumentado

## Conclusiones

- Teniendo en cuenta el aumento en la tasa de mortalidad e infectividad asociada con el brote del nuevo coronavirus, es necesario tener acceso a pruebas de laboratorio seguras y simples, que ofrezcan detección e identificación rápidas y precisas generando un impacto inmediato en las decisiones clínicas y epidemiológicas y así poder limitar la transmisión del virus.
- Para superar esta pandemia, las pruebas diagnósticas de laboratorio se han convertido en el brazo derecho de las políticas económicas, sociales y de salud pública, para decidir si las acciones de aislamiento que se están desarrollando tienen el impacto esperado de acuerdo con las predicciones epidemiológicas de los organismos estatales de salud.
- Los exámenes de laboratorio que se utilizan como ayuda diagnóstica, muestran hallazgos que pueden hacer sospechar de COVID-19 y deben correlacionarse con la clínica, los

## Referencias

1. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterization and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet* 2020; 395: 565-574.
2. He F, Deng Y, Li W. Coronavirus disease 2019: What we know? *J Med Virol.* 2020; 1-7.
3. Pal M, Berhanu G, Desalegn C, Ramana k. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus2 (SARS-CoV-2): An Update. *Cureus* 2020; 12 (3): e7423.
4. *World Health Organization*. Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. *Who.int*. 2020. Available in: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. [Access: 17 april 2020].
5. Grupo de Nanobiosensores y Aplicaciones Bioanalíticas (NanoB2A) Instituto Catalán de Nanociencia y Nanotecnología (ICN2), CSIC, CIBER-BBN y BIST. Técnicas y sistemas de diagnóstico para COVID-19: clasificación, características, ventajas y limitaciones. Disponible en: <http://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/TecnicasDiagnosticoCOVID19-ICN2.pdf>. [Consultado: 16 de marzo de 2020].

factores de riesgo del paciente, y aplicarse individualizadamente al contexto particular de cada paciente.

- Se ha determinado que los biomarcadores tomados de manera conjunta dan una información interesante. No sólo sobre la etiología (causa) de la enfermedad, sino también sobre su gravedad.
- La linfopenia y el dímero D son indicadores efectivos y confiables de severidad en pacientes infectados con COVID-19. Se ha sugerido que la medición de estos indicadores debería ser incluida en el diagnóstico y guía de tratamiento de los pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## Fuente de Financiación

Este trabajo no recibió financiación

6. Lippi G, Simundica A.M, Plebania M. Potential preanalytical and analytical vulnerabilities in the laboratory diagnosis of coronavirus disease 2019 (COVID-19). [published online ahead of print, 2020 Mar 16]. *Clin Chem Lab Med.* 2020;/j/cclm.ahead-of-print/cclm-2020-0285/cclm-2020-0285.xml. doi:10.1515/cclm-2020-0285. [Access: 18 april de 2020].
7. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Lineamientos para el uso de pruebas en el Laboratorio de Salud Pública (LSP) En el marco de la emergencia sanitaria por (COVID-19) en Colombia. Abril 13 de 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/RID/lineamientos-pruebas-lsp-covid-19.pdf>. [Consultado: 20 de abril de 2020].
8. Instituto Nacional de Salud. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19). 11 de abril de 2020. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>. [Consultado: 20 de abril de 2020].
9. Zhao J, Yuan Q, Wang H, Liu W, Liao X, Su Y, et al. Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients of novel coronavirus disease 2019. *MedRxiv.* 2020:2020.03.02. Available in: <https://doi.org/10.1101/2020.03.02.20030189>. [Access: 18 april 2020].

10. Loeffelholz MJ, Tang YW. Laboratory diagnosis of emerging human coronavirus infections - The state of the art. *Emerg Microb Infect* 2020; 9 (1): 747-56.
11. Chunbao X, Lingxi J, Guo H, Hong P, Bo G, He L, et al. Comparison of different samples for 2019 novel coronavirus detection by nucleic acid amplification tests. *Int J Infect Dis* 2020; 93: 264-7.
12. Poljak M, Korva M, Knap Gašper N, Fujs Komloš K, Sagadin M, Uršič T, et al. Clinical evaluation of the cobas SARS-CoV-2 test and a diagnostic platform switch during 48 hours in the midst of the COVID-19 pandemic. *J Clin Microbiol.* 2020 apr 10. Available in: <https://jcm.asm.org/content/jcm/early/2020/04/09/JCM.00599-20.full.pdf>. [Access: 17 april 2020].
13. Loras C, Sanz J.C. Información preliminar de las características virológicas del nuevo coronavirus SARS-CoV-2. *REMASP* 2020; 4 (2): 1-10.
14. Xiao-Wei Xu, Xiao-Xin Wu, Xian-Gao Jiang, Kai-Jin Xu, Ling-Jun Ying, Chun-Lian Ma, et al. Clinical findings in a group of patients infected with the 2019 novel coronavirus (SARS-Cov-2) outside of Wuhan, China: retrospective case series. *BMJ.* 2020; 368: m606.
15. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Lineamientos para la gestión de muestras durante la pandemia del SARS- CoV-2 (COVID-19) en Colombia. marzo 30 de 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/RID/lineamiento-gestion-muestras-covid-19-t.pdf>. [Consultado: 20 de abril de 2020].
16. *World Health Organization*. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Laboratory testing for 2019-nCoV in humans. Available in: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/laboratory-guidance>. [Access: 18 april 2020].
17. Hui D, Zumla A. Severe Acute Respiratory Syndrome: Historical, Epidemiologic, and Clinical Features. *Infect Dis Clin N Am* 2019; (33): 869-89.
18. Tang Y, Persing D.H, Stratton C.W. The Laboratory Diagnosis of COVID-19 Infection: Current Issues and Challenges. *J clin microbiol* 2020 Article in Press. Available in: <https://jcm.asm.org/content/early/2020/04/03/JCM.00512-20>. [Access: 17 may 2020].
19. Corman V, Bleicker T, Brünink S, Drosten Charité C. Diagnostic detection of 2019-nCoV by real-time RT-PCR. Protocol and preliminary evaluation as of Jan 17, 2020. Available in: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/protocol-v2-1.pdf?sfvrsn=a9ef618c\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/protocol-v2-1.pdf?sfvrsn=a9ef618c_2). [Access: 17 september 2020].
20. Organización Panamericana de la Salud. Directrices de Laboratorio para la Detección y Diagnóstico de la Infección con el virus COVID-19. 30 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/directrices-laboratorio-para-deteccion-diagnostico-infeccion-con-virus-covid-19>. [Consultado: 20 de abril de 2020].
21. *World Health Organization*. Advice on the use of point-of-care immunodiagnostic tests for COVID-19 Scientific brief 8 April 2020. Available in: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/sb-2020-1-poc-immunodiagnosics-2020-04-08.pdf?sfvrsn=5b6820\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/sb-2020-1-poc-immunodiagnosics-2020-04-08.pdf?sfvrsn=5b6820_2). [Access: 17 april 2020].
22. Trujillo H, Gutiérrez A, Rodríguez A, Mejía J, Peña A, García M, et al. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS CoV-2/COVID 19 en establecimientos de atención en salud. *Infectio* 2020; 24 (3): 1-102.
23. *World Health Organization*. Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays. Interim guidance, 11 september 2020. Available in: <https://www.who.int/publications/i/item/antigen-detection-in-the-diagnosis-of-sars-cov-2infection-using-rapid-immunoassays>.
24. Yunb H, Suna Z, Wua J, Tanga A, Hua M, Xiang Z, et al. Laboratory data analysis of novel coronavirus (COVID-19) screening in 2510 patients. *Clinic Chim Ac* 2020; 507: 94-7.
25. Jin YH, Cai L, Cheng ZS, Cheng H, Deng T, Fan YP, et al. A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia. *Mil Med Res* 2020; 7 (4): 233-6.
26. Tan L, Wang Q, Zhang D, Ding J, Huang O, Tang Y, et al. Lymphopenia predicts disease severity of COVID-19: a descriptive and predictive study. *Sig Transduct Target Ther* 2020; 5: 33.
27. Barnes BJ, Adrover JM, Baxter-Stoltzfus A, Borczuk A, Cools-Lartigue J, Crawford J, et al. potential drivers of COVID-19: Neutrophil extracellular traps. *J Exp Med* 2020; 217 (6): e20200652.
28. Qin C, Zhou L, Hu Z, Zhang S, Yang S, Tao Y, et al. Dysregulation of immune response in patients with COVID-19 in Wuhan, China [published online ahead of print, 2020 Mar 12]. *Clin Infect Dis* 2020; 1-24.
29. Liu J, Liu Y, Xiang P, Pu L, Xiong H, Li C, et al. Neutrophil-to-lymphocyte ratio predicts severe illness patients with 2019 novel Coronavirus in the early stage. *MedRxiv preprint feb 12, 2020*. Available in: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.10.20021584v1.full.pdf>. [Access: 29 april 2020].
30. Connors JM, Levy JH. COVID-19 and its implications for thrombosis and anticoagulation. *Blood*. American Society of Hematology. April 27, 2020. Available in: <https://ashpublications.org/blood/article/doi/10.1182/blood.202006000/454646/COVID-19-and-its-implications-for-thrombosis-and>. [Access: 15 may 2020].

31. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* 2020; 395: 507-13.
32. Zhou F, Yu T, Du R, [Fan G](#), [Liu Y](#), [Liu Z](#), et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1054-62.
33. Páramo J. Coagulación, Dímero D y COVID-19 [sede web]. España; Sociedad Española de trombosis y hemostasia. 2020. Disponible en: <https://www.covid-19.seth.es>. [Consultado: 29 de abril de 2020].
34. Zheng YY, Ma YT, Zhang JY, Xie X. COVID-19 and the cardiovascular system. *Nat Rev Cardiol* 2020; 17 (5): 259-60.
35. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical characteristics of Coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020; 382: 1708-20.
36. Adams DH, Hubscher SG. Systemic viral infections and collateral damage in the liver. *Am J Pathol* 2006; 168: 1057-9.
37. Han Y, Zhang H. Lactate dehydrogenase, a Risk Factor of Severe COVID-19 Patients: A Retrospective and Observational Study. *MedRxiv preprint* 27 de marzo de 2020. Available in: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.24.20040162v1>. [Access: 29 april 2020].
38. Sharma Y. The potential use of albumin in COVID-19 patients [sede web]. London, United Kingdom; *BMJ*; 24 april 2020. Available in: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m810/rr-57>. [Access: 29 april 2020].
39. Ruan Q, Yang K, Wang W, Jiang L, Song J. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China [published correction appears in *Intensive Care Med*. 2020 Apr 6]. *Intensive Care Med* 2020; 46 (5): 846-8.
40. Lippi G, Plebani M. Procalcitonin in patients with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19): A meta-analysis. *Clin Chim Acta* 2020; 505: 190-1.
41. Wang L. C-reactive protein levels in the early stage of COVID-19. *Med Mal Infect* 2020; 50 (4): 332-4.
42. Fadoi. COVID-19: Guida clinico-pratica a cura del Gruppo Giovani [sede web]. Italy; Societa' scientifica di medicina interna; 2020. Aggiornata il 16 aprile 2020. Disponibile su: <https://www.fadoi.org/news/covid-19-guida-clinico-pratica-a-cura-del-gruppo-giovani-fadoi/>. [Consultare: 29 aprile 2020].
43. Coomes EA, Haghbayan H. Interleukin-6 in COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *MedRxiv preprint* 03 april 2020.

# DISEÑO Y PILOTAJE DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL GRUPAL PARA MANEJO DE ANSIEDAD EN UNIVERSITARIOS

**Yenny Salamanca-Camargo**, Docente e Investigadora\* Escuela de Psicología Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Ingrid Xiomara Forero-Mendoza \*Grupo de Investigación Clínica y Salud

## Resumen

*Introducción:* la ansiedad ha sido ampliamente estudiada, llegándose a concluir su alta prevalencia y comorbilidad específicamente en estudiantes puesto que es una de las problemáticas más reportadas, así como sus efectos colaterales; sin embargo, los estudios sobre intervención grupal en este tipo de problemáticas son escasos. *Objetivo:* el propósito de este estudio fue diseñar y realizar el pilotaje de un programa de intervención grupal para el manejo de síntomas de ansiedad en un grupo de estudiantes de psicología de una universidad colombiana. *Metodología:* el diseño del programa se realizó a partir de la revisión teórica y empírica de diferentes estrategias cognoscitivas, comportamentales y fisiológicas, además de la validez de contenido a partir de jueces expertos; mientras que el pilotaje se realizó con diez participantes con edades comprendidas entre los 18 y 20 años y escolaridad entre segundo y cuarto semestre. *Resultados:* se identifican diferencias significativas entre las medidas del pre y el post tratamiento, a partir del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, siendo el cambio más significativo en las respuestas motoras.

Palabras clave: Ansiedad., terapia., universitarios.

## DESENHO E PILOTAGEM DE UM PROGRAMA COGNITIVO COMPORTAMENTAL GRUPAL PARA A GESTÃO DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

### Resumo

*Introdução:* a ansiedade tem sido estudada extensivamente obtendo-se concluir sua alta prevalência e comorbilidade especificamente em estudantes, porque é um dos problemas mais relatados assim como seus efeitos colaterais; no entanto, estudos de intervenção grupal neste tipo de problema são escassos. *Objetivo:* O objetivo deste estudo foi o de projetar e fazer a pilotagem de um programa de intervenção grupal para a gestão de sintomas de ansiedade num grupo de estudantes de psicologia em uma universidade colombiana. *Metodologia:* o projeto do programa foi baseada na revisão teórica e empírica de várias estratégias cognitivas, comportamentais e fisiológicas, além de a validade de conteúdo de juízes especialistas; enquanto a pilotagem foi realizada com dez participantes com idade entre 18 e 20 anos e escolaridade entre segundo e quarto semestre. *Resultados:* foram identificadas diferenças significativas entre as medidas de pré e pós tratamento do Inventário de Situações e Respostas de Ansiedade, sendo a mudança mais significativa nas respostas motoras.

Palavras chave: Ansiedade., terapia., universitários

## Introducción

Según el estudio nacional de salud mental realizado en Colombia (ENSM) y publicado en 2005, se encontró que el 71.5% de boyacenses sufre de ansiedad; adicionalmente, en este mismo estudio realizado más recientemente y publicado en 2015, se encontró que aproximadamente el 59% de los adolescentes y adultos reportan uno o más síntomas ansiosos, estos datos explican el por qué la ansiedad es uno de los motivos más frecuentes de consulta psicológica constituyéndose, en un importante problema de salud. Esta problemática ha sido ampliamente estudiada en población universitaria llegándose a concluir sobre la alta presencia de ansiedad, así como los efectos colaterales de la misma (Amézquita, González y Zuluaga, 2000; Arboleda, Gutiérrez, y Miranda, 2001; Campo y Gutiérrez, 2001).

Específicamente en el entorno universitario Arco, López, Heilborn y Fernández (2005) refieren que el ingreso a la universidad trae consigo cambios en las actividades cotidianas, los cuales pueden ser percibidos como negativos o positivos y que en cualquiera de los casos es posible que vulneren la estabilidad emocional y física que influyen en el desarrollo personal de estos jóvenes; debido a lo anterior, pueden surgir problemas de ansiedad que afecten la eficacia en tareas escolares y a su vez puedan producir resultados negativos a largo plazo, tales como fracaso escolar, deserción y en general, ejecución académica pobre; al respecto se resalta el estudio realizado por Cassaretto (2003) en estudiantes de psicología en el que se evidencia que entre sus preocupaciones más frecuentes se encuentran las relacionadas con el desempeño, el futuro, la percepción de falta de éxito; traducidas en elevadas puntuaciones en ansiedad. En Colombia, Agudelo, Casadiego y Sánchez (2008) realizaron una investigación con estudiantes de la Universidad Industrial de Santander e identificaron la presencia de cuadros de ansiedad y depresión con mayor incidencia en mujeres, que, aunque no demuestran la gravedad de los síntomas, si se corroboran en los reportes de bienestar universitario. Específicamente en Boyacá, Castellanos, Guarnizo y Salamanca (2011), realizaron una investigación sobre la relación entre la ansiedad y las estrategias de afrontamiento en un grupo de estudiantes de psicología de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, quienes iniciaban sus prácticas profesionales y encontraron que el 36% de los participantes presentaban

niveles de ansiedad en grado máximo, mientras que el 28%, en grado mínimo a moderado. En 2013, se realizaron dos investigaciones con estudiantes de Psicología de esta misma universidad, quienes cursaban diferentes semestres, en la primera investigación realizada por Sotomayor y Salas, se identificó que el 41% de los participantes presentaron niveles de ansiedad entre mínimo y moderado; mientras que Siabato, Forero y Pagüay, encontraron que el 24% de los participantes presentaban ansiedad estado y el 26% ansiedad rasgo. Respecto al tipo de tratamiento psicológico, Seligman (1995) reporta que existe una superioridad evidente de la terapia cognitivo- conductual sobre otros tipos de tratamientos como las terapias ecléctica, psicodinámica, sistémica y humanista en gran variedad de trastornos; adicionalmente, según Heimberg (2002; citado por Baeza 2007) las terapias de corte cognitivo conductual son terapias limitadas en el tiempo, que se orientan al presente y enseñan a los participantes pensamientos y comportamientos necesarios para funcionar adaptativamente en el medio; así mismo, se preocupa por hacer una evaluación constante de los resultados, mientras que otro tipo de enfoques se preocupan en la investigación de procesos (Pérez y Ramón, 2001), demostrando su eficacia en el manejo de la ansiedad (Castro, 2001; Contreras; Moreno; Martínez; Araya; Livacic y Vera 2006; Espinoza que 2006; Lema 2006; Rodríguez, 2019; Rodríguez y Vetere, 2011; Sánchez et. al. 2006); lo que proporciona bases sólidas que permiten diseñar un programa de entrenamiento para el manejo de la ansiedad.

Desde el modelo cognitivo conductual, se indica que en la conducta interactúan características individuales y situaciones de la vida cotidiana, por tanto, cuando una persona se enfrenta a la ansiedad intervienen variables cognitivas y situacionales (Navlet, 2012); algunas estrategias de intervención que han demostrado ser útiles para el manejo de la ansiedad son: reestructuración cognitiva (Ellis, 1962), relajación (Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda, 2006); entrenamiento en habilidades sociales, ensayo conductual (Gallego, 2009) y autoinstrucciones de afrontamiento (Orgilés, Méndez, Alcázar, Inglés 2003; Meichenbaum, 1988), entre otras.

Existen algunos estudios como los de Westheimer (2008) y Austin y Parker (2008; citados por Segarra, Farriols, Palma, Segura & Castell 2011), los cuales hacen referencia a la eficacia de las intervenciones grupales en problemas

psicológicos; por su parte, Heimberg y Juster (1995; citados por Baeza, 2007) resaltan los beneficios de la terapia grupal desde el modelo cognitivo conductual, debido a la similitud con las situaciones sociales, el apoyo mutuo de los miembros del grupo, la comparación social y aprendizaje, así como su comparable eficacia con la este tipo de terapia en formato individual, siendo una modalidad apropiada a las demandas del sistema de salud, debido a la espera que tienen que afrontar los pacientes, insistiendo además en la importancia de incluir programas de entrenamiento en dispositivos grupales de intervención en los centros de formación terapéutica (Garay, Korman, y Keegan, 2008); sin embargo, en la actualidad hacen falta estudios que evalúen la efectividad de las intervenciones grupales en trastornos de ansiedad (Ramos, 2006; Segarra et al., 2011). Lo anterior resalta la importancia además de profundizar en los diagnósticos de prevalencia de la problemática, en la generación de estrategias de intervención para la reducción de las manifestaciones de ansiedad, con el fin de que contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de los universitarios; por lo que se propone como objetivo diseñar y realizar el pilotaje de un programa cognitivo conductual grupal para el manejo de la ansiedad dirigido a estudiantes de psicología de una universidad colombiana.

## Método

### Tipo y diseño de estudio

Este estudio incluye dos componentes, uno descriptivo, relacionado con la fase de diseño del programa y otro, explicativo, dirigido a la comprobación de hipótesis causales, lo que implica la identificación de variables independientes (programa de intervención) y su efecto en la variable dependiente (la ansiedad); este estudio piloto, se realizó mediante un diseño cuasi-experimental, pretest - posttest sin grupo control (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006).

### Participantes

Diez (10) participantes (7 mujeres y 3 hombres) con edades comprendidas entre 18 y 20 años y escolaridad entre segundo y cuarto semestre de una universidad de carácter público

### Instrumentos

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger, Gorsuch, y Lushene, (1975), mide la ansiedad

como rasgo y como estado; consta de 40 ítems que se subdividen 20 para la escala de ansiedad rasgo que describen como se siente el sujeto generalmente y 20 para medir ansiedad estado, que describen como se siente la persona en un momento dado. Presenta un Alfa de Cronbach que varían de .86 a .95, para la subescala ansiedad-estado y de .89 a .91 para la ansiedad-rasgo (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1975).

Escala Zung para Ansiedad (Zung, 1971; validada para población colombiana por De la Ossa et al., 2009). es un cuestionario que consta de 20 ítems que refiere síntomas ansiosos, 15 somáticos y 5 cognoscitivos en el último mes. El cuestionario presenta un tipo de respuesta Likert en donde 1 significa ausente, 2 ligera, 3 moderada y 4 fuerte. La escala presenta un Alfa de Cronbach de 0,77 y el análisis factorial agrupó tres factores principales responsables de 40.1% de la varianza total. (Castellanos, Guarnizo y Salamanca, 2011).

Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS, 1959) es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad; consta de 14 ítems que evalúan aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad y un ítem que evalúa el ánimo deprimido, el marco temporal son los últimos 3 días en todos los ítems excepto en el último en el que se valora el comportamiento durante la entrevista. (Bobes, et al. 2002). La escala presenta un Alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86. (Rush, First y Blacker, 2000)

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) de Tobal y Vindel (1994). Inventario con formato S-R lo que significa que incluye tanto situaciones como respuestas, está conformado por tres subescalas: la C, que evalúa la ansiedad de tipo cognitivo ante distintas situaciones; la F, que evalúa la ansiedad de tipo fisiológico, en situaciones idénticas; y la M, que mide la ansiedad motora también en las mismas situaciones. La escala presenta un tipo de respuesta Likert en donde 0 significa casi nunca, 1 pocas veces, 2 unas veces sí, otras veces no, 3 muchas veces y 4 casi siempre. El inventario presenta un Alfa de Cronbach de 0,99 y en cuanto a las subescalas la cognitiva 0,96; la fisiológica 0,98 y la motora 0,95.

### Procedimiento

Se realizaron las siguientes fases:



1. Identificación de manifestaciones de ansiedad y selección de los posibles participantes. Se realizó la identificación de manifestaciones de ansiedad a partir del Inventario de Ansiedad Rasgo–Estado (IDARE) y de Escala Zung para Ansiedad a los estudiantes que, para el momento del estudio, se encontraban matriculados en el programa de Psicología; posteriormente se realizó la aplicación de la Escala de Hamilton para la Ansiedad a los estudiantes que obtuvieron puntuaciones altas, tanto en el Inventario de Ansiedad Rasgo–Estado (IDARE) como en la Escala Zung para Ansiedad. De acuerdo con los resultados arrojados, se invitó a participar en el programa a quienes manifestaron puntuaciones altas en ansiedad.

2. Revisión teórica y empírica sobre estrategias de intervención para manejo de ansiedad en adultos jóvenes. Se profundizó sobre la eficacia y la efectividad de los tratamientos grupales desde el enfoque cognitivo-conductual, se revisaron estudios previos y se inició la búsqueda de estrategias de intervención más utilizadas para el manejo de la ansiedad.

3. Diseño del programa de intervención. Se propuso un programa de intervención grupal compuesto por 10 sesiones, con una duración aproximada de dos horas por sesión y en intervalos de una sesión por semana; las sesiones se plantearon para abordar paralelamente el entrenamiento en los tres sistemas de respuesta del enfoque cognoscitivo conductual (cognitivo, conductual y fisiológico).

4. Evaluación por jueces expertos. Una vez diseñado el programa de intervención, se procedió a consultar a dos jueces expertos en el tema a quienes se les indagó sobre la pertinencia en aspectos tales como características del programa, técnicas de intervención utilizadas y estrategias de evaluación del programa de intervención a partir de un formato establecido para tal fin.

5. Pilotaje del programa. Se procedió a aplicar el programa de intervención a los participantes, quienes previamente ya habían reportado manifestaciones elevadas en ansiedad y con el fin de analizar el efecto del programa de intervención, se realizaron mediciones pre y post tratamiento tanto en la primera como en la última sesión de intervención respectivamente.

6. Análisis de datos, discusión, conclusiones y recomendaciones. El análisis de los datos tanto del programa de intervención a partir del análisis de contenido, como de los resultados del pre y post tratamiento se realizó mediante el

Software estadístico R a través de la interfaz de Rstudio y se procedió a elaborar discusión, conclusiones y recomendaciones, a partir de los datos obtenidos.

### **Consideraciones éticas**

Se tuvo en cuenta las consideraciones éticas establecidas en la ley 1090 de 2006 mediante la cual, se reglamenta el ejercicio profesional de la psicología y se determina el código deontológico y Bioético, así como la resolución 8430 de 1993 emitida por el Ministerio de Salud. Previo a la aplicación del tratamiento, se informó a cada uno de los participantes el objetivo de la investigación, se explicó sobre las implicaciones de la intervención, su participación voluntaria y se procedió a establecer el consentimiento informado.

### **Resultados**

#### **Diseño programa de Intervención**

Para su diseño, se realizó una revisión teórica y empírica desde el enfoque cognitivo conductual de diferentes programas de intervención relacionadas (Caballo, 1993; Gallego, 2009; Orgilés, Méndez, Rosa, Inglés, 2003; Bados, 2005; Fernández, Jiménez, Alfonso, Sabina, Cruz, 2012; Vera, 2004) y técnicas para el manejo de ansiedad; a partir de la identificación de las más utilizadas, se procedió a realizar una organización y estructuración de cada una de las sesiones, incluyendo técnicas como la relajación (Sánchez et. al 2006), exposición, reestructuración cognitiva (Baeza, 2007), entrenamiento en habilidades comunicativas (Caballo, Andrés, Bas, 2002), técnica de resolución de problemas (Nezu y Nezu 1991). El programa, se diseñó en formato grupal y quedó conformado por diez sesiones de 120 minutos cada una (Ver apéndice A).

#### **Pilotaje programa de intervención**

A continuación, se presentan los resultados de la aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA, de Tobal y Vindel, 1994) previa y posterior al tratamiento; cabe resaltar que se aplicó la prueba Shapiro Wilk que arrojó una puntuación de 0.9284, que a un nivel de significancia del 5%, determina que las variables presentan una distribución normal, es de resaltar, que se usa la prueba de Shapiro Wilks, debido a la robustez que tiene en sus resultados para muestra pequeñas, se utilizó como estrategia de análisis la comparación entre medias de estos dos

momentos de evaluación a partir de la prueba t de student para muestras relacionadas.

Como estrategias de análisis se realizó a comparación entre medias a través de una prueba t student para muestras relacionadas que determina diferencias o similitudes en los promedios de la muestra para dos momentos distintos. Por otro lado, se revisó que tan homogéneos son los resultados del pre y el post tratamiento, a través del cálculo del coeficiente de Variación. Al comparar sus resultados, se encontró una diferencia entre medias significativa con una significancia del 5%, lo cual se puede evidenciar en los resultados de la evaluación posterior al tratamiento, especialmente en el componente motor, pudiéndose considerar que los valores del coeficiente de variación menores que 0.5, es decir que los resultados del pre y el post tratamiento para las variables en medición tiende a ser homogéneos. (Tabla, 1).

Tabla 1. Comparación pre – post tratamiento

Canal de Respuesta		Medi a	SD	CV	t.	Difere ncia de media s	95% IC	
							LI	LS
Cognit ivo	Pr e	144. 300	21.3 75	0.1 48	6.339 **	59.8	39 ,9	79, 6
	Pos t	84.5 00	20.8 07	0.2 46				
Fisioló gico	Pr e	101. 700	22.1 40	0.2 18	6.717 **	57.5	39 ,5	75, 5
	Pos t	44.2 00	15.5 75	0.3 52				
Motor	Pr e	117. 600	13.5 83	0.1 15	10.40 9**	71.1	56 ,7	85, 5
	Pos t	46.5 00	16.7 95	0.3 61				
Total	Pr e	363. 600	54.7 40	0.1 51	8.342 **	188.4	14 1	23 5,8
	Pos t	175. 200	45.8 65	0.2 62				

\*\*p<.000

Nota: IC= Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= Límite superior.

Así mismo, en la tabla 2, se muestran de manera detallada los canales de respuesta y el nivel de manifestación de ansiedad para cada uno de los participantes tanto en el pre como en el post tratamiento.

Tabla 2. Puntaje pre - post tratamiento del grupo de participantes.

Participante	Cognitivo		Fisiológico		Motor	
	pre	post	pre	post	pre	Post
1	156	117	100,5	69,5	126	70
2	105	55	68	32	93	37
3	157	87	110,5	29,5	123	45
4	152	82	126	53	125	30
5	154	115	94	64	124	68
6	103	53	64	30	91	35
7	155	85	95	28	121	43
8	150	80	124	49	123	28
9	158	88	111	33	124	71
10	153	83	124	54	126	38

Mientras que en la figura 1, se pueden observar las puntuaciones totales antes y después de la aplicación del tratamiento.

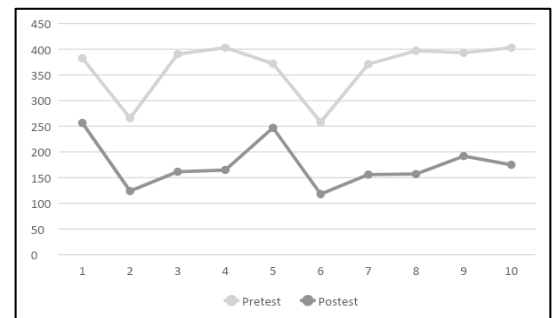


Figura 1. Puntaje total pre- post del grupo de participantes.

## Discusión

Tal como lo plantearon Pérez y Ramón en el 2001, diferentes fuentes hacen referencia a la efectividad y uso de la terapia cognitivo conductual en los distintos trastornos psicológicos, insistiendo en la importancia que se da a la evaluación constante de los resultados de intervención en cada individuo, para el caso del manejo de la ansiedad se resaltan los estudios realizados por Castro (2001); Contreras; Moreno; Martínez;

Araya; Livacic y Vera (2006); Espinoza (2006); Lema (2006) y Sánchez et. al. (2006), quienes han reportado resultados positivos y por tanto, dan cuenta de la efectividad de los programas de intervención desde el modelo cognitivo-conductual, así mismo los resultados del pilotaje de la presente investigación contribuyen a la evidencia empírica del valor de este tipo de tratamientos. Para el presente estudio la evaluación y la intervención se realizaron teniendo en cuenta los tres canales de respuesta propios del modelo (cognitivo, conductual y fisiológico); obteniendo una reducción significativa en los mismos; así para el canal de respuesta fisiológico se trabajaron técnicas de relajación tales como la relajación muscular progresiva y la respiración diafragmática las cuales estaban encaminadas a disminuir la activación fisiológica de los participantes y como ya lo había planteado Baeza en el 2007, estas técnicas han resultado de gran utilidad en programas de intervención en ansiedad. A nivel cognitivo, se incluyeron técnicas como la identificación de distorsiones cognitivas de Beck (1967), el interrogatorio de Beck (2000), la identificación de pensamientos automáticos, creencias intermedias e ideas centrales (Beck, 1995) y la reestructuración cognitiva (Ellis, 1962), entre otras, las cuales permitieron evidenciar cambios significativos a nivel de identificación y modificación de pensamientos y por último a nivel motor se utilizaron técnicas tales como aproximaciones sucesivas (Gavino, 1996), role playing (Kendall, 1990) y exposición (Barlow, 1998), con el fin de mejorar el afrontamiento a situaciones temidas. Una vez diseñado el programa y con el fin de realizar la validez de contenido, se contó con la evaluación cualitativa de dos jueces expertos quienes a partir de un formato estructurado, procedieron a analizar aspectos relacionados con la duración del programa, la estructura de las sesiones las estrategias utilizadas para la evaluación del programa de intervención y las técnicas de intervención, en general, concluyeron, que el diseño, guarda coherencia con el enfoque terapéutico y que la estructura y elección de las técnicas permiten tener claridad respecto a la manera como se espera que se aplique el tratamiento. Respecto a la presentación del programa de intervención, se resalta la manera como se da una orientación clara y precisa sobre los pasos a seguir en cada sesión, incluyendo diferentes estrategias a desarrollar tanto dentro como fuera las sesiones programadas, que sin duda le permiten a los participantes potencializar sus habilidades básicas y a la vez le incitan a

hacer uso de las mismas en diferentes contextos; al respecto, Baeza (2007) indica que tratamientos que usan solo una técnica del componente cognitivo, fueron menos efectivos produciéndose efectos moderados, lo que resalta la importancia de incluir técnicas combinadas y suficientes que permitan realizar modificaciones significativas en el comportamiento de los individuos. En relación con la validación del diseño del programa mediante jueces expertos, otros estudios no hacen referencia este procedimiento (Benedito, Carrió, Del Valle, Domingo; 2004); sin embargo, es importante tener en cuenta este aspecto, al momento de realizar el diseño y construcción de un programa de intervención, proporcionando una confianza del 95% para las pruebas de hipótesis que permitieron evidenciar diferencias significativas y la validez de la información incluida en los programas. Así mismo con el fin de comprobar la efectividad de los programas de intervención construidos, se hace necesario la fase de pilotaje de estos. Por otro lado, es importante resaltar el uso de evaluaciones sesión a sesión, lo cual permitió identificar fortalezas y debilidades en la metodología y a la vez analizar el grado de motivación frente al programa de intervención, por otro lado, cabe resaltar que debido al número reducido de los participantes, se hace necesario, continuar con la aplicación del programa de intervención en grupos poblacionales más grandes y que preferiblemente conserven características como la homogeneidad en características tales como datos sociodemográficos, manifestaciones sintomatológicas y generadores de ansiedad, en este último aspecto, también se resalta, que para los participantes, el principal elemento generador de ansiedad, fue el relacionado con la interacción social, por lo que el componente conductual de la intervención, estuvo dirigido en gran parte al fortalecimiento de sus habilidades sociales.

#### **Referencias bibliográficas**

Agudelo, D., Casadiegos, C., Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*. ISSN 2011- 7922. Vol. 1, pp.34-39. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/2875674.pdf>

Amézquita, M., González, R., & Zuluaga, D. (2000). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 32, 341-356. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80632404.pdf>

- Arboleda, A., Gutiérrez, J. C., & Miranda, C. A. (2001). Prevalencia de síntomas depresivos en médicos internos y residentes de la Universidad del Valle, 1999. *Mélicas UIS*, 15, 4-7. En: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023503006.pdf>
- Arco, J. L., López, S., Heilborn, V., & Fernández, F. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo "La Cartuja". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 589-608. en: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33705310.pdf>
- Austin, M. P., Frilingos, M. M., Lumley, J. J., Hadzi-Pavlovic, D. D., Roncolato, W. W., Acland, S. S. et al. (2008). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Journal of effective Disorders*, 105, 35-44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17490753>
- Bados, A. (1991). *Hablar en público: Guía práctica para lograr habilidad y confianza*. Madrid: Pirámide. en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=239987>
- Bados, A. (2005). Miedo a hablar en público. *Universitat de Barcelona*. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/353/1/120.pdf>
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. (1967). *Depression clinical experimental and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press edition, 1970.
- Beck, J. (1995/2000). *Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Beck, A., Rush, A. y otros (1984). *Terapia cognitiva de la depresión*. Biblioteca de psicología. Ed. Desclée de Brouwer.
- Benedito, C., Carrió, C., Del Valle, G., Domingo, A. (2004). Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar la sintomatología de ansiedad. *Revista de psicología y Psicología clínica*. Vol 9, número 3, pp.221-229. en: [http://www.aepcp.net/arc/03.2004\(3\).Benedito-Carrio-Valle-Domingo.pdf](http://www.aepcp.net/arc/03.2004(3).Benedito-Carrio-Valle-Domingo.pdf)
- Bernstein, D., Borkovec, T. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Bobes, J., García, M., Bascarán, M., Sáiz, P., & Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Psiquiatría Editores, S.L. España. en: [http://www.academia.edu/20277438/Banco\\_de\\_instrumentos\\_basicos\\_para\\_la\\_practica\\_de\\_la\\_psiquiatria](http://www.academia.edu/20277438/Banco_de_instrumentos_basicos_para_la_practica_de_la_psiquiatria)
- Caballo, V. (1993). *Manual de Técnica de Modificación de Terapia de la Conducta*. Madrid. Pirámide.
- Caballo, V., Andrés, V., y Bas, F. (2002). *Fobia Social en Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Vol 1. Siglo XXI de España Editores, S.A. España.
- Campo, G., & Gutiérrez, J. C. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud, Univalle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30, 351-358. en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80630402.pdf>
- Cassaretto, M., Chau C., Oblitas H., & Valdez N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes universitarios. Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. en: <http://www.revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/viewFile/6849/6983>
- Castellanos, Guarnizo & Salamanca. (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamientos en practicantes de psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 50-57. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819007.pdf>
- Castro, A. (2001). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas?. *Psicodebate 3*. Psicología, cultura y sociedad. Recuperado el 3 de abril de 2014. Disponible en <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico3/3Psico%2005.pdf>
- Congreso de Colombia. (2006). Ley 1090 DE 2006. Colombia: Diario oficial. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- Contreras, D., Moreno, M., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas, P. y Vera, P. (2006). Efecto de una Intervención Cognitivo – Conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Volumen 38. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80538103.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional De Estadísticas.

(2005). Caracterización del Departamento de Boyacá. [www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Proyecciones\\_poblacion.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Proyecciones_poblacion.pdf)

Echuburúa, E., De Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. Vol. 1, n 1, pp. 181-204. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Enrique\\_Echuburua/publication/306535413\\_Eficacia\\_de\\_las\\_terapias\\_psicologicas\\_De\\_la\\_investigacion\\_a\\_la\\_practica\\_clinica/links/5af5524f4585157136ca6a4c/Eficacia-de-las-terapias-psicologicas-De-la-investigacion-a-la-practica-clinica.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Echuburua/publication/306535413_Eficacia_de_las_terapias_psicologicas_De_la_investigacion_a_la_practica_clinica/links/5af5524f4585157136ca6a4c/Eficacia-de-las-terapias-psicologicas-De-la-investigacion-a-la-practica-clinica.pdf)

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Ed. Desclée de Brower.

Espinoza, G. (2006) Programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con Fobia social”, Lima: Universidad Cayetano Heredia.

Fernández, O., Jiménez, B., Alfonso, R., Sabina, D., Cruz, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista electrónica de ciencias médicas en Cienfuegos*. 10 (5). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180024553019.pdf>

Garay, C. J., Korman, P. y Keegan, E. (2008). Terapia cognitivo conductual en formato grupal para trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. *Subjetividad y procesos cognitivos*, (12), 61-72. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3396/339630251004>

Gavino, A. (1996). *Técnicas de terapia de conducta*. Ediciones Martínez Roca S.A. España.

Gavino, A., Berrocal, C., Cobos, P., López., Rodríguez, C. (2012). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Ediciones Piramide (Grupo Anaya S.A). España.

Gómez, A., Plans, B., Sánchez, M., & Sanchez, D. (2002). *Cuadernos de terapia cognitivo- conductual. Una orientación pedagógica e integradora*. Editorial Eos, Madrid.

Heimberg R, Juster H, (1995) Cognitive behavioral treatments: Literature review. En Heimberg, Liebowitz M, Hope D, et al (eds): *Social phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York, Guilford Press.

Hidalgo, C. & Abarca, N. (1992). *Comunicación Interpersonal. Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Ed. Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile. Disponible en: <https://www.worldcat.org/title/comunicacion-interpersonal-programa-de-entrenamiento-en-habilidades-sociales/oclc/981282874>

Kendall, P. C. (1990). *Coping cat workbook*. Philadelphia, PA: Temple University.

Labrador, F. (2012). *Técnicas de modificación de conducta*. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya S.A). España.

Lema, S. (2006) Efecto de los componentes del tratamiento cognoscitivo conductual en estudiantes universitarias con diferentes niveles de ansiedad social. Bogotá: Universidad Konrad Lorenz.

Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. (2003). *Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental de la Salud en Colombia: Informe preliminar: Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia*;en: <http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/estudiosaludmentalcolombia.pdf>

Meichenbaum, D (1988). *Manual de inoculación al estrés*. Ed. Martínez Roca.

Ministerio de Salud (1993). Resolución N° 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa fé de Bogotá-Colombia. Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. (2015). *Encuesta Nacional de Salud mental*. TomoI.

Navlet, M. (2012). *Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: un estudio centrado en la diferencia entre deportes*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. en: <http://eprints.ucm.es/15771/>

Nezu, A.M. y Nezu, C.M. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V. Caballo (Dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, pp. 527-553. Madrid: Siglo XXI.

Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A., Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficiencia. *Anales de psicología*. Vol.19 (2), 193-204. Murcia, España. Disponible en: [https://www.um.es/analesps/v19/v19\\_2/03-19\\_2.pdf](https://www.um.es/analesps/v19/v19_2/03-19_2.pdf)

Pérez, M., Fernández, J. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicotema*. Vol. 13, n 3, pp. 523-529. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=473>

Ramos, J.M. (2006). Evaluación del estilo cognitivo “Dependencia/independencia de campo” en el contexto de los problemas de ansiedad. *Clínica y Salud*, 17, 31-49. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180613873002.pdf>

Rehm, L.P. (1977). A self control model of depression. *Behavior therapy*, 8, 787- 804. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789477801500>

Rodríguez, A. (2019). *Manual de psicoterapia: teoría y técnicas*. España: Herder editorial.

Rodríguez, R., & Vetere, G. (2011). Manual de terapia cognitivo conductual de los trastornos de ansiedad. En R. Rodríguez, & G. Vetere, *Conceptos básicos de la terapia cognitivo conductual de los trastornos de ansiedad* (págs. 25-65). Buenos Aires: Polemos

Rush, J., First, M. & Blacker, D. (2000). *American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures*. Washington.

Sánchez, S., Velasco, L., Rodríguez, R. y Baranda, J., (2006) Eficacia De U Programa Cognitivo Conductual Para La Disminución De La Ansiedad En Pacientes Medicamente Enfermos. *Revista De Investigación Clínica*, Volumen58, No 6, 540-546. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2006/nn066b.pdf>

Segarra, G., Farriols, N., Palma, S., Segura, J., Castell, R. (2011). Tratamiento psicológico grupal para los trastornos de ansiedad en el ámbito de la salud pública. *Ansiedad y estrés*. 17(2-3), 185-187. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3750751>

Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *The Consumer Reports Study*. *American Psychologist*, 50, 965-974. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8561380>.

Siabato, E., Forero, I. & Paguay, O. (2013). Relación entre ansiedad y estilos de personalidad en estudiantes de psicología. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7(2), 87-98. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297229855007.pdf>

Spielberger, C., Díaz, R. (1975). *Inventario de ansiedad, rasgo-estado IDARE*. México: Librería Interacademica S.A.

Vera, P. (2004). Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas e la evidencia. *Liberabit. Revista de Psicología*, núm. 10, 2004, pp. 4-10. Universidad de San Martin de Porres. Perú. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/686/68601001.pdf>

Vera, M., Roldán. (2009). *Ansiedad social. Manual práctico para superar el miedo*. Ediciones Piramide. Madrid.

Westheimer, J. (2008). Efficacy of the Doctor Interactive Group Medical Appointment: Examining patient behavioral and attitudinal changes attributed to an integrated healthcare model. *Dissertation Abstracts International*, 70(11-B), 6812. Disponible en: <https://repositories.lib.utexas.edu/handle/2152/6821>.

## Apéndice A

### *Diseño del programa de intervención de 1 a 10*

Sesión	Temáticas
1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicación pretratamiento: ISRA (Tobal y Vindel, 1994)</li> <li>2. Exploración de expectativas frente a la intervención grupal y establecimiento de pautas y compromisos frente a la intervención.</li> <li>3. Psicoeducación sobre sintomatología, curso, desarrollo e intervención de la ansiedad desde el modelo cognitivo conductual. (Vera, Roldán, 2009).</li> <li>4. Tarea para casa. Registro de situación, pensamiento emoción y conducta (Beck, 1984).</li> </ol>
2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión de tareas.</li> <li>2. Entrenamiento en Control de la activación, Respiración diafragmática: Se realiza una primera parte explicativa sobre la técnica, posibles riesgos, pautas y beneficios y luego se procede con el entrenamiento en la técnica a partir del guion de (Labrador, 2012).</li> <li>3. Entrenamiento en habilidades comunicativas, Ensayo conductual: se realiza la explicación de cada uno de los estilos de comunicación y posteriormente realiza el modelamiento y la práctica (Caballo, 1993).</li> <li>4. Identificación y modificación de pensamientos y creencias mal adaptativas, se realiza una breve explicación desde el modelo</li> </ol>

	<p>cognoscitivo conductual, sobre como aprendemos a pensar, sentir y actuar (Gómez, Plans, Sánchez y Sánchez, 2002).</p> <p>5. Tareas para casa. Auto registro sobre tipos de comunicación y registro de respiración diafragmática, tres veces al día, durante siete días (Hidalgo, Abarca 1992).</p>
3	<p>1. Revisión de tareas.</p> <p>2. Entrenamiento en Control de la activación, Relajación progresiva de Jacobson: Se realiza una primera parte explicativa sobre la técnica, posibles riesgos, pautas y beneficios y luego se procede con el entrenamiento a partir del guion propuesto por el autor (Bernstein &amp; Borcovec, 1983).</p> <p>3. Entrenamiento en habilidades comunicativas, Técnicas asertivas: se realiza la explicación de diferentes técnicas asertivas y se procede a realizar un análisis de situaciones y role playing (Caballo, Andrés y Bas, 2002; Kendall, 1990).</p> <p>4. Identificación y modificación de pensamientos y creencias maladaptativas, se realiza una explicación de cómo se adquieren, mantienen, eliminan o evitan los comportamientos mediante un cuadro esquemático de aprendizaje por refuerzos y castigos (Gómez et al., 2002)</p> <p>5. Tarea para casa. Registro de situación, pensamiento, emoción, conducta y consecuencia (Beck, 1984).</p>
4	<p>1. Revisión de tareas</p> <p>2. Entrenamiento en habilidades comunicativas, Solución de problemas: se realiza el entrenamiento en solución de problemas a partir del modelo de los cinco pasos: orientación y sensibilización hacia los problemas, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, identificación y valoración de las consecuencias, y ejecución de la solución y verificación (Nezu y Nezu 1991).</p> <p>3. Identificación de pensamientos y creencias maladaptativas, se realiza la explicación a partir de ejemplos y posterior identificación mediante un listado personal de pensamientos automáticos (Beck, 1995), e ideas irracionales (Ellis, 1980).</p> <p>4. Tareas para casa. Registro de Solución de Problemas, adaptado por las autoras.</p>
5	<p>1. Revisión de tareas.</p> <p>2. Entrenamiento en habilidades comunicativas, habilidades de escucha y de conversación, técnica de escucha activa y feedback: se realiza la explicación de los componentes del feedback y escucha activa, luego a partir de modelamiento y juego de roles, se procede a verificar las habilidades aprendidas (Vera, Roldán, 2009).</p> <p>3. Identificación de pensamientos y creencias maladaptativas: mediante ejemplos se realiza la explicación de creencias intermedias, creencias centrales o nucleares; posteriormente cada participante hace la construcción de estas desde su experiencia (Gómez et al., 2002).</p> <p>4. Tareas para casa. Ejercicios de identificación de creencias centrales, creencias intermedias y distorsiones cognitivas (Gómez et al., 2002).</p>
6	<p>1. Revisión de tareas</p> <p>2. Habilidades comunicativas, habilidades sociales: se realiza la explicación sobre la importancia de expresar los sentimientos (Gavino, 1996), luego se procede a realizar un ensayo conductual (Gallego, 2009) y análisis de situaciones entre los participantes.</p> <p>3. Identificación y Modificación de pensamientos y creencias maladaptativas, se procede con el entrenamiento en sustitución de etiquetas por descriptores conductuales, resaltando la importancia de describir el comportamiento de las otras personas en lugar de utilizar las etiquetas conductuales, posteriormente los participantes realizan la</p>

	<p>identificación de sus creencias y se procede a realizar la explicación de estas (Vera, Roldán, 2009).</p> <p>4. Tarea para casa: Preparar una conversación en la que se incluyan aspectos como técnicas asertivas, feedback crítico y positivo y expresión de sentimientos.</p>
7	<p>1. Estrategias para la acción, ensayo conductual: se realiza la explicación a los participantes sobre el tema haciendo énfasis en los pensamientos positivos y las pautas que se deben tener en cuenta al enfrentarse a situaciones que produzcan ansiedad, además se procede a realizar modelamiento frente a situaciones ansiógenas (Bados, 2005).</p> <p>2. Modelo explicativo del problema. Mapa cognitivo: para la actividad se entrega a los participantes unas papeletas de diferentes colores, posteriormente guiados por las terapeutas mediante la realización de preguntas, van construyendo su propio mapa cognitivo (Gómez et al., 2002).</p> <p>3. Identificación y modificación de pensamientos y creencias maladaptativas, debate de pensamiento: Una vez identificado el origen de las distorsiones cognitivas, se procede a explicar la validez de los pensamientos y a partir de la identificación pensamientos irracionales, se realiza la aplicación del interrogatorio de Beck (2000), identificando ventajas y desventajas de las ideas irracionales.</p> <p>4. Tarea para casa: identificar y clasificar según su validez, diferentes distorsiones cognitivas.</p>
8	<p>1. Revisión de tareas</p> <p>2. Exposición a situaciones temidas: a partir de la técnica de aproximaciones sucesivas, se invita a los participantes a realizar la jerarquía de situaciones temidas, para el caso de la intervención se identificó el miedo a hablar en público; así que se hizo una primera aproximación y se retroalimentó a cada participante sobre la actividad (Gavino, 1996).</p> <p>3. Tarea para casa: continuar con la aplicación de la técnica de aproximación sucesiva, siguiendo con la jerarquía e incluyendo el afrontamiento a dos situaciones temidas.</p>
9	<p>1. Revisión de tareas</p> <p>2. Modificación del pensamiento: mediante ejemplos se realizó la explicación de algunas técnicas como auto instrucción (Meichenbaum, 1988), reatribución de Rhem (1977), utilizar a los demás como punto de referencia, técnicas distractivas y parada de pensamiento (Gómez et al., 2002) y se procedió con la aplicación de cada una de estas técnicas.</p> <p>3. Exposición a situaciones de ansiedad: se continuó con ejercicios de aproximación a situaciones de ansiedad, haciendo retroalimentación a cada participante (Gavino, 1996).</p> <p>4. Tarea para casa: Revisar documento Cómo afrontar el miedo a hablar en público (Bados, 1991) y preparar una exposición de un tema sugerido por las terapeutas teniendo en cuenta los aspectos abordados dentro del programa de intervención.</p>
10	<p>1. Revisión de tareas</p> <p>2. Exponer de forma directa a partir de la técnica de Exposición autocontrolada en vivo el tema asignado, ante 20 personas además de los participantes, en las que se dio espacio a las preguntas por parte de los espectadores, para finalizar, las terapeutas, dieron recomendaciones generales y procedieron con la retroalimentación a cada participante (Bados, 1991; Gómez et al., 2002; Labrador, 2012; Meichenbaum, 1988).</p> <p>3. Aplicación postratamiento: ISRA (Tobal y Vindel, 1994)</p>

# LA FAMILIA EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD: UN ANÁLISIS DE CASO

Cesar Julian Mosso Arias

Residente Tercer año Medicina Familiar Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

\*Trabajo escrito como requisito parcial de grado de la Especialidad en Medicina Familiar.

## Resumen

**Objetivo:** Interpretar la dinámica familiar y su influencia en los procesos de salud-enfermedad bajo el enfoque de promoción de la salud. **Métodos:** Análisis cualitativo a partir del estudio de un caso de familia obtenido mediante los registros de campo y ficha familiar del barrio Los Patriotas, de la ciudad de Tunja, Boyacá, durante el año 2019. **Resultados y conclusiones:** La familia, como sistema, es un conjunto de individuos que tienen relaciones dinámicas entre sí, y cuyos eventos positivos o negativos pueden afectar diferentes ámbitos, entre ellos, el proceso salud-enfermedad. En la familia y la comunidad se presentan aspectos que enriquecen la comprensión del médico familiar en situaciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud y la atención primaria en salud; su práctica y su relación con los entornos comunitarios, institucionales y culturales le permiten una mejor comprensión de la familia como sistema, y, por esta vía, de la historia de la enfermedad o de los criterios básicos que se manejan de la salud.

**Palabras claves:** familia, salud, enfermedad

## Abstract

**Objective:** To interpret the family dynamics and its influence on the health-disease processes under the health promotion approach. **Methods:** Qualitative analysis based on the study of a family case obtained through field records and family records of the Los Patriotas neighborhood, in the city of Tunja, Boyacá, during 2019. **Results and conclusions:** The family, as a system, it is a set of individuals who have dynamic relationships with each other, and whose positive or negative events can affect different areas, including the health-disease process. In the family and the community there are aspects that enrich the understanding of the family doctor in situations related to the social determinants of health and primary health care; His practice and his relationship with community, institutional and cultural environments allow him a better understanding of the family as a system, and, in this way, of the history of the disease or of the basic criteria of health.

**Keywords:** family, health, disease

## INTRODUCCIÓN

La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia creó la Especialización de Medicina Familiar ante la necesidad de cambiar la visión tradicional del proceso salud-enfermedad; la propuesta tiene un enfoque holístico, basado en la teoría de

sistemas y en la estrategia de atención primaria de salud, que busca establecer una concepción teórico-práctica integral en los diferentes ámbitos de intervención, asistencia y gestión para el individuo, la familia y la comunidad.



Teniendo en cuenta lo anterior, en el proceso de formación del residente de Medicina Familiar, el proyecto comunitario constituye un área curricular de gran importancia. En esta experiencia se evidenció cómo la interacción de los miembros de la familia influye sobre el comportamiento o relación de esta, así como la interacción con factores externos influyen en el proceso de salud y enfermedad. Bajo esta premisa, la intervención familiar se considera clave para el desarrollo de planes de cuidado familiar, pues permite un adecuado seguimiento tanto al paciente como a su familia.

Con el propósito de responder a las expectativas pedagógicas y curriculares en esta importante área de formación, se diseñó y ejecutó, durante el periodo 2018-2019, el “Proyecto Comunitario: promoción y mantenimiento de la salud individuo, familia y comunidad del barrio los Patriotas del municipio de Tunja (Boyacá)”. Esta propuesta tuvo como objetivo: Contribuir al mejoramiento de la salud de las personas, la familia y la comunidad del barrio Los Patriotas y su zona aledaña, de la ciudad de Tunja, mediante la realización de acciones colectivas y de gestión, la participación social y las estrategias planteadas en la política pública nacional y municipal, bajo la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) y los principios de la Medicina Familiar (1). En el proyecto comunitario, se utilizaron como técnicas de recolección de información la visita domiciliar y la observación, y la ficha familiar como referencia de instrumentos de trabajo. Esta ficha fue diseñada por los médicos residentes de la Especialización de Medicina Familiar de la UPTC, con los siguientes componentes: datos generales de identificación, familiograma, ecomapa, información de los miembros de la familia y plan de cuidado familiar. El objetivo de este artículo es interpretar la dinámica familiar y su influencia en los procesos de salud-enfermedad bajo el enfoque de promoción de la salud, a partir del análisis de un caso de familia, información obtenida mediante los registros de campo y fichas familiares.

Para la obtención de información teniendo en cuenta las Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Título II: de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I: de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos: en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, se realizó diligenciamiento de consentimiento informado previa explicación de objetivos de Proyecto Comunitario y el desarrollo de sus actividades. Adicionalmente se considera una investigación con riesgo mínimo ya que es un estudio que emplean la obtención de datos a través de registros y no de procedimientos directos sobre los pacientes según la declaración de Helsinki.

Este análisis tuvo como referentes las teorías relacionadas con la familia como sistema y enfoques hacia la relación médico-paciente orientados al rompimiento de los paradigmas bioclínicos.

El artículo se divide en tres partes: la primera corresponde a un marco referencial de la familia como sistema y su influencia en el proceso salud-enfermedad; la segunda corresponde al análisis de un caso a partir de los resultados de las fichas familiares utilizadas en el proceso con un referente de la dinámica de la relación médico-paciente y familia, como facilitador del proceso de atención; en la tercera parte se hace una discusión basada en resultados de la experiencia y la conceptualización. Desde allí se puede evidenciar el proyecto comunitario como una alternativa pedagógica en la formación del médico familiar.

La familia desde un enfoque sistémico y su papel en el proceso salud-enfermedad

Tradicionalmente, la práctica médica ha sido enfocada a la atención del individuo, dejando de lado a la familia, la sociedad y el ambiente que las rodea. Es así como la formación médica desde inicios del siglo XX ha estado basada en el modelo de formación pedagógico flexneriano;

sin embargo, el surgimiento de la teoría de sistemas, a partir de autores como Bertalanffy, en 1968, plantea la necesidad de dar explicación a muchos fenómenos naturales, ecológicos, ambientales y psicosociales (2).

La teoría de los sistemas, y particularmente de la familia como un microsistema, es reafirmada por Bronfenbrenner a través de lo que denominó teoría ecológica, a partir del desarrollo del individuo. En este sentido, se refiere a diferentes ambientes en los que se desenvuelve el individuo, los cuales influyen en el cambio y en su desarrollo cognitivo, moral y relacional. Esta teoría establece la existencia de un Ontosistema (Individuo) que se relaciona con los demás sistemas: microsistema (familia, instituciones educativas, etc.); mesosistema (interrelación con los entornos, como la comunidad, también incluye valores, pautas de crianza); exosistema (entornos que no incluyen a la persona índice activamente, pero que indirectamente producen efectos sobre ella; por ejemplo, en el caso de un niño, el estrés laboral de los padres), y por último está el macrosistema (interconexión de los sistemas como fruto de la historia, la cultura, las organizaciones sociales y políticas). En el microsistema el individuo en desarrollo juega un rol directo, tiene experiencias e interacciones sociales con otros de manera inmediata; inicia la socialización con aquellos que son emocional y prácticamente más cercanos. El microsistema por excelencia es la familia, que, por supuesto, está relacionada con los demás sistemas, lo cual le permite permear y movilizarse entre distintos ambientes (3).

Por otra parte, Salvador Minuchin, con base en la teoría de sistemas, profundiza acerca de cómo estos modelos podrían explicar fenómenos familiares, surgiendo entonces el concepto de familia como un sistema: “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior” (2), y con él la terapia familiar como una herramienta para la intervención de este sistema.

Se ha considerado que la familia debe cumplir una serie de funciones, entre las que se pueden destacar: el cuidado, que se refiere a la satisfacción de las necesidades básicas, como alimentación, vestido y educación e incluye todas las demás acciones en pro de lograr un adecuado estado de salud; la socialización, que se refiere a lograr que cada uno de sus miembros sea capaz de participar como sujeto activo de la sociedad a través de las relaciones interpersonales, y de esta forma lograr transformarla; el afecto, cuyo objetivo es garantizar un apego seguro y la generación de confianza, seguridad y apoyo a través de la satisfacción de las necesidades afectivas, y, por último, la función reproductiva. Todas estas funciones familiares van a estar influenciadas por los determinantes sociales de la salud (4).

La dinámica interna de la familia presenta características en su funcionamiento: define roles, jerarquías, plantea alianzas, genera normas y establece límites, busca respuestas afectivas que contribuyan a la convivencia y que pueden influenciar el proceso salud-enfermedad (5). Las investigaciones acerca de la influencia de la participación familiar en la toma de decisiones concernientes a la salud han indicado que la mayoría de individuos que gozan de buena salud tienen como factor protector la presencia significativa de interacciones sanas en la dinámica familiar. Teniendo en cuenta el enfoque de la teoría de sistemas, se considera crucial conocer la familia, lo cual permitiría una valoración integral y una adecuada intervención que tenga un impacto en la evolución de la enfermedad, disminuir las complicaciones y mejorar la adherencia al tratamiento. Conocer la familia implica conocer su estilo de vida, sus hábitos, su historia familiar, los patrones repetitivos, sus enfermedades, las relaciones sociales y su estado económico (6).

Podemos considerar, entonces, que la familia tiene gran influencia en el individuo y en los demás sistemas; de este hecho se podría partir para afirmar que en la intervención del proceso salud-enfermedad la familia constituye un núcleo central para la conciliación de un plan de cuidado que permita mejores resultados en el tratamiento de patologías crónicas,

como hipertensión arterial, diabetes, enfermedad renal y enfermedades cardiovasculares, y en el autocuidado, teniendo en cuenta que en la mayoría de la atención médica, ya sea en servicios de urgencia, hospitalización o consulta externa, siempre hay, por lo menos, un familiar acompañando al paciente, principalmente en el caso de los niños, madres gestantes y adultos mayores.

#### Relación médico-paciente-familia

El médico familiar es un especialista clínico que realiza un abordaje del individuo y la familia a través de un modelo holístico, integral y biopsicosocial, bajo un enfoque sistémico. Una buena relación médico-paciente-familia no solo será de utilidad en la obtención de información, sino que también permitirá generar un ambiente de confianza, donde el paciente y su familia puedan sentirse escuchados y llevará a que estos se sientan como parte de la toma de decisiones en el proceso de salud y enfermedad, mejorando la adherencia al plan de cuidado. Adicional a la importancia de habilidades en el uso de herramientas previamente mencionadas, una buena comunicación entre el médico, el paciente y la familia constituye el eje para poder realizar intervenciones en el proceso salud-enfermedad. (7)

Existen diferentes modelos de comunicación o relación médico-paciente, como de abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente, que corresponde a la teoría de los sistemas y surge de la terapia familiar, considerando que la familia es el contexto más importante que influye en el proceso salud-enfermedad, de ahí que se sugiera el cambio de relación médico-paciente a relación médico-paciente-familia, lo cual se vería representado en buenos resultados en las intervenciones de los múltiples factores que puedan estar influyendo en un problema de salud (8).

Existen diferentes herramientas para abordar al individuo y su familia, como la historia clínica y las fichas familiares, que permiten realizar una caracterización y, por ende, una adecuada intervención. La ficha familiar realizada por los residentes de Medicina Familiar de la primera cohorte,

revisada por los docentes del posgrado y aprobada por el Comité Curricular, trabajada durante la visita domiciliar realizada a las familias del barrio Los Patriotas de la ciudad de Tunja, permitió obtener información de las familias, como datos de identificación, familiograma, ecomapa, información de los miembros de la familia, estilos de vida, información de la vivienda y salud pública, análisis de la familia y plan de cuidado. En esta ficha es necesario destacar la importancia del familiograma, una representación gráfica de la familia que permite al médico familiar conocer la constitución familiar, el tipo de familia, las características de sus miembros, la historia de la familia, las relaciones entre los miembros, sucesos familiares críticos, patrones repetitivos y riesgos de la familia (9). Esta herramienta puede ser complementada con el ecomapa, a través del cual se reconocen las relaciones de la familia con los demás sistemas, así como sus redes de apoyo (10), aportando valiosa información en el proceso de atención del individuo y la familia. Por otra parte, la ficha familiar permitió al residente en formación conocer las condiciones socioeconómicas, de vivienda, ambientales y culturales, conocidas como los determinantes sociales de la salud, definidos por la OMS como: "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, y que son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas"; condiciones que tienen gran influencia en la familia y en el proceso salud-enfermedad, ya que pueden determinar estilos de vida, cambios a nivel biológico e influir en la salud física y mental (11). Por último, se encuentra el plan de cuidado familiar, que surge del análisis de las condiciones de la familia a través de un enfoque biopsicosocial, buscando potenciar las fortalezas de la familia, disminuir las conductas de riesgo y empoderar a la familia en el proceso salud-enfermedad; por lo cual debe ser fruto de la conciliación entre el profesional de la salud y la familia, en pro de un abordaje integral centrado en sus necesidades y los recursos con los que cuentan.

De ahí la importancia de contar con habilidades en el diseño e implementación de fichas familiares, que permiten obtener información valiosa de la familia a través de la visita domiciliaria, como se evidencia en el caso analizado a continuación.

#### La familia en el contexto comunitario

A continuación, se analiza el caso de una familia participante en el Proyecto Comunitario. La información se obtiene de los registros de campo elaborados por los residentes de la Especialización de Medicina Familiar de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Esto permitió evidenciar el funcionamiento de la familia como sistema y la influencia de la familia en el proceso salud-enfermedad.

#### **Caso familiar**

El barrio Los Patriotas, de la ciudad de Tunja, hace parte de la comuna 7, zona oriental, con estrato socioeconómico 2, en promedio; la mayoría de su población es flotante, no cuentan con casa propia y su actividad económica se desarrolla fuera de la ciudad o centrada en pequeño comercio en el terminal de transporte, cuando este funcionaba sobre la Avenida Central del Norte, en los límites del barrio.

A continuación, se describe una de las familias abordadas durante el proyecto comunitario por los residentes de medicina familiar, para lo cual se toman los datos obtenidos en la ficha familiar y se complementa con datos aportados por el residente a cargo de la familia. Se trata de una familia reconstituida, bigeneracional, mediana, compuesta por cinco miembros: dos adultos, un niño de cinco años y dos adolescentes, una de diez años y otro de doce años; la madre y los tres hijos viven en el barrio Los Patriotas desde hace cinco años, cuando la madre, en estado de gestación de su hijo menor, decide abandonar la ciudad de Medellín, para huir de la violencia intrafamiliar de la que eran víctimas ella y el hijo mayor por parte de su anterior pareja y padre de los menores. Se observa, además, la presencia de un patrón repetitivo, puesto que la madre fue víctima de violencia

intrafamiliar por parte de su padre. En la ciudad de Tunja conoce al hombre que es su actual pareja y decide, como lo menciona ella, “darse una oportunidad e iniciar una nueva vida”.

En la actualidad, la madre mantiene una relación conflictiva con su expareja y padre de los menores, quien vive en la ciudad de Medellín y ocasionalmente se comunica vía telefónica con sus hijos, especialmente con la menor de 10 años, con quien tiene relación más cercana. El hijo mayor tiene constantes peleas con su padre vía telefónica, porque no les brinda ayuda económica y porque recuerda los episodios de violencia, sobre todo el último: “mi papá le pegó a mi mamá, yo quise defenderla y entonces me mandó contra la pared y terminé en el hospital”, “Ahí le dije a mi mamá que lo dejáramos, así tocara aguantar hambre y vivir bajo de un puente”. Los hijos consideran como figura paterna a la pareja actual de su madre, con la cual viven desde hace más de cinco años y tienen buena relación; incluso consideran que es mediador en los conflictos, les brinda apoyo constante y el cariño de un padre. La relación de la madre con el hijo mayor, de doce años, es conflictiva: “el me alza la voz, no me respeta, es rebelde, no quiere obedecer órdenes; dice que quiere estudiar para pagarme todo lo que hago por él, pero le va mal en el Colegio”.

La madre tiene antecedente familiar de HTA, alcoholismo, cirrosis hepática, diabetes mellitus y cardiopatía por parte de abuelo materno.

A través del ecomapa registrado en la ficha familiar se constata que este núcleo tiene buena relación con la familia extensa, los amigos (quienes residen en barrios diferentes), los servicios de salud, las instituciones educativas a las que asisten los hijos, la recreación y el espacio laboral; lo que ha garantizado que la familia asista a los programas de promoción y prevención (control del niño, control del adolescente) y que se propicie a través de actividades recreativas tiempo en familia que permite mejorar las relaciones familiares, aunque solo se realizan los fines de semana. En la parte laboral, ambos adultos se desempeñan

como prestamistas, siendo sus propios jefes y manejando sus propios horarios, lo cual les permite sentirse cómodos. En cuanto a la relación con la religión y los vecinos es distante; con estos, al parecer, debido al cambio constante de habitantes (población flotante) y a algunos problemas de inseguridad y consumo de sustancias psicoactivas en la zona. Se puede observar, entonces, que las limitadas relaciones con el entorno comunitario tienen como objetivo proteger a sus hijos de los peligros que los rodean.

Con relación a su estilo de vida, se pudo evidenciar que consumen todos los días frutas, verduras, carnes y carbohidratos; realizan ejercicio cada 8 días en familia (juegan fútbol o hacen aeróbicos). Viven en una casa propia, estrato 2, con 4 habitaciones, 2 baños, sala, comedor, cocina y patio, con adecuada ventilación, con todos los servicios públicos y sin factores ambientales de riesgo.

Al año 2019, los tres niños se encuentran escolarizados. El adolescente de 12 años presenta alteración en el comportamiento, descrito previamente, con repercusión en la actividad académica, que ocasiona un desempeño deficiente; los adultos fueron diagnosticados con gastritis, por lo cual han realizado unos cambios en su estilo de vida.

En las visitas domiciliarias se indagó acerca de la relación entre miembros de la familia, especialmente la interacción entre la madre y su hijo mayor. Es así como se pudo evidenciar la presencia de una mala relación, caracterizada por los permanentes conflictos que dificultan la comunicación asertiva de madre a hijo, sumado a la etapa del ciclo vital de este. Esta situación puede ser causada, entre otros aspectos, por el escaso tiempo que comparten en familia, debido a la actividad laboral y a la dificultad de la madre para manejar sus emociones y sentimientos, que podría estar asociada con el antecedente de violencia intrafamiliar padecido por ella en su núcleo familiar de procedencia, como también por la sobrecarga de tareas del hogar que soporta.

Lo anterior demuestra claramente que el microsistema, es decir, la familia y sus características, determinadas por su historia, sus patrones repetitivos, la estructura y dinámica familiar y por los demás sistemas (ontosistema, mesosistema, exosistema, macrosistema) tiene influencia y repercusiones en cada uno de sus miembros de carácter negativo, como en este caso, o bien de carácter positivo, como se puede observar en otras circunstancias. Un ejemplo de ello podría evidenciarse en el antecedente de violencia intrafamiliar del cual fue víctima la madre por parte de su padre, patrón que se repite posteriormente con la pareja e hijos; situación que ha tenido repercusiones en cada uno de los miembros del núcleo familiar actual; así como en la relación con el entorno comunitario como una forma de protección de la madre hacia sus hijos. De manera consensuada entre médico residente y familia, se abordaron dentro del plan de cuidado familiar recomendaciones sobre pautas de crianza, manejo de emociones, distribución de tareas del hogar y asistencia de orientación por psicología para terapia individual y familiar. En la siguiente visita, la madre, quien es la cabeza de hogar, refirió: “asistió mi hijo con la psicóloga del colegio; ella habló con él y está trabajándole; a mí me tocó ir a hablar con ella, me explicó todo lo de la influencia de lo que vivimos y me dio unas recomendaciones; también nos sentamos todos a hablar, porque entré en crisis, estuve una semana sin ir a trabajar porque me sentía cargada con tanta cosa; entonces, pues me están ayudando con las cosas de la casa, cada uno, hasta el pequeño tiene una tarea y ya me siento mejor”. Esto nos permite destacar las redes de apoyo con las que puede contar una familia para el abordaje de las crisis; siendo las instituciones educativas vitales en el caso del niño y del adolescente; recalcando además la importancia de fortalecer las relaciones entre estos dos sistemas; considerando además que las instituciones educativas son además un mesosistema con influencia en otras áreas como el conocimiento, el comportamiento social, convivencia comunitaria, conciencia política, pensamiento crítico así como el aprendizaje de estilos de vida y la definición de un proyecto de vida. (12)

La familia, con sus crisis normativas y no normativas, muchas de ellas influenciadas por las historias de vida de los progenitores, y otras por los factores externos, generan alteración en su equilibrio. Esta situación queda demostrada en el análisis del anterior caso, correspondiente a una de las familias en seguimiento en el barrio Los Patriotas.

En este sentido se puede interpretar que la salud familiar, tanto física como mental, tiene origen multivariado y está determinada por diversos factores; se destaca, entre otros aspectos, el funcionamiento familiar, lo que permite considerar que esta es resultado de la suma de las relaciones y las dinámicas internas y externas en su conjunto y de la interdependencia entre cada uno de sus miembros, y que su estabilización depende de los diferentes mecanismos de adaptación, según la historia familiar y de las redes de apoyo con las que una familia pueda contar. Esto demuestra que el proceso dinámico del ciclo vital de cada individuo está ampliamente correlacionado con las interacciones y prácticas de vida cotidiana, instauradas en el microsistema.

Teniendo en cuenta lo anterior, la presencia de una alteración en la salud individual puede desencadenar una alteración en la dinámica familiar (13), como en el caso de esta familia con un antecedente importante de violencia intrafamiliar sufrida principalmente por la madre durante su infancia y, posteriormente, a manos de su pareja, quien también violentó al hijo mayor, con graves repercusiones en el comportamiento de ambos.

A estas repercusiones se suman las particularidades de la etapa del ciclo vital del hijo mayor, tradicionalmente considerada un reto familiar. La adolescencia es una etapa caracterizada por la construcción de una identidad, marcada ampliamente por modelos externos, como la familia, que puede constituir un factor protector o un factor de riesgo para el adolescente. El ambiente de crianza del niño va a determinar el funcionamiento adaptativo, el desarrollo psicológico adecuado, la resiliencia, el éxito del individuo (14, 15), por lo cual se hace necesario la intervención en pautas de crianza y ambientes saludables.

Diferentes estudios han demostrado que una relación hostil entre padre e hijo (gritos, amenazas, golpes) tiene mayor influencia en el comportamiento del niño y el adolescente que el hecho de presenciar violencia entre sus padres; sin que esto signifique que esta última no tenga consecuencias sobre el desarrollo del individuo (15, 16).

Un estudio prospectivo realizado por Newland y cols., publicado en el 2015, evaluó los efectos de la hostilidad de los padres en la calidad de la relación padre-hijo en 210 familias, con resultados que evidenciaron que la relación padre-hijo es más susceptible a la influencia de la hostilidad de los padres versus la relación madre-hijo y padre-hija; evidenciando que las conductas de los padres sobre los hijos varones tienen gran influencia en su comportamiento individual y en la dinámica familiar (interrupción diadas, conflictos en el hogar), la cual estaría determinada por la etapa del ciclo vital por la que se atraviesa (17).

Las relaciones negativas o conflictivas de los padres tienen importantes implicaciones en el desarrollo del adolescente, pudiendo ocasionar en este trastornos comportamentales (agresividad, inseguridad o retraimiento), inhibir el desarrollo de competencias sociales, abuso de sustancias psicoactivas, comportamientos sexuales de riesgo, trastornos de ansiedad y depresión, así como una alta probabilidad de transmisión intergeneracional de la violencia intrafamiliar, sobre todo en los individuos con exposición de violencia a tempranas edades, como se puede observar en la madre del adolescente, quien fue víctima de violencia por parte de su padre, constituyéndose en un patrón repetitivo (16, 18).

En cuanto al papel de la dinámica familiar en las patologías crónicas, es necesario considerar que si bien se tiene un componente genético en la mayoría de las enfermedades existen factores de riesgo modificables que requieren ser intervenidos de manera oportuna a través de estrategias para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En la mayoría de los casos, los miembros de la familia comparten el mismo estilo de vida; es decir que, si alguno de los padres tiene malos hábitos de alimentación, una vida

sedentaria, consumen alcohol o fuman cigarrillo sus hijos tendrán una mayor probabilidad de desarrollar comportamientos similares y desarrollar condiciones como sobrepeso y obesidad. De igual forma, los cambios de estilo de vida que se realicen en un miembro de la familia, son susceptibles de ser modificados en los demás miembros de la familia como efecto pleiotropico de una intervención individual y que podría potencializarse si se realiza a nivel familiar (11). En el caso de patologías como diabetes, el cambio de estilos de vida en el paciente y su familia ha mejorado el control metabólico e incluso la calidad de vida. En un ensayo controlado aleatorizado, se realizaron 20 entrevistas semiestructuradas a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 realizado en Perú, se evidencio que los participantes recibían apoyo de miembros de la familia, pero principalmente de sus cónyuges e hijos, quienes los animaban y motivaban a cuidar su salud, realizar actividad física en familia, asa como recordaban la administración de medicamentos y apoyaban en la preparación de comida saludable; mencionado que inicialmente fue difícil realizar estos cambios en familia por la no aceptación; lo cual apoya las intervenciones dirigidas no solo al paciente sino a todos y cada uno de los miembros de la familia (11,19). Otro ejemplo de ello, podría estar relacionado con patologías como la depresión; se ha evidenciado en estudios de cohorte que los hijos de madres con depresión mayor que reciben tratamiento y logran mejoría en los síntomas, logran disminuir la experiencia de síntomas psiquiátricos a lo largo de su vida.(20)

La intervención familiar, a través de diferentes metodologías, permite al médico familiar realizar una atención integral y holística. Para lo anterior, se cuenta con cinco niveles; el primero se agota en la relación médico- paciente, basada en el modelo biomédico, con mínima comunicación con la familia (solo en casos estrictamente necesarios); el segundo comprende la consejería informativa, que contempla a la familia como un soporte de gran influencia para el individuo en cuanto a las conductas en salud y busca anticiparle a esta posibles cambios en la salud de un individuo; el tercer nivel

comprende la intervención en crisis normativas y no normativas, que se logra tras el conocimiento pleno de la familia, sus redes de apoyo, sus fortalezas y necesidades; el cuarto nivel, independiente de la presencia o no de crisis, pero sí de problemas en el funcionamiento de la familia, busca realizar un análisis de la dinámica familiar que permita establecer intervenciones planificadas, y el quinto nivel comprende la terapia familiar, realizada por profesionales con experticia en el tema (21). En el caso analizado previamente se pueden evidenciar el tercer y cuarto nivel de intervención a través del establecimiento de un plan de cuidado familiar fruto de la caracterización de la familia y el análisis de la dinámica familiar. Con el análisis del anterior caso podemos reflexionar, desde la visión de la familia sistémica, acerca de cómo el comportamiento de cada uno de los miembros, influenciado por el entorno actual, por su historia personal y familiar, trae importantes repercusiones en la estructura y dinámica familiar, ya sea a través del establecimiento de conductas adaptativas que pueden desencadenar en factores protectores o de riesgo que determinan el proceso salud- enfermedad en el individuo y, por consiguiente, en toda la familia, así como también la forma en que esta aborda algunos padecimientos, como patologías crónicas que repercuten en la calidad de vida.

## **Conclusiones**

La familia es un conjunto conformado por individuos que tienen relaciones dinámicas entre sí; por lo tanto, los eventos positivos o negativos que pueda llegar a tener cualquiera de sus integrantes va a afectar a los demás y al conjunto como tal; de ahí que el estudio de la familia constituye un eje central para el abordaje de un individuo en el proceso salud-enfermedad, así como en la intervención familiar en cada una de sus etapas del ciclo vital, tanto en un ámbito clínico como comunitario, siendo el Médico familiar el profesional de la salud llamado a liderar procesos en pro de mejorar la relación médico-paciente-familia y la de la comunidad con el sistema de salud, para garantizar un adecuado bienestar individual y colectivo.

Tradicionalmente, la relación médico-paciente se ha analizado desde la perspectiva del consultorio, pero el médico familiar rompe ese espacio y encuentra en la familia y la comunidad aspectos relacionados con los determinantes sociales de la salud y la Atención Primaria en Salud que enriquecen su comprensión de la familia como sistema y de su relación con los entornos comunitarios, institucionales y culturales, y, por esta vía, de la historia de la enfermedad y de los criterios básicos que se manejan de la salud. La atención centrada en el paciente es un modelo que puede brindar buenos resultados siempre y cuando se tengan en cuenta los diferentes factores que interaccionan en cada uno de los procesos que se adelantan con las personas, pues es un concepto multidimensional; adicionalmente, el paciente debe percibir que sus necesidades y circunstancias individuales están en el centro de cada situación.

El Proyecto Comunitario, como parte de la formación del residente de Medicina familiar, constituye un campo vital para el logro de habilidades en comunicación con el individuo, la familia y la comunidad, y para forjar destrezas en diseño e implementación de herramientas como la ficha familiar, que junto al familiograma y el ecomapa permiten conocer la estructura y la dinámica familiar en relación con los determinantes sociales de salud, sus redes de apoyo, sus fortalezas y sus necesidades, para realizar un abordaje integral que permita mejorar la relación médico-paciente-familia y, por consiguiente, establecer de manera consensuada un plan de cuidado familiar. Son necesarias más investigaciones sobre la influencia de la relación médico-paciente-familia en el proceso salud-enfermedad, con el fin de obtener mayor información sobre cómo se ve afectada la salud de una comunidad por los elementos emergentes de esta relación.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección de Investigaciones y Grupo de Investigación Educación, Salud y Desarrollo Rural. “Proyecto Comunitario: promoción y mantenimiento de la salud individuo, familia y comunidad del barrio los patriotas del municipio de Tunja”. Cod. SGI 2597, UPTC-Tunja.

2. Espinal I, Gimeno A, & González F. El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Santo Domingo: Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural Poveda; 2000. Disponible en: [https://www.observatoriosocial.com.ar/images/articulos/Material\\_de\\_Consulta/El\\_Enfoque\\_Sistemico.pdf](https://www.observatoriosocial.com.ar/images/articulos/Material_de_Consulta/El_Enfoque_Sistemico.pdf)

3. Bravo-Andrade H, Ruvalcaba Romero N, Orozco Solis M, González-Gaxiola, & Hernández-Paz. Introducción al modelo ecológico del desarrollo humano. (2018). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/328584009\\_Introduccion\\_al\\_modelo\\_ecologico\\_del\\_desarrollo\\_humano](https://www.researchgate.net/publication/328584009_Introduccion_al_modelo_ecologico_del_desarrollo_humano)

4. Cid Rodríguez Md, Montes de Oca Ramos R, Hernandez Díaz O. La familia en el cuidado de la salud. *revmedicaelectronica*

[Internet]. 2014 [citado 2020 Ago 12];36(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1108Pérez>

5. Sánchez L, Mercado Rivas M, Espinosa Parra I. (2009). La familia y los procesos de enfermar. *Revista Medigraphic*. Año 1, Vol. 1, No. 1 Jun- Dic 2009. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2009/wax091t.pdf>

6. Campbell TL, McDaniel SH, Cole-Kelly K, Hepworth J, Lorenz A. Family interviewing: a review of the literature in primary care. *Fam Med*. 2002 May;34(5):312-8. PMID: 12038711. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12038711/>

7. Hernández-Torres, I., Fernández-Ortega, MA, Irigoyen-Coria, A., Hernández-Hernández, MA, Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar* [Internet]. 2006; 8 (2): 137-144. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50780211>



8. Sayers SL, White T, Zubritsky C, Oslin DW. Family involvement in the care of healthy medical outpatients. *Fam Pract.* 2006 Jun;23(3):317-24. doi: 10.1093/fampra/cmi114. Epub 2006 Feb 3. PMID: 16461451. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16461451/>
9. McGoldrick, M. y Gerson, R. *Genogramas en la evaluación familiar.* (1985) Barcelona: Gedisa 3ª ed. 2000. Pág. 17-164.
10. Sánchez, Luz Mary. Evaluación y trazado de la estructura de la familia. *Evaluación del conflicto conyugal: una guía para participantes.* 2001. Serie de documentos de trabajo N°4. Facultad de humanidades. Escuela de trabajo social y desarrollo humano. Universidad del Valle. Disponible en: [http://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos\\_virtuales/posgrado/materia\\_asesoria\\_familiar/introduccion\\_encuentro\\_familias/Material/Sanchez,%20L.%20\(2001\).%20.%20Familiograma-genograma.pdf](http://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos_virtuales/posgrado/materia_asesoria_familiar/introduccion_encuentro_familias/Material/Sanchez,%20L.%20(2001).%20.%20Familiograma-genograma.pdf)
11. García-Huidobro D, Mendenhall T. Family Oriented Care: Opportunities for Health Promotion and Disease Prevention. 2015. *J Fam Med Dis Prev* 1:009. Disponible en: <https://clinmedjournals.org/articles/jfmdp/journal-of-family-medicine-and-disease-prevention-jfmdp-1-009.pdf>
12. Crespillo, Eduardo. La escuela como institución educativa. 2010. *Dialnet.* ISSN-e 2171-9551, N°. 5, 2010, págs. 257-261 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3391527>
13. Méndez Sutil V, Louro Bernal I, Bayarre Veja H. Caracterización de la salud familiar en familias de niños con éxito escolar. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2011 [citado 19 May 2014]; 27(1):1-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000100001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100001&lng=es)
14. Gómez Cobos, Erick, *Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección.* *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* [Internet]. 2008;10(2):105-122. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387006>
15. Verdugo Lucero, Julio César, Arguelles Barajas, José, Guzmán Muñiz, Jorge, Márquez González, Claudia, Montes Delgado, Roberto, Uribe Alvarado, Isaac, *Influencia del clima familiar en el proceso de adaptación social del adolescente.* *Psicología desde el Caribe* [Internet]. 2014;31(2):207-222. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21331836002>
16. Lohman BJ, Neppi TK, Senia JM, Schofield TJ. Understanding adolescent and family influences on intimate partner psychological violence during emerging adulthood and adulthood. *J Youth Adolesc.* 2013 Apr;42(4):500-17. doi: 10.1007/s10964-013-9923-7. Epub 2013 Feb 21. PMID: 23430562; PMCID: PMC3659774. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3659774/>
17. Newland RP, Ciciolla L, Crnic KA. Crossover Effects Among Parental Hostility and Parent-Child Relationships During the Preschool Period. *J Child Fam Stud.* 2015;24(7):2107-2119. doi:10.1007/s10826-014-0012-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26097377/>
18. Peterson G.W. Family Influences on Adolescent Development. In: Gullotta T.P., Adams G.R. (eds) *Handbook of Adolescent Behavioral Problems.* Springer, Boston, MA. (2005) Disponible en: [https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F0-387-23846-8\\_3#citeas](https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F0-387-23846-8_3#citeas)
19. Pesantes MA, Del Valle A, Diez-Canseco F, et al. Family Support and Diabetes: Patient's Experiences From a Public Hospital in Peru. *Qual Health Res.* 2018;28(12):1871-1882. doi:10.1177/1049732318784906 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30066604/>
20. Pilowsky DJ, Wickramaratne P, Talati A, Tang M, Hughes CW, et al. Children of depressed mothers 1 year after the initiation of maternal treatment: findings from the STAR\*D-Child Study. (2008). *Am J Psychiatry* 165: 1136-1147. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18558646/>
21. Salazar de la Cruz, Miriam, & Jurado-Vega, Arturo. Niveles de Intervención Familiar. *Acta Médica Peruana,* (2013) 30(1), 37-41. Recuperado en 17 de junio de 2020, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172013000100007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100007&lng=es&tlng=es).

# REDES COMUNITARIAS Y DE SOPORTE SOCIAL COMO RECURSO PARA EL CUIDADO Y EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Francy Nelly Pérez Becerra\* , Elkin Enrique Aarón Movilla

Medicina Familiar Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Docente en Comisión de Estudios Escuela de medicina

## RESUMEN

Las redes comunitarias, como sistema abierto de intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, barrio, organización o institución), posibilitan potencializar los recursos para el cuidado y el mantenimiento de la salud de un individuo, pero también pueden constituirse en fuente de malestar, estrés y enfermedad. Objetivo: Interpretar la dinámica de las redes comunitarias y de soporte social como recurso para el cuidado y el mantenimiento de la salud (promoción, educación y prevención), en las familias del barrio Los Patriotas, de la ciudad de Tunja. Metodología: Investigación/intervención de corte cualitativo, con base en la observación participantes y en los relatos de 110 registros de campo de 15 médicos residentes de medicina familiar de la UPTC en su práctica comunitaria , en el barrio Los Patriotas de la ciudad de Tunja. Entonces como categoría de análisis se asumió: las redes comunitarias y de soporte social como familia, amigos, vecinos, grupos de pares, organizaciones sociales y las instituciones (educativas, servicio de salud, policía). Conclusión: Las redes comunitarias y de soporte social son relevantes por el apoyo que prestan a la sociedad por las contribuciones y conexiones fuertes para el interés común, como son el mejoramiento de la calidad de vida, la salud de las personas y de las comunidades; esto es lo que prioriza la importancia de los proyectos comunitarios en espacios de construcción colectiva y fortalecimiento del tejido social.

Palabras clave: Redes comunitarias. Soporte social. Medicina. Comunidad. Medicina Familiar y Comunitaria. Investigación cualitativa.

## SUMMARY

Community net, as an open system of dynamic exchange among members of a social group (family, neighborhood, association or institution), make enhancing resources for the care and maintenance of a individual's health but those ones could become in a source of discomfort, stress and illness. Objective: To understand the dynamic of community networks and social support as a resource for the care and maintenance of health (promotion, education and prevention) in some families of the “Los Patriotas” neighborhood in Tunja city. Methodology: Qualitative research / intervention, based on the participant observation and the reports of 110 research records of 15 UPTC Family Medicine Resident Physicians in their community practice in the Los Patriotas neighborhood in Tunja city. For this category of analysis, the following items were assumed: The Community and social support networks as family, friends, neighbors, peer groups, social organizations and institutions ( health care, police and educative institutions) Conclusion: The Community and social support groups are relevant due to the support that they provide to society, for the contributions and strong connections for the common interest, such as improving the quality of life and the health of people and communities; This is what prioritizes the importance of community projects in spaces of collective construction and strengthening of any social group. Keywords: Community networks. Social support. Community. Family and Community Medicine. Qualitative research.

## INTRODUCCIÓN

Las redes comunitarias y de soporte social son estructuras o dinámicas de vínculos o interacciones entre diferentes actores o miembros de un territorio, instituciones, organizaciones o grupos de diferente tipo, los cuales coordinan acciones conjuntas con el propósito de compartir e intercambiar conocimientos, experiencias y recursos (económicos, físicos, personales, sociales...) para generar alternativas que les permitan potenciarlos (generar sinergias), en pos de un objetivo común, la solución de problemas o la satisfacción de necesidades (1).

Estas redes están compuestas por familiares, parientes, amigos y vecinos, organizaciones sociales e instituciones que comprenden el mundo social inmediato del individuo, aunque se pueden ampliar para incluir unidades cada vez más grandes de la sociedad (2). Ellas están correlacionadas con un mejor estado de salud, debido a que pueden impactar en el comportamiento de salud de los individuos, al actuar como medio para generar capital social y apoyo. Desde esta perspectiva, el presente estudio cualitativo, producto de la práctica comunitaria de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de la UPTC, surge como una propuesta de investigación encaminada por los criterios formativos y pedagógicos que dan bases para su formación integral (3), y se propone interpretar la dinámica de las redes comunitarias y de apoyo social, como recurso del cuidado y el mantenimiento de la salud: acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que cada persona, familia y la comunidad del barrio Los Patriotas, del municipio de Tunja, realizan para mantenerse saludables. Para este estudio se tiene el barrio como escenario de análisis, no solo como espacio físico, delimitado y tangible, como “una de las partes en que se dividen los pueblos y ciudades o sus distritos” (4) sino como un territorio social vivido y construido por la comunidad, donde las distancias físicas que separan los grupos y las personas que lo habitan hacen eco de las distancias culturales y sociales que los diferencian (4), y donde se generan alternativas de cambio y desarrollo a través

de proyectos comunes que movilicen las comunidades hacia el mejoramiento de su salud y calidad de vida.

## MÉTODO

Esta investigación/intervención de corte cualitativo, tipo etnográfico, tomó como base las descripciones interpretativas de residentes de la Especialización de Medicina Familiar de la UPTC, elaboradas a través de la observación participante y el registro de campo durante su inmersión en el escenario del “Proyecto comunitario: Promoción y mantenimiento de la salud del individuo, familia y comunidad del barrio Los patriotas del municipio de Tunja: 2019-2020”, la cual tuvo como objetivo interpretar la dinámica de las redes comunitarias y de soporte social como recurso en el mantenimiento de la salud (promoción y educación para la salud y prevención de la enfermedad de las familias del barrio), a partir de la vivencia, el conocimiento del contexto, la intervención y asistencia de estos en esta comunidad. Interpretación orientada a comprender la realidad, en función de darle sentido y significado a las interacciones de la familia y la comunidad, como redes comunitarias y de soporte social determinantes del cuidado y el mantenimiento de la salud.

La unidad de trabajo fue la comunidad del barrio Los Patriotas, de la ciudad de Tunja (Boyacá, Colombia), y el periodo de ejecución, entre enero de 2018 y diciembre de 2019. La recolección de la información se realizó mediante la observación participante y el registro de campo; se obtuvieron 110 registros, elaborados por 15 residentes de la Especialización de Medicina Familiar de la UPTC, los cuales se constituyen en el soporte científico para la interpretación de las redes comunitarias como soporte social de las familias del sector estudiado. El análisis parte de una estructura organizada en categorías, subcategorías y códigos (codificación) que van descubriendo conceptos y temas comunes presentes en los datos, así como sus vínculos, a fin de otorgarles sentido, reinterpretar y resignificar las prácticas de vida cotidiana y las relaciones entre las acciones, el mundo material, los sujetos individuales y colectivos que habitan en este territorio. Por último, conceptos como red comunitaria

y soporte social, familia y comunidad han sido claves para el desarrollo de las líneas teóricas que guiaron esta investigación, que fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación, cumpliendo con lo estipulado en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

### **Redes comunitarias y de soporte social**

Cuando se habla de redes sociales se hace referencia, en general, a todas las relaciones sociales de los individuos, es decir, el conjunto de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional y material, servicios, información, etc.; interacciones de tipo espiritual, emocional, instrumental e informativo (5) que se dan entre las personas, sean familiares, amigos, vecinos o miembros de organizaciones sociales. Por su parte, las redes comunitarias, en particular, hacen referencia a las relaciones sociales formadas por personas que tienen un interés común y que se interrelacionan para lograrlo; como lo menciona Gallego J. (6) Además de un objetivo común, estas personas pueden tener sentimiento de pertenencia construido a lo largo de un proceso, además de flexibilidad, apoyo social y participación; la condición es que comparten un mismo territorio y población, permiten un trabajo horizontal y facilitan recursos, formas de hacer y enfoques más globales y adaptados a los diferentes contextos (6). Paralelamente, la noción de red social es un sistema abierto de intercambio dinámico entre los integrantes, que se reafirma con la teoría ecológica de sistemas de Urie Bronfenbrenner (7), quien consideró que un individuo o familia no puede considerarse como ente aislado, sino en el contexto de las relaciones con su entorno, en una disposición seriada de estructuras concéntricas, como el microsistema: interacciones en el entorno más cercano de las personas, donde se comparten normas, comportamientos y roles, que corresponde a la familia, los amigos y vecinos; el mesosistema: interrelaciones de dos o más microsistemas en los que la persona participa: comunidad, barrio, grupo de pares; el exosistema: en el que la persona no está incluida

directamente, pero se producen hechos que afectan lo que ocurre en los entornos en los que la persona sí está incluida, como las organizaciones sociales, las instituciones educativas o los servicios de salud, y el macrosistema: como el contexto político, social, económico y cultural en el que está inmerso el territorio o barrio, que afecta o puede afectar transversalmente todos los sistemas (8). La familia como red de apoyo y soporte social. La familia constituye la primera red de apoyo social del individuo a través de toda su vida, en su función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana; de tal forma que el apoyo que ofrece la familia constituye el principal recurso de promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el soporte en los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social (9).

Esto se puede observar en las familias de diferentes formas. Por ejemplo, cuando una madre cabeza de familia es el apoyo afectivo y económico de sus hijos, aun teniendo que trabajar duro para que no les falte lo necesario; así lo expresan algunas mujeres amas de casa en el sector: “me explicó muy contenta que había conseguido un buen trabajo con una señora buena gente, que solo tiene que cuidar una bebé y hacer el aseo de su apartamento y le pagan casi un mínimo, de lunes a viernes..., el año pasado no conseguía trabajo, y al final de año le tocó trabajar en un restaurante donde le tocaba muy duro, hasta los sábados, y le pagaban muy poco... Ahora los sábados y domingos comparte más con los hijos, bien sea que van al campo o en la casa y los domingos van a misa y al parque”. Asimismo, las relaciones de confianza con personas especialmente significativas, de gran proximidad, contacto y cercanía emocional para el individuo (10), como la familia extensa, que pasa a ser la red de apoyo de las madres solas que tienen que sacar adelante a sus hijos, y para ello contribuye a generar procesos de interacción y socialización en los niños; como evidencia se tiene el siguiente testimonio: “... me contó que estuvieron en el campo donde los abuelos de los niños, con quienes tienen una buena relación, allá ayudaron a trabajar en agricultura, y los niños compartieron

con el padre, llegaron a Tunja ya para los días de entrada al colegio”.

La familia se considera el microsistema más importante, porque configura la vida de las personas; a pesar de los cambios ocurridos en su estructura y funcionamiento a lo largo del tiempo, sigue siendo la unidad básica de la sociedad y, específicamente en el tema de salud, cumple un papel fundamental en el desarrollo, mantenimiento y recuperación de cada uno de sus miembros (11), como es el caso de las familias con personas que padecen enfermedades crónicas, ya que pueden influir de manera positiva en la detección de signos de alarma y contribuir a la búsqueda de atención médica, el acceso al tratamiento y la adherencia y finalización de este; un residente de Medicina familiar describe en su relato las acciones positivas que se logran cuando la familia cumple cabalmente los roles de cuidador: “encontré a la señora M. estable, menos inflamada de sus piernas y sin úlceras en las piernas; en general, la vi mucho mejor; les manifesté mi alegría de verla así, y felicité a la hija, quien es muy entregada al cuidado de su mamá, se nota que lo hace con más cariño, porque la señora M. se ve más tranquila y estable”.

De igual manera, la familia se constituye en la red de apoyo más importante para las personas en condición de discapacidad, quienes enfrentan directamente esta compleja situación que altera toda la vida personal, la dinámica familiar y la participación social, pues se deben reasignar los roles, las funciones y la economía de la familia en función del cuidado de la persona con discapacidad; aquí, de nuevo se demuestra que es relevante el papel de la mujer como cuidadora (12): “La señora MG se ha convertido en cuidadora no solo de familiar discapacitada, sino de toda la stirpe familiar y de las generaciones de sobrinos que la anteceden, pues en su casa tiene la oportunidad de convivir y cuidar a cuatro generaciones”. Sin embargo, esta situación es invisibilizada en todos los ámbitos de los entornos culturales, lo que origina que las mujeres asuman estas cargas sin ningún tipo de reconocimiento, ni familiar, ni social, ni, muchos

menos, económico. Ahora bien, la familia se considera un sistema funcional cuando es capaz de cumplir sus roles, enfrentar y superar cada etapa del ciclo vital individual y familiar y las crisis por las que pueda atravesar. Algunas familias lo logran con el apoyo de todos sus miembros, y facilitan la satisfacción de sus necesidades; es el caso del relato que a continuación se expresa: “han tenido cambios en su vida como pareja, en la economía de la familia, pues ella, para dedicarse al cuidado del niño, debió dejar de trabajar, y su esposo debió aumentar su jornada de trabajo. Por su parte, su hija de 10 años ha vivido el último año con sus abuelos y, por lo comentado, ha asumido roles diferentes a los esperados para su edad” (13). Se puede observar en el relato que, si bien existe acuerdo en la familia, para que la mujer asuma la responsabilidad del cuidado, el hecho de que su hija de 10 años esté viviendo fuera de su familia nuclear es un factor de disfuncionalidad del grupo primario, y pone en duda la capacidad de este de satisfacer las necesidades y cumplir con los roles de socialización que le corresponde. Las dinámicas y la estructura de la familia han venido cambiando, adaptándose a los nuevos ambientes sociales, económicos y culturales; evidencia de ello es, justamente, el crecimiento del número de familias no funcionales, que de alguna forma impactan negativamente el desarrollo y la atención del cuidado y el autocuidado en la salud (14); como lo expresa un residente de Medicina Familiar: “llamé a la señora L.P he inicié la consulta; me comentó todos los inconvenientes que tenía con su familia, que la casa donde vive es propia, pero ella, que es de buen corazón, decide vivir con sus dos hijos, pero uno de ellos tiene una familia ya conformada, esposa y dos hijos menores de edad y el menor de los nietos presenta un trastorno genético poco estudiado; ella me refiere que tiene todo el peso del cuidado de los menores y también el de la casa, ella es la que hace el aseo, cocina, lava la ropa”; se evidencia así una de las características de las familias no funcionales: no definición clara de los roles, con una superposición de roles, cuando la abuela tiene que asumir, además, el rol de mamá y cuidadora, que a su edad ya no le corresponde, lo que le impide su autocuidado y le genera

estrés que la predispone a enfermedades. Vecinos y amigos como red de apoyo y soporte social. Según argumenta Litwin, (10) dentro de las redes comunitarias significativas en las comunidades confidenciales no familiares se encuentran los amigos y otros (como los vecinos), quienes se consideran claves en la construcción del tejido social y del bienestar de las personas y familias, ya que permiten el apoyo emocional y práctico dentro del engranaje del barrio o las comunidades. Dichas redes no son ajenas a la comunidad intervenida; al preguntar a una madre de familia del barrio sobre los amigos y vecinos responde de forma jocosa: “La relación es buena con todos, pero pues así cercana está la vecina del lado que tiene un hijo de la misma edad del mío y desde pequeños se criaron juntos y son muy buenos amigos, entonces con ellos hablamos seguido y compartimos algunas actividades de vez en cuando”, o cuando una hija de una de la señoras con enfermedad crónica avanzada expresa: “no me hablo casi con ningún vecino, la única es la señora A.P., quien me ayuda con el cuidado de mi mama cuando salgo a pedir los medicamentos”, donde se observa que a pesar de conocerse las personas del barrio, solamente tienen relaciones cercanas con pocos vecinos, y son escasos los que ellos consideran amigos. Las personas comparten su entorno cultural de forma estrecha, tomando elementos de este y aportando de su constructo al entorno; es así como las redes pueden proteger y mejorar la salud de un individuo y de una población de un territorio dado o, por el contrario, influirlos para que participen en conductas de riesgo. En fin, dependiendo de su calidad, las relaciones sociales y la cohesión social resultarán beneficiosas o no para la salud de la sociedad (10) (15) (16). La influencia negativa del entorno, de la familia extensa, los amigos y las redes sociales en la adopción de conductas de riesgo para la salud, como el consumo de alcohol, se aprecia en este aporte realizado por una esposa preocupada: “empiezo a preguntarle sobre los acuerdos en cuanto al cese del consumo de alcohol y dice: ‘ay, cierto que tengo que ir allí donde la vecina’, y se va de la casa sin despedirse [...], él es así, no se le puede decir nada de que deje de tomar porque inmediatamente se va, acá en la casa se pone bravo y empieza

es a insultar..., solo es que se junte con los primos o amigos y ahí tiene para que quede caído de borracho...”.

### **Grupos de pares como red de apoyo y soporte social.**

Para Gállego-Diéguez (6), “la salud comunitaria simplemente sin redes parece imposible”; quiere decir esto que las personas y familias de una comunidad necesitan las redes y las alianzas no solo para lograr un mejor nivel de vida y salud, sino también para construir tejido social. Un ejemplo de mesosistema son los grupos de pares, donde se comparten las mismas dolencias, los mismos problemas de salud, experiencias y vivencias; la interacción y las actividades con los pares mejoran la adherencia a los tratamientos y a los estilos de vida saludable, aumentan la autoestima y combaten la soledad, es decir, contribuyen al bienestar biopsicosocial y espiritual de las personas. Son muchos los aportes informados por la comunidad, y descritos en los relatos. Llama la atención uno en particular, que se refiere en un comentario realizado por uno de los líderes comunitarios: “el barrio cuenta con un grupo de adulto mayor que, aunque es pequeño, con poca participación, se constituye en una red de apoyo entre pares, donde además de realizar actividad física y actividades de recreación es un espacio terapéutico”. Se trata de un espacio comunitario donde se puede lograr la identificación de necesidades en salud con participación comunitaria, hacia intervenciones en salud más efectivas y adecuadas a la comunidad (17); un espacio que en muchas ocasiones permite ver las interacciones que se presentan e incluso permite recordar las prácticas alimentarias olvidadas en las familias: “empezaron a contarnos que antes se comían muchas rubas, nabos, habas, que aún se consiguen en la plaza de mercado del sur; ya los nabos casi no se consiguen, no es como antes, yo aún le echo a las sopas, me gustan mucho”. Otra señora decía nostálgica: “en mi casa sembrábamos rubas, papas, nabos... y eso lo vendían mis papas y todos los días comíamos en el desayuno y el almuerzo”. Se pueden vislumbrar la emocionalidad del grupo cuando se plantean temas que tienen que ver con su cultura: sus costumbres,

prácticas y comportamientos saludables que se reproducen por generaciones en las familias.

**Instituciones: servicios de salud.** Un tema clave es la articulación de los servicios de salud con la comunidad y las organizaciones de atención médica, ya que sus conexiones podrían contribuir al uso efectivo de la red total (18). Una red social fuerte y las relaciones fuertes y constantes son necesarias para hacer frente a la enfermedad o las limitaciones funcionales que se presenten. Para esto, la población del barrio Los Patriotas cuenta con dos centros de atención en salud cercanos: Unidad Básica de Atención – UBA– San Antonio y el puesto de Salud N.º 1; los dos corresponden a la Empresa Social del Estado –ESE– Santiago de Tunja, entidades de salud de primer nivel de atención.

Las personas con régimen subsidiado que viven en el sector aledaño pueden consultar y recibir asistencia médica. De la misma manera, estas instituciones se han constituido en un apoyo importante para captar familias adscritas al régimen subsidiado con el fin de que participen en el “Proyecto comunitario: Promoción y mantenimiento de la salud del individuo, familia y comunidad del barrio los patriotas del municipio de Tunja: 2019 – 2020”.

Este proyecto constituye una propuesta pedagógica para el desarrollo de habilidades y competencias en la formación de médicos familiares, en particular para el afianzamiento de prácticas y actitudes para el trabajo en equipos de Atención Primaria de Salud; es así como lo perciben los residentes de la especialización: “nos recibieron con los brazos abiertos y nos brindaron un espacio agradable y adecuado [...] llamé a la señora L y en la consulta la señora me comentó todos los inconvenientes que tenía con su familia...”. Al respecto, Corin (12) menciona que los servicios de salud deben entrar en cada territorio y proyectarse hacia la comunidad con un equipo de Atención Primaria de Salud que participe en la planificación y ejecución de acciones comunitarias de promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico e intervención temprana; dicho equipo de salud debe analizar

las necesidades y situaciones a partir del conocimiento compartido, en contraposición a las barreras de acceso a los servicios de salud que se les presentan por la intermediación de las aseguradoras, como le menciona la jefa de una familia a una residente: “Doctora, he tenido problemas con la EPS porque no me dan cita, porque cambiaron los horarios y solo dan una cita por mes; fui a la EPS por los exámenes que me sugirió, pero el doctor no me los formuló, es que a uno le dicen: qué le duele, y sólo le atienden a uno una cosa, ni le explican a uno qué le envían y para qué sirven”, con el agravante de la fragmentación de la atención a la familia, ya que se encuentra que cada miembro de la familia está afiliado a una aseguradora diferente, lo que dificulta aún más el acceso y la continuidad en la atención en salud. Una de las poblaciones vulnerables del barrio Los Patriotas son las personas en condición de discapacidad; habitan allí 47 personas con diferentes tipos de limitación. La alcaldía de Tunja cuenta, a través de la Secretaría de la Mujer, Equidad de Género y Desarrollo Social, con el programa Somos Capaces: Estrategia de atención diferenciada por condición diversa de capacidad o factores de potencialidad y rango de edad que permita su inclusión social y genere capacidad ciudadana de convivencia con la diferencia; es una red de apoyo a la discapacidad desde la cual ofrecen programas sociales, orientación vocacional, laboral y legal y un programa de capacitación a las familias y cuidadores. En una reunión con la comunidad del barrio, como lo menciona un residente, “La psicóloga y trabajadora social de Somos capaces explicaron algunas ayudas económicas y los programas ofrecidos por la oficina para disminuir las barreras que presentan las personas con discapacidad...”. Por último, la población del barrio cuenta con el “Centro de Escucha”, ubicado en un barrio aledaño, San Antonio, un programa que hace parte del Plan de Intervenciones Colectivas –PIC– de la Secretaría de Protección Social Municipal para la detección y abordaje de salud mental, donde hay un psicólogo que atiende a las personas que lo necesiten, sin cita previa, sin estar afiliado a una EPS y sin ningún costo; pueden asistir las personas que tengan problemas de violencia intrafamiliar,

depresión o problemas sociales, como es el caso de una mujer que estaba a punto de separarse del esposo, comenta una residente, quien la encontró muy ansiosa: “en esa última visita le hice la consulta y la escuche, hizo catarsis conmigo, me contó todo, lloró, me habló de su decisión de separarse, que ya no aguantaba más”; en este caso, el residente también le sugiere que acuda al Centro de escucha para su orientación y apoyo de un psicólogo profesional.

### **Instituciones educativas.**

Corresponden a uno de los exosistemas más importantes para una familia, por su influencia en la socialización de sus miembros. El barrio Los Patriotas cuenta con la institución educativa Colegio Silvino Rodríguez, que tiene seis sedes, con todos los niveles de educación básica contemplados en Colombia y, en promedio, 2800 estudiantes; además, cuenta con varias especialidades vocacionales y allí estudian la mayoría de sus niños y adolescentes del territorio. Cada red traerá consigo un conjunto único de fortalezas, recursos, habilidades (19). Tal es el caso de la institución educativa, que, además de cumplir con su función en la formación académica, se constituye en una red de apoyo para las familias y comunidad del barrio Los Patriotas, en tanto se realizan actividades de formación integral, potencian habilidades para la vida y para el cuidado de la salud con los niños y adolescentes, con temáticas relevantes desde la salud sexual y reproductiva, la salud mental, la alimentación y el ejercicio, que buscan desarrollar estilos de vida saludables, en espera que ellos también lo repliquen con sus familias y comunidad. Asimismo, las instituciones hogares infantiles Familia, Mujer e Infancia –FAMI– del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– se constituyen en redes de apoyo para los padres para la educación y la crianza de sus niños. En el barrio Los Patriotas existen varios hogares FAMI (El Gato Mauro, El Gran Diluvio, o Los Pecositos), en los cuales ya está establecido un programa de educación en temas de interés para los padres y la protección de sus hijos; y según las necesidades analizadas, los residentes de medicina familiar apoyamos con el desarrollo de algunas

temáticas como hábitos de vida saludable, alimentación y nutrición, pautas de crianza y prevención del maltrato, entre otras; con experiencias como esta: “Inicie a hablar de maltrato infantil, y noté en los rostros de los padres el interés por el tema; durante la presentación expliqué a los padres sobre los tipos de maltrato y abuso hacia los niños por medio de la tecnología, por redes sociales y por los teléfonos celulares”; se puede corroborar en estas actividades cómo los padres valoran la información recibida en la medida en que la puedan utilizarla para superar las dificultades que se presentan en su función como orientadores y educadores de sus hijos.

**Asociaciones u organizaciones comunitarias.** Muchos contextos urbanos pueden beneficiar la promoción de la salud y la calidad de vida con su amplia gama de recursos sociales y humanos, entre los que están las redes sociales de organizaciones comunitarias, fundaciones y proveedores de servicios formales e informales, que se convierten en recursos clave para los esfuerzos de promoción de la salud entre organizaciones (20). Tal es el caso de la Asociación de trabajadores informales vendedores ambulantes de la terminal de transporte, “legalmente constituida ante la Cámara de Industria y Comercio, con 27 miembros activos”, como lo refieren sus integrantes y desde la cual han intentado mejorar sus condiciones de trabajo, como con la convocatoria, en cabeza del presidente de la Junta de Acción Comunal, por la situación de traslado al nuevo terminal de transporte de la ciudad, como lo menciona una residente: “en cabeza del presidente de la JAC, los residentes del barrio que son vendedores ambulantes realizaron reuniones, ante la prohibición del acceso y venta de productos en el nuevo terminal, cuando algunos de ellos desempeñaban dicha actividad desde hace más de 30 años, obtenido su sustento económico y la de sus familias”. Un ejemplo de comunidad organizada en pro del mejoramiento de sus condiciones de vida y trabajo que redundan en bienestar para todos. Otra organización es la religiosa, apreciada por la comunidad no solo por el apoyo espiritual y emocional que confiere en sí misma, sino como el espacio donde las personas pueden



encontrarse y apoyarse mutuamente en las actividades sociales que organizan en pro de la comunidad (19), siendo inclusive una fuente de empleo para algunas personas: “una señora refiere que trabaja en la capilla, barre, está pendiente de todas las cosas de la iglesia”. Asimismo, las organizaciones deportivas logran posicionar el deporte en una red de apoyo social, en la medida en que las personas entran en contacto con otras personas, es decir, el deporte es un medio para mejorar la salud y ampliar los contactos sociales y mejorar la autoconfianza (19). En el barrio Los Patriotas este tipo de organización no es completamente posible por la falta de escenarios deportivos adecuados, como lo manifiesta un grupo de adolescentes que fueron invitados a participar en unos campeonatos y expresaron que la principal problemática en el barrio era “la falta de zonas apropiadas para jugar y realizar deportes; así mismo, mencionaron la inseguridad y la distribución y consumo de sustancias psicoactivas cerca de los establecimientos educativos del barrio”. Sin embargo, para la comunidad del barrio Los Patriotas cualquier lugar dentro de su territorio es aprovechado para que los lazos se extiendan, y es en estos lugares informales donde la red se fortalece; un ejemplo de esto son los sitios donde se expenden alimentos al menudeo, puesto que allí se presenta la excusa perfecta para la interacción de las personas, convirtiéndose en lugares donde pueden compartir y exponer sus problemas. Una imagen que refleja perfectamente dicha aseveración se encuentra en el texto retomado de este reporte de campo: “Mientras tanto seguían entrando al negocio los clientes buscando las cosas para el almuerzo, veo como la señora D.M. conoce muy bien a todos sus vecinos y a cada uno de los que entra los saluda por el nombre, y de la forma jocosa que la caracteriza a ella les va preguntando cosas: “siga doña G. ¿qué hubo?, qué pasó al fin con su hermana?, ¿sí volvió o no?, ¿cuánto le doy de costilla?”; me hago a un lado y le permito que atienda a sus clientes, una forma de interacción cotidiana, donde se fortalecen y se tejen nuevas relaciones sociales.

Residentes Medicina Familiar. El grupo de residentes de Medicina Familiar, de alguna manera se constituye en una red de apoyo para las familias y comunidad del barrio, en la medida que conoce las situaciones de vida y salud de las familias y reconocen las virtudes y habilidades de trabajo de cada persona hacia la construcción de tejido social, como lo refiere uno de los residentes en una actividad comunitaria de reconocimiento de su territorio “los invitamos a dibujar el mapa del barrio con la localización de sus casas y sitios de importancia para ellos, que fueran relevantes en su diario vivir, o que fueran puntos de referencia relevantes para los habitantes del barrio; de esta manera...” una actividad con gran participación y emotividad por parte de ellos. Los residentes de medicina familiar desarrollan intervenciones en el barrio, con el propósito de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas y familias, tales como, ferias por la salud, visitas domiciliarias con planes de cuidado familiar, consulta en la Unidad Básica de Atención del barrio, acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedad que realizan desde el primer semestre con la participación de la comunidad, por ejemplo, la actividad mencionada por un residente en su diario de campo “al inicio del ingreso al barrio hicimos una feria de la salud donde tomamos tensión arterial, pesamos, medimos, establecimos el estado nutricional de adultos y niños, realizamos autoexamen de seno y otra jornada para el día de los niños donde llevamos para pintar caritas, tamizaje visual, peso y talla y se realizó un mapa de sueños para los adultos de cómo les gustaría que fuera su barrio; esas actividades le gustaron bastante a la gente y fueron más de 100 personas” De esta manera se viene construyendo un camino de construcción conjunta de estilo de vida saludables con entornos protectores para la salud con la participación activa de la comunidad; y se espera que a futuro otros proyectos entre residentes de medicina familiar y comunidad del barrio Los Patriotas propendan por el fortalecimiento de estas redes comunitarias como recurso para el cuidado y mantenimiento de la salud.

## CONCLUSIONES

Las redes sociales comunitarias y de soporte social, es decir, las relaciones o interacciones sociales que una persona tiene con el mundo social inmediato, con su familiares, parientes, amigos y vecinos, organizaciones sociales e instituciones, influyen de manera positiva en la medida que mejoran la autogestión en la vida cotidiana de las personas y comunidades locales, hasta, inclusive, lograr una mayor supervivencia cuando estas relaciones sociales son más fuertes (6). En contraste, se encuentran experiencias cotidianas en las que algunas redes pueden influir de manera negativa, instaurar comportamientos de riesgo y constituirse en una fuente de malestar, estrés y enfermedad.

Las redes comunitarias y de soporte social que se encontraron en el barrio Los Patriotas corresponden, en su mayoría, a la familia, siendo más significativas cuando algunos de sus miembros tiene una enfermedad crónica o una discapacidad; en cuanto a los amigos y vecinos, aunque son escasos, son fuertes; las relaciones con los servicios de salud son, en su mayoría, negativas, por las dificultades en el acceso y la calidad de la atención; con los grupo de pares y las organizaciones comunitarias, son escasas y solo valoradas cuando se necesitan o cuando la circunstancia los obliga; con las instituciones, destaca la educativa, que es muy significativa para los padres de familia, que asisten a las reuniones y se mantienen en contacto continuo. Desde el punto de vista de redes comunitarias, las conexiones y articulaciones entre las del barrio Los Patriotas son débiles, lo que hace relevante propuestas o proyectos comunitarios como el realizado por los residentes de Medicina Familiar de la UPTC que realmente garanticen espacios de construcción colectiva y fortalecimiento del tejido social, donde todos juntos, equipo de salud, familia, comunidad e instituciones estén implicados.

Las redes sociales comunitarias y de soporte social son relevantes en la medida que mejoran la calidad de vida y la salud de las personas y las comunidades, y para esto deben ayudar en la práctica diaria a cumplir con alguno de los

apoyos: emocional (motivación, cuidado, simpatía y comprensión recibidos); de recursos (dinero, alimentos, ayuda de transporte, apoyo laboral, necesidades económicas y afines); de evaluación (toma de decisiones en términos de continuación y finalización del tratamiento, asesoramiento, conocimiento y referencias); espiritual (construyendo confianza y valor en la vida), y apoyo instrumental (ayuda en actividades diarias, como acompañarlos al hospital, compartir tareas domésticas y cuidado de niños).

Por todo lo anterior, es importante destacar la importancia de partir por el conocimiento de la comunidad y sus interacciones, en una especie de inventario de redes de las personas, familias o comunidad, que sirva como base para futuros estudios e interpretaciones más profunda de las relaciones o conexiones entre ellas, continuar investigando su papel, analizando sus trayectorias, metodologías y resultados, en especial el impacto en el comportamiento y el estado de salud de los individuos, al actuar como medio para generar capital social. Teniendo en cuenta que las redes comunitarias y de soporte social condicionan los estilos de vida de la comunidad, se destaca la necesidad de proyectos comunitarios que fortalezcan el tejido social de esta, tratando de compensar las inequidades en salud.

**Conflicto de intereses** Los autores no tienen posibles conflictos de interés.

**Financiación** Los autores han declarado no tener financiación y no recibir ningún apoyo económico. Se recibió apoyo logístico de la dirección del Proyecto comunitario: Promoción y mantenimiento de la salud del individuo, familia y comunidad del barrio Los patriotas del municipio de Tunja: 2019-2020\*.

**Responsabilidades éticas.** Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos instaurados sobre la publicación de datos de las personas.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de las personas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de salud. Dirección de Promoción y Prevención. Plan de Intervenciones Colectivas. In Minsalud.. Orientaciones para la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Bogotá.; 2015.

2. Cockerham C, Hamby , Oates. The Social Determinants of Chronic Disease. Am J Prev Med. 2017 Jan; 52(1S1).

3. Triana Ramírez AN. Proyecto Comunitario: Promoción y mantenimiento de la salud individuo, familia y comunidad del barrio los patriotas del municipio de Tunja: 2019 -2020. Proyecto Comunitario. Tunja: Universidad Pedagógica Y Tecnológica De Colombia, Boyacá; 2019.

4. Segura del pozo J. Salud pública y otras dudas. El Barrio como lugar. [Online].; 2018 [cited 2020 Junio 18. Available from: HYPERLINK "https://saludpublicayotrasdudas.

5. Aranda B , Pando M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. Revista IIPSI. UNMSM. 2013 Mayo; 16(1).

6. Gállego-Diéguez J, Lineros-González C, Nuin-González B, Sastre-Paz M. En-red-ando: dialogando sobre salud comunitaria y redes. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018 Octubre; 32(S1): p. 63–65.

7. Espinal I, Gimeno A, González F. El Enfoque Sistémico en los Estudios Sobre la Familia. Revista Internacional de Sistemas. 2006 Junio; 1(14).

8. Dabas , Perrone. Redes en salud: Fundamentación acerca de nuestra época y las redes sociales. FUNCER. [Online].; 1999 [cited 2020 Junio 20. Available from: HYPERLINK <https://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Redes%20en%20salud.pdf>

9. Louro Bernal I. La Familia en la determinación de la Salud. Rev Cubana Salud Pública. 2003 Enero; 29(1).

10. Litwin , Stoeckel J. Tipos de redes de confianza y bienestar entre los europeos mayores. The Gerontologist. 2014 octubre; 54(5): p. 762–772.

11. Escuredo Rodríguez , Limón Ramírez. Enfoque Personal y Familiar en la Atención Primaria de Salud. In A. M. Zurro & GJS. Atención Familiar y Salud Comunitaria. Barcelona; 2011. p. 19-32.

12. Corin M. Redes y puertas en Salud Mental Comunitaria en un Centro de Salud y Acción Comunitaria del sur profundo de la CABA. VERTEX. Rev. Arg. e Psiquiat. 2013 enero; XXIV(107): p. 47-54.

13. Carreras A. Recursos, Funcionalidad y Disfuncionalidad Familiar. Apuntes: Recursos, funcionalidad y disfuncionalidad familiar. [Online].; 2014 [cited 2020 Julio 2. Available from: HYPERLINK [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56240085/Recursos-funcion.-y-disfunc.-fam.-A.-Carreras.-2014.pdf?1522887960=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DRecursos\\_Funcionalidad\\_y\\_Disfuncionalida.pdf&Expires=1599283728&Signature=IbDhZhi~Ci~IrZ0Q](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56240085/Recursos-funcion.-y-disfunc.-fam.-A.-Carreras.-2014.pdf?1522887960=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DRecursos_Funcionalidad_y_Disfuncionalida.pdf&Expires=1599283728&Signature=IbDhZhi~Ci~IrZ0Q).

14. Ministerio de salud de Chile. Manual de salud familiar con enfoque intercultural y complementario para la red de atención Primaria de salud de Quellón. In Chile Mds. Manual de salud familiar. Quellón; 2015.

15. Mújica J. Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. Rev Panam Salud Publica. 2015; 38(6): p. 433-41.

16. Nagarajan , Das. Exploratory, cross-sectional social network study to assess the influence of social networks on the care-seeking behaviour, treatment adherence and outcomes of patients with tuberculosis in Chennai, India: a study protocol. BMJ Open. 2019; 9.

17. Foz Gil G, Gofin J, Montaner Gomis i. Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). In Zurro M. Atención Primaria. Barcelona: Barcelona; 2008.

18.Koetsenruijter J, van Lieshout , Vassilev , et al. Social support systems as determinants of self-management and quality of life of people with diabetes across Europe: study protocol for an observational study. *Health Qual Life Outcomes*. 2014 Mar; 12(29).

19.Gilbert KL, Crouse Quinn , Ford F, Thomas B. *The Urban Context: A Place to Eliminate Health Disparities and Build Organizational Capacity*. J. Taylor & Francis Group, LLC. *Prev Interv Community*. 2011 January; 39(1).

20.Kemper-Koebrugge , Koetsenruijter , Rogers , Laurant , Wensing. Local networks of community and healthcare organisations: a mixed methods study. *BMC Res Notes*. 2016 July; 9(331).

# CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL ENTORNO QUIRÚRGICO: ANÁLISIS DE UNA SITUACIÓN.

**Geraldine Almanza Rodríguez**

Enfermera con estudios de maestría en enfermería con enfoque en gestión sanitaria, Docente Escuela de enfermería Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

## **Resumen**

**Objetivo:** Analizar los principales conceptos del metaparadigma de enfermería a la luz de la teoría de la enfermería como cuidado (Boykin y Schoenhofer), así como los patrones del conocimiento de enfermería a partir de una situación en un entorno quirúrgico.

**Método:** Análisis de caso de tipo cualitativo de una situación de cuidado generada de la experiencia personal, a partir de los conceptos del metaparadigma de enfermería, las visiones del mundo de la realidad y los patrones del conocimiento de enfermería establecidos por Carper (1978).

**Resultados:** El cuidado de enfermería se sustenta al reconocer a la otra persona como participe de su cuidado, y la relevancia del ser y quehacer de enfermería se fundamenta en el reconocimiento que realiza la enfermera (o) de sí misma (o) como ser humano y como profesional que crece a partir de esta experiencia de cuidado. Lo anterior, se enmarca en la teoría de la enfermería como cuidado sustentada por Boykyn y Schoenhofer, donde la enfermera y la persona sujeto de cuidado crecen en el cuidado.

## **Introducción**

El cuidado de los diferentes escenarios de la vida y el buen morir, aunado al desarrollo de un propio cuerpo de conocimientos, constituyen a la enfermería como una disciplina profesional que desde su quehacer práctico, teórico, investigativo, social y académico se ha fortalecido a pasos agigantados generando vanguardia en las formas de ver, pensar, sentir y vivir el cuidado. En relación a las vivencias, el sujeto de cuidado es el eje central de la esencia de la profesión, convirtiéndose en participe activo del mismo y de igual forma, dejando en la enfermera (o) una enseñanza, que contribuye en su desarrollo personal, estético y profesional (1) (2).

Comprender los fenómenos que suscitan ser analizados desde una mirada epistemológica, requiere un análisis del contexto

desde el quehacer, generado desde el ser y el saber, que permita a los partícipes del cuidado verse como iguales y crecer en el cuidado, lo que se encuentra fundamentado desde la mirada de Boykyn y Schoenhofer (3), quienes enmarcan una teoría donde las situaciones que viven los profesionales en enfermería son vistas de manera individual permitiendo identificar, por medio de los patrones de conocimiento y las visiones del mundo de la realidad, las características de cada una, que conducen a sustentar los actos de cuidado en sí mismos, como objeto imprescindible de la profesión.

Dentro de los preceptos más relevantes de la teoría de la enfermería como cuidado, se destaca la definición del ser humano como cuidado, a partir del cual, se generan todos los procesos internos que desarrolla para sí, cuyo resultado final es la interacción del cuidado con otros que genera nutrición

y crecimiento de este. Para que las relaciones se puedan desarrollar, el respeto como premisa en esta teoría es el pilar fundamental como punto de origen para todas las interacciones en el cuidado (3) (4).

Cuando se cumplen las dos premisas fundamentales, se da lugar a la danza de los cuidados, donde la enfermera, la persona, y el cuidado interactúan activamente, danzan enalteciendo la participación de cada uno a su propio ritmo y dinámica, que nutre la danza a partir de las experiencias y conocimientos particulares de cada uno en la vivencia del cuidado, que constituye como resultado final el crecimiento de cada uno de los que participan (3) (4).

Por otro lado, se hace necesario mencionar la relevancia de los patrones del conocimiento de enfermería propuestos por Barbara Carper (1978), que constituyen una manera de interpretar formas de vivir, pensar y direccionar las acciones de cuidado fortalecidos por una serie de fenómenos que tienen un sustento epistemológico y práctico (1) (2).

Los patrones del conocimiento expuestos por Carper (1986), analizados por Escobar y Sanhueza (1), son cuatro: empírico, estético, de conocimiento personal y, por último, pero no menos importante el patrón ético. El patrón empírico, se refiere a los conocimientos que fundamentan el quehacer de la profesión, permite una perspectiva producto de las bases teóricas y que a partir de la experiencia sustentan epistemológicamente el cuidado. En el patrón estético, descrito por Sanhueza (1) “el papel de la enfermera es actuar como un ser humano sensible y proactivo porque en su actuar se reflejará el arte presente en todos los aspectos de la práctica de enfermería”, esto significa, que el cuidador profesional, por medio de la empatía, interpreta la situación de cuidado que vive en particular, y la expresa a partir de su conocimiento científico, por medio de múltiples estrategias como pintura, cantos, poesía, que reflejan la forma en que el cuidado mismo se constituye como “arte”.

El patrón de conocimiento personal, analizado por Durán en 2005 (5), conduce a la enfermera (o) a conocerse y

reconocerse como profesional, y cómo este, le permite participar activamente del cuidado y brindarlo de forma particular en el contexto fisiológico de cada ser humano. De igual forma, el conocimiento personal, permite a la enfermera (o) identificarse como partícipe activo del proceso de cuidado, priorizando las acciones fundamentadas en conceptos que se aplican a situaciones prácticas particulares.

El patrón ético, se refiere a los preceptos éticos y morales que fundamentan el ser y quehacer de la enfermería como profesión (6) y de la enfermera como ser humano que ejerce el cuidado de manera profesional, esto se fundamenta en Colombia a través del código de ética de enfermería, determinando los principios y el ámbito del ejercicio de la profesión (7). Lo anterior, enmarca a la enfermera a brindar cuidados con fundamentos teóricos basados en las normas que velan por la integridad y dignidad humana.

Posteriormente, se introdujo el patrón sociopolítico, expuesto por White en 1995 (8) y analizado por Osorio quien resalta que “puede tener como formas para el desarrollo de la profesión y la disciplina específicamente el diseño y aprobación de leyes en enfermería... así como la proposición de planes, programas y proyectos...” (9), este análisis, nos conduce a fortalecer el liderazgo nato que ejercen las y los enfermeras (os) desde los diferentes ámbitos de acción, tales como: mejoramiento de la accesibilidad de salud en las comunidades, desde la dirección del cuidado en los servicios intrahospitalarios y el liderazgo en los equipos de trabajo en la toma de decisiones, para condensarlo en acciones de cuidado que le conduzcan a un fin previamente establecido.

De igual forma, cabe resaltar la relevancia del patrón emancipatorio, que fue propuesto por Chinn y Kramer, analizado por Briñez en un contexto particular el cual nos conduce a identificar la importancia de este patrón traducida en el reconocimiento que elabora la enfermera (o) de las desigualdades a su alrededor, y la forma en que estas afectan el contexto en que se desenvuelve (10). Lo anterior, permite que el cuidado de enfermería sea integrado en los contextos particulares, reconociendo las desigualdades, de esta forma

puede identificar los factores protectores y reconocerlos para contribuir a su fortalecimiento (11).

Contextualizar los patrones de conocimiento de enfermería requiere enmarcarlos en una visión filosófica, y para esto, se menciona el aporte de Fawcett y Newman, quienes son analizadas por Bueno (12), constituyendo las visiones del mundo de la realidad, como la lente a través de la cual, la enfermera le da valor e interpreta lo que sucede a su alrededor en relación al cuidado, esta mirada permite al profesional de enfermería interpretar y vivir el cuidado de acuerdo a sus preceptos priorizando los cuidados desde esta mirada filosófica. Se destacan tres visiones: la particular determinista que se sintetiza en todo lo que se pueda medir y observar siendo netamente cuantitativa, la visión interactiva integrativa que se inclina más hacia la mirada holística del ser humano reconociendo la influencia de variables internas y externas, comprendiendo que es más que la suma de sus partes, que es indivisible y de esa forma requiere ser visto y tratado, deja de ser paciente para convertirse en partícipe activo de su cuidado; finalmente, se encuentra la visión unitaria transformativa, que tiene una naturaleza cualitativa, fenomenológica, reconociendo que cada ser es único y particular, y cada uno responde de manera individual a diferentes estímulos (13).

### **Desarrollo (Estudio de caso)**

A través del método cualitativo del estudio de caso, se presenta a continuación el análisis de una situación de enfermería a partir de la experiencia personal en el área quirúrgica, teniendo como base las visiones del mundo de la realidad propuestos por Fawcett, los conceptos principales del metaparadigma de enfermería a la luz de la teoría de la enfermería como cuidado, y los patrones del conocimiento descritos anteriormente.

### **Situación de enfermería**

Un día como cualquier otro, durante el turno de la mañana me encontraba recibiendo los pacientes que ingresarían a cirugía programada, en una camilla, *Jennifer\**, una joven de 19 años ingresó por cirugía general para colecistectomía laparoscópica; al ver su mirada de angustia y temor y su llanto que reflejaba mucha preocupación, quise acercarme a ella para brindarle algo de tranquilidad; me presenté y le pregunté después de hacer el ingreso si era la primera vez que la operaban, me miró a los ojos con mucho miedo y asintió, le expliqué cómo sería su proceso en salas de cirugía: el ingreso al quirófano, la anestesia, y el posoperatorio inmediato; le expliqué también que no podría estar presente durante la cirugía pero que la estaría esperando en recuperación, se sintió un poco más tranquila aunque su temor seguía presente. Al salir a recuperación le dije que ya había terminado la cirugía, ella expresó mucho dolor y deseo de ver a sus padres, debido al protocolo de la institución donde laboro es permitido el ingreso de solo un familiar, así que gestioné primero el ingreso de su mamá y luego de su padre. Mostró bastante mejoría al cabo de una hora, y fue enviada a su habitación.

Cuatro días después fue llevada al quirófano para una nueva intervención, pues hubo complicación de la cirugía realizada lo que le produjo peritonitis; la desesperación, el llanto inconsolable y el inminente temor sumados al incesante dolor se reflejaban en la mirada de *Jennifer*, quien a pesar del dolor y su gran temor me reconoció y saludó por mi nombre, entre la premura de la urgencia pude explicarle que esta vez sí la acompañaría en la cirugía, durante el trayecto al quirófano y la administración de la anestesia su mano y la mía estuvieron unidas fuertemente, traté de brindarle tranquilidad diciéndole que estábamos ahí para cuidarla, aunque en ese momento yo sentía mucho temor pues era consciente que cualquier cosa podría suceder. Durante el procedimiento quirúrgico, ella se inestabilizó y requirió cuidado intensivo para su recuperación, en ese momento no había disponibilidad de camas, así que la pasamos a recuperación, el cirujano y el anestesiólogo hablaron con los padres explicándoles lo

adverso de la situación y el alto riesgo de muerte que tenía en su estado actual.

Mientras tanto, me encontraba en recuperación, ajusté los goteos, verifiqué los signos vitales y le puse una manta térmica, pues estaba muy fría. A pesar de encontrarse intubada, con soporte inotrópico y sedación, le hablé al oído pues sentí que me escuchaba, le dije que ya había salido de cirugía, que el tubo en su garganta era para ayudarle a respirar, que estaba en recuperación y en cuanto hubiese disponibilidad, la llevaríamos a cuidado intensivo, donde estaría más cómoda; le expliqué que dejaría ingresar a sus padres para que la saludaran, en ese momento ella empezó a moverse, le dije que le administraría analgésicos para disminuir el dolor, y posteriormente saldría a llamar a sus padres. A pesar del protocolo, sentí la necesidad de dejar entrar a sus dos padres, haciendo énfasis en que ella los escuchaba y les insistí en que le hablaran.

Después de un rato y debido a la presencia de otros pacientes tuve que decirles a sus padres que salieran; durante la entrega de turno expliqué la situación a mi colega siendo muy cuidadosa, pues sabía que ella me estaba escuchando. Antes de irme, me acerqué y le dije al oído que debía ser fuerte, que más tarde la subirían a cuidado intensivo, tomé su mano y para mi sorpresa nuevamente tomó la mía con fuerza, me despedí y al pasar por la capilla del hospital hice una oración por su estado de salud. Al día siguiente le pregunté a mi colega por *Jennifer*, me explicó que dos horas después su estado de salud se deterioró notablemente, fue trasladada a cuidado intensivo y después de alrededor de cuatro horas falleció, me sentí acongojada, pregunté por sus padres, ella me dijo que habían vuelto a cirugía y le habían dicho que después que ella subió a cuidado intensivo no la pudieron ver más y que agradecían por haberles permitido verla antes de trasladarla. Me sentí triste, sentí el dolor de la pérdida, pero entendí la importancia de la compañía de las personas que nos aman en situaciones adversas.

## Discusión

Teniendo en cuenta la situación presentada, la visión del mundo de la realidad que se identifica en el cuidado de enfermería es la interactiva-integrativa, donde se reconoce a “las personas como seres cambiantes que enfrentan diariamente situaciones que afectan o mejoran los procesos de salud” (12) (14). Lo anterior se representa en la situación en mención, cuando la enfermera identifica en su paciente, no sólo necesidades que se pueden medir, sino que lee sus actitudes, comprende la importancia del lenguaje no verbal, y aunque no logra tener el sentimiento que le aqueja en esos momentos, es empática al acompañarla activamente, al mostrarle importancia como ser humano y no reduciéndola a un diagnóstico o a un órgano que será extirpado. De igual forma, comprende la situación al entender que una presencia familiar como la de sus padres, mejorará su estadía en ese servicio transitorio como es la unidad de cuidados posanestésicos, lo que se traduce en disminución de la ansiedad, mejora del patrón respiratorio y, en consecuencia, presentará mejoría del dolor y de sus constantes vitales.

La enfermera reconoce al sujeto de cuidado como un ser holístico, integral e indivisible, lo hace en cuanto comprende su miedo; a pesar de encontrarse en una situación que limita su comunicación con el medio que le rodea, la enfermera procura comunicarse con ella, y brindarle tranquilidad explicándole lo imperativo de cada proceso por el que atraviesa para mejorar su estado de salud.

En la situación que se presenta, se logran identificar los principales conceptos del metaparadigma de enfermería, descritos a la luz de la teoría: enfermería como cuidado propuesta por Boykin y Schoenhofer (4) (15), siendo el objeto principal de la teoría que quienes participan del cuidado (enfermera y sujeto de cuidado) crezcan a partir de la experiencia y vivan el cuidado.

- **Persona:** Desde la perspectiva de la enfermería como cuidado, se reconoce a las personas como el cuidado en sí mismas, siendo el cuidado una característica inherente



al ser humano que se va desarrollando y creciendo; este aspecto, conduce a los seres humanos a descubrir al otro y a sí mismos desde la representación de ser seres de cuidado (4) (15). En la situación de enfermería que se presenta, se evidencia que la enfermera reconoce a su paciente como un ser humano igual, con miedos, inquietudes, ansiedad, que procuran una presencia que le disminuya la incertidumbre de lo desconocido. En el proceso posoperatorio de la segunda intervención quirúrgica a que se sometió ella, el cuidado se enmarca en brindar confort, siendo vigilante de la estabilidad hemodinámica, y al mismo tiempo permitiendo que sus padres le acompañasen en ese momento crítico, donde una palabra de aliento y percibir su presencia, mejorarían notablemente el dolor y la ansiedad de la imposibilidad de la comunicación y del proceso que vivía.

- **Salud:** Este concepto dentro de la teoría, se establece como las formas de ser, de vivir, de expresarse y dar significado a la vida, que se enmarcan en el cuidado a partir de las relaciones con otros y consigo mismos (4) (15). En la situación que se analiza, la salud como proceso de cuidado y crecimiento se encuentra truncado, pues Jennifer está condicionada al entorno nuevo para ella, lo cual le genera temor, incertidumbre, aunado al sentimiento de abandono por la no posibilidad de acompañamiento de parte de sus padres.

- **Entorno:** a partir del análisis de los supuestos de Boykin y Schoenofler se puede establecer que la relación de cada ser humano con el entorno es resultado del proceso interior de conocerse a sí mismo y de crecer a partir de ese conocimiento, este aspecto le permitirá relacionarse con otros y establecer vínculos a partir del cuidado (15). En la narrativa del presente texto, el entorno mediado por el espacio físico del ambiente hospitalario se determina en la relación que han tenido la enfermera y su paciente a partir de sus experiencias personales, donde la empatía es un aspecto relevante que les permite interactuar de manera espontánea, y en pro de disminuir el temor generado por lo desconocido y por las posibles consecuencias para su vida.

- **Enfermería:** Se reconoce como la disciplina profesional que, como ciencia humana, desde la perspectiva del cuidado, conoce y reconoce las distintas formas en que se manifiesta, y lo enfoca desde la base epistemológica que sustenta la profesión (15). En la narrativa que se analiza, se muestra que la enfermera reconoce, a partir de sus conocimientos su necesidad y la de Jennifer, de crecer en el cuidado con presencia auténtica y empática, donde se reconoce como ser humano vulnerable de vivir los procesos por los que su paciente atravesaba, aspecto que le conduce a romper la rigidez de los procesos institucionales, para permitir el contacto humano de Jennifer con sus familiares.

Desde la perspectiva de los patrones de conocimiento, el patrón empírico se refleja en la forma en que la enfermera tiene claro su quehacer, comprende la necesidad de la respuesta inmediata y eficaz, a partir de una serie de conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante su formación y fruto de su experiencia logrando identificar y desarrollar acciones de cuidado inmediatas que procuren una estabilización y mantenimiento fisiológico y emocional de su paciente, aspectos que fueron evidenciados por parte de la enfermera a cargo del sujeto de cuidado.

Se resalta que el profesional de enfermería del entorno quirúrgico debe conocer los riesgos asociados a la anestesia suministrada a los sujetos de cuidado, consecuencia de la administración conjunta de benzodiazepinas, relajantes musculares y opioides para mantenimiento de la sedo-analgésia, que conducen fisiológicamente a depresión respiratoria, relajación muscular, hipotensión y bradicardia (16). Por otro lado, se encuentran los riesgos más relevantes relacionados con el procedimiento quirúrgico y la técnica realizada, que van desde infección del sitio operatorio, como riesgo de perforación visceral y lesión vascular. Los aspectos mencionados, le permitirán a la enfermera (o) generar diagnósticos de enfermería e intervenciones ajustadas a cada situación que vive la persona a quien está cuidando. A partir de estas bases, la enfermera de la situación en mención se

prepara realizando las actividades que le permitan mantener en el sujeto de cuidado la estabilidad a nivel cardiovascular.

En el patrón estético, que evidencia el arte en enfermería, se representa en esta situación en la forma en que la enfermera percibe la necesidad de acompañamiento de Jennifer, y le acompaña con presencia auténtica, haciéndole saber que se encuentra a su lado, tomando su mano, y en el posoperatorio mostrando que se encuentra allí explicándole del proceso para disminuir su ansiedad por la dificultad que presenta en la comunicación al encontrarse con vía aérea asegurada. La enfermera reconoce el amor por la vida y el valor de la familia, así mismo es consciente de la enseñanza en el ser y el quehacer que ha dejado para su vida y la profesión.

El patrón ético, que guía a la enfermera a velar por la integridad de los sujetos de cuidado, se refleja en la situación en mención cuando la enfermera reconoce la necesidad que tiene *Jennifer* de ser acompañada por sus padres, permitiéndoles el ingreso en las dos ocasiones; asimismo, la enfermera vela por el confort de su paciente disminuyendo el dolor, estando alerta para la identificación de signos de alarma de manera precoz para una respuesta efectiva. El patrón de conocimiento personal conduce a la enfermera reconocerse en el contexto, como partícipe activa del cuidado de *Jennifer*, donde siente empatía dentro del proceso de cuidado, y reconoce lo valioso de su conocimiento aplicándolo de manera integral, es consciente que su labor es indispensable dentro del proceso por el que atraviesa su paciente.

El patrón sociopolítico, se hace presente al identificar el entorno en que la enfermera se desenvuelve, es consciente de velar por el cumplimiento de las normas, pero también reconoce que la situación en particular amerita el acompañamiento de los dos padres de *Jennifer*, asume la responsabilidad de su determinación velando por disminuir la ansiedad que le aqueja a *Jennifer* y a sus padres. Para tal fin, la enfermera cumple con las normas establecidas a nivel institucional que están acordes a los lineamientos nacionales y los estándares de la establecidos a nivel global.

A la luz del patrón emancipatorio, la enfermera identifica la no disponibilidad de unidad de cuidado intensivo en el momento requerido por *Jennifer*, aunque el procedimiento de urgencia impedía la reserva de la unidad con más tiempo, y a pesar de llevar a cabo sus acciones de cuidado de manera adecuada, se reconoce el entrenamiento y disponibilidad de equipos biomédicos y equipo humano altamente capacitado para la inestabilidad y el riesgo inminente de las personas que lo requieren; este aspecto limitaba a la enfermera en su quehacer, pues el entorno quirúrgico es transitorio, la estabilización de las personas se da en aras de mejorar las condiciones hemodinámicas y ventilatorias para su adecuado traslado a donde corresponda. De igual forma, se evidencia la necesidad de humanización de los procesos, debido a que la restricción de los familiares en el acompañamiento puede traducirse en aumento de la ansiedad, y del dolor (17) (18). Lo anterior, se confirma con lo expuesto por Torres y Martínez quienes afirman que el patrón emancipatorio “implica una colaboración y mutuo entendimiento entre la enfermera y el usuario sobre el proceso de cuidado de la salud..., las enfermeras están involucradas en interacciones y coordinación de acciones interpersonales ya que este patrón busca reconocer la realidad de todos los participantes” (19).

### **Consideraciones finales y conclusiones:**

Las vivencias de la enfermería a partir del eje central que es el cuidado le permiten reconocer a la otra persona, y al cuidado mismo, como partícipes activos que se desenvuelven a través de la danza de los cuidados, en una relación empática que tiene como base el respeto, y que deja una enseñanza a cada uno de los que participan en esta interacción. Los conceptos del metaparadigma de enfermería se sustentan a partir del cuidado, como base fundamental para el desarrollo de los seres humanos consigo mismos y con otros, así como la enfermería, a partir de las bases epistemológicas que la sustentan como profesión, permite direccionar los objetivos del cuidado mismo a partir de la relación empática, de respeto y auténtica que conllevan a la danza para el crecimiento.

Los patrones de conocimiento son esenciales para fortalecer epistemológicamente la enfermería, por lo cual, la relación de cuidado surge a partir del reconocimiento que realiza el profesional de sí mismo como ser humano que integra los conocimientos del ser y quehacer, y del entorno en que se desarrolla y en la interacción con el sujeto de cuidado.

Para finalizar, cabe recordar que el ser y quehacer de enfermería se fundamentan en dinámicas que cada enfermera (o) vive con los sujetos de cuidado, y se enmarcan en el cuerpo de conocimientos que es cada vez más robusto, cuyo objetivo es dar respuesta a los fenómenos en particular entorno al cuidado, lo cual se manifiesta a la luz de los patrones del conocimiento.

#### Referencias Bibliográficas

1. Escobar-Castellanos, B. Sanhueza-Alvarado, O. Patrones del conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: Estudio de revisión. *Enfermería: cuidados Humanizados*. 2018; 7 (1).
2. Rivera, M. Formas de conocer en enfermería: el sustento teórico de la práctica profesional. *Revista horizonte de enfermería*. 14: 2003. P21-32. <http://146.155.94.136/index.php/RHE/article/view/11610/10588>
3. Alarcón AM, Barrera-Ortiz L, Carreño SP, Carrillo GM, Farías RE, González G, et al. Desarrollo de un modelo funcional de cuidados de enfermería en cáncer. *Invest Educ Enferm*. 2014; 32 (2): 206-215. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072014000200003&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200003&lang=es)
4. Boykin, Anne PhD, RN; Schoenhofer, Savina O. PhD, RN; Smith, Nancy MSN, ARNP; Jean, Joseph St. RN; Aleman, Dianne MSN, RN Transforming Practice Using a Caring-based Nursing Model, *Nursing Administration Quarterly*: July-August-September 2003 - Volume 27 - Issue 3 - p 223-230. [https://journals.lww.com/naqjournal/Abstract/2003/07000/Transforming\\_Practice\\_Using\\_a\\_Caring\\_based\\_Nursing.9.aspx](https://journals.lww.com/naqjournal/Abstract/2003/07000/Transforming_Practice_Using_a_Caring_based_Nursing.9.aspx)

Lo anterior, solo es posible mediante la integración de las teorías en el ser y quehacer en los diferentes escenarios prácticos, componentes esenciales que direccionan el ejercicio de la profesión; logrando esta articulación, se reduce la brecha que existe entre la teoría y la práctica y fortalece el ser de la enfermería como disciplina profesional, aspectos que se promueven desde la formación a nivel de pregrado, para incentivar a los egresados y futuros profesionales a generar nuevos escenarios del cuidado.

\*consideraciones éticas dadas por la denominada relación médico-paciente, con el consentimiento de su familia.

5. Duran MM. Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*. 2002; 2; 1. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>
6. Muñoz YMA. Patrón de conocimiento personal identificado en narrativas de profesores de Enfermería. *Rev Cuid*. 2019; 10(2): e688. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.688>
7. República de Colombia. Congreso de la República. Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. 5 de febrero de 1996. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/INEC/IGUB/ley-266-de-1996.pdf>
8. White J. Patterns of knowing: review, critique, and update. *Advances in nursing science*. 1995; 17 (4): p 73-86. [https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/1995/06000/Patterns\\_of\\_knowing\\_Review\\_critique\\_and\\_update.7.aspx](https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/1995/06000/Patterns_of_knowing_Review_critique_and_update.7.aspx)
9. Osorio J. Patrón de conocimiento sociopolítico en enfermería: reflexiones conceptuales. *Revista cuidarte*. 2016; 7 (2): 1352-7. <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n2/v7n2a13.pdf>

10. Briñez K. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en una entrevista en el hogar. *Revista colombiana de enfermería*. 2014; 9 (9): 142-148.
11. Ramírez N. Quintana M. Sanhueza O. Valenzuela S. El paradigma emancipatorio y su influencia sobre el desarrollo del conocimiento en enfermería. *Enfermería global*. 2013; 30: 410-421.
12. Bueno L. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Ciencia y enfermería*. 2011; 17 (1): 37-43-  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000100005&script=sci\\_arttext&tlng=e](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000100005&script=sci_arttext&tlng=e)
13. Mejía-Lopera M. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index de enfermería*. 2006; 15 (54).  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000200010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000200010&script=sci_arttext&tlng=pt)
14. Parrado Y. Caro C. Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería. *Avances en enfermería*. 2008; 26 (2): p 116-125.  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12946/13665>
15. Alligood M. *Modelos y teorías en enfermería*. Octava edición. Elsevier. 2015: p 348-363.
16. Tarazona E. Iradi A. Influencia de la edad y de la posición operatoria sobre las características fisiológicas de la ventilación mecánica en pacientes sometidos a cirugía laparoscópica. *Dialnet*. 2017. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=246131>
17. Enriquez I. López-Cisneros M. Calixto-Olalde M. Empatía en la relación enfermera-paciente: perspectiva de los patrones del conocimiento Barbara Carper. *Revista de enfermería del instituto mexicano del seguro social*. 2019; 27 (4).
18. Petterson S. Bredow T. *Middle range theories. Application to the nursing research*. Lippincott Williams and Wilkins. 2004. P 8.
19. Torres- Hernández E. Martínez-Gurrión L. Patrón de conocimiento emancipatorio y su contribución al desarrollo de la enfermería. *Revista cultura del cuidado*. 2017; 14 (1).

# EFFECTOS DEL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DE SARS-COV-2 EN TRASTORNOS METABÓLICOS (OBESIDAD Y DIABETES MELLITUS TIPO 2) Y CARCINOMA LOBULILLAR DE SENO\*

Jimmy Harvey Bello Torres, Laura Ginet Benítez Medina.

1 Grupo de Investigación Biomédica y de Patología, Escuela de Medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

- Artículo corto con base en el trabajo de iniciación científica bajo la tutoría y dirección de la docente Doctora Bibiana Matilde Bernal Gómez, durante la asignatura de Patología General

## Introducción

Las medidas de aislamiento y confinamiento por la pandemia del SARS-Cov-2 han generado un impacto en el tratamiento, seguimiento y control de enfermedades no transmisibles como la diabetes, el carcinoma lobulillar de seno y la obesidad según la Organización Mundial de la Salud (WHO por sus siglas en inglés). Así mismo, la imposición de medidas estrictas por los entes gubernamentales de muchos países, incluido Colombia para contener y mitigar el brote de la COVID-19 como el cierre de gimnasios, polideportivos, y espacios públicos, motivó a que al inicio de esta pandemia los niveles de actividad física disminuyeran en un 35% lo que es un punto de referencia del análisis para plantear estrategias en la prevención de la mayoría de enfermedades crónicas. (1) (2)

## Metodología

Se realizó búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed utilizando los descriptores: “metabolic disorders and quarantine SARS-CoV-2”; un sondeo con los términos “lobular breast carcinoma” y un sondeo adicional con los términos “metabolic disorders, diabetes mellitus type 2, obesity”. Se aplicaron los filtros: Full Text, Last 5 years, humans y Free Full Text. Esta búsqueda se hizo en español e inglés. Se incluyeron revisiones sistemáticas, metaanálisis,

ensayos clínicos, ensayos controlados aleatorizados, estudios multicéntricos, estudios observacionales y revisiones de tema. Tras la búsqueda inicial se localizó un número significativo de artículos, del cual se excluyeron muchos que no fueron relevantes para el objetivo de esta revisión, por la población de interés, o por el objeto de estudio que respondiese a la pregunta de investigación:

*¿Qué efectos a nivel de la salud pública ha causado el aislamiento preventivo por la pandemia de la COVID-19 en pacientes con obesidad, cáncer o diabetes mellitus de tipo 2?.*

## Resultados y discusión

### Consecuencias metabólicas del aislamiento obligatorio en adultos con obesidad:

La obesidad es el aumento de peso superior a lo considerado saludable de acuerdo con la altura; donde hay una acumulación irregular o desmedida de grasa. (3) Esta puede ser determinada a través del uso de escalas como el índice de masa corporal (IMC), la cual es categorizada con un IMC igual o superior a 30. (4) De acuerdo con las cifras y datos de la OMS, en 2016 se registró un total de 650 millones de personas obesas en el mundo. (4) Se estima que, en Colombia, 1 de cada 5 adultos presenta obesidad, lo que equivale al 18,7% de su población. (5)

De acuerdo con un estudio, la pandemia por el nuevo coronavirus afectó la rutina diaria de las personas, en especial sus hábitos alimenticios. Los cuales se vieron alterados por el impacto psicológico del encierro por prevención del contagio masivo. También se ve un impacto en la desorganización y falta de planeación del día, que en la gran mayoría de los casos (60% aprox) motiva a conductas como comer en exceso y aumentar el tiempo frente a las pantallas. Traducido a una disminución de la actividad física, movimiento, o desplazamiento propiciando el desarrollo de sedentarismo y aumento de peso. (6)

En un estudio observacional realizado en Italia con el fin de evaluar los cambios en el peso y los hábitos de alimentación en una muestra de 150 individuos con obesidad durante la cuarentena se encontró que en promedio los estudiados aumentaron entre 0,58 - 1,51 kg. Adicionalmente, se evidenciaron prácticas no saludables como reducción en las horas de ejercicio o ninguna actividad física. (2)

#### **Consecuencias metabólicas del aislamiento obligatorio en adultos con Diabetes Mellitus Insulino Resistente (DM2):**

La diabetes tipo 2, es un trastorno crónico caracterizado por aumento en la resistencia a la insulina en los diferentes tejidos del cuerpo, y un aumento en las concentraciones plasmáticas de glucosa, siendo una de las patologías que constituye uno de los factores de riesgo más representativos para sufrir de enfermedades cardiovasculares y enfermedad renal crónica (7). Aunque su fisiopatología no se encuentra totalmente esclarecida, en la actualidad se cree que debido a un balance energético positivo producto del exceso en la ingesta calórica diaria y ausencia de actividad física, se crea un ambiente propicio para la acumulación de tejido adiposo en tejidos como omento, músculo esquelético, hígado, páncreas y vasos sanguíneos, lo que interfiere en la señalización intracelular de la insulina, con la consiguiente resistencia de los tejidos periféricos a su acción. Sumado a esto, a nivel pancreático la acumulación de tejido adiposo induce la disminución en la producción de insulina y por interferencia en la contra regulación apocrina intrínseca de la insulina en los islotes alfa del páncreas lleva a hiperproducción de glucagón que contribuye a aumentar la glucemia. (8). Las guías de práctica clínica proponen la actividad física y la disminución en la ingesta calórica diaria como métodos de prevención y manejo inicial para la

diabetes mellitus tipo 2 (9), pues se ha documentado que con la práctica rutinaria de ejercicio físico ocurren fenómenos como sensibilización a la insulina y mejoría de los perfiles lipídico y glucémico, sumado a un descenso en los valores de tensión arterial, el incremento de la masa corporal magra y el aumento en la densidad ósea (10).

Por lo tanto, debido a esta eventualidad (pandemia), han surgido interrogantes buscando respuestas al impacto del confinamiento y para ello varios estudios han demostrado que adicionalmente a la sobrealimentación asociada a sedentarismo, por el cierre de espacios de entrenamiento físico, también se representa la disminución al acceso a alimentos frescos no procesados (11). Lo que ha llevado a un aumento paulatino del índice de masa corporal en las poblaciones estudiadas, con la consecuente disminución en la sensibilidad a la insulina y peor control metabólico de los pacientes (12).

#### **El paciente con carcinoma lobulillar durante la pandemia por SARS-Cov-2**

El carcinoma lobulillar de seno se caracteriza por ser mediado por hormonas, no tener bordes delimitados, y poseer un patrón metastásico que afecta el peritoneo y el sistema gástrico. (13) Se cree que el desarrollo de carcinoma lobular invasivo está dado por la pérdida de la cadherina E, codificada por el gen supresor tumoral CDH1 (16q22). Esta cadherina E tiene la función de mantener la integridad del tejido y prevenir la invasión a tejidos. (14) Este carcinoma se caracteriza por la invasión del estroma, por una célula o por filamentos de células que alteran la estructura normal del tejido.

Los pacientes sometidos a tratamientos invasivos por este carcinoma presentan efectos secundarios como la fatiga, náuseas, vómito, linfedema, dolor, pérdida de la memoria y concentración, adquisición de infecciones, e inmunosupresión. Este último aumenta la probabilidad de un desenlace fatal tras la infección por este nuevo coronavirus; por ello, las autoridades sanitarias y epidemiológicas se ha recomendado reducir el riesgo de exposición paciente y personal de salud, a través del refuerzo de las medidas de bioseguridad o la restricción de citas médicas para evitar el contagio. (15) (16) A pesar de que estas medidas han surgido efecto, el hecho de aplazar los tratamientos para fortalecer la atención de los infectados por COVID-19, podría a largo

plazo afectar el pronóstico de los pacientes con cáncer. Por lo anterior, la literatura recomienda la implementación de una clasificación de “prioridad” en los individuos con este carcinoma en función de su gravedad (17):

Categoría de prioridad A: Pacientes que su condición los pone en peligro de vida inmediato. Clínicamente son inestables, por los que un pequeño retraso cambiaría el pronóstico del enfermo. En este tipo de pacientes no se deben escatimar recursos, a pesar de que los mismos escaseen y deben ser tratados de forma urgente con el fin de preservar la vida o aliviar el estado del paciente. (13) (17)

Categoría de prioridad B: Pacientes cuya afección no pone su vida en peligro inminente, en estos el tratamiento se puede aplazar temporalmente (6-12 semanas), pero no de forma indefinida hasta el final de la pandemia con el propósito de no afectar el pronóstico. Los pacientes a su vez dentro de la categoría de Prioridad B serán subestratificados como B1 (prioridad más alta), B2 (prioridad de nivel medio). (13) (17)

Categoría de prioridad C: Son pacientes en los que el tratamiento y atención médica especializada puede posponerse indefinidamente hasta que termine la pandemia. (13) (17)

### **Conclusión:**

El evento pandémico ha causado cambios en los estilos de vida saludable dentro de los que se incluyen la alimentación y la actividad física. (18) El cambio en la conducta y estilos de vida en pacientes con patologías asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles, disminuirán considerablemente las tasas de mortalidad (19) Por un lado, en otras investigaciones se ha relacionado que el tabaquismo asociado a una baja intensidad de actividad física (sedentarismo) reduce la esperanza de vida y contribuye al desarrollo de enfermedades crónicas a largo plazo; (20) por otro lado, el aislamiento podría aumentar los niveles de estrés promoviendo que al sistema inmunológico se le dificulta generar una respuesta frente una infección de cualquier etiología, aumentando los niveles de cortisol y otros corticoides que aumentan los niveles séricos de glucosa dificultando el control de enfermedades como la DM2. (21) De acuerdo con otros autores, existen evidencias que demuestran la asociación de

malos hábitos como el tabaquismo, la mala alimentación, el sedentarismo, el consumo de alcohol, la exposición excesiva a luz solar, trastornos metabólicos como la obesidad, la exposición a agentes infecciosos y sustancias cancerígenas presentes en el ambiente y su relación con el aumento del desarrollo de una amplia variedad de tumores, lo que se traduce en un riesgo de desarrollo de enfermedades crónicas mayor y el mal manejo de las patologías asociadas (22) En otros artículos se menciona que el riesgo de desarrollar una neoplasia mamaria antes de la menopausia podría relacionarse a pacientes que en su infancia o juventud tenían una estatura superior a la estándar. En cambio, el riesgo de desarrollo de esta patología antes de la menopausia se ve disminuido en aquellas mujeres que en su infancia y juventud tenían un peso superior al acorde a su edad y talla (23).

### **Referencias bibliográficas**

1. La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Paho.org. 2020 [cited 10 September 2020]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>
2. Martinez M, Sanchis-Gomar F, De la Guía-Galipienso F, Pareja-Galeano H. Metabolic Impacts of Confinement during the COVID-19 Pandemic Due to Modified Diet and and Physical Activity Habits. *Nutrients* [Internet]. 2020;12(1549):17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7352228/>
3. Adult Overweight and Obesity | Overweight & Obesity | CDC [Internet]. Cdc.gov. 2020 [cited 10 September 2020]. Available from: <https://www.cdc.gov/obesity/adult/index.html>
4. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Who.int. 2020 [cited 10 September 2020]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
5. Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015 [Internet]. Minsalud.gov.co. 2017 [cited 10 September 2020]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-presenta-Encuesta-Nacional-de-Situaci%C3%B3n-Nutricional-de-Colombia-ENSIN-2015.aspx>

6. Palmer K, Monaco A, Kivipelto M, Onder G, Maggi S, Michel JP, et al. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2020;32(7):1189–94. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01601-4>
7. Martinez M, Sanchis-Gomar F, De la Guía-Galipienso F, Pareja-Galeano H. Metabolic Impacts of Confinement during the COVID-19 Pandemic Due to Modified Diet and Nutrients [Internet]. 2020;12(1549):17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7352228/>
8. Zaccardi F, Webb DR, Yates T, Davies MJ. Pathophysiology of type 1 and type 2 diabetes mellitus: A 90-year perspective. *Postgrad Med J*. 2016;92(1084):63–9.
9. Care D, Suppl SS. 3. Prevention or delay of type 2 diabetes: Standards of medical care in diabetes 2020. *Diabetes Care*. 2020;43(January):S32–6.
10. Codella R, Ialacqua M, Terruzzi I, Luzi L. May the force be with you: why resistance training is essential for subjects with type 2 diabetes mellitus without complications. *Endocrine* [Internet]. 2018;62(1):14–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s12020-018-1603-7>
11. La COVID-19 afecta significativamente a los servicios de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles [Internet]. *Who.int*. 2020 [cited 10 September 2020]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>
12. Zielinska MA, Magdalena G, Ewa M. Dietary and Lifestyle Changes During COVID-19 and the Subsequent Lockdowns among Polish Adults : PLifeCOVID-19 Study. *Nutrients* [Internet]. 2020;12(June):20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7468840/>
13. Vijayaraghavan G, Vedantham S, Santos G, Hultman R. Unifocal invasive lobular carcinoma: tumor size concordancy between pre-surgical ultrasound imaging and post-surgical pathology. *Clin Breast Cancer*. 2019;18(6):1–15.
14. Thomas M, Kelly ED, Abraham J, Kruse M. Invasive lobular breast cancer: A review of pathogenesis, diagnosis, management, and future directions of early stage disease. *Semin Oncol* [Internet]. 2019;46(2):121–32. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2019.03.002>
15. Çitgez B. Management of breast cancer during the COVID-19 pandemic. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul / Med Bull Sisli Hosp*. 2020;54(2):132–5.
16. Curigliano G, Cardoso MJ, Poortmans P, Gentilini O, Pravettoni G, Mazzocco K, et al. Recommendations for triage, prioritization and treatment of breast cancer patients during the COVID-19 pandemic. *Breast* [Internet]. 2020;52:8–16. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.04.006>
17. Dietz JR, Moran MS, Isakoff SJ, Kurtzman SH, Willey SC, Burstein HJ, et al. Recommendations for prioritization, treatment, and triage of breast cancer patients during the COVID-19 pandemic. the COVID-19 pandemic breast cancer consortium. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2020;181(3):487–97. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05644-z>
18. Carmen Pérez-Rodrigo<sup>1</sup>, Marta Gianzo Citores<sup>2</sup>, Gotzone Hervás Bárbara, et al. Cambios en los hábitos alimentarios durante el periodo de confinamiento por la pandemia COVID-19 en España. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2020; 26(2) Original DOI: 10.14642/RENC.2020.26.2.5213
19. Ramírez Villada JF, Chaparro Obando D, León Ariza HH, Salazar Pachóna J. Efecto del ejercicio físico para el control de los factores de riesgo cardiovascular modificables del adulto mayor: revisión sistemática. *Rehabilitacion*. 2017;51(2):240-51.
20. Más Sarabia Maheli, Alberti Vázquez Lizet, Espeso Nápoles Nelia. Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. *Rev Hum Med* [Internet]. 2005 Ago [citado 2020 Sep 28] ; 5( 2 ). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202005000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000200006&lng=es).
21. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Docencia Médica Superior. Sociedad y Salud; texto provisional. Ciudad de La Habana. Editorial Pueblo y Educación 1996.
22. Gonzalez Carlos. ¿Influye la alimentación en el cancer?. *Inv y Cien* [internet]. 2016 Jun [citfo 2020 sep 28] Disponible en: <https://www.investigacionyciencia.es/files/23717.pdf>
23. Chlebowski RT, Blackburn GL, Thompson CA, et al. Dietary fat reduction and breast cancer outcome: interim efficacy results for the women’s intervention nutrition study. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98 (24):1767-1776



# FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE FAMILIAS EN EL BARRIO PATRIOTAS DE TUNJA.

**Fredy Enrique Peñuela Rodríguez<sup>1</sup> y Diego Fernando Córdoba Torres<sup>2</sup>**

Afiliaciones: <sup>1</sup>Médico Residente de III año de Medicina Familiar, Especialista en Auditoría en Salud, Especialista en Gerencia en Salud y Seguridad en el Trabajo, Médico Cirujano Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

<sup>2</sup>Médico Residente de III año de Medicina Familiar, Médico Cirujano Universidad de Boyacá.

## RESUMEN

El presente estudio fue el primer acercamiento por parte de la Medicina Familiar a nivel comunitario en la ciudad de Tunja explorando escenarios no clásicos para brindar atención en salud. Es un estudio descriptivo donde los datos fueron recolectados a través de una ficha familiar diseñada para toma de información en el Proyecto Promoción y mantenimiento de la salud del individuo, familia y comunidad del barrio Los Patriotas del municipio de Tunja: 2019-2020 por el grupo de médicos familiares en formación de la primera cohorte de la Especialización en Medicina Familiar de la U.P.T.C.. Se caracterizaron y analizaron 45 familias, con 151 integrantes, encontrando que los hogares son multidimensionales, con población de niños menores de 15 años (25,4 %), adolescentes y adultos, con edades entre 15 y 59 años, abarcan el 71,2 % de la población, y el 3,4 % son adultos mayores de 65 años. Indicando que el 28 % de los individuos de las familias son probablemente dependientes de algún otro miembro. Se pudo determinar que gran parte de la población se encuentra en etapa productiva y corresponde a familias nucleares pero se evidenció que la jefatura de hogar en las familias monoparentales corresponde al 100% de los casos, presencia de dependencia económica, analfabetismo y ocupación predominante en trabajos informales o bajamente remunerados. Encontramos que casi la totalidad de la población se encuentra afiliada al sistema de salud, sin embargo, se pudieron detectar barreras en salud relacionadas con situaciones conexas a la utilización de los servicios. Aunque no se estimaron objetivamente algunas variables como la dinámica familiar y manejo de normas y límites en el hogar, se observaron algunas situaciones como la permanencia en casa de menores al cuidado de otros menores y/o adultos mayores. Se observó la falta de espacios recreativos y zonas verdes cercanas, así como la presencia de puntos de expendio de sustancias psicoactivas en el vecindario, las cuales merecen un estudio más profundo a futuro con el fin de proponer soluciones contextualizadas a las realidades de este sector en la ciudad de Tunja. En el contexto mostrado durante el desarrollo de la investigación se encontraron múltiples oportunidades de intervención a nivel individual, familiar y comunitario por parte del Médico Familiar, las cuales permitieron desarrollar acciones en salud contextualizadas al ambiente vulnerable en la zona urbana y que logró un acercamiento de la Atención Primaria en Salud a los diferentes escenarios de desenvolvimiento de la población tal y como lo propone la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

Palabras clave: familia, entorno social, entorno físico, multimorbilidad, posición socioeconómica, estatus socioeconómico, clase social, sociodemográficas.

## Introducción

Los datos sociodemográficos hacen referencia a las particularidades de las poblaciones humanas en relación con su estructura, evolución y características generales, como edad, sexo, escolaridad, estado civil, nivel económico, fecundidad, estructura familiar, jefatura de hogar, tipo de vivienda, empleo e indicadores de pobreza, y están relacionados directamente con la vulnerabilidad y las condiciones de salud de un individuo, una familia o una población; por lo tanto, demandan su estudio (1). Estos datos son explorados con frecuencia a través de diferentes fuentes de información, como los registros médicos, las encuestas, los censos nacionales y los registros de sistemas de información de salud y de programas sociales para visualizar desigualdades sociales, demográficas y conductuales que repercuten en el estado de salud, sin embargo, en la práctica clínica diaria de los profesionales de la salud, la mayoría de esta información es subestimada o solamente registrada, sin hacer una adecuada evaluación de la misma.

Analizar los factores sociodemográficos, de forma individual o colectiva, es relevante debido a que tienen impacto en los perfiles epidemiológicos de la población y en el uso de los servicios de atención en salud. Las condiciones sociodemográficas deficientes y la privación de recursos económicos, personales y sociales han sido asociados con un mayor riesgo de multimorbilidad, por ejemplo, el bajo nivel socio-económico se ha asociado con comportamientos adversos relacionados con la salud, condiciones de comorbilidad y con la no adherencia a los programas de los servicios de salud como nos lo muestran algunos autores (1), (2), (3), (4).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera los factores demográficos y socioeconómicos como los principales determinantes sociales de la salud (2) estando de esta manera ligados a las condiciones socioeconómicas y políticas de la comunidad, siendo importante tomarlos como punto de partida para la intervención social y comunitaria con el fin de mejorar los entornos de los individuos y con ello mejorar la salud individual y colectiva (4).

El planteamiento de estos determinantes aborda diferentes elementos capaces de manifestar desigualdades en salud, los cuales pueden generar distintos efectos en la comunidad y reafirman la importancia de potenciar la salud partiendo del impacto social en una comunidad (5). Por este motivo se hace necesario conocer y estudiar los factores sociales que intervienen en la salud de las personas y de la comunidad, puesto que este conocimiento garantiza entender algunos elementos fundamentales para la realización de diagnósticos comunitarios y permite construir políticas públicas que, al basarse en estos conceptos, logran generar un impacto positivo en la población (9). Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, el hogar y la familia son considerados entre los factores que pueden incidir de manera importante en la dinámica social y económica y están conceptualizados como pilares fundamentales de la comunidad. La familia, como aquella primera institución encargada de proporcionarles a sus miembros las herramientas necesarias que les permitan interactuar con la sociedad, siendo además participe en la formación de las características de la personalidad, pensamiento y comportamiento del individuo, que serán fundamentales para interactuar posteriormente en la sociedad; por tanto, en su abordaje se deben considerar las concepciones, complejidad y dinámicas que la pueden modificar (10), (11). Así como se considera que el hogar es la base para afrontar los cambios que generan la sociedad y sus componentes y que las familias en condiciones de vulnerabilidad tienen características sociodemográficas que pueden limitar algunos de sus proyectos como grupo primario y su participación en comunidad, hay que considerar también que los factores sociodemográficos pueden afectar las concepciones y particularidades de cada una de las familias, generando limitaciones para acceder a bienes comunes dentro de la sociedad (12). Desde una perspectiva de análisis sociodemográfico, la estructura familiar es considerada por algunos autores como un factor de impacto en los resultados en salud, ya que se ha observado, por ejemplo, que los niños de familias no tradicionales, como las monoparentales y mixtas, tienen mayor prevalencia de obesidad y deficientes resultados de salud, y se destaca la importancia de estudiar la jefatura del hogar, dado que influencia las características de la estructura familiar, el tipo de relaciones en la familia y la exposición a problemas de salud y de comportamiento social (13), (14).

Así mismo, existen otros factores sociodemográficos como las características de la jefatura de familiar en condición de mujer y el nivel de dependencia social y económica, que contribuyen a empeorar la condición de vulnerabilidad en el individuo, su familia y su comunidad, entendiendo el concepto de vulnerabilidad social tal y como se ha construido en la última década, para aquellas condiciones de desventaja generada por limitaciones económicas, políticas y culturales que desencadenan en un rezago social al que se encuentra expuesto un grupo poblacional y que se asocia con la jerarquización capitalista de una comunidad, logrando afectar los peligros internos y externos asociados al grupo familiar, siendo necesario adelantar estudios que contribuyan a combatir el riesgo elevado de estas familias de sufrir empeoramiento de sus condiciones debido a contribuciones negativas causadas por la perturbación en las posibilidades de integración, movilidad social ascendente, desarrollo personal y para adaptarse a las condiciones de su entorno, (15), (16), (17).

En Colombia se describen situaciones relacionadas con ésta vulnerabilidad que asociadas a las barreras para el acceso a los servicios de salud, crean la necesidad de estudiarse e intervenir, considerando que estos factores adicionales agregados pueden empeorar la condición de salud de las personas que residen en áreas desfavorecidas socioeconómicamente y que padecen enfermedades crónicas o padecen multimorbididades, como nos lo muestran algunos autores (18), (19), (20). En cuanto al contexto de la población de estudio y su entorno social, se evidencia que la vulnerabilidad de las familias del barrio Los Patriotas es media-alta, e incluso alta en algunos sectores, con el 40,1 % al 80 % de pobreza multidimensional, según fuentes oficiales. Indicando que entre los factores determinantes evaluados, se tomaron en cuenta la proporción de individuos con comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar crónica y cáncer; la proporción de hogares con individuos mayores de 60 años, de hogares en hacinamiento en cuartos y dormitorios y de hogares con riesgo intergeneracional alto y medio por manzana, y la densidad poblacional por manzana, entre otros (21), (figuras 1 y 2).

La información sobre vulnerabilidad y salud en este barrio está limitada a los indicadores arriba descritos y a los datos del análisis de situación de salud que registran a los habitantes como víctimas de desplazamiento, sin precisar el porcentaje rural o urbano; de donde, el 48,2 % corresponde a población femenina entre los 20 y 24 años, con rol de madres cabeza de familia. Esta situación evidencia la existencia de familias en un contexto con oportunidades laborales disminuidas y condiciones desfavorables para la salud en general (22).



Figura 1. Nivel de Vulnerabilidad Barrio Patriotas - Tunja  
Fuente: DANE Colombia 2020

De igual manera, la evaluación de los factores que incrementan el riesgo de incluirse dentro de la población afectada por este tipo de vulnerabilidad requiere del trabajo de los profesionales de la salud en conjunto con otros sectores de la sociedad, de tal forma que se aborden de forma integral las acciones en salud sobre la población con escaso acceso a servicios médicos, ya que permite establecer su caracterización, tanto para asignar recursos como para llevar a cabo intervenciones específicas que pueden aliviar aquellas situaciones desfavorables en situaciones de potenciales desastres(8),(23),(24),(25).



Figura 2. Pobreza multidimensional Barrio Patriotas- Tunja  
Fuente: DANE Colombia 2020

Teniendo en cuenta este escenario y la oportunidad de contar con los datos recolectados en una investigación-acción participativa realizada mediante el proyecto comunitario de la Especialización de Medicina Familiar de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, el presente estudio pretende caracterizar a las familias de las familias participantes del proyecto en mención, así como describir sus condiciones sociodemográficas con la finalidad de conocer el contexto demográfico, familiar, de salud, de las condiciones de vivienda y de la jefatura de los hogares intervenidos, así como valorar los instrumentos usados para el estudio de estas familias y su utilidad para identificar las condiciones desfavorables en un grupo de hogares de la zona urbana en la ciudad de Tunja.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

La población de estudio correspondió a 45 familias habitantes del barrio Los Patriotas y sus alrededores. El muestreo se realizó por conveniencia considerando el número de familias que participaron voluntariamente después de hacer una invitación puerta a puerta a la comunidad de este sector, para vincularse en el proyecto comunitario de la especialización de Medicina Familiar de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Fueron incluidas las familias que contaban con fichas de recolección de datos con registro completo y que residían en el sector estudio y se excluyeron 10 familias por no contar con los criterios anteriores. Se realizó un estudio descriptivo de los datos suministrados a través de la ficha familiar diseñada para el proyecto y diligenciada en el momento de ingreso de una familia al estudio, empleando de forma ocasional datos obtenidos de la ficha del Sistema de Información de Base Comunitaria en Salud –SIBACOM, del departamento de Boyacá, para el monitoreo de metas de impacto y resultados de intervenciones del plan de desarrollo y del Modelo de Atención Integral Territorial –MAITE– (27), pues inicialmente el proyecto de intervención tuvo como finalidad generar un diagnóstico y establecer las líneas base de las condiciones de salud y calidad de vida en los habitantes de la comunidad intervenida. Las variables sociodemográficas se dividieron en cinco grupos, así: 1. características generales de la población: edad, escolaridad, género, rol familiar, religión, ocupación, vulnerabilidad (hacinamiento, violencia intrafamiliar, barreras de acceso a salud, seguridad alimentaria, exposición laboral, factores ambientales); 2.

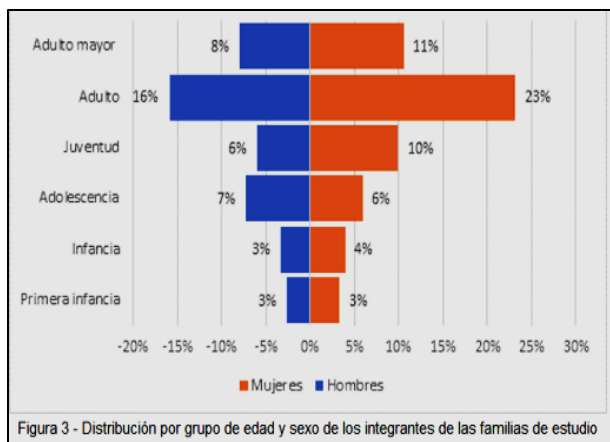
características familiares: tipo de familia y ciclo de vida familiar; 3. características de salud: tipo de aseguramiento en salud, presencia de factores nocivos asociados (alcoholismo, SPA), hábitos saludables, comorbilidades en salud; 4. características de la vivienda y servicios públicos: estrato socioeconómico, tipo de vivienda, condiciones de la vivienda, acceso a servicios públicos y convivencia en casa con animales, y 5. características del jefe de hogar: edad, género, escolaridad, ocupación. Para el análisis estadístico se empleó el software Statistical Package Social Sciences versión 22 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Las características de cada miembro del hogar y sus familias se presentaron con frecuencias absolutas y relativas, media y desviación estándar y la ocupación de los integrantes de la familia se agrupó de acuerdo con la clasificación internacional uniforme de ocupaciones adaptada para Colombia (28).

## **Consideraciones Éticas**

El presente estudio hace parte del proyecto titulado Promoción y mantenimiento de la salud del individuo, familia y comunidad del barrio Los Patriotas del municipio de Tunja: 2019-2020, avalado por la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia y registrado con código 2597, con el cumplimiento de los requisitos exigidos, principalmente con los lineamientos del comité de ética de la Universidad. Adicionalmente, los participantes autorizaron la visita domiciliaria, la toma, procesamiento de datos y el proceso de intervención por medio de un consentimiento informado, según la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud, artículo 6 literal e.

## **RESULTADOS**

La distribución familiar por género y edad se observa en la figura 3, de donde el 60 % corresponde a edades entre los 29 y los 59 años, encontrando mayor concentración de población adulta y adulta mayor, con más del 50 % del total. Adicionalmente, los hogares son multidimensionales, con población de niños menores de 15 años (25,4 %); las generaciones intermedias, de adolescentes y adultos, con edades entre 15 y 59 años, abarcan el 71,2 % de la población, y el 3,4 % son adultos mayores de 65 años. Esto indica que el 28 % de los individuos de las familias son probablemente dependientes de algún otro miembro.



Las 45 familias analizadas cuentan en total con 151 integrantes (3 a 4 individuos por familia) con rango de edad entre 1 y 91 años y una media de edad de 36.4 +/- 2.4 años; el 92 % residen en el barrio Los Patriotas y el restante 8 % en los barrios Manzanares, Peñitas y Xativilla. El 62 % de las familias son nucleares; el 22%, monoparentales, y el 16%, extensas. La mayor proporción se encuentra en ciclo vital plataforma de lanzamiento y familias con adolescentes con promedio de edad entre 10 y 19 años (tabla 1).

Tipo de Familia	Ciclo Vital Familiar	n	%
Extensa	V:Familia con hijos adolescentes	2	4%
	VI:Familia en plataforma de colocación	4	9%
	VII:Familia madura	1	2%
Monoparental	V:Familia con hijos adolescentes	3	7%
	VI:Familia en plataforma de colocación	5	11%
	VII:Familia madura	2	4%
Nuclear	I:Comienzo de la familia	1	2%
	III:Familia con hijos preescolares	3	7%
	IV:Familia con hijos escolares	3	7%
	V:Familia con hijos adolescentes	9	20%
	VI:Familia en plataforma de colocación	6	13%
	VII:Familia madura	2	4%
	VIII:Familia anciana	4	9%
	<b>Total Familias</b>		<b>45</b>

El nivel educativo encontrado en la población adulta se muestra en la tabla 2, aclarando que la diferencia entre analfabeta o ninguno es que las personas clasificadas como ninguno, aunque no estuvieron escolarizados aprendieron a leer y escribir de forma autodidacta o enseñados por un familiar. Observamos que predomina el nivel educativo con cualificación media, con estudiantes activos (26 %).

Nivel	n	%
analfabeta	3	3%
bachillerato incompleto	14	13%
bachillerato completo	37	33%
ninguno	2	2%
postgrado	1	1%
primaria completa	22	20%
primaria incompleta	7	6%
profesional	10	9%
técnico	13	12%
tecnólogo	2	2%
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

Respecto a situaciones de vulnerabilidad específicas, se reportaron trabajadores no calificados (24 %), trabajadores con algún tipo de exposición laboral nociva (20 %) y exposición ambiental nociva (13.5 %), como las predominantes. Respecto a las características en salud, el aseguramiento evidenció que los integrantes de un grupo familiar pertenecen a diferentes aseguradores, con mayor prevalencia del régimen contributivo (44,8 %), seguido del subsidiado (40, 6%). El 13 % de la población no informó a qué régimen de salud pertenecía y la barrera de acceso a los servicios de salud se reportó en el 4,3 %. Frente a los cuidados de la salud, se encontró que el 42.7 % de los informantes no tiene hábitos de vida saludables, 16,8 % asiste regularmente a programas de promoción y prevención, el 16.1 % manifestó que realiza actividad física y el 29,4 % refiere realizar el lavado de manos de forma oportuna. El consumo de frutas no llega al 40 % de ingesta diaria y las enfermedades crónicas en la población se encuentran reportadas en un 65.5%, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres (tabla 3).

Tabla 3. Características de salud participantes en el proyecto comunitario, municipio de Tunja. 2018-2020

Variable	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total, n (%)
<b>Afiliación SGSSS</b>			
Contributivo	32 (22,4)	32 (22,4)	64 (44,8)
Subsidiado	24 (16,8)	34 (23,8)	58 (40,6)
Sin afiliación	2 (1,4)	0	2 (1,4)
Sin información	7 (4,9)	12 (8,4)	19 (13,3)
<b>Hábitos no saludables</b>			
Asistencia a programas PyP	7 (4,9)	17 (11,9)	24 (16,8)
Tabaquismo	7 (4,9)	1 (0,7)	8 (5,6)
Consumo SPA	2 (1,4)	1 (0,7)	3 (2,1)
Realiza ejercicio			
Si	13 (9,1)	10 (7)	23 (16,1)
4 veces semana	2 (1,4)	2 (1,4)	4 (2,8)
1 a 2 veces semana	2 (1,4)	2 (1,4)	4 (2,8)
Cada 8 días	6 (4,2)	3 (2,3)	9 (6,5)
Enfermedades crónicas	21 (24,1)	36 (41,4)	57 (65,5)
<b>Hábitos Nutricionales</b>			
<b>Lavado de manos</b>			
Siempre	16 (11,2)	26 (18,2)	42 (29,4)
Casi siempre	30 (21)	34 (23,8)	64 (44,8)
A veces	12 (8,4)	12 (8,4)	24 (16,8)
Nunca	1 (0,7)	1 (0,7)	2 (1,4)
<b>Lavado de frutas y verduras</b>			
Siempre	50 (35)	58 (40,6)	108 (75,5)
Casi siempre	7 (4,9)	12 (8,4)	19 (13,3)
A veces	5 (3,5)	5 (3,5)	10 (7)
Nunca	1 (0,7)	1 (0,7)	2 (1,4)
<b>Consumo de frutas</b>			
Todos los días	24(16,8)	29 (20,3)	53 (37,1)
1-2 veces semana	8(5,4)	14 (9,8)	22 (15,4)
3-4 veces semana	18 (12,6)	17 (11,9)	35(24,6)
5-6 veces semana	11 (7,7)	13 (9,1)	24 (16,8)
No consume	2 (1,4)	3 (2,1)	5 (3,5)
<b>Consumo de proteínas(animal)</b>			
Todos los días	43(30,1)	49(34,3)	92 (64,3)
1-2 veces semana	7 (7)	6 (7)	13 (14)
3-4 veces semana	1(0,7)	8 (5,6)	9 (6,3)
5-6 veces semana	3 (2,1)	6 (4,2)	9 (6,3)
No consume	0	0	0

En lo relacionado con las características de la vivienda, el 82% de las familias pertenecen al estrato socioeconómico 2, en su mayoría con vivienda propia y, en general, con adecuadas condiciones para vivir. Todas las viviendas cuentan con los servicios públicos de energía, alcantarillado, acueducto e inodoro, y ninguna familia cocina con leña. En cuanto a condiciones sanitarias, se evidenció buena disposición de basuras y aguas residuales, y solo el 10 % refieren presencia de roedores en sus viviendas (tabla 4).

Tabla 4. Características de la vivienda y servicios públicos participantes en el proyecto comunitario, municipio de Tunja. 2018-2020

Variable	n	%
<b>Estrato Socioeconómico de la vivienda</b>		
1	15	10%
2	124	82%
3	12	8%
<b>Tipo de vivienda</b>		
Propia	118	78%
Arrendada	21	14%
Familiar	12	8%
<b>Condiciones de vivienda</b>		
Adecuada ventilación	35	23%
Adecuada iluminación	37	25%
Piso en tierra	3	2%
<b>Déficit de servicios</b>		
Gas	3	2%
Roedores	15	10%
<b>Animales en casa</b>		
Domésticos (perros gatos)	30	20%
Aves, Equinos	8	5%

Con relación a la jefatura de hogar, se encontró que la edad media del jefe del hogar es 52,2 años  $\pm$  15,7, con mayor proporción de hombres entre 60 y 69 años y mujeres entre 40 y 49 años y cabe resaltar que, dentro de las familias monoparentales encontradas, el 100% correspondía a jefatura de hogar femenina. Se observó analfabetismo del 4,4 % en mujeres cabeza de hogar, y en ambos sexos predomina la ocupación en trabajos no cualificados (ver tabla 5).

Tabla 5. Características del jefe de hogar, participantes en el proyecto comunitario, municipio de Tunja. 2018-2020

Variable	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total, n (%)
<b>Edad</b>			
20-29	1 (2,2)	1 (2,2)	2 (4,4)
30-39	4 (8,9)	6 (13,3)	10 (22,2)
40-49	3 (6,7)	7 (15,6)	10 (22,2)
50-59	5 (11,1)	2 (4,4)	7 (15,6)
60-69	6 (13,3)	4 (8,9)	10 (22,2)
Mayor 70 años	3 (6,7)	3 (6,7)	6 (13,3)
Ninguna	0	2 (4,4)	2 (4,4)
<b>Escolaridad</b>			
Primaria	7 (15,6)	7 (15,6)	14 (31,1)
Secundaria	9 (20)	5 (11,1)	14 (31,1)
Técnico	2 (4,4)	6 (13,3)	8 (17,8)
Universitaria	2(4,4)	1 (2,2)	3 (6,7)
<b>Ocupación</b>			
Trabajadores no cualificados	6 (14,0)	13 (30,2)	19 (44,2)
Técnicos y asistentes	3 (7,0)	2 (4,7)	5 (11,6)
Cesante	2 (4,7)	1 (2,3)	3 (7,0)
Empleados de oficina	1(2,3)	2(4,7)	3(7,0)
Oficiales, artesanos, operarios	3(7,0)	1(2,3)	4(9,3)
Profesional universitario	3 (7,0)	1(2,3)	4 (9,3)

## DISCUSIÓN

Se parte del hecho de que por primera vez se realiza un acercamiento de médicos familiares en formación a una comunidad urbana en la ciudad de Tunja, en acciones conjuntas de carácter académico, pedagógico y didáctico. Por lo tanto, la experiencia deja ver las fortalezas y las debilidades que estas dinámicas de intervención generaron y exponer las condiciones sociodemográficas y de salud que caracterizan las familias del sector.

Es de destacar que los primeros contactos realizados por residentes con familias del barrio Los Patriotas, de la ciudad de Tunja, se hicieron puerta a puerta. Se encontró un escenario de difícil acceso, debido, particularmente, a las experiencias negativas que las familias y la comunidad en general han vivido como sujetos de manipulación política y administrativa de los entes de poder. Circunstancias como

estas han dejado, históricamente, huellas que se manifiestan en desconfianza e inhiben la participación en proyectos sociales de líderes y comunidades. Sin embargo, gracias a los criterios éticos, pedagógicos y metodológicos y a las visitas progresivas de los médicos residentes durante el proceso de abordaje de las familias, se generó un ambiente propicio para el acercamiento y la participación individual, familiar y comunitaria en las propuestas desarrolladas en el barrio. En este caso, se logró la participación a través de grupos focales preestablecidos, como iglesia y congregaciones deportivas informales, entre otros. En cuanto a la caracterización sociodemográfica, de salud y familiar de la población intervenida mediante el Proyecto Comunitario de los residentes de Medicina Familiar, se evidenció un escenario complejo para la atención integral en salud. Las prioridades de estas familias están relacionadas con las actividades laborales y de cubrir otras necesidades diferentes a las de su salud, a pesar de la alta demanda por enfermedades crónicas, limitando el establecimiento permanente de actividades de promoción y prevención por parte del médico residente y otros profesionales. Los resultados describen la presencia de familias nucleares, pequeñas, con un promedio de entre 3 y 4 personas con presencia de adolescentes que aún conviven con su grupo primario, de forma concordante con los datos aportados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (29). Adicionalmente se pudo observar que persiste la monoparentalidad en cabeza de la mujer en el 100% de las familias con ésta característica, resaltando además que se observó la presencia de analfabetismo en algunos de estos hogares, así como la ocupación predominante en trabajos no cualificados, condiciones que pueden favorecer un aumento de la distribución y demanda de los recursos económicos de la familia, facilitando la reproducción intergeneracional de la pobreza, situación que debe ser comprendida e interpretada desde la perspectiva de la Medicina Familiar debido al grado de compromiso de los determinantes sociales de la salud, con el fin de ser integrados en la atención y asistencia clínica individual, familiar y comunitaria, tal como nos lo muestran algunos autores (30). Aunque la mayoría de familias son de tipo nuclear, la existencia de familias monoparentales y extensas donde el jefe de hogar corresponde al sexo femenino y con un grado de dependencia familiar nada despreciable del 28%, marcan uno de los aspectos que contribuyen a favorecer la condición de vulnerabilidad en todos los integrantes, situación que es

similar a los datos descritos en las familias boyacenses en el Análisis de Situación de Salud de Boyacá y en el DANE (22), (29). Por este motivo, se observa la necesidad de intervenciones en salud y de otros sectores priorizando la población femenina, con el fin de disminuir el estigma social impulsado por el patriarcado asociado a los hogares encabezados por mujeres y a los medios de vida frágiles de tales hogares donde existen madres solteras, viudas o divorciadas tal y como nos lo muestra Mustafa D. et al. (8).

Partiendo de las anteriores características de los hogares, se hace necesario que el proceso de educación en salud por el Médico Familiar, tanto a profesionales como a la comunidad en general sea un objetivo prioritario, especialmente en hogares encabezados por mujeres y con presencia de dependencia en menores de edad y adultos mayores, considerando que se ha demostrado que este tipo de intervenciones basadas en diagnósticos sociales, epidemiológicos y ecológicos mejoran la calidad de vida, los factores de comportamiento, las conductas de riesgo y en general los factores de conocimiento en salud que finalmente mejoran la salud individual y colectiva (31), (32). Respecto al nivel de afiliación al sistema sanitario nacional, se encontró en un 1,7 % que no difiere significativamente de las cifras nacionales; sin embargo, llama la atención que el 4,7 % de la población manifestó tener barreras de acceso a la salud, triplicando la cifra de la población afiliada (33), (29).

Es posible que las diferencias encontradas en el nivel de afiliación y las barreras para acceder a la atención sanitaria estén relacionadas con la parte de la población migrante y con los costos indirectos de la atención, generados por el desplazamiento desde el hogar hasta la IPS o por el lucro cesante causado por la ausencia de sus lugares de trabajo debido a las características de las actividades económicas de cada familia, situación que merece ser estudiada a profundidad.

En cuanto a los servicios relacionados con promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se encontró un bajo uso (16,8 %), comparado con los datos a nivel nacional (77,27 %), debido, predominantemente, al bajo nivel socioeconómico (90,7 %) y a la presencia de enfermedades crónicas (65 %). Aunque no se estimaron eventos como

efectos de uso y aprovechamiento del tiempo libre, cabe mencionar que durante las visitas domiciliarias se evidenció un importante uso del tiempo libre permaneciendo en dispositivos electrónicos por parte de la población infantil, siendo importante intervenir en este comportamiento debido a que esta población tiende a incumplir las recomendaciones en salud relacionadas con la nutrición y actividad física, sumado esto a que en el área de residencia de las familias no se cuenta con disponibilidad adecuada de espacios para el adecuado aprovechamiento del tiempo libre a través de prácticas deportivas y en muchas familias el vínculo social es limitado al grupo primario como nos lo sugiere Iguacel, L. et al. (34). No obstante, se evidenció que algunas familias mantienen aceptables condiciones de salud y de vivienda, mantienen acceso a agua potable e infraestructura relativamente buena, lo cual puede ser un factor protector de condiciones de vulnerabilidad si tenemos en cuenta las evidencias aportadas por algunos autores en poblaciones similares (8). Teniendo en cuenta que la asociación entre bajo nivel socioeconómico y presencia de enfermedades crónicas ya es conocida, así como sus efectos en la calidad de vida y en la demanda de la atención en salud, se hace necesario fortalecer la autogestión en salud, entendida como el compromiso para lograr una buena evolución de una condición clínica y que produce una mejoría significativa, tanto a nivel personal como familiar y comunitario, más allá de las medidas individuales socioeconómicas que ofrece el estado, especialmente en las personas jóvenes y en las mujeres, con el fin de prevenir la aparición de enfermedades crónicas (19), (35), (36), (37). Debe señalarse, que desde la mirada de la medicina familiar existen múltiples posibilidades de intervenir en las familias que presentan factores protectores que potencien sus recursos y habilidades, con el fin de buscar una mejoría en el acceso y usos de la atención de en salud, teniendo como punto de aprovechamiento su nivel educativo, estas son más propensas a buscar asistencia sanitaria cuando se les ofrece (38).

Una de las limitaciones dentro del proceso de toma de la información fue que existieron pérdidas de datos que no se incluyeron en el presente estudio debido a pérdida del seguimiento de las familias por cambio de domicilio, pérdida de datos debido a la heterogeneidad en el registro por falta de uniformidad de concepto de los observadores, evidenciando

la necesidad de unificar y complementar los datos de la ficha familiar en cuanto a otras variables como nacimientos, muertes y tasa de fecundidad, los cuales son necesarios para tener una visión más amplia de las características de la comunidad estudiada. De ésta manera se destaca la importancia de la unificación de conceptos del personal recolector de datos en campo con el fin de lograr clasificar y priorizar adecuadamente a la población más vulnerable, de tal manera que se puedan generar datos relevantes que permitan emplearse para la toma de decisiones a nivel local y que incluyan sectores sociales de diferente índole (8).

## CONCLUSIONES

A pesar de que el propósito de esta investigación no determinó la asociación de factores causales, puede anotarse que en el contexto mostrado durante el desarrollo de la investigación se encontraron múltiples oportunidades de intervención a nivel individual, familiar y comunitario por parte del Médico Familiar, las cuales permitieron desarrollar acciones en salud contextualizadas al ambiente vulnerable en la zona urbana y que logró un acercamiento de la Atención Primaria en Salud a los diferentes escenarios de desenvolvimiento de la población tal y como los propone la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Se pudo determinar que gran parte de la población se encuentra en etapa productiva y corresponde a familias nucleares indicándonos una posibilidad de una mejor comunicación entre los miembros de la familia y una mayor posibilidad de sostenimiento económico si lo comparamos por ejemplo con la familia extensa. No obstante también se evidenció que la jefatura de hogar en las familias monoparentales corresponde al 100% de los casos, situación que unida al alto grado de dependencia, el analfabetismo y la ocupación en trabajos informales o bajamente remunerados de los miembros productivos de la familia puede ser un factor que adicione condiciones desfavorables y conflictos a nivel familiar, lo cual deja el camino abierto para futuras investigaciones con el fin de fortalecer las intervenciones desde el punto de vista de la atención primaria en cabeza del médico familiar, con el fin de diseñar estrategias que busquen mitigar las consecuencias y prevenir la aparición de problemas adicionales. Respecto a las condiciones de salud encontramos que casi la totalidad de la población se



encuentra afiliada, siendo reducido el porcentaje de no afiliación inferior a la media nacional dado principalmente por población migrante nacional y venezolana, lo cual de cierta forma garantiza que el individuo no se encuentre desamparado frente a una situación en salud que ponga en riesgo su vida, sin embargo se pudieron detectar barreras en salud relacionadas con situaciones conexas a la utilización de los servicios tales como los costos de desplazamiento y el daño emergente ocasionado por los tiempos empleados para tramitar atenciones en salud, por lo cual se requiere implementar acciones efectiva que combatan estas barreras y permitan un mejor acceso a la salud a la población estudiada.

A través de este experiencia se pudo identificar que los padres en su gran mayoría respaldan el cuidado afectivo y económico de sus integrantes, manteniendo en general buenas relaciones con todos los miembros del hogar, permitiendo la integración de las opiniones de los menores de edad para la toma de decisiones en conjunto, no obstante también se pudieron identificar dificultades relacionadas con la educación en casa, en algunos casos relacionados con el bajo nivel escolar de los padres y especialmente en temas de sexualidad en la adolescencia. Adicionalmente se observó la falta de espacios recreativos y zonas verdes cercanas así como la presencia de puntos de expendio de sustancias psicoactivas en el vecindario, las cuales merecen un estudio más profundo a futuro con el fin de proponer soluciones contextualizadas a las realidades de este sector en la ciudad de Tunja. Aunque no se estimaron objetivamente algunas variables como la dinámica familiar y manejo de normas y límites en el hogar y se observaron algunas situaciones como la permanencia en casa de menores al cuidado de otros menores y/o adultos mayores que no pueden ser garantes de sus derechos, consideramos que se requiere una mayor exploración de la dinámica familiar y poblacional con el fin de determinar las implicaciones de dichas situaciones, establecer el riesgo real y las posibles consecuencias de la intervención sobre los efectos socioeconómicos y de salud asociados.

Nuestra aproximación permitió caracterizar a las familias participantes en el proyecto, cobrando importancia en la medida que es uno de los primeros pasos que contribuye a la identificación de los factores socioeconómicos que pueden afectar la convivencia y el desarrollo de cada familia, ya que frecuentemente existen aspectos poco explorados que

permitan contextualizar las realidades de las familias con el reto que enfrentan a diario en el desenvolvimiento de sus actividades. Cabe la pena mencionar que se requiere profundizar en la identificación de condiciones conexas como condiciones económicas, motivacionales, familiares y de la calidad de los servicios básicos que son necesarios para vincularse a procesos educativos, sanitarios, lúdicos y laborales de una forma expedita. De igual manera y aun teniendo en cuenta que el desarrollo de las actividades por parte de los Médicos Familiares se vio limitada por el contexto complejo de las situaciones de las familias que involucraba aspectos académicos, económicos, sociales y culturales, entre otros, se pudo clasificar el riesgo de las familias empleando los instrumentos definidos para tal fin, así mismo se pudo realizar el primer acercamiento exitoso por parte de la Medicina Familiar a nivel comunitario en la ciudad de Tunja explorando escenarios no clásicos para brindar atención en salud. Se establece que el hogar, el barrio y los diferentes ambientes sociales donde se desenvuelve la dinámica de la familia permite una amplia evaluación e intervención de las condiciones de vida, de salud y de entorno familiar, diferente a la realizada de forma convencional en el consultorio médico y en la aplicación de encuestas y censos; por ello se hace necesario fortalecer los procesos educativos, en especial en entornos diferentes al consultorio, vinculando diferentes sectores como el educativo, el laboral y el comunitario, construyendo la autogestión en salud, en especial en personas jóvenes y en mujeres, dado que los problemas detectados a nivel de la comunidad involucran determinantes en salud que no son propios de un solo entorno; esto con el fin de prevenir la aparición de enfermedades crónicas, debido a que las medidas proporcionadas por el Estado son muchas veces insuficientes para los grupos vulnerables. De igual manera, los instrumentos usados permitieron cuantificar y establecer variables relacionadas con vulnerabilidad social en la población estudiada, y aunque requieren ajustes, el análisis de los datos permitió visualizar las características sociodemográficas y familiares de la población, así como las posibles intervenciones del profesional de medicina familiar y los equipos de atención primaria de salud.

Finalmente, el rol del médico familiar fuera del consultorio y con el involucramiento del grupo familiar es definitivo para realizar un abordaje integral y holístico a la población

vulnerable, en especial para aquella que demuestra barreras para el acceso a los servicios de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atauje Yance CA. Factores Asociados al uso de servicios de salud por adultos mayores en comunidades de los andes peruanos. [Online].; 2017 [cited 2020 04 01. Available from: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/3006/atauje\\_yca.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/3006/atauje_yca.pdf?sequence=3&isAllowed=y).
2. OMS/OPS. Vulnerabilidad Social y su Efecto en Salud en Chile. [Online].; 2016. Available from: <https://medicina.udd.cl/files/2016/03/Libro-Completo-2016.pdf>.
3. Peña-Montoya M, Garzón-Duque M, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A. Access to health services for older adults. Antioquia - Colombia. Univ Salud. ; 18(2): p. 219 - 231.
4. Palomino-Moral P, Grande-Gascón M, Linares-Abad M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de Sociología. 2014; 72(1): p. 71-91.
5. Vidal-Gutierrez D, Chamblas-García I, Zavala-Gutierrez M, Muller-Gilchrist R, Rodríguez-Torres MC, Chavez-Montecino A. Social determinants of health and lifestyles in adult population Concepcion, Chile. Ciencia y Enfermería. 2014 Diciembre; 20(1).
6. Pathirana T, Jackson C. Socioeconomic status and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. Aust N Z J Public Health. 2018; 42(2): p. 186-194.
7. Davies J, Sleeman K, Leniz J, et al. Socioeconomic position and use of healthcare in the last year of life: A systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2019 Jul; 16(7).
8. Mustafa D, Gioli G, Memon M, Noshirwani M, Idris I, Ahmed N. Pinning down social vulnerability in Sindh Province, Pakistan: from narratives to numbers, and back again. Disasters. 2019 Apr; 43(2): p. 311 - 315.
9. Naess O, Claussen B. Four indicators of socioeconomic position: Relative ranking across causes of death. Scandinavian journal of public health. 2005; 33: p. 215-221.
10. Suárez Ortiz L, Urrego Murillo. Relacion familia - escuela, una mirada desde las practicas pedagogicas. Revista Latinoamericana de Estudios de Familia. 2014;: p. 6, 97-113.
11. Mazo González I, Mejía Ruiz A, Muñoz Palacio P. Calidad de vida: la familia como una posibilidad transformadora. Revista Poiésis. enero-junio, 2019;: p. 98-110.
12. Golovanevsky L. Características sociodemográficas y composición y dinámica de las familias como una de las dimensiones de la vulnerabilidad de los hogares en argentina a comienzos del siglo XXI.; 2008.
13. Stahlmann K, Hebestreit A, DeHenauw S, Hunsberger M, Kaprio J, et al. A cross-sectional study of obesogenic behaviours and family rules according to family structure in European children. Int J Behav Nutr Phys Act. 2020 Mar 5; 17(1): p. 32.
14. Lafta R, Hayawi A, Khudhairi J. Medical and social problems among women headed families in Baghdad. Qatar Med J. 2013 Nov; 2: p. 51 - 58.
15. Mesquita Ayres RdC, Paiva V, França, Jr, , Garavato N, Della Negra M. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. Am J Public Health. 2006 June;: p. 96(6): 1001–1006.
16. Ortiz Ruiz , Díaz Grajales. Una mirada a la vulnerabilidad social. Revista Mexicana de Sociología. 2018 julio-septiembre;: p. 611-638.
17. Cruz Castillo. Activos sociales, vulnerabilidad y estructura de oportunidades. Aportes para los estudios de hábitat. Traza. 2014;: p. 62-70.
18. OPF OdPdIF. Tipologías de Familias en Colombia: Evolución 1993 - 2014. Bogota;: Noviembre 2015.
19. Mair F, Jani B. Emerging trends and future research on the role of socioeconomic status in chronic illness and

- multimorbidity. *Lancet Public Health*. 2020 Mar; 5(3): p. e128 - e129.
20. Mercer S, Zhou Y, Humphris G, McConnachie A, Bakhshi A, et al. Multimorbidity and Socioeconomic Deprivation in Primary Care Consultations. *Ann Fam Med*. 2018 Mar 16; 16(2): p. 127 - 131.
21. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). DANE - Nota Metodológica - Índice de Vulnerabilidad por Manzana. [Online].; 2020. Available from: [https://www.dane.gov.co/files/comunicados/Nota\\_metodologica\\_indice\\_de\\_vulnerabilidad.pdf](https://www.dane.gov.co/files/comunicados/Nota_metodologica_indice_de_vulnerabilidad.pdf).
22. Gobernación de Boyaca. Gobernación de Boyacá. [Online].; 2018. Available from: <https://www.boyaca.gov.co/secretariasalud/category/direcciones/direccion-de-salud-publica/asis-analisis-de-la-situacion-en-salud/>.
23. Li X, Cai L, Cui W, Wang X, Li H, et al. Association of socioeconomic and lifestyle factors with chronic non-communicable diseases and multimorbidity among the elderly in rural southwest China. *J Public Health (Oxf)*. 2019 Mar 12;: p. pii: fdz020.
24. Lindenberg S. Social rationality, self-regulation and well-being: The regulatory significance of needs, goals, and the self. In Press SU. *Manual de Rational Choice Social Research*. Standford: R. Wittek, TAB Snijders y V. Nee (Eds.); 2013. p. 72 - 112.
25. Barrera Sánchez L, Ospina Díaz J, Tejedor Bonilla M. Prevalencia de Síndrome Metabólico en estudiantes universitarios de Tunja, Boyacá, Colombia, 2014. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*. ; 19(1): p. 81-93.
26. Blanquet M, Legrand A, Péliissier A, Mourgues C. Socioeconomics status and metabolic syndrome: A meta-analysis. *Diabetes Metab Syndr*. 2019; 13(3): p. 1805-1812.
27. Municipio de Paipa (Boyacá). Análisis de la situación en salud con el modelo de los determinantes sociales de la salud, municipio de Paipa, Boyacá 2018. [Online].; 2018 [cited 2020 04 05. Available from: [https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/Asis2018/asis\\_paipa\\_2018.pdf](https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/Asis2018/asis_paipa_2018.pdf).
28. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - (DANE). Nomenclaturas y Clasificaciones CIUO - 88 A.C. [Online].; 2020 [cited 2020 04 02. Available from: [http://formularios.dane.gov.co/senApp/nomModule/aym\\_in dex.php?url\\_pag=clasificaciones&alr=&cla\\_id=1&url\\_sub\\_pag=a&&alr=&](http://formularios.dane.gov.co/senApp/nomModule/aym_in dex.php?url_pag=clasificaciones&alr=&cla_id=1&url_sub_pag=a&&alr=&).
29. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - (DANE). Observatorio de Familia - DANE. [Online].; 2020 [cited 2020 Julio 07. Available from: <https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Sistema-de-monitoreo/Indicadores-sociodemogr%C3%A1ficos/Tipologias-de-familias/Paginas/estructura-familiar-padres.aspx>.
30. Golovanevsky L. Asociación Latinoamericana de Población. [Online].; 2008 [cited 2020 Julio 07. Available from: <http://www.alapop.org/alap/SerieInvestigaciones/InvestigacionesSI1aSi9/P&VT5.pdf>.
31. Solhi M, Shabani-Hamedan M, Salehi M. A PRECEDE-PROCEED based educational intervention in quality of life of women-headed households in Iran. *Med J Islam Repub Iran*. 2016 Sep; 26(30): p. 417.
32. Santander S, Támara-Zubarew G, Santelices L, Argollo P, Cerda J, et al. Family influence as a protective factor against risk behaviors in Chilean Adolescents. *Rev Med Chile*. 2008;: p. 317-324.
33. Porcentaje de Víctimas con afiliación al SGSSS. [Online].; 2020. Available from: <https://sinergiapp.dnp.gov.co/#IndicadorProgEnt/26/1186/4791>.
34. Iguacel I, Fernández-Alvira J, Bammann K, Chadjigeorgiou C, De Henauw S, Heidinger-Felsó R, et al. Social vulnerability as a predictor of physical activity and screen time in European children. *Int J Public Health*. 2018 Mar; 63(2): p. 283 - 295.
35. Chamberlain A, Finney-Rutten L, Wilson P, Fan C, Boyd C, et al. Neighborhood socioeconomic disadvantage is

associated with multimorbidity in a geographically-defined community. *BMC Public Health*. 2020 Jun 6; 20(1): p. 13.

36. Frølich A, Ghith N, Schiøtz M, Jacobsen R, Stockmarr A. Multimorbidity, healthcare utilization and socioeconomic status: A register-based study in Denmark. *PLoS One*. 2019 Ago 1; 14(8).

37. Contant E, Loignon C, Bouhali T, Almirall J, Fortin M. A multidisciplinary self-management intervention among patients with multimorbidity and the impact of socioeconomic factors on results. *BMC Fam Pract*. 2019 Abr 22; 20(1): p. 53.

38. Henríquez J, Velasco C. Las desigualdades en salud en los últimos 20 años. *Propuesta de Política Pública*. Centro de Estudios Públicos - Chile. 2015;(13): p. 1-51.

39. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - (DANE). Observatorio de Familia - DANE. [Online].; 2020. Available from: <https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Sistema-de-monitoreo/Indicadores-sociodemogr%C3%A1ficos/Tipologias-de-familias/Paginas/estructura-familiar-padres.aspx>.

40. Gobernación de Boyacá. Gobernación de Boyacá. [Online].; 2018 [cited 20 Mayo 2020. Available from: [https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/Asis2018/asis\\_tunja\\_2018.pdf](https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/Asis2018/asis_tunja_2018.pdf).

41. Palomino P, Grande ML. THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH Inequalities and exclusion in XXIst century societies. *REVISTA INTERNACIONAL DE SOCIOLOGÍA*. 2014;; p. 71-91.

42. Vidal D, Chamblas I. Social determinants of health and lifestyles in adult population concepción, chile. *Ciencia y Enfermería*. 2014;; p. 61-74.

43. salud Cddsdl. Construyendo la Nueva Agenda Social, desde la mirada de los Determinantes Sociales de la Salud. In *Síntesis del ciclo de diálogos*.; 2006.

44. Naess , Claussen. Four indicators of socioeconomic position: relative ranking across causes of death. *Scand J Public Health*. 2005;; p. 215-21.

45. Palomino P, Grande ML. the social determinants of health inequalities and exclusion in xxist century societies. *revista internacional de sociología*. 2014;; p. 71-91.

46. Vidal D, Chamblas I. Social determinants of health and lifestyles in adult population concepción, chile. *Ciencia y Enfermería*. 2014;; p. 61-74.

47. Naess , Claussen. Four indicators of socioeconomic position: relative ranking across causes of death. *Scand J Public Health*. 2005;; p. 215-21.

# NOVEDADES EDITORIALES: DESARROLLO DEL PENSAMIENTO HISTÓRICO EN LA ESCUELA Y CUIDADO CONVERGENTE: “ARTESANIAS EN INVESTIGACIÓN”

**Bibiana Matilde Bernal Gómez**

MD. Patóloga PH.D.

La Facultad de Ciencias de la Salud celebra sus 40 años de actividad académica, con la misión de crear el currículo con competencias en el ser y en el saber hacer, entre otras características, que ofrezcan a la sociedad ciudadanos con un humanismo esencial y con estándares profesionales de alta calidad en las disciplinas de la salud: Medicina, Enfermería y Psicología. La presente reseña editorial tiene lugar un año después de haber hecho el proceso de edición y publicación de los dos libros de la Colección de Investigación “Universidad, Salud y Sociedad”, y luego de su presentación durante la XXIV Jornada de la investigación y la Extensión organizada por la Vicerrectoría de Investigaciones y Extensión, DIN, CIES y los grupos de investigación de la Facultad. Se recopilan palabras escritas para los dos libros de investigación por la Editora en Jefe del subcomité editorial y de la evaluación de obras de la Facultad de Ciencias de la Salud (1) (2) Esta colección es una estrategia de divulgación de conocimiento especializado producto de los procesos de investigación en ciencias de la salud; Con el libro **CUIDADO CON-VER-GENTE: “ARTESANIAS EN INVESTIGACIÓN”** se da la oportunidad de identificar en seis estrategias de diseño de investigación, el cuidado de la salud, enfocándose en el cuidado primario durante el ciclo vital, normal y con el que tiene enfermedad, formalizando rigurosamente métodos cuantitativos y cualitativos de la investigación en Enfermería y de la Educación superior que reciben los estudiantes de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia en el pregrado y posgrado de las ciencias de la salud. Se logra además influir desde el modo del cuidado de enfermería, en la actividad profesional de medicina y psicología y aporta como contribución al hacer, desde el aula, las artesanías investigadoras que tienen

recursos de formación didáctica y pedagógica. Es un libro de Profesores de Enfermería que modificará el pensamiento de cómo hacer y obtener un refuerzo de la asistencia sanitaria particularmente para la Atención Primaria en Salud por medio de la praxis de la Investigación e innovación en salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. El libro **DESARROLLO DEL PENSAMIENTO HISTÓRICO EN LA ESCUELA** da las bases para una reflexión en la construcción psicológica del conocimiento científico pues por medio del problema de investigación de ¿Cómo se enseña y aprende la Historia? y ¿Cómo se desarrolla el pensamiento histórico en el individuo?, los autores reforzarán por medio de 4 proyectos de investigación con resultados discutidos, la idea de que el conocimiento individual es una construcción social y que con el uso de las herramientas culturales disponibles en el aula de clase se puede favorecer o restringir las formas de construir el conocimiento, y cómo los psicólogos y educadores han llegado a establecer conocimientos de frontera entre disciplinas por medio de los avances en el desarrollo del pensamiento histórico de los estudiantes. Las técnicas de la investigación cualitativa identifican como se obtienen el tipo de explicaciones que el maestro construye en la clase, el análisis de la estructura narrativa e historiográfica en los textos escolares colombianos, entre otros, junto a la búsqueda de la construcción del conocimiento en contextos de interacción social en el aula y la obtención de una comprensión empática histórica (entre otros encontrará en el libro cómo se usa la evidencia en la historia, la contextualización y la temporalidad y datos para organizar pragmáticamente los temas de causalidad histórica)

1. Galvis-López, M. A. Galindo-Huertas, M. S. Becerra-Medina, D. Guerrero-Cortés E. López-Torres, M.L. et al (2019) Cuidado Convergente: artesanías en Investigación. Editorial Uptc. Colección Universidad, Salud y Sociedad No.1. Primera edición marzo, 2020.
2. Navarro-Roldán, C.P., Corredor Aristizabal, J. Roldán-Vera, E. Castellanos, V. Pulido, L. et al (2019) Desarrollo del pensamiento histórico en la escuela. Editorial Uptc. Colección Universidad, Salud y Sociedad No.2. Primera edición marzo, 2020.

## **AGRADECIMIENTO A EVALUADORES Y COLABORADORES**

EL SUBCOMITÉ EDITORIAL Y DE EVALUACIÓN DE OBRAS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD QUIERE AGRADECER EL VALIOSO APORTE COMO EVALUADORES DE LIBROS Y ARTÍCULOS A LOS PROFESORES E INVESTIGADORES INTERNOS Y EXTERNOS:

DOCTORA MARTHA VASQUEZ TRUISSI.

PROFESORA DORA ISABEL GIRALDO.

DOCTOR JUAN CARLOS DIAZ ALVAREZ.

PROFESORA CARMEN LIRIA PRIETO.

PROFESORA YENNY SALAMANCA CAMARGO.

PROFESOR LUIS AUGUSTO FAJARDO.

DOCTORA ANGÉLICA MARITZA BETANCOURT SUÁREZ.

DOCTORA SANDRA GUTIERREZ.

DOCTOR MAURICIO ORTIZ BASTIDAS.

DOCTORA DIANA PAOLA FUENTES BERNAL.

DOCTOR JUAN JOSÉ GIRALDO.

DOCTOR JULIO CESAR SOSA.

PROFESORA ALBA NIDIA TRIANA RAMIRES, EDITORA DE SECCIÓN MEDICINA FAMILIAR.

PROFESORA YOLIMA BOLÍVAR.

GRUPO DE DOCENTES DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR UPTC

COLECCIÓN  
INVESTIGACIÓN

# DESARROLLO DEL PENSAMIENTO HISTÓRICO EN LA ESCUELA

Claudia Patricia Navarro Roldán, PhD.  
Compiladora

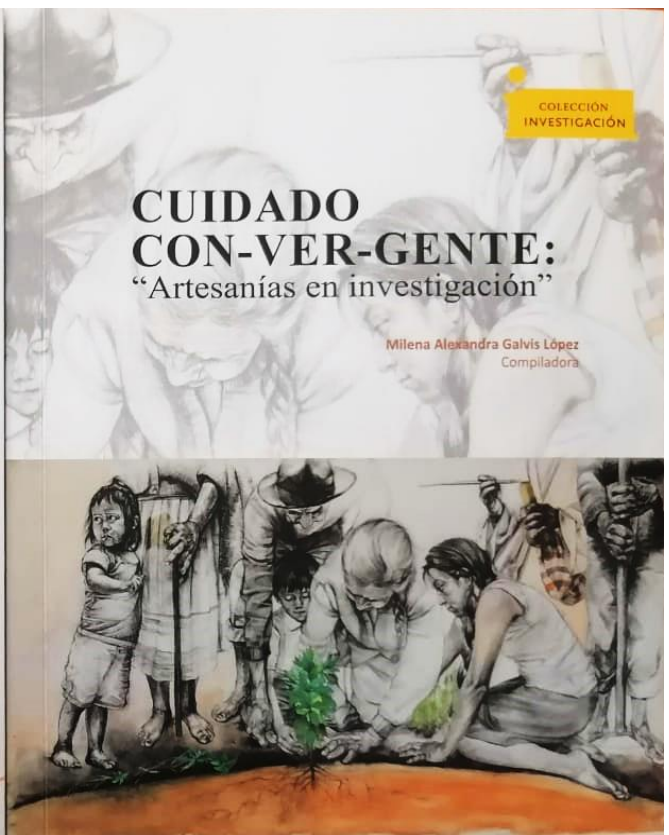


FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Colección Universidad, Salud y Sociedad

COLECCIÓN  
INVESTIGACIÓN

# CUIDADO CON-VER-GENTE: “Artesanías en investigación”

Milena Alexandra Galvis López  
Compiladora



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Colección Universidad, Salud y Sociedad