

ENCUENTRO REGIONAL DE SEMILLEROS DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

QUINTA VERSIÓN



Seminario de Investigación (segunda versión)

FECHA: 28 y 29 de octubre de 2021

HORA: 8:00 a 12:00 - 2:00 a 4:00

LUGAR: Microsoft Teams 

COSTO

30.000



Formando **líderes** para la
construcción de un nuevo
país en paz





MEMORIAS SEMINARIO DE INVESTIGACION SEGUNDA VERSION

DIRECTIVAS DE LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

PhD ALDO PARDO GARCIA, Vicerrector de investigaciones, Laura
GUALDRON, Vicerrectora Académica

René Vargas Ortégón, Vicerrector Administrativo y Financiero,

PhD Oscar Orlando Ortiz, Dirección de Interacción social

Comité Científico

Directora del programa de enfermería. DR. Belinda Inés Osorno, directora del
grupo de investigación “el cuidar”

MG. Mayra Alejandra barajas docente del programa de enfermería

ESP Andersson Manuel ropero arenas, Coordinador del semillero de
investigación el cuidar”

Compiladores

Esp. Wilfredo Manrique Barragán, auxiliar encargado de la Gestión contable
financiera a proyectos cofinanciados Adm. Dilly Nathalia Toloza, auxiliar
encargado de la Gestión y soporte de semilleros de investigación

Diseño y Diagramación:

Universidad de Pamplona

NIT. 890501510-4



Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

DQS is member of:



**Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz**



TABLA DE CONTENIDO-28 DE OCTUBRE DE 2021

SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE: VISÕES ACADÊMICAS EM ENFERMAGEM/SAÚDE	ISABEL CRISTINA FLORES ESCOBAR
EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA LA REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIACA ISQUÉMICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA	JHON ALEXANDER ROJAS CABALLERO
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VIRUS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA-BRASIL	MARIANA DE OLIVEIRA ARAUJO
CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO Y COGNITIVO-PERCEPTUALES EN LA PERSONA CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES.	MÓNICA PEÑALOZA GARCÍA
SOFTWARE DE APLICACIÓN COMO HERRAMIENTA EDUCATIVA PARA ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA	ROSA ERNESTINA VILLARREAL PÉREZ
PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA(VO) EN LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL PARTO EN CARTAGENA , 2020	KATTY DAYANA ESCOBAR
CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES SEXUALES Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA, NORTE DE SANTANDER.	MAYRA ALEJANDRA BARAJAS, PAOLA ANDREA MALPICA
	SILVIA CELESTE MATIAS



TÍTULO: SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE: visões acadêmicas em Enfermagem/Saúde
Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Saúde Coletiva
Universidad: Universidade Estadual de Feira de Santana Bahia Brasil
RESUMEN (300 PALABRAS) Este estudo teve como objetivo principal ressignificar o (s) sentido (s) e significado (s) da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica de Saúde (APS/ABS), nas visões acadêmicas em Enfermagem/Saúde no contexto dos cursos de graduação em Enfermagem em duas Instituições de Ensino Superior públicas, uma no Brasil e outra na Colômbia. Trata-se de um estudo qualitativo, de abordagem exploratória, numa perspectiva crítica, tendo como cenário a Universidade Estadual de Feira de Santana no Brasil e a Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia em Colômbia. Os participantes do estudo foram constituídos de quatro grupos: gestores (Grupo I), docentes (Grupo II), discentes (Grupo III) e informantes chave (Grupo IV), totalizando 36 participantes. Usamos as seguintes técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada e análise de documentos; a análise de dados foi por médio do método de análise de conteúdo. Os resultados explicitam que os sentidos/ significados da Atenção Primária à Saúde/ Atenção Básica de Saúde, convergem com a porta de entrada da população ao sistema de saúde no primeiro nível de atenção e o primeiro contato da pessoa com o serviço de saúde. Sem embargo, ainda a APS/ABS é considerada como um serviço menos importante dentro da rede de atenção. Além disso, precisa fortalecer a articulação com as Redes de Atenção à Saúde para facilitar o sistema de referência e contrarreferência. Outrossim, o investimento é um aspecto fundamental na APS/ABS para garantir a continuidade do cuidado à saúde da população. Finalmente é uma relevante possibilidade para o cuidado em Enfermagem/saúde mediante ações de promoção de saúde e prevenção de doença, com o compromisso de responder à maioria das necessidades de saúde da população.
PALAVRAS-CHAVE: Sentidos; Significados; Atenção Primária à Saúde; Atenção Básica de Saúde; Enfermagem.
Objetivo: Resignificar o (s) sentido (s) e significado (s) da APS/ABS nas visões acadêmicas em Enfermagem.
Planteamiento del problema: Ao longo do tempo, a APS tem adquirido diversos significados para diferentes pessoas, em épocas e lugares específicos, o que coloca desafios importantes para a sua

compreensão. Neste contexto, a tentativa de chegar a uma única definição sobre o que é APS não ajuda a compreender o que é APS, para tanto, é necessário ter claro a época, os atores sociais envolvidos, a cultura e as finalidades do sistema de saúde com base no qual procura-se definir a APS (FAUSTO e MATTA, 2007).

Neste sentido, a Atenção Primária é uma tradução do termo “Primary Care”, e que em si carrega significados opostos da língua inglesa. No inglês, “Care” se refere a cuidado, e a sua tradução para o português não tem uma diferença semântica tão relevante, no entanto o termo “Primary” tem uma abrangência maior e se traduz como: essencial, primordial, fundamental. Enquanto que, no português, a palavra “Primária” se refere à: arcaico, elementar, rudimentar, acanhando (CUTOLO et al., 2010).

No último século, elementos importantes influenciaram a concepção de APS, a primeira referência à um sistema de saúde hierarquizado, com “centros de saúde primários” como a porta de entrada dos usuários e integrados aos demais níveis de assistência especializada e hospitalar remonta aos anos 1920 (SUMAR e FAUSTO, 2014).

Em termos conceituais, foi a partir da Conferência de Cuidados Primários em Saúde, realizada no ano de 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, que se buscou uma definição para APS (FAUSTO e MATTA, 2007). Como resultado dessa conferência, surgiu a Declaração de Alma-Ata, considerando a APS como a atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento [...]. É parte integrante do sistema de saúde do país, do qual tem função central, tendo como enfoque principal o desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham (OMS, 1978).

Apesar das divergências conceituais, a APS na Declaração de Alma-Ata foi interpretada como estratégia central de organização do sistema de saúde, que se pretendia mais equitativo, apropriado e efetivo para responder às necessidades de saúde apresentadas pela população usuária dos serviços de saúde. Nesta concepção estava implícita a necessária relação dos serviços de APS com os demais pertencentes ao sistema de saúde (FAUSTO e MATTA, 2007).

Considerando as várias interpretações, a APS também tem sido compreendida como um conjunto de atividades associadas às práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, que podem estar ou não restritas ao campo da saúde; um nível de assistência conectado com os demais níveis que conformam o sistema de serviços de saúde; uma

estratégia de organização do sistema de serviços de forma a garantir a efetivação das diretrizes organizativas de um dado sistema de saúde; e como um princípio norteador das ações desenvolvidas em qualquer momento do cuidado ofertado pelo sistema de saúde (MATA e RUIZ, 1993).

Nesta perspectiva, desde a academia a Atenção Primária é entendida como primordial na formação do futuro profissional de saúde, pois, através do envolvimento com ela, o aluno pode perceber a necessidade da promoção à saúde, do acompanhamento de gestantes e crianças, da expressão de problemas individuais na dimensão do coletivo, do seguimento longitudinal dos pacientes portadores de doenças crônicas, do atendimento em grupo, do trabalho em equipe, da necessidade de ações intersectoriais, da percepção de um campo de complexidade que envolve o sofrimento de difícil dimensionamento, da determinação social do adoecer e demais aspectos que, em outros pontos das redes de atenção, são pouco explorados, dadas as próprias características do trabalho hospitalar e do ensino centrado nas doenças (BRAVO; CYRINO e AZEVEDO, 2014).

Diante de tal panorama, este estudo pretende conhecer qual (ais) é (são) o (s) sentido (s) e significado (s) da APS/ABS a partir da compreensão da visão acadêmica em Enfermagem/Saúde de duas Instituições de Ensino Superior no Brasil e Colômbia.

Marco teórico: (Conceptos preliminares)

Ao iniciarmos a conceptualização sobre os sentidos¹ e significados² da APS/ABS nos reportamos, inicialmente, a definição da Organização Panamericana da Saúde (OPS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), (2021), compreendida como o primeiro ponto de contato entre a pessoa e o serviço de saúde, oferecendo atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade, que pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida.

Nesta perspectiva, deixa implícita que a APS tem a particularidade de proporcionar atenção integral no lugar mais próximo onde os indivíduos, famílias e comunidades realizam as suas atividades cotidianas. Por tanto, esse atendimento compreende os serviços específicos de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças agudas e infecciosas, o controle de doenças crônicas, cuidados paliativos e reabilitação.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), a Atenção Básica é caracterizada como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o

tratamiento, a rehabilitación, a reducción de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Tal compreensão é complementar ao pensamento de Lavras (2011), ao afirmar que a Atenção Primária à Saúde se responsabiliza pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema, ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo, e organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença.

Ademais, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) também destaca que a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Portanto, precisa ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.

Uma realidade defendida por Heimann e outros (2011, p. 2881) ao reforçarem que a APS “é ou deve ser” a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde; “possui e deve aprofundar as características da universalidade” usando tecnologias apropriadas para solucionar os problemas de saúde mais prevalentes; e que suas ações, além da assistência, devem ser de prevenção e promoção à saúde.

Num sentido mais abrangente sobre a compreensão da APS Starfield (2002) advoga a ideia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que esse ponto de entrada necessita ser de fácil acesso e inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária, terciária). Ou seja, o ponto de primeiro contato é conhecido como porta de entrada. Assim, a Atenção Primária é definida como a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o locus de responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo.

Entretanto, para Giovannella e Mendonça (2009) à constituição de um serviço como porta de entrada do sistema de saúde, o primeiro requisito é que ele seja acessível à população, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, o que possibilita a utilização por parte dos usuários a cada novo episódio.

Metodologia:

Natureza e tipo de estudo

É um estudo qualitativo, aquele que segundo Assis (2014) objetiva aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente ou contexto social, interpretando-os segundo a perspectiva dos próprios sujeitos que participam da situação, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito. Assim sendo, temos os seguintes elementos fundamentais no processo da pesquisa de abordagem qualitativa: a interação entre o objeto de estudo e pesquisador (a); o registro de dados ou informações coletadas; e a interpretação/ explicação do pesquisador (a).

Além disso, este estudo é uma pesquisa exploratória, uma vez que como pesquisadoras nos relacionamos com o fenômeno investigado com a finalidade de uma maior compreensão, entendimento e precisão, e nesse sentido, de acordo com Gil (2008) a pesquisa exploratória tem como principal fim desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

Campos do estudo

Para o desenvolvimento da pesquisa selecionamos dois países, um deles é a República Federativa de Brasil, país com uma superfície de 8.511.965 km²; possui limites com todos os países de América do Sul, exceto com Equador e Chile; sua população é de 208.538.511 habitantes. O Brasil é uma federação composta por 26 estados, um Distrito Federal, com a capital do país, Brasília e municípios.

Dentre as unidades federativas brasileiras, destacamos o estado da Bahia, cuja capital é Salvador, ocupando 6,64% do território nacional. Da área de 564.692,67 km², cerca de 68,7% encontram-se na região do semiárido, enquanto o litoral mede 1.183 km, o maior litoral dentre todos os estados brasileiros. Seu vasto território abriga muitos tipos de ecossistemas (BAHIA, 2015). O Estado é constituído por 417 município, com uma população aproximada em 15 milhões de habitantes (BRASIL, 2018).

Dentre os 417 municípios do estado da Bahia encontra-se o município de Feira de Santana, um dos cenários deste estudo, com uma extensão de 1 338 km² e uma população com 556 756 habitantes no último censo. A densidade demográfica é de 416,1 habitantes por km² no território do município (FEIRA DE SANTANA, 2016). Feira de Santana é um município caracterizado, como o mais importante centro polarizador de desenvolvimento do interior do Estado no, pelos seus indicadores econômicos e sociais, (UEFS, 2018).

No mesmo contexto da América Latina, o outro cenário escolhido para pesquisar é Colômbia com uma superfície de 1.141.748 km² e limites: ao norte com o mar das Antilhas, este com Venezuela, Brasil, oeste com o Oceano Pacífico, noroeste com Panamá e ao sul com Peru e Equador. A população é de 49.032.296 habitantes; sua capital é Bogotá, Distrito Capital; a língua é o espanhol e sua forma de Estado é República presidencialista. Colômbia como República Unitária é dividida administrativa e politicamente em 33 divisões: 32 departamentos (GOBIERNO DE ESPAÑA, 2017).

O Departamento de Boyacá é um dos maiores do país, possui 23.189 km² de área de superfície; está localizado na parte oriental do país e atravessada pela Cordilheira Oriental da região Andina colombiana (GOBERNACIÓN DE BOYACÁ, 2017).

Sua capital é o município de Tunja, e neste contexto a Política Pública de la Juventud Municipio de Tunja (2015), descreve que a cidade está localizada na cordilheira oriental, na parte central do departamento de Boyacá, com altitudes variando de 2.700 metros acima do nível do mar até 3.150 metros acima do nível do mar na parte mais alta, com uma área de 121,4 km² e uma temperatura de 13 graus centígrado. Tunja é um reconhecido e importante centro literário, científico, esportivo, universitário, cultural e histórico; é considerada a cidade universitária da Colômbia, devido ao grande afluxo de estudantes de outras cidades que vêm a ser formados nas universidades da capital de Boyacá.

Cenários propriamente ditos do estudo

Os cenários deste estudo são a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) no Brasil e a Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC) na Colômbia. As duas Instituições de Ensino Superior (IES), foram selecionadas como campos de estudo a partir dos critérios de inclusão: IES públicas, com implantação na mesma década, UEFS/1976 e UPTC/1974, tendo seus cursos de graduação em Enfermagem idealizados nos moldes da Atenção Primária à Saúde defendida na Declaração de Alma Ata (Rússia) em 1978, inclusive por serem socialmente referenciadas nesta formação.

Participantes do estudo

Foram 36 os participantes deste estudo, 19 da Universidade Estadual de Feira de Santana/Brasil e 17 da Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia/Colômbia. Tal amostragem foi definida por inclusão progressiva e pelo critério de saturação (RHIRY-CHERQUES, 2009), considerando-se as repetições dos dados coletados. E, portanto, quando nenhuma nova informação ou nenhum novo tema foi registrado, identificamos o ponto de saturação.

O estudo foi constituído de quatro grupos de participantes, formados por gestores, docentes, discentes e informantes chave que nos permitiram, de acordo com a especificidade da sua singularidade, estudar a realidade pesquisada.

Técnicas e instrumentos de coleta

Nesta pesquisa usamos como técnicas de coleta de dados a entrevista semiestruturada e a análise de documentos, por possibilitarem a produção de dados que puderam sustentar o estudo, a partir dos seus questionamentos e objetivos.

Na entrevista semiestruturada interrogamos a (o) entrevistada (o) a respeito de assuntos que interessavam à pesquisa, questionando-os quantas vezes foram necessárias em consequência das respostas oferecidas que não atendiam aos objetivos propostos. Dessa forma, concordamos que a entrevista semiestruturada “ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

E, no sentido de complementar a pesquisa de campo, utilizamos uma outra técnica, a análise de documentos, definida por Souza, Kantorski e Villar (2011) como um conjunto de operações intelectuais, visando à descrição e representação dos documentos de uma forma unificada e sistemática para facilitar sua recuperação. Isto é, o tratamento documental tem por objetivo descrever e representar o conteúdo dos documentos de uma forma distinta do original, visando garantir a recuperação da informação nele contida e possibilitar seu intercâmbio, difusão e uso.

Método de análise de dados

Usamos o método Análise de Conteúdo para analisar os dados, e de acordo com Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014) a análise de conteúdo compreende técnicas de pesquisa que permitem, de forma sistemática, a descrição das mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados. Neste sentido, a escolha deste método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas.

Todavia, numa perspectiva mais crítica, optamos pela releitura do método Análise de Conteúdo revisitado por Triviños (1987), tendo também três momentos de análise:

1º Ordenação dos dados, momento em que organizamos os materiais empíricos. A respeito das entrevistas, fizemos as transcrições ipsi literis das entrevistas gravadas. Quanto aos documentos analisados, tivemos a preocupação também de ressaltar aspectos relacionados ao estudo.

Após a organização desses dados, procedemos à leitura geral do material, o que nos possibilitou uma aproximação inicial aos núcleos de sentidos contidos particularmente nas falas das/os entrevistadas/os considerando-se cada grupo de participantes.

Quanto aos documentos, fizemos uma leitura preliminar, momento em que tivemos possibilidade de demarcarmos os conteúdos que comporiam a análise dos dados.

2º Classificação dos dados, é o momento que compreende a “leitura flutuante” (MINAYO, 2010), nos possibilitando identificar e apreender as estruturas de relevâncias e os núcleos de sentidos das entrevistas e documentos, as ideias centrais do objeto deste estudo.

3º Análise final dos dados momento caracterizado pelo aprofundamento dos dados empíricos, quando realizado a triangulação com essas diferentes fontes de dados coletados e o referencial teórico.

Considerações éticas e legais da pesquisa

Nesta pesquisa, devido sua abordagem com seres humanos, atendemos as normas propostas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466, de 12 de dezembro de 2012, (BRASIL, 2012).

As disposições preliminares da Resolução reúnem, na perspectiva do indivíduo e das coletividades, quatro princípios básicos considerados importantes da Bioética como autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visando assegurar os direitos e deveres que se referem à comunidade científica, aos participantes do estudo e ao Estado.

É uma Resolução que leva em consideração o respeito à dignidade humana e, especialmente, a proteção dos participantes em pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Por conseguinte, procuramos atender à Resolução e cumprir suas bases éticas e científicas, encaminhando o projeto desta tese para ser apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP) – UEFS e, somente após autorização iniciamos a pesquisa.

No momento que iniciamos a coleta de dados, cada participante fez sua leitura e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), colocando-se como participante,

tendo clareza que poderia declinar tal participação em qualquer momento se assim o desejasse.

O TCLE foi escrito em linguagem clara e objetiva, de fácil compreensão, contendo as informações necessárias para garantir que o sujeito expresse voluntariamente sua intenção de participar da pesquisa, depois de ter entendido as informações que lhe são dadas, sobre os objetivos do estudo, os benefícios, os inconvenientes, os possíveis riscos e as alternativas, seus direitos e responsabilidades.

Na oportunidade descrevemos, a seguir, os riscos e benefícios do estudo.

RISCOS	BENEFÍCIOS
<p>- Participante poderá:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sentir estresse, incômodo e arrependimento em conversar com a pesquisadora no momento da entrevista; - sentir-se impaciente com a entrevista caso seja longa e, conseqüentemente, demorada; - sentir-se constrangida/o /medo em conversar sobre o assunto, temendo represálias 	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuir com os possíveis resultados para que os cursos de graduação em Enfermagem sejam fortalecidos no preparo dos graduandos de Enfermagem, particularmente na ABS/APS. -Oportunidade de reconhecer o protagonismo das enfermeiras no desenvolvimento das atividades da APS, a partir de outra dimensão da prática com ênfase no processo saúde-doença, adoção de novos hábitos, e participação da própria comunidade. -Valorização dos cursos de graduação em Enfermagem na formação profissional enfermeira/o na ABS/APS

Resultados

Para iniciar a apresentação dos resultados deste estudo, trazemos a seguir, os sentidos e os significados da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica de Saúde, explicitados nos dados empíricos pelos participantes deste estudo e manifestados nas entrevistas e documentos analisados.

Assim, destacamos os fragmentos das falas representadas pelas respectivas instituições na língua pátria dos seus países. As ideias e concepções são evidenciadas mediante as falas convergentes, divergentes, complementares ou diferentes, expressadas por cada sujeito do grupo de participantes, inclusive articuladas com os documentos selecionados e os estudos teóricos e/ou práticos publicizados.

Neste sentido, a partir das falas convergente dos gestores, observamos que a Atenção Primária à Saúde é considerada a porta de entrada ao sistema de saúde, onde é possível atender as necessidades da população mediante as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos.

[...] **Atenção Primária**, e que é a **porta de entrada do Sistema Único de Saúde**, uma das portas, por que todas as portas estão abertas, então uma das portas do SUS para que a pessoa seja assistida e a partir desse momento ela vai para os outros níveis de complexidade, para a média e para a alta complexidade. [...] é uma política pública do SUS que delibera sobre **ações de prevenção, promoção** na rede de atenção (Ent. G13).

[...] para mí la **Atención Primaria** en salud es poder, eh, llevar a las personas lo que esas personas necesitan independientemente del nivel de atención en el que se encuentren y siempre con el enfoque de **promoción de la salud** ¿sí? (Ent. G20).

Do mesmo modo, as falas das docentes convergem para essas concepções.

[...] essa **Atenção Primária/Atenção Básica** ela deve responder **grande parte dos problemas de saúde que essa população apresenta**, e por isso ela não deixa de ser menos complexa ou menos importante do que os outros níveis de atenção (Ent. Do5).

[...] la **Atención Primaria** permite como el mantenimiento de la salud, ¿cierto?, eh, la **promoción** y el **mantenimiento de la salud**, no sólo promocionar la salud sino, eh, con estrategias de educación en salud ayudarla a mantener esa salud en el mejor estado, ¿cierto?, eh, la **prevención de la enfermedad** es otra de las, mm, como de los objetivos, el diagnóstico, el tratamiento y eso es sus tres niveles y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad (Ent. Do30).

Concordamos com as falas anteriores ao afirmarem que a Atenção Primária à Saúde é o ponto de partida para garantir a atenção à saúde da pessoa, família e comunidade. Deste modo, a APS oferece seus serviços de acordo com as necessidades apresentadas, para resolver desde o primeiro nível de atenção à maioria dos problemas de saúde da população, mediante atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças que contemplam ações como educação sanitária, alimentação, nutrição adequada,

segurança hídrica, saneamento básico, assistência materno-infantil, imunização, prevenção e controle de endemias, tratamento básico e fornecimento de medicamentos.

Já o estudo “Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil” (CARRER et al., 2016) faz referência que a APS é considerada uma estratégia fundamental para aumentar a efetividade e resolutividade dos serviços, constituindo referência no cenário mundial para reduzir as iniquidades existentes no setor saúde.

Ademais, num outro estudo, “Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços” (COSTA et al., 2014) é mencionado que além das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças a forma como as práticas de cuidado são realizadas nos serviços de saúde também são importantes para o alcance da resolubilidade do atendimento.

Outrossim, defendemos ainda que a resolubilidade da APS pode ser alcançada também mediante um atendimento acolhedor, a responsabilização das equipes e o trabalho resolutivo em saúde baseado no cuidado corresponsável, no sentido de aprofundar os saberes e as práticas no campo da saúde.

Ainda, as docentes da UEFS ressaltam nas suas falas que a ABS é o primeiro nível de atenção e o primeiro contato da pessoa com o serviço de saúde.

É apesar da gente saber que deve ser o **primeiro contato**, e que acredito nisso realmente, eu acho que é o ponto da assistência que deve buscar assistir as pessoas e também prevenir alguns danos e agravos então muitas vezes a gente fala assim a Atenção Básica ou Atenção Básica no sentido de algo menor algo menos relevante (Ent. Do5).

Para mim, **Atenção Primária ou Atenção Básica** é justamente o **primeiro nível de atenção à saúde** disponibilizado pelo serviço, ofertados pelo SUS, aos usuários do sistema. É onde o indivíduo deve iniciar o atendimento, pelo serviço de saúde (Ent. Do10).

Estão explícitas nos fragmentos destas falas, que apesar das docentes conceberem a ABS como o primeiro nível de atenção no qual o usuário estabelece o primeiro contato com o sistema de saúde, não obstante ela é ainda considerada como um serviço “no sentido de algo menos relevante” dentro da rede de atenção.

Nesta perspectiva, segundo Lavras (2011), é senso comum entender as unidades de saúde da APS/ABS como espaços onde se dá, ou “deveria” se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos usuários com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados.

Em contraposição com as falas dos docentes da UEFS e da UPTC salientamos que no estudo “Significados que construyen los docentes sobre la formación de enfermeras en Atención Primaria en Salud Renovada en una Universidad del departamento de Antioquia” (CÁRDENAS, 2018) existe, uma clara ambigüidade sinônima no conceito de Atenção Primária à Saúde, o que possibilita uma confusão conceitual com categorias que possuem uma relação epistemológica histórica com a APS, derivadas das correntes do pensamento crítico-social.

Por conseguinte, destacamos a importância da unificação de critérios conceituais sobre a APS por parte dos docentes que tem a responsabilidade da formação dos estudantes nas instituições de ensino superior, já que a Enfermagem é considerada como uma das profissões da área da saúde com atuação essencial para a consolidação da APS, especialmente pelo potencial inovador, criativo e versátil desenvolvido nas ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e os cuidados oferecidos sobre tudo em áreas rurais e desprovidas.

Em convergências aos sentidos e significados sobre a APS/ABS, as falas das discentes concebem também a Atenção Básica como a porta de entrada, enfatizando-a como o acesso primário do usuário ao sistema de saúde, com ofertas de serviços de promoção de saúde e prevenção de doença.

[...] **Atenção Primária e a Atenção Básica é a porta de entrada da saúde, onde o usuário tem acesso primário a saúde**, principalmente do SUS que é público que a gente mais lida, é, tem acesso aos diversos serviços que são oferecidos, né? (Ent. Di15).

[...] **Atención Primaria** en salud es llegar a donde todas las personas, eh, pues a partir de las necesidades que ellos nos demuestran ¿no?, digamos que mmm, eh, la persona pues a lo largo de su vida dependiendo del ciclo vital necesita pues cosas diferentes. Digamos que la atención primaria se le puede brindar a partir de la pre[...] eh, pues **la prevención**, el tratamiento, la rehabilitación, dependiendo como lo que necesite (Ent. Di34).

Desta maneira, observamos que existem convergências sobre o sentido e o significado da ABS representada na porta de entrada dos usuários à rede do serviço de saúde no primeiro nível de atenção no Brasil e na Colômbia, além de significar uma relevante possibilidade para o cuidado em Enfermagem/saúde mediante ações de promoção de saúde e prevenção de doença, com o compromisso de responder à maioria das necessidades de saúde da população.

Neste sentido, o significado da APS/ABS como o nível primário do sistema de atenção à saúde a concebe como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema com a resolubilidade desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, com o objetivo de minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível (INSTITUTE OF MEDICINE, 1994).

Diante desse contexto, o Documento sobre La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas (OPAS/OMS, 2007) refere que um sistema de saúde baseado na Atenção Básica é constituído por um conjunto de elementos estruturais e funcionais essenciais que possibilitem garantir a cobertura e o acesso universal aos serviços aceitáveis para a população e promovam a equidade. Porém reforça que esse atendimento necessita ser integral, integrado e adequado ao longo do tempo, e voltado à prevenção das doenças e promoção da saúde, assim como para a garantia do primeiro contato do usuário com o sistema, tendo como base de planejamento e ação as famílias e as comunidades.

Ainda, a docente da UEFS complementa as ideias expressadas nos fragmentos das falas anteriores e reforça que o serviço de Atenção Básica precisa estabelecer aliança com as Redes de Atenção à Saúde para facilitar o sistema de referência e contrarreferência.

A **Atenção Básica é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde** é[...] essa porta, ela é responsável por acolher, por receber e fazer a distribuição das **demandas** que se inserem no Sistema Único de Saúde. E, sendo a porta de entrada, ela vai fazer o atendimento com base nas **ações de prevenção, de promoção da saúde**, inclusive ações relacionadas aos programas específicos do Ministério da Saúde, atenção domiciliar, [...] fazendo parcerias com outros elementos da rede, como serviços especializados e é[...] dando né?! As possibilidades para um **processo de referência e contrarreferência** dos outros níveis, né? **secundário e terciário**. (Ent. Do4).

Em vista disso, ressaltamos a importância de reconhecer a responsabilidade das equipes de Atenção Básica para estabelecer um processo de referência e contrarreferência compartilhado com os níveis secundário e terciário de atenção à saúde, com o propósito de fortalecer os princípios e a coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

Ao levarmos em consideração tal premissa, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) menciona que a responsabilização compartilhada entre as equipes de saúde e as equipes de Atenção Básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência.

ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de Atenção Básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

Para mais, o mesmo documento (BRASIL, 2012) ressalta que os sistemas de saúde precisam funcionar de forma integrada, tendo em vista também os mecanismos de coordenação da atenção em todo o espectro de serviços, incluindo o desenvolvimento de redes e sistemas de referência e contrarreferência.

Deste modo, o sistema de referência é entendido como o encaminhamento de um usuário da APS para um serviço de maior complexidade, quando ele necessita de um atendimento mais especializado. Enfim, de acordo com tal sistema, o usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é “referenciado” (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento de que necessita (SERRA; RODRIGUES, 2010; RODRIGUES; VIEIRA; LEITE, 2013).

Já a contrarreferência caracteriza-se por uma tentativa de organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser “contrarreferenciado”, ou seja, o profissional “deve” encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita (BRASIL, 2011).

Não obstante, o estudo “Referência e contrarreferência no cotidiano da atenção à saúde de Divinópolis-MG, Brasil: o suporte às decisões da atenção primária” (MELO; CRISCUOLO; VIEGAS, 2016) menciona que os profissionais da APS e os gestores manifestam noções e “nóis” sobre o sistema de referência e contrarreferência e declararam que o acesso aos serviços de saúde se torna precário e inviável quando diversos aspectos negativos se tornam presentes no cotidiano da APS e dos serviços da rede, como encaminhamentos desnecessários, ações médicas pouco resolutivas no nível primário, contrarreferência pouco frequente, falta de recursos e estruturas, investimentos insuficientes, dentre outros.

Nesta perspectiva, destacamos que a maioria dos sistemas de saúde estão focalizados na atenção hospitalar, oferecendo solução imediata aos problemas de saúde da população, mediante o atendimento especializado e os recursos tecnológicos. Conseqüentemente, em muitos países os serviços de emergência estão saturados e excedem sua capacidade de resposta devido ao aumento da demanda de atendimento que pode ser resolvida nos serviços de primeiro e segundo nível de atenção. Portanto, acreditamos na evidência que a utilização da APS/ABS reduz as hospitalizações inadequadas.

Diante essa realidade, confirmamos que o Sistema de Referência e Contrarreferência é um mecanismo que se compõe de estratégias que permitem à população garantir o acesso aos serviços de saúde, com o apoio das entidades territoriais e os prestadores de serviços públicos de forma a garantir a continuidade do cuidado da saúde da população. Não obstante, para que este processo suceda é essencial a coordenação entre os diferentes níveis de atenção e a capacidade operacional de cada um deles de acordo com as necessidades, considerando que a entrada do usuário para o sistema deve ser sempre fornecida desde o primeiro nível de atenção.

Entretanto, as falas das docentes da UEFS, complementam as informações anteriores e consideram que o investimento é um aspecto relevante na ABS para garantir a continuidade do cuidado à saúde da população.

Meu entendimento sobre **Atenção Básica** é o atendimento das doenças de alta complexidade ne? Se a gente quer melhorar, você tem que **investir primeiro na atenção mesmo integral**, é o fundamento de uma casa eu acho que o fundamento é esse (Ent. Do1).

[...] a gente tem muito mais ganhos com a **Atenção Primária** em saúde do que se a gente investir simplesmente nos níveis já secundário e terciário de prevenção que aí já tem doença instalada e já tem mais gastos com relação a custo também, custo e custo na vida de cada uma dessas pessoas, por aí já não vão para o trabalho, já tem problemas em casa e **a gente ganha mais com os investimentos em atenção básica** apesar de que eles poderiam ser melhores (Ent. Do12).

A respeito dos investimentos na APS/ABS, percebemos que fica implícita nessas falas das docentes da UEFS uma realidade visível na maioria dos sistemas de saúde da América Latina, dado que, a maior parte dos investimentos são dirigidos ao segundo e terceiro nível de atenção para atender doenças crônicas da população. Portanto, sistemas baseados nas culturas curativas e não preventivas, continuam gerando aumento dos gastos para os países e redução da cobertura universal à saúde e melhoramento da qualidade de vida oferecido na Atenção Básica.

Para Macinko e Mendonça (2018) os sistemas e serviços de saúde representam um investimento no bem-estar da população, mas o retorno nesse investimento é diferente entre países, que precisam balancear gastos, cobertura, qualidade e equidade, entre outros fatores.

Outrossim, de acordo com Lavras (2011), as iniciativas de investimento focadas na APS, necessariamente precisam contemplar:

- Adequação da infraestrutura física e tecnológica das unidades de saúde já existentes

- construção de novas unidades onde houver necessidade
- Implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais
- Aperfeiçoamento do processo gerencial em todas as unidades básicas de saúde existentes
- Implantação de protocolos clínicos consensuados com as demais unidades e a incorporação permanente de dispositivos relacionados à gestão do cuidado em saúde, com vistas a favorecer a integração das práticas profissionais e a garantir a continuidade assistencial.

Em concordância, Lapão e Pisco (2019) referem que é necessário reforçar o investimento, sobretudo relativo ao setor pessoal na APS até porque é uma parte importante da solução no sentido de garantir a sustentabilidade do sistema de saúde, melhorar a cobertura e a saúde da população e, conseqüentemente, fortalecer a economia. Ao investir-se mais na APS com responsabilidade na prevenção à saúde e na promoção dos hábitos saudáveis, a longo prazo, o sistema de saúde poderá evitar custos com doenças evitáveis.

De acordo com Barrios e Sagastuy (2017) é uma realidade que os países continuam priorizando um modelo centrado na atenção hospitalar, na alta tecnologia e na cura de doenças. Neste âmbito, na formulação de políticas, não se prioriza investimentos em infraestrutura, trabalhadores de saúde, tecnologias e estratégias socio-sanitárias para um trabalho efetivo com a comunidade com uma atuação sobre os determinantes sociais e aproximando a saúde do habitat das pessoas.

Por conseguinte, a OMS (2019) comenta que os países precisam aumentar os gastos com Atenção Primária à Saúde em pelo menos 1% de seus produtos internos brutos (PIB) para eliminar as gritantes lacunas de cobertura e cumprir as metas de saúde. Para tal fim, a maior parte desse financiamento viria dos próprios países utilizando recursos internos e aumentando os gastos públicos em saúde em geral ou reconduzir os gastos, já que, atualmente a maioria dos países investe pouco na APS.

Finalmente, segundo Almeida e outros (2018) o investimento no aumento da capacidade do primeiro nível de atenção para a prevenção de doenças, diagnóstico precoce e detecção de fatores de risco é um dos principais pilares da Declaração de Alma Ata e da Estratégia de Saúde Universal. Deste modo, a estratégia de APS requer uma participação social ativa e a incorporação de aspectos como a interculturalidade e gênero. Por isso, a APS não se trata de “serviços de má qualidade para os pobres”, mas sim do melhor investimento para alcançar saúde para todos.

Conclusiones

A respeito da ressignificação do (s) sentido (s) e significado (s) da APS/ABS, encontramos convergências nas visões acadêmicas dos participantes, ao considerarem a Atenção Primária à Saúde como o ponto de partida e a porta de entrada da população ao sistema de saúde no primeiro nível de atenção, articulado com o nível secundário e terciário, mediante um processo de referência e contrarreferência, tanto no Brasil quanto na Colômbia.

Considerando esse cenário, a APS/ABS possibilita o cuidado em Enfermagem/saúde através do desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doença, com o compromisso de responder à maioria das necessidades de saúde da população.

Bibliografía

ALMEIDA, G; et al. La Atención Primaria de Salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, 42: e104, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49471/v42e1042018.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

ASSIS, E. Manual de Pesquisa Qualitativa. Belo Horizonte: Grupo Ânima Educação, 2014.

BAHIA. Bahia História - Resumo Informações Turismo. Bahia, 2015.

BARRIOS, O.; SAGASTUY, B. De Salud para Todos a Salud Universal: Cómo concretar el derecho a la protección a la salud. **Revista Salud Problema**, México, v. 11, n. especial, p. 47-66, 2017. Disponível em: <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/583>

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde-CONASS. Atenção Primária e promoção da saúde: Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2011.

BRASIL. Geografia de Brasil Bahia. Bahia, Brasil, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012.

BRAVO, V.A.A.; CYRINO, E.G.; AZEVEDO, M.A.R. Ensino na atenção primária à saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais: o papel do projeto político-pedagógico. In: CYRINO, A.P.; GODOY, D.; CYRINO, E.G. Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014, p. 25-48.

CÁRDENAS, N. Significados que construyen los docentes sobre la formación de enfermeras en Atención Primaria en Salud Renovada en una Universidad del departamento de Antioquia. 2018. Tesis (Magister en Enfermería)- Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, 2018. Disponível em: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/12774>

CARRER, A.; et al. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2849-60, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JrFFs8TJRmzbJctsyTp69j/abstract/?lang=pt>

CAVALCANTE, R.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Revista Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 24, n.1, p. 13-18, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/10000/10871>

COSTA, J; et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gXKyw3Jsx4RsTvrLdGwBCsp/abstract/?lang=pt>

CUTOLO, L. R. A.; DA ROS, M. A.; VERDI. M. I. M.; Atenção primária da saúde, atenção básica da saúde e a estratégia saúde da família. In: CUTOLO, L. R. A.; DA ROS, M. A.; VERDI. M. I. M. Saúde e Sociedade [Recurso eletrônico] /Universidade Aberta do SUS Florianópolis: UFSC, 2010. p. 55-75.

FAUSTO, M; MATTA. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

FEIRA DE SANTANA. Município de Feira de Santana. Bahia, Brasil, 2016.

GIL, C. Métodos e técnicas de pesquisa social. (6. Ed). São Paulo: Atlas, 2008.

Giovanella, L.; Mendonça, M. Atenção Primária à Saúde. Livro Políticas e sistema de saúde no Brasil. Capítulo-16.pmd, 2009.

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ. Localización Departamento de Boyacá División Política. Boyacá, Colombia, 2017.

GOBIERNO DE ESPAÑA. Ministerio de Asuntos Exteriores de Cooperación Oficina de Información Diplomática. República de Colombia. Madrid, España, 2017.

HEIMANN, L; et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2877-87, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xktZcsW99DvJvcdPtWBR7dS/abstract/?lang=pt>

INSTITUTE OF MEDICINE. Defining primary care: na interim report. Washington, The National Academies Press, 1994.

LAPÃO, L.; PISCO, L. A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: o futuro e os desafios da maturidade. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. Sup 2: e00042418, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/kdDjNvBYzkqyvSzVpkjynBJ/?lang=pt>

LAVRAS C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-74, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/?lang=pt>

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Revista Saúde em Debate**, Rio De Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 18-37, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTb/abstract/?lang=pt&stop=previous&format=html>

MATA, J. A. S. & RUIZ, M. L. F. Definición y características de la atención primaria de salud. In: FADSP (Org.) Situación Actual y Futuro de la Atención Primaria de Salud. Madrid: FADSP, 1993. (Sanidad Pública, n. 7)

MELO, D.; CRISCUOLO, M.; VIEGAS, S. Referência e contrarreferência no cotidiano da atenção à saúde de Divinópolis-MG, Brasil: o suporte às decisões da atenção primária.

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 4986-4995, 2016. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4402>

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010

NAMURA, M. Por qué Vygotsky se centra no sentido: Uma breve incursão pela história do sentido na psicologia. **Revista Psicologia da Educação**, São Paulo, n. 19, p. 91-117, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n19/n19a06.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS); FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS (UNICEF). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. (Alma-Ata, URSS), 1978.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage. 2019 MONITORING REPORT. Washington, D.C., 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de posición. Washington, D.C: OPS, 2007a.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Atención primaria en salud. Washington, D.C 2021.

RHIRY-CHERQUES R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, São Paulo, v. 3, p. 20-27, 2009. Disponível em: <https://docplayer.com.br/15061-Saturacao-em-pesquisa-qualitativa-estimativa-empirica-de-dimensionamento.html>

RODRIGUES, L.; VIEIRA, J.; LEITE, I. Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte na região Sudeste. **Revista Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 40-5, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/Zxdc7wxM9h83496pGhrnVWK/abstract/?lang=pt>

SERRA, G.; RODRIGUES, P. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na região metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 3, p. 3579-86, 2010. Disponível em:



<https://www.scielo.br/j/csc/a/tLn5ZVpMK4nZnj5nKBC7qzj/abstract/?format=html&lang=pt>

SOUZA, J.; KANTORSKI, L.; VILLAR, M. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252>

STARFIELD. B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios e tecnologia. Brasilia: UNESCO, Ministerio da Saude, 2002.726p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagen/0253.pdf>

SUMAR, N; FAUSTO, M. Atención Primaria à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **Journal of Management & Primary Health Care**, Minas Gerais, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.

TRIVIÑOS, A. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TUNJA. Política Pública de la Juventud Municipio de Tunja.Contexto Territorial / Cobertura Educación Superior. Tunja, 2015.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS). Colegiado de Enfermagem Matriz Curricular. 2018.

VIGOTSKI, L. A construção do pensamento e da linguagem. São Paulo: Martins Fontes. 2000.

VYGOTSKI, L. Pensamiento y lenguaje. In: VYGOTSKI, Lev S. Problemas de Psicología General. II edición Madri: Visor, 1993, p. 11-348.

Nombre	Identificación	Programa	Correo electrónico:
Isabel Cristina Florez Escobar	37.290.861	Enfermería Enfermería	isabelflorezescobar1981@gmail.com



Título:
Efectividad de las intervenciones educativas para la rehabilitación cardiaca en pacientes con enfermedad cardiaca isquémica: una revisión sistemática
Nombre del Semillero:
El cuidar
Universidad:
Universidad de Pamplona
RESUMEN (300 PALABRAS)
<p>Introducción: las enfermedades cardiovasculares están definidas como un conjunto de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, los cuales representan la primera causa de defunciones a nivel mundial dentro del grupo de enfermedades crónicas no trasmisibles, además de esto es importante destacar las graves secuelas que se pueden derivar de estas, la mayoría de estas enfermedades pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando intervenciones que abarquen a toda la población. Objetivo: realizar una revisión sistemática de la evidencia existente sobre la efectividad de las intervenciones educativas en el fortalecimiento de la salud en pacientes con enfermedad cardiaca isquémica en rehabilitación cardiaca. Material: se realizará una revisión sistemática de la literatura que proporcione evidencia respecto a su aplicabilidad y efectividad. La primera medida será una búsqueda de la literatura en las fuentes bibliográficas Cuiden, Lilacs, Pubmed, Scielo, Dialnet, Scopus, Ebsco, Embase, Ibecs Medes y cuidatge sin restricción de resultados. Teniendo en cuenta referencias comprendidas entre los años 2010 hasta el 2020 utilizando las palabras claves rehabilitación cardiaca, enfermedad cardiovascular e intervención educativa con sus equivalentes en inglés y portugués. Los resultados obtenidos serán analizados inicialmente estableciendo la relación entre el título del artículo y el tema de la revisión sistemática; posteriormente se realizará la lectura del resumen, finalmente se implementará la guía JADAD para evaluar la calidad metodológica de los estudios, para hacer la lectura crítica realizando un análisis de la información expresada en los estudios. Respecto a pautas basadas en evidencia en prevención en atención primaria se usará la Canadian Task Force on Preventive Health Care. Resultados: se espera valorar la efectividad de las intervenciones educativas en los</p>

de salud cardiovascular, lo cual incrementa el riesgo para que aparezcan estas enfermedades (5).

Un estudio desarrollado por la Universidad de Harvard presentado en el Foro Económico Mundial demostró el desgaste económico que se ocasiona en los países por el desarrollo de las ECV. De tal forma las pérdidas de los países de ingresos bajos y medios (en dólares estadounidenses) estuvieron por encima de US\$ 3 billones para el 2010 y se proyectan para el 2030 en US\$ 8,6 billones. De igual forma se ven afectadas las estimaciones de los costos directos e indirectos por las ECV en el mundo las cuales pasarían de US\$ 863.000 millones en el 2010 a US\$ 1,04 billones para el 2030, lo cual explica la afectación en estos países y el impacto económico, social y personal (6).

En los países desarrollados, según el resumen de estadísticas de enfermedades del corazón publicado en 2017, en Estados Unidos alrededor de 2.200 personas fallecen por ECV cada año y éstas representan la causa de una de cada tres muertes, no obstante, existe un problema adicional y se destaca que alrededor de 90 millones de estadounidenses viven con algún tipo de enfermedad cardiovascular o las secuelas de estas (7). En los países occidentales se desarrolla un escenario similar al descrito con anterioridad a pesar de la prevalencia de enfermedades transmisibles como el VIH, la malaria y la tuberculosis, entre otras (7).

El Observatorio Nacional de Salud del Instituto Nacional de Salud de Colombia, estableció que las enfermedades cardiovasculares representaron la primera causa de muerte en el país. Las ENT en el 2018 fueron el detonante del 69% de las muertes y se proyectó un incremento del 15% para el periodo 2010 - 2020, lo que conllevaría a totalizar sobre un 73% de la mortalidad y un 60% de la carga de la morbilidad (4). Del total de fallecimientos atribuidos al grupo de ECV, un 30.6% corresponde a enfermedad cerebrovascular, el 0.5% a enfermedad cardíaca reumática crónica, un 12.4% a enfermedad hipertensiva y el mayor porcentaje un 56.3% obedece a enfermedad cardíaca isquémica (8), lo anterior enmarca la necesidad de interactuar con el paciente con cardiopatía isquémica, que la OMS la define como el estrechamiento o bloqueo de los vasos sanguíneos (9) cuya causas más frecuente es la enfermedad aterosclerótica de las arterias coronarias, lo que ocasiona alteraciones fisiopatológicas secundarias a la aparición de un desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno del músculo cardíaco (10), estableciendo presentación de la enfermedad en dos forma, una clínica crónica y estable de presentación de la enfermedad, y otra forma aguda (SCA) que tiene mecanismos fisiopatológicos diferentes que precisa un manejo clínico y tratamiento específicos entre los cuales principalmente la angioplastia y bypass coronario (11).

En mención de lo anterior es necesario atender el abordaje al paciente con cardiopatía isquémica en su forma aguda para controlar y disminuir las complicaciones, minimizar las secuelas y asegurar la calidad de vida en estos. Por lo que las intervenciones educativas en el proceso de rehabilitación del paciente son fundamentales para generar el cambio cognitivo - conductual requerido para la modificación de los factores de riesgo.

Además no solo se debe desatacar la mortalidad a partir de la cardiopatía isquémica es importante mencionar el alto índice de secuelas que pueden desarrollar las personas que la sufren o han sufrido, en lo que resulta oportuno abordar este paciente desde la rehabilitación cardiovascular, actualmente la OMS contempla la rehabilitación cardiaca como “el conjunto de actividades necesarias para asegurar a las personas con enfermedades cardiovasculares una condición física, mental y social óptima que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como le sea posible en la sociedad” (12).

Organizaciones como la Asociación Americana Del Corazón y el Colegio Americano de Cardiología coinciden en la importancia de los Programas De Rehabilitación Cardiaca (PRC) y los reconoce como un fragmento esencial en el cuidado de los pacientes cardiovasculares, por lo que son recomendados como útiles y eficaces (Clase I); un consenso elaborado entre la Asociación Americana de Rehabilitación Pulmonar y Cardiovascular, la Agencia para la Política de Atención Medica y la Asociación Americana Del Corazón estableció que para darle cumplimiento a los objetivos de creación de estos programas se deben ofertar de forma multifacética y multidisciplinar llevando a cabo intervenciones que apunten a la reducción del riesgo cardiovascular; de tal manera que no sólo ofrezcan entrenamiento físico sino también intervenciones educativas (13).

Es por lo anterior que las actividades educativas cobran la relevancia necesaria en los programas de rehabilitación que atienden al paciente cardiovascular, pues se convierten en el sustento necesario para el cambio en los estilos de vida de los individuos y la adherencia de estos de manera completa al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad.

Maroto et al, llevaron a cabo un metaanálisis basado en estudios aleatorios a corto y largo plazo en España en el que demostraron que existe una evidencia estadísticamente significativa, en cuanto a la reducción de la mortalidad con los programas de Rehabilitación cardiovascular (14), pese a estos resultados y al evidente efecto positivo a nivel de rentabilidad (15), el desarrollo de los programas en el mundo es insuficiente. A nivel mundial al evaluar el comportamiento de dichos programas se observa la poca adherencia a estos, ya sea por la falta de interés de

los profesionales del área de la salud o por las restricciones económicas que se generan en el sistema de salud.

En los países europeos España, pese a que la infraestructura material y profesional es excelente, sólo se rehabilita el 3% sobre la población total que lo amerita (16).

La actuación del equipo interviniente en estos programas ha de ser multidisciplinaria, tendiente a captar a la mayor cantidad de personas en esta situación. Se debe tener en cuenta que la población de enfermos cardíacos que deben ingresar a un plan de rehabilitación debe ser la totalidad de ella, sin embargo, y a modo de ejemplo, en los países más desarrollados, como Holanda, se rehabilita 50%-60% que es un porcentaje alto para el resto del mundo, en España no alcanza 15% y en nuestro país no superaría 2%-4% según datos de OMS (17).

Una vez realizada la revisión literaria se evidencia la sobrevaloración de los PRC, siendo este parte fundamental para asegurar la recuperación del paciente con cardiopatía isquémica en su forma de presentación aguda, por lo tanto, se realizará una revisión sistémica de las intervenciones educativas dirigido a los pacientes con este tipo de enfermedad, para medir los resultados obtenidos que permitan modificar la conducta sustentada desde lo cognitivo-conductual.

Plasmado lo anterior y analizando la necesidad en la que se ve enmarcada la población con enfermedades cardiovasculares para la realización de actividades encaminadas a la atención oportuna y eficaz de los pacientes con ECV, se considera pertinente abordar esta temática acompañados por el profesional de enfermería de tal manera que se logre iniciar acciones de prevención secundaria debido a que en este periodo se puede “educar al paciente acerca de su enfermedad, la dieta, los factores de riesgo y su modificación, así como se le orienta respecto a sus medicamentos, los cuidados que ha de tener en casa, la actividad física permitida y los signos de alarma para solicitar ayuda” (18).

Los resultados de la búsqueda sobre la efectividad de programas mostraran las acciones que permitirán fortalecer la actuación de manera autónoma del profesional de enfermería, además, continuar con el liderazgo dentro de un escenario multidisciplinar lo que permitirá posicionamiento como cuidadores en este campo en específico, así como el reconocimiento de enfermería en el papel como gestoras del cuidado individualizado, además podría ser el primer eslabón en el desarrollo de estos programas para la atención del paciente con algún tipo de ECV; en el ámbito de formación les permitirá a las Instituciones de educación superior tener un referente en el tema, además de innovación a nivel local y regional.

Esta revisión sistemática se convierte entonces en un insumo importante para las instituciones y profesionales de salud, puesto que será la ruta para la obtención de la mejor evidencia disponible a nivel nacional que compilen y evalúen las

intervenciones educativas para la rehabilitación cardiaca en pacientes con cardiopatía isquémica post tratamiento con angioplastia o bypass coronario. Luego de realizar una búsqueda inicial de revisiones sistemáticas en torno al tema, se encontró limitación de la evidencia científica actual que aborde las intervenciones en idioma inglés como en español. En consecuencia, esta investigación cobra importancia en la producción de literatura científica en español tipo revisión sistemática, que cuente con el adecuado proceso de validación de la información que incluya estudios evaluados desde su calidad metodológica para contar con la mejor evidencia disponible y que contribuya a fortalecer la forma en cómo se interviene a las personas con enfermedad cardiovascular para la promoción de la salud.

De acuerdo con esto el objetivo de esta investigación será realizar una revisión sistemática de la evidencia que existe sobre la efectividad de las intervenciones educativas para el abordaje del paciente con cardiopatía isquémica post tratamiento con angioplastia o bypass coronario, realizando una síntesis de los resultados de los estudios realizados. Por lo cual, se requiere de un documento que compile la evidencia disponible de la efectividad de estas intervenciones educativas de tal forma que se pueda conocer ampliamente este fenómeno y se puedan generar programas a los pacientes en el proceso de la rehabilitación.

De acuerdo con lo anterior surge la siguiente pregunta problema de investigación:

¿A partir de la búsqueda de la literatura y la mayor evidencia posible cuál es la efectividad de las intervenciones educativas para la rehabilitación cardiaca en pacientes con enfermedad cardiaca isquémica?

Metodología:

Se realizará una revisión sistemática de la literatura en las siguientes bases de datos; Cuiden, Lilacs, Pubmed, Scielo, Dialnet, Scopus, Ebsco, Embase, Ibecs Medes y cuidatge, sin restricción de resultados. Para la búsqueda de los estudios se emplearán las palabras claves; rehabilitación cardiaca, enfermedad cardiovascular e intervención educativa, estas serán combinadas con el operador booleano AND para configurar ecuaciones de búsqueda que se adaptarán a los idiomas inglés y portugués de la siguiente forma:

- Rehabilitación cardiaca and Enfermedad cardiovascular and Intervención educativa.
- Cardiac rehabilitation and cardiovascular disease and educational intervention.
- Reabilitação cardíaca e doença cardiovascular e intervenção educacional.

La búsqueda de bibliografía y elaboración de la propuesta de investigación será realizada entre los meses de febrero a octubre del 2021 y se tendrá en cuenta el protocolo que

establece la declaración PRISMA, esta guía proporciona información con respecto a la formulación de la pregunta, extracción de datos, calidad de los estudios y riesgos de sesgo en las revisiones sistemáticas. La formulación análisis de resultados se llevará a cabo en los meses de octubre, noviembre hasta la primera semana de diciembre del 2021. Para finalmente realizar la entrega de producto final en la segunda semana de diciembre. La búsqueda y análisis de la información será realizada por el investigador principal en acompañamiento con del tutor de investigación asignado.

3.1 Criterios de inclusión y exclusión.

Serán seleccionados para el análisis estudios publicados en los últimos 10 años (2011 - 2021), esto con el fin de contar con la literatura científica más actual y que se encuentre escrito en idioma español, inglés o portugués. Los estudios serán cuantitativos de tipo experimental o cuasiexperimental y que evalúen la efectividad de las intervenciones educativas para la rehabilitación cardíaca en pacientes con cardiopatía isquémica post tratamiento con angioplastia o bypass coronario. Los estudios deben ser accesibles en textos completo, y no se tendrá en cuenta el número de la muestra y/o de intervenciones para seleccionar los artículos. Serán excluidos los estudios que pertenezcan a la literatura gris y/o revisiones sistemáticas y aquellos que tengan una clasificación según la escala de JADAD <3.

3.2 Selección de estudios

Para la selección de los artículos se iniciara en primer lugar con la lectura de título y resumen, posteriormente se hará lectura del texto completo, la cual permitirá realizar una búsqueda inversa que permita examinar la bibliografía de los artículos seleccionados y de esta forma encontrar más estudios que se encuentren por fuera de las bases de datos, la búsqueda hacia adelante será realizada en Google académico por medio de las citas que han realizado otros autores al artículo seleccionado y de esa forma incluir más estudios que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente definidos. Finalmente, a los estudios encontrados se les realizará la lectura crítica con el fin de evaluar los posibles sesgos metodológicos y/o de publicación.

3.3 Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgos

Para evaluar los posibles sesgos en los estudios y la calidad metodológica de los mismos se hará uso de la guía de lectura crítica de JADAD, esta guía otorga un puntaje de 0 a 5 a los estudios, si la puntuación es < 3 se considera que el estudio tiene baja calidad metodológica (19) (ver anexo 1). Por último, se empleará la escala Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) (20), (ver anexo 2), la cual evalúa la calidad de la evidencia y el grado de recomendación de cada una de las intervenciones realizadas en los artículos.

3.4 Variables, Extracción y análisis de los datos

Las variables para tener en cuenta en esta revisión son las siguientes:

- a) Características del estudio: autores, año y país, tipo de estudio, muestras y características, principales medidas de resultados.
- b) Intervenciones educativas para la rehabilitación Cardíaca en pacientes con cardiopatía isquémica post tratamiento con angioplastia o bypass coronario.
- c) Efectividad de las intervenciones educativas: Pruebas estadísticas empleadas y resultados obtenidos; OR (Odds Ratio), RR (Riesgo Relativo) y IC (Intervalo de Confianza).

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos extraídos serán almacenados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel en la que se hará una descripción de las características de la población, el tipo de intervención, la aleatorización, los resultados de la intervención y el seguimiento realizado en cada uno de los estudios. Además, se analizarán las diferencias y similitudes de los estudios de forma cualitativa.

Resultados:

La búsqueda arrojó un total de 14.849 artículos, después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 20 estudios, de los cuales se escogieron aquellos que obtuvieron una puntuación $> o = 3$ según la escala de JADAD que no mostraran sesgos metodológicos. Finalmente se incluyeron en la revisión 10 artículos, los detalles de la búsqueda se encuentran en la figura 1 según la declaración PRISMA.



Características de los estudios

DQS is member of:



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz

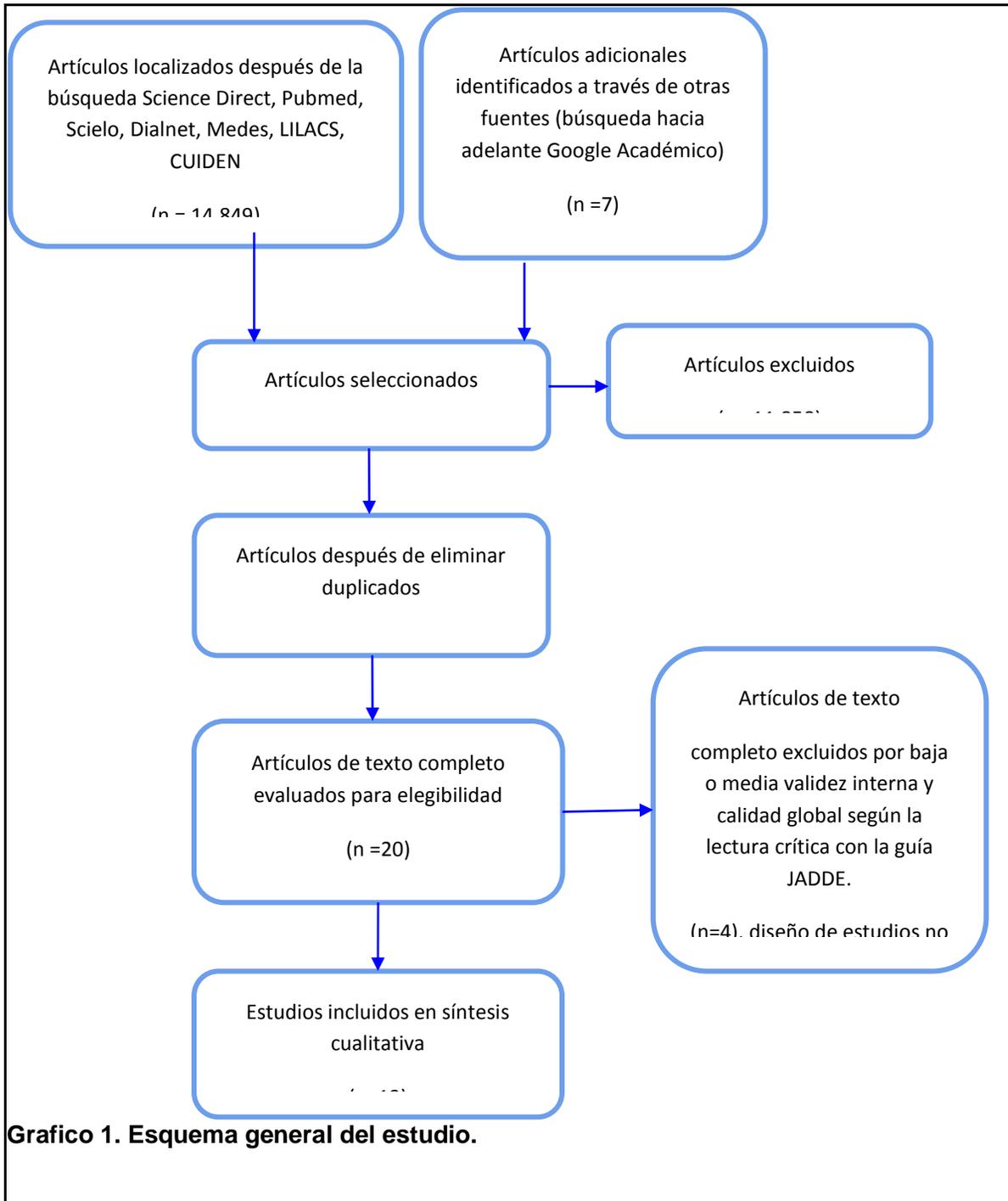


Grafico 1. Esquema general del estudio.

Tabla 1. Resumen de revisión bibliográfica.

BASE DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	Nº DE ESTUDIOS ENCONTRADOS	Nº DE ESTUDIOS SELECCIONADOS
Pudmed	Educación AND Rehabilitación Cardíaca AND cardiopatías	1838	6
Scielo		2	0
Lilacs		21	2
Ebsco		0	0
Medes		0	0
Ciuden		0	0
Dialnet		26	3
Science Direct		12962	2
Búsqueda hacia adelante y hacia atrás			7
Total		14849	20

Tabla 2. Lectura crítica de los artículos.

ARTICULO	VALIDEZ INTERNA SEGÚN JADAD	NIVEL DE EVIDENCIA CTFPHC	GRADO DE RECOMENDACIÓN CTFPHC
Berenguel et al, 2017, España	1	II-1	C
Suarez et al, 2015, Colombia	1	II-1	C
Martinez et al, 2015,	1	II-1	C
Frederix et al, 2016, España	3	I	B
Furuya et al, 2014, Brazil	3	I	B
De Melo et al, 2015, Cánada	2	II-1	C
De Melo et al, 2015, Cánada	2	II-1	C
Lumertz et al, 2014, Brazil	3	I	B
Brouwers et al, 2017, The Netherlands	4	I	A

Widmer et al, 2017, EE UU	2	I	B
Arantes et al, 2018 Brasil	3	I	B
Naranjo et al, 2012, Colombia	2	I	B
Dinesen et al, 2019, Dinamarca	1	II-2	C
Dorje et al, 2018, Australia	3	I	B
Hwang et al, 2017, Australia	3	I	B
Su, et al, 2019, China	3	I	B
Peng, et al, 2018, china	3	I	B
Stoevesandt, 2020, Alemania	3	I	B
Amedro, et al 2018, Francia	3	I	B
De Melo et al, 2020, Cánada	3	I	B
Conclusiones: en construcción			
Bibliografía.			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización mundial de la salud. Enfermedades cardiovasculares, prioridades estratégicas. [Internet]. [Consultado 2021 junio 25]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=A59AFBA7B014A36798F1EA54D8756A95?sequence=1 2. Organización mundial de la salud. Enfermedades cardiovasculares, prevención y control. [Internet]. [Consultado 2021 junio 25]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/ 3. Organización mundial de la salud. Global status report on non communicable diseases 2011. [Internet]. [Consultado 2021 junio 25]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/ 4. Organización mundial de la salud. Plan de acción mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. [Internet]. [Consultado 2021 junio 25]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases 5. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet, 2016; 388(10053):1659-1724 			

6. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;370:1929-38.
1. Organización mundial de la salud. New HWO report [Internet]. [Consultado 2021 junio 25]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/ncds_20110427/en/.
2. Organización panamericana de la salud. Carga de la hipertensión arterial y su grupo de enfermedades. [Internet]. [Consultado 2021 agosto 25]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-hipertension-2020>
3. Organización panamericana de la salud. Carga de la hipertensión arterial y su grupo de enfermedades. [Internet]. [Consultado 2021 septiembre 25]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>.
4. Cordero A, Galve E, Bertomeu V, Bueno H, Fácila L, Alegría E, et al. Tendencias en factores de riesgo y tratamientos de pacientes con cardiopatía isquémica atendidos en consultas de cardiología entre 2006 y 2014. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69 (4):401-7.
5. Organización mundial de la salud. WHO Global Health Repository. Cardiovascular diseases, deaths per 100000. Data by country 2012. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main>
6. Organización mundial de la salud. rehabilitación después de las enfermedades cardiovasculares, con especial atención a los países en desarrollo. [Internet]. [Consultado 2020 julio 30]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41777/TRS831_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1
7. Balady G, Williams M, Ades P, Bittner V, Comoss P, et al. Core Components of Cardiac Rehabilitation / Secondary Prevention Programs: 2007 Update. *Circulation*. Mayo 22 de 2007
8. Maroto JM, Artigao R, Morales MD, de Pablo C, Abaira V. Rehabilitación cardíaca en pacientes con infarto de miocardio. Resultados tras 10 años de seguimiento. *Rev Esp Cardiol*. 2015; 58: 1181-7.
9. Maroto Montero JM, de Pablo Zarzosa C, Morales Durán M, Artigao Ramírez R. Rehabilitación cardíaca. Análisis de coste-efectividad. *Rev Esp Cardiol*. 2016; 49: 753-58.
10. Maroto JM. La rehabilitación en prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. El problema español. En: Del Río A y de Pablo C (eds.): *Manual de Cardiología Preventiva*. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2005. p. 239-54



11. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de Salud en el mundo Forjemos el futuro. Ginebra. OMS [Internet]. [Consultado 2021 junio 25]; Disponible en: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf.
12. Observatorio Nacional de Salud. V Informe ONS. Carga de las enfermedades crónicas no transmisibles. Bogotá 2015. [Internet]. [Consultado 2021 junio 25]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/5.%20Carga%20de%20enfermedad%20ECNT.pdf>
13. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? Control Clin Trials 1996;17:1-12.
14. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2003; 169: 207-220.

Nombre Estudiantes Participantes:	Identificación	Programa	Correo electrónico:
Jhon Alexander Rojas Caballero	1065605245	Enfermería Enfermería	Jhon.rojasc@unipamplona.edu.co

TÍTULO: Organização dos serviços de saúde na atenção às crianças com Síndrome Congênita Zika vírus em um município do interior da Bahia-Brasil.

Nombre del Semillero: Estudo resultante da Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, intitulada “ACESSO AO DIREITO À SAÚDE DAS CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA ASSOCIADA À INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA”, de autoria da Professora Doutora Mariana deOliveira Araujo, orientada pela Professora Doutora Maria Angela Alves do Nascimento, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil.

Universidad: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil.

RESUMEN (300 PALABRAS):

A Síndrome Congênita associada à infecção pelo Zika vírus (SCZ) apresenta uma série de manifestações em neonatos expostos ao vírus Zika durante a gestação, com acometimentos neurológicos, dentre eles a microcefalia congênita, que requer cuidados e atuação multiprofissional para garantirem reabilitação, tratamento e efetivação do direito à saúde das crianças. Assim, este estudo procurou responder a seguinte questão: Como tem se organizado os serviços de saúde na atenção às crianças com SCZ em um município do interior da Bahia, Brasil? E teve como objetivo analisar a organização dos serviços de saúde na atenção às crianças com SCZ no referido município. Estudo qualitativo realizado nos serviços para crianças com SCZ no município de Feira de Santana, Bahia, Brasil. A entrevista semiestruturada e a observação sistemática foram as técnicas utilizadas na coleta de dados. Participaram do estudo: Grupo I (oito mães/ pais ou responsáveis); Grupo II (11 profissionais de saúde); Grupo III (nove gestores dos serviços do Sistema Único de Saúde-SUS); e Grupo IV (uma pesquisadora local sobre o vírus Zika), totalizando 29 participantes. Os dados foram analisados pela Análise de Conteúdo Temática. Nos resultados identificou-se como protagonistas os serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), principalmente a Vigilância Epidemiológica (VIEP) e o Centro de Arboviroses, também denominado Centro de Infectologia, bem como a rede de apoio credenciada ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou a rede SUS, como a Associação de Pais e Mães dos Excepcionais (APAE), no atendimento às crianças com SCZ. A análise da organização dos serviços de saúde na atenção às crianças com SCZ poderá colaborar para superar os desafios encontrados e para a operacionalização da saúde enquanto um direito de cidadania necessário para a concretização de um SUS igualitário, universal, equânime e integral e para a promoção da qualidade de vida dessas crianças.



Objetivos:

Objetivo general

Analisar a organização dos serviços de saúde na atenção às crianças com SCZ em um município do interior da Bahia, Brasil.

Objetivos específicos

Planteamiento del problema

Como tem se organizado os serviços de saúde na atenção às crianças com SCZ em um município do interior da Bahia, Brasil?

DQS is member of:





TÍTULO: Cuestionario de factores de riesgo y cognitivo-perceptuales en la persona con problemas cardiovasculares.
Nombre del Semillero: Grupo de Investigación en Cuidado de Enfermería – GICE
Universidad: Francisco de Paula Santander – UFPS – Sede Cúcuta
RESUMEN (300 PALABRAS)
Objetivo general: Realizar la validación aparente, de contenido y consistencia interna del cuestionario de factores de riesgo y cognitivo-perceptuales en la persona con problemas cardiovasculares, a la luz del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.
Planteamiento del problema: Las enfermedades cardiovasculares son consecuencia de múltiples etiologías y factores de riesgo asociados que deben considerarse en contexto de otros; en Colombia está en los grupos de riesgo del Modelo de Atención Integral en Salud donde la ruta para promoción y mantenimiento de salud permite realizar intervenciones acorde al curso de vida en que se encuentren las personas.
Marco teórico: (Conceptos preliminares) El Modelo de Promoción de la Salud define asistencia sanitaria como obtención de salud óptima en personas e identifica factores cognoscitivos y perceptivos del individuo que son modificados por características personales, situacionales e interpersonales y que se traducen en participación de conductas que favorecen salud, cuando hay clave de acción.
Metodología: Instrumento como parte de dos estudios cuantitativos, descriptivos y de corte transversal, convalidación aparente y de contenido y prueba piloto para obtención de consistencia interna.

Resultados:

Construcción con revisión de literatura y teoría enfermera, formulación de preguntas soporte bibliográfico basado en evidencia. Estructura inicial de tres categorías validada por 5 expertos através de un formato. Prueba piloto a 35 personas con Alfa de Cronbach de 0,74 y coeficiente de correlación r par-impar 0.98 para 52 ítems. Se modificó en cuatro apartados retomando variables iniciales y ajustando datos, aplicando de manera virtual una prueba piloto de 50 participantes con Alfa de Cronbach de 0,827 demostrando alto nivel de consistencia interna.

Conclusiones:

Indicador empírico a la luz del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, orientado hacia antecedentes inmediatos de conducta y afecto y variables específicas del individuo que identifican aspectos susceptibles de intervención modificados mediante acciones de Enfermería.

Bibliografía:

- Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Organización Mundial de la Salud (OMS) [internet] 2008 [citado el 5 noviembre de 2020] Disponible en: http://ish-world.com/downloads/activities/PocketGL_spanish.pdf
- Sakraida TJ. Nola J. Pender: Modelo de promoción de la salud. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Barcelona: Elsevier; 2011. P. 434-453

TÍTULO: Software de aplicación como herramienta educativa para estudiantes de enfermería

Nombre del Semillero: No es una Investigación de semillero.

Universidad: Fundación Universitaria de San Gil - UNISANGIL

RESUMEN

La inclusión de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones al sistema educacional, ha generado una transformación continua del sistema didáctico habitual que se realiza en los estudiantes, teniendo en cuenta la necesidad de generar espacios interactivos e innovadores que favorezcan el aprendizaje de los estudiantes de enfermería, se realizó el diseño de un software que permita al estudiante integrar conocimientos y habilidades en la ejecución de un proceso de cuidado básico. **Objetivo:** Desarrollar competencias en la ejecución del procedimiento básico aspiración de secreciones mediante la creación de un software de aplicación como herramienta educativa para estudiantes de enfermería. **Metodología:** fue una investigación cualitativa con un diseño evaluativo, validado por nueve estudiantes, nueve docentes, un egresado y un experto tecnológico. Se desarrolló en tres momentos: Diseño del software de aplicación; Evaluación del software y Generación de las secuencias didácticas. **Resultados:** se generó una tabla de competencias para la enseñanza del procedimiento de aspiración de secreciones, coherente con los sílabos correspondientes, a partir de cual se elaboró el guión para el diseño del software de aplicación, el cual contó con cuatro unidades: tres de repaso y afianzamiento de saberes previos, requisito para la comprensión de la cuarta unidad que consistió en el procedimiento de enfermería mencionado. Asimismo, se construyeron tres secuencias didácticas que permitieron el uso del software en diferentes ambientes de aprendizaje: presencial, virtual y autónomo. Este desarrollo tecnológico contó con la validación técnica y académica y ya se cuenta con registro de propiedad intelectual.

Objetivos:

Objetivo general

Diseñar un software de aplicación como herramienta educativa para desarrollar competencias en la ejecución del procedimiento básico aspiración de secreciones en estudiantes de enfermería.

Objetivos específicos

1. Diseñar un software de aplicación para el procedimiento básico aspiración de secreciones con participación multidisciplinar.
2. Generar las secuencias didácticas para los ambientes de aprendizaje: presencial virtual y autónomo en los que se desarrollen las competencias para el procedimiento básico aspiración de secreciones por medio del software.
3. Evaluar la funcionalidad del software de aplicación para el desarrollo de las competencias asociadas al procedimiento básico aspiración de secreciones.

Planteamiento del problema

La inserción de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones dentro del sistema educacional, ha provocado una transformación progresiva del sistema didáctico habitual que se realiza en los educandos. (Olivera, et al, 2017). Lo que ha llevado a que se realicen transformaciones en los diferentes modelos pedagógicos tradicionales hacia nuevos modelos donde perfeccione sus procedimientos en beneficio del aprendizaje para garantizar una educación innovadora. Ante este hecho Morgado (2015) afirma que “la enseñanza se hace cada vez más centrada en el estudiante y no en el profesor, por lo que el aprendizaje del estudiante es cada vez más activo, independiente e individual” (p.1). Lo que ha llevado a que los docentes, utilicen medios y métodos informáticos renovados que aumente la motivación de los estudiantes y de esta manera permitan el logro de los objetivos. Según Castillo y Maas, (2017) “la adquisición de nuevos conocimientos es cada día más factible debido a los avances tecnológicos que ha permitido la expansión de información con diferentes fines para satisfacer las distintas necesidades de las personas, con dicho avance tecnológico se han desarrollado herramientas educativas para la formación de profesionales de la salud como es el caso de enfermería” (p.3).

En Colombia, los estudiantes de los programas de áreas de la salud, en especial, enfermería, se enfrentan a diversas situaciones en la atención humana; derivada del quehacer enfermero. La enfermería como vocación está dedicada al bienestar social. Por tanto, el bienestar se logra, con las intervenciones propias de cuidado, a través, de procedimientos básicos. La efectividad de los procedimientos dependerá del entrenamiento, el cual, se da en los laboratorios de simulación de enfermería, como espacios académicos que brindan al estudiante procesos cognitivos. (Acevedo, Díaz, Cajavilca, & Cobo, 2019). De manera semejante ocurre, con el uso de tecnologías informáticas en los espacios académicos para promover en el estudiante la oportunidad de adquirir habilidades y destrezas en los procesos relacionados con los procedimientos de cuidado básico en enfermería. (Domingos et al., 2017)

Deben considerarse, dichos espacios como herramientas fundamentales que permitan al estudiante desarrollar su capacidad crítico-reflexiva para asumir los procedimientos de su quehacer como futuros profesionales, que implicaría una práctica acorde a las necesidades de

los pacientes y alcancen los resultados de salud esperados. (Ramírez, 2019). Existen diversas herramientas que pueden integrarse dentro de un entorno virtual de aprendizaje, lo que conlleva a una extensión de los recursos con capacidad de producir un aprendizaje significativo en el estudiante. El enfermero de hoy ha venido desarrollado nuevos conocimientos, proporcionados por su formación, y que le han permitido adquirir habilidades necesarias para ejercer su labor dentro de los nuevos campos de actividad profesional. (Arandojo, 2016)

Sin embargo, aún se quedan cuidados de enfermería que podrían ser, mejor percibidos por el estudiante y mejor visualizados por los docentes, si se utilizan otras herramientas que permitan cambiar la panorámica del aprendizaje tradicional y motivarlos a vivenciar otras experiencias técnico-pedagógicas que puedan motivarlos a la creación de escenarios posibles y reales mediante la utilización de ambientes virtuales de aprendizaje.

De ahí la necesidad de espacios interactivos e innovadores, que les ofrezcan a los estudiantes en su proceso formativo, diversos ambientes de aprendizaje, y logren poner en práctica todos los conocimientos adquiridos a lo largo de sus estudios académicos. Durante su desarrollo, se integran las técnicas y procedimientos en el cuidado de enfermería que le permitan identificar y desarrollar competencias en cualquier situación que se suscitan en las experiencias de cuidado. (Yasmin, Alves, & Pereira, 2015) Por lo tanto, este proceso como un contenido especial dentro de los programas académicos, para ello, se deben fortalecer los procesos de enseñanza que permitan obtener mejores niveles de conocimiento en el ejercicio como profesionales de enfermería. Razón por la cual, la academia brinde herramientas, con el fin de estar en la vanguardia social, ya que esto permitirá no solo, construir saberes en el ejercicio profesional, sino también generar aportes teóricos-prácticos para la disciplina desde una perspectiva innovadora. (Carolina & Buitrago, 2016; Céspedes, 2019)

Marco teórico: (Conceptos preliminares)

La profesión de Enfermería viene desarrollándose desde hace más de un siglo y ha experimentado una rápida evolución hasta alcanzar el cuerpo doctrinal propio de una disciplina académica. Desde los planteamientos hechos por la madre de la Enfermería Moderna Florence Nightingale, quien plasmó sus concepciones acerca de la enfermería y el cuidado de los pacientes y estableció que la limpieza y la luz son elementos fundamentales para la recuperación de las personas, empezó a

cimentar las bases de la ciencia de enfermería y su naturaleza (Amaro, 2004).

Por ello y soportado por Medina (1999) la filosofía de enfermería se basa en un conjunto de creencias, valores y principios conceptuales y procedimentales asumidos por la profesión como orientadores de la construcción del objeto epistémico disciplinar: "El cuidado", el cual es definido con base en la orientación filosófica y epistemológica de cada filosofía, modelo o teoría que fundamente los currículos de los programas de formación.

El Programa de Enfermería de UNISANGIL identifica las diversas teorías y modelos de enfermería como base de aplicación del cuidado en las diferentes áreas de desempeño profesional, constituyéndose en una guía que orienta el quehacer profesional. Para tal fin, se reconocen desde diferentes asignaturas los modelos y teorías adaptables a las situaciones de salud observadas, haciendo énfasis en la aplicabilidad de las teorías de rango medio a la práctica.

Cabe anotar que, si bien el Programa reconoce el valor e importancia de los diferentes modelos y teorías y vela por su aprendizaje y aplicación, hay una identificación particular con el planteamiento de la teoría Madeleine Leininger quien afirma que los cuidados son la parte esencial de la enfermería y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina, así como que la persona, la familia y la comunidad son la esencia del cuidado. En este contexto, se toma lo definido por Leininger con respecto a enfermería como “la profesión y la disciplina humanista y científica aprendida que se centra en los fenómenos y las actividades de los cuidados para ayudar, apoyar, facilitar y capacitar a las personas o grupos a que conserven o recuperen su bienestar (o salud), de un modo culturalmente significativo y beneficioso o para ayudar a las personas a que afronten impedimentos físicos o mentales o la misma muerte” (Leininger, 1995 citado por Santos 2014, p.22).

Metodología:

Se hace uso del enfoque cualitativo con diseño evaluativo, con el fin de verificar la funcionalidad del software de aplicación para el desarrollo de competencias en los estudiantes. La investigación evaluativa: responde a un diseño interpretativo soportado en el modelo respondiente (Stake), el cual “tiene en cuenta aspectos como los antecedentes, procesos o actividades del programa y efectos o resultados (...) tiene en cuenta que la información sobre estos conceptos se debe diferenciar en función de su carácter descriptivo de juicio” (5).

La investigación se localiza en una institución de educación superior colombiana denominada UNISANGIL en una de sus sedes, se desarrolló durante el año 2020 con nueve docentes, nueve estudiantes de tercer nivel de aprendizaje y un egresado del programa de enfermería. Los criterios de inclusión incluyen:

Encontrarse vinculado al programa de enfermería.

Conocer el procedimiento básico de aspiración de secreciones.

Contestar completamente el instrumento de validación.

Para recolectar la información académica se hizo una adaptación del Instrumento para evaluar software de Hernández (6) en cuanto a las variables presentación y estructura, eficacia, eficiencia y calidad con sus respectivos criterios los cuales se presentan en la tabla 1.

Tabla 1- Variables para la validación del software educativo

Variable	Criterio
Presentación y estructura	Atractivo visual
	Se pueden observar los iconos de navegación
	Presenta los elementos gráficos con efectividad
Eficacia	Representa una metodología apropiada para el aprendizaje del procedimiento de aspiración de secreciones
	Presenta una lógica de secuencia de actividades dentro del software.
	Tiene actividades apropiadas de autoevaluación.
Eficiencia	Permite la exploración del software por el usuario
	Constituye una herramienta para el aprendizaje.
	Utiliza un lenguaje apropiado para la población meta de uso.
	Cantidad de actividades para reforzar contenidos.
Calidad	Cantidad de actividades de autoevaluación.
	Interactivo
	Instrucciones claras mediante el uso de la multimedia.
	Uso y manejo de recursos técnicos.
	Comunicación entre el estudiante y el software.

Fuente. Hernández (6)

Adicionalmente se generaron las variables y criterios en relación a los contenidos del software y se presentan en la tabla 2.

Tabla 2- Variables y criterios en relación a los contenidos del software

Contenido
a. Anatomía y fisiología del sistema respiratorio
b. Valoración física del sistema respiratorio
c. Oxigenoterapia: definición, dispositivos de alto y bajo flujo
d. Aspiración de secreciones: diagnóstico de enfermería, definición, indicaciones, contraindicaciones, complicaciones

e. Procesos interrelacionados: protocolo de lavado de manos, protocolo de postura de guantes estériles, protocolo de registros de enfermería, protocolo de clasificación de residuos de riesgo biológico
Tipos de aspiración de secreciones
f. Aspiración por traqueostomía
g. Aspiración por tubo endotraqueal
h. Aspiración por orofaringea
i. Aspiración por nasofaríngea
Competencias: el software representa un apoyo para el logro de las competencias presentadas al inicio de cada unidad
Unidad 1: anatomía y fisiología
Competencia cognitiva Conoce la anatomía y fisiología del sistema respiratorio para la realización del procedimiento de cuidado básico aspiración de secreciones.
Competencia procedimental Hace uso de la anatomía y fisiología del sistema respiratorio para la realización del procedimiento de cuidado básico aspiración de secreciones.
Competencia actitudinal Participa directamente en las actividades de aprendizaje en la anatomía y fisiología del sistema respiratorio.
Unidad 2: valoración física del sistema respiratorio
Competencia cognitiva Comprende las técnicas de valoración física en el sistema respiratorio para la realización del procedimiento de cuidado básico aspiración de secreciones.
Competencia procedimental Adquiere habilidad en la realización de las diferentes técnicas de valoración de enfermería del sistema respiratorio para la realización del procedimiento de cuidado básico aspiración de secreciones.
Competencia actitudinal Identifica, plantea y resuelve una situación de enfermería desarrollando estrategias para la realización del procedimiento de cuidado básico aspiración de secreciones.
Unidad 3: oxigenoterapia
Competencia actitudinal Reconoce el cuidado integral individual en las diversas fases del curso de vida en los procesos de salud – enfermedad en los diferentes niveles de atención aplicando la metodología correcta durante el proceso básico de enfermería oxigenoterapia.
Competencia procedimental

Adquiere habilidad en la realización de la oxigenoterapia relacionada con el procedimiento de cuidado básico aspiración de secreciones

Competencia actitudinal

Participa activamente en las actividades de aprendizaje de oxigenoterapia teniendo en cuenta las diferentes acciones del cuidado de enfermería para la realización del procedimiento de cuidado básico aspiración de secreciones de forma correcta y oportuna, con una atención de calidad.

Unidad 4: aspiración de secreciones

Competencia actitudinal

Identifica la necesidad de realizar el proceso de cuidado básico aspiración de secreciones en las diferentes etapas del curso de vida con el fin de impactar positivamente en la calidad de vida de las personas.

Competencia procedimental

Demuestra habilidad en la realización de los diferentes procedimientos en el laboratorio de simulación y planifica la atención del paciente sujeto de cuidado de una manera individualizada y oportuna.

Competencia actitudinal

Valora el trabajo autónomo y colaborativo como método de aprendizaje complementario.

Fuente. Elaboración propia.

La validación técnica se realizó por medio de un instrumento elaborado a partir de las características de evaluación de un software educativo presentado por Cova (7). En la tabla 3 se encuentran las variables medidas con este instrumento.

Tabla 3- Variables para la validación técnica del software

Dimensiones	Características
Documentación	El propósito y los objetivos son claros.
	Los textos son fáciles de leer.
	La información que suministra es precisa
	El programa es fácil de usar
Software de práctica y ejercitación	El nivel de dificultad es oportuno.
	El estudiante controla el ritmo.
	El programa mantiene el interés del usuario.
Software Tutorial	La estructura del contenido es coherente: contenido, aplicación, evaluación.
	Se ofrece un número de intentos limitados por errores.
	El orden de los ejercicios es el adecuado.

Software de Simulación	Las imágenes y secuencia usadas facilitan la simulación
	Las situaciones que plantea son realistas.
	Las animaciones facilitan el aprendizaje de acuerdo con las competencias presentadas.
Software de herramientas de simulación	El sistema presenta claves al usuario.
	La entrada y salida en cualquier parte del software es fácil.
Interface de usuario	Acceso a los menús e iconos
	Los iconos son de tamaño y color adecuados, reconocibles y legibles
	Las áreas con información son obvias
	Se usan pausas cortas teniendo en cuenta el movimiento natural del ojo
	Se usan colores legibles y acordes.

Fuente. Cova (7).

Tanto el instrumento de validación académico como el instrumento técnico fueron a su vez validados en cuanto a forma y contenido por expertos en lenguaje, enfermería-docencia y tecnología.

La metodológica aplicada se basada en el modelo para el diseño de un software educativo propuesto por Piñeres (8), el cual tiene como base fundamental el sistema de competencias, para ello integra cinco momentos: diseño educativo, diseño multimedial, diseño computacional, producción y aplicación, las cuales para esta investigación se condensan tres fases:

Fase 1. Diseño del software de aplicación

1. Estudio de los factores educativos que sustentan el diseño del software en cuanto a la didáctica, la pedagogía y la ética.
2. Selección de los aspectos estéticos y del sistema de comunicación, según la población, sistema de contenidos y estrategias planeadas en la fase anterior.
3. Se trabajan los fundamentos de ingeniería de software que requiere el desarrollo de una aplicación robusta y amigable.
4. Construcción del software educativo

Fase 2. Evaluación de la funcionalidad del software de aplicación para el desarrollo de las competencias asociadas al procedimiento básico aspiración de secreciones

1. Pruebas preliminares: verificación del correcto funcionamiento y la interacción entre los componentes.
2. Evaluación y valoración interna con los docentes del equipo ejecutor.
- 3 Validación técnica: en esta fase se ajusta el software educativo. Es revisado por un experto tecnológico.
- 4 Una vez finalizado el diseño es evaluado por los docentes, estudiantes y egresado seleccionado. Se realizan los ajustes pertinentes.

Fase 3. Generación de las secuencias didácticas para los ambientes de aprendizaje en los que la aplicación del software permite el desarrollo de las competencias:

1. Articulación de competencias relacionadas con el procedimiento de aspiración de secreciones de forma coherente con el modelo pedagógico de UNISANGIL, así como con los perfiles y competencias del programa de enfermería.
2. Diseño de los momentos que conforman las secuencias didácticas para el ambiente de aprendizaje presencial, virtual y autónomo de acuerdo con la articulación generada.
3. Revisión de las secuencias formuladas por parte de un asesor.

El estudio cuenta con la aprobación del comité de ética de UNISANGIL.

Resultados:

Diseño del software de aplicación: para el diseño del software se determinaron las competencias cognitivas, las actividades y procesos cognitivos a desarrollar desde la teoría de la modificabilidad cognitiva (propia del modelo pedagógico institucional), las competencias procedimentales y las competencias actitudinales para cada una de las unidades seleccionadas para el software: tres de repaso y afianzamiento de saberes previos:

1. Anatomía y Fisiología

2. Valoración física del sistema respiratorio

3. Oxigenoterapia

Las cuales se consideran requisito para la comprensión de la cuarta unidad, que consiste en el procedimiento de enfermería mencionado, en la tabla 2 se presentaron las competencias que orientan la enseñanza de las cuatro unidades del software. Con el fin de evidenciar la relación de la competencia cognitiva para el procedimiento de aspiración de secreciones con el modelo pedagógico institucional, en la tabla 4 se presenta la construcción realizada por los autores para esta unidad del software.

Tabla 4- Competencias para la enseñanza del procedimiento de aspiración de secreciones

Competencia Cognitiva	Actividades	Procesos Cognitivos (Modificabilidad Cognitiva)
Identifica la necesidad de realizar el proceso de cuidado básico aspiración de secreciones en las diferentes etapas del curso de vida con el fin de impactar positivamente en la calidad de vida de las personas.	Fase de entrada 1. Mapa conceptual: con las indicaciones, contraindicaciones y complicaciones (audio y lectura)	Vocabulario conceptos para identificar: Relación palabra - concepto.
	Fase de salida 1. Identificación de las indicaciones, contraindicaciones y complicaciones	Proyectar relaciones virtuales.
	Fase de entrada 2. Animación de procesos interrelacionados: lavado de manos, postura de guantes estériles, manejo de residuos de riesgo biológico y registros de Enfermería.	Datos claros de los problemas y situaciones.
	Fase de salida 2. Ordenar paso a paso cada proceso interrelacionado	Comportamientos adquiridos, de forma espontánea ante diversas situaciones.
	Fase de entrada	Vocabulario conceptos para identificar: Relación palabra - concepto.

	3. Al estudiante se le muestran todos los instrumentos para la aspiración de secreciones	
	Fase de salida 3. El estudiante reconoce y selecciona entre varios los instrumentos para la aspiración de secreciones	Transporte visual adecuado. Retención de características en memoria por la representación mental.
	Fase de entrada y salida 1. Al estudiante se le presenta y orienta para que desarrolle el paso a paso de los procedimientos (oro-traqueal, traqueostomía, nasofaríngea, orofaríngea).	Proyectar relaciones virtuales: las relaciones dependen de ellos mismos, sino de la capacidad de relacionarlos
	Fase de salida 1. El estudiante realiza una prueba de selección múltiple con única respuesta.	Datos claros de los problemas y situaciones.

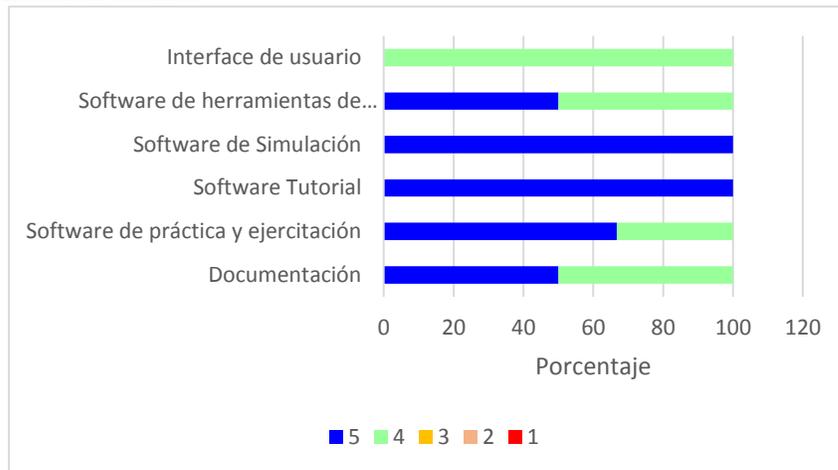
Fuente. Elaboración propia

A partir de un guion construido de acuerdo con la información contenida en esta tabla, se construyó el software educativo. En cada unidad se le presenta al estudiante las competencias que va a alcanzar, se desarrolla la fundamentación teórica y se presenta una actividad de evaluación formativa que tiene como fin afianzar la información presentada mediante la simulación de procesos reales. Asimismo, se genera un manual de usuario en el que se detalla el contenido de software; este queda a disposición del repositorio bibliográfico de la institución con el propósito de garantizar su posterior uso.

Evaluación del software: este desarrollo tecnológico cuenta con validación técnica y académica. En la figura 1 se presentan los resultados de la validación realizada por un ingeniero de sistemas quien pertenece al equipo institucional encargado de la certificación del material didáctico generado por los docentes. La valoración de las variables presentadas en la imagen

permite evidenciar fortalezas en el tutorial y la simulación alcanzada en el software en la que se obtuvo la mayor puntuación.

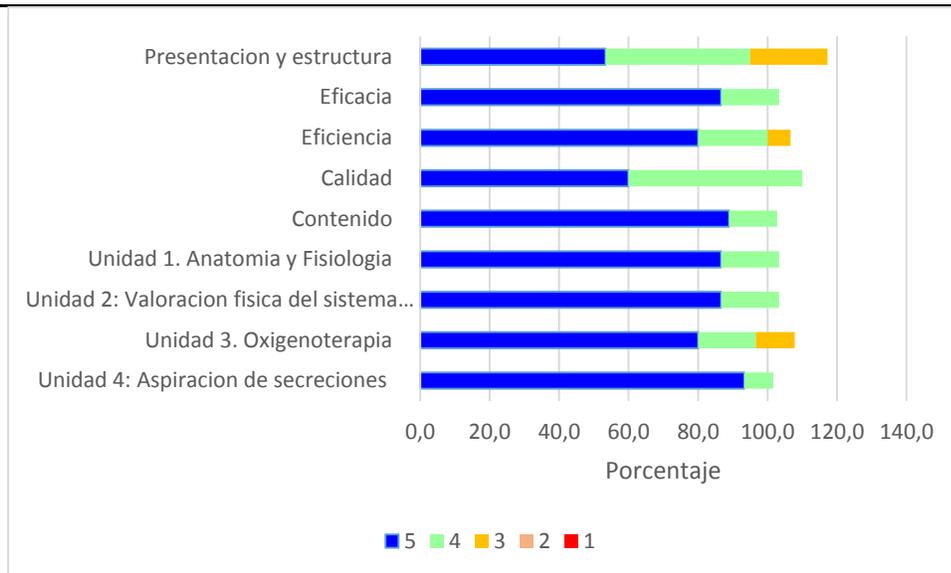
Figura 1- Validación técnica



Fuente. Elaboración propia

Asimismo, un equipo de nueve docentes realizó la validación académica del software a partir de las variables que se presentan en la figura 2. Se obtuvieron puntajes mayores al 80% para la mayoría de ellas; para las que se detectó debilidad, como fue el caso de la presentación, se realizaron ajustes que permitieron el mejoramiento del software gracias a las observaciones realizadas.

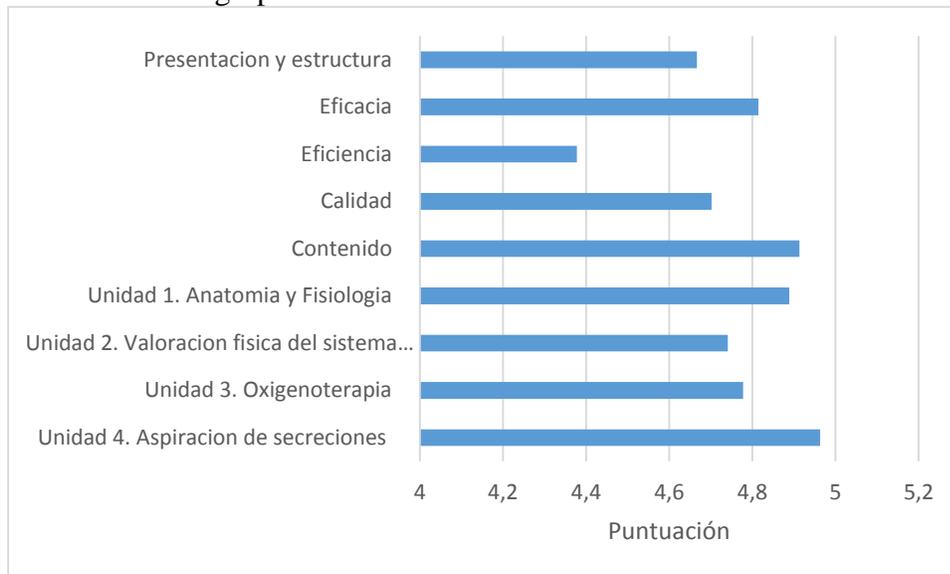
Figura 2- Validación del equipo docente



Fuente. Elaboración propia

De igual forma, un grupo de nueve estudiantes realizó la validación académica del software para las mismas variables que evaluadas por los docentes (véase figura 3). De acuerdo con la apreciación de los mismos en general se obtiene un puntaje mayor a 4,3 en una escala de 0 a 5, siendo 5 el máximo puntaje. Se resalta el alto puntaje obtenido con relación a los contenidos del software y la coherencia con las competencias planteadas para cada unidad.

Figura 3- Validación del grupo de estudiantes



Fuente. Elaboración propia

Por su parte, el egresado realizó una valoración positiva del software e influyó en el mejoramiento del mismo en aspectos estéticos y en las actividades evaluativas que se encuentran al finalizar cada unidad para que sean más amigables con el usuario.

Generación de las secuencias didácticas: se construyeron tres secuencias didácticas que permiten el uso del software como herramienta didáctica en diferentes ambientes de aprendizaje: presencial, virtual y autónomo. Cada secuencia didáctica comparte el mismo objetivo de aprendizaje, resultados de aprendizaje, competencias, materiales y recursos como se observa en la tabla 5:

Tabla 5 – Sección compartida en las secuencias didácticas

Ambiente: <u>Presencial</u>
Sede: <u>San Gil</u>
Grupo: <u>Tercer nivel de aprendizaje</u>
Objetivos del aprendizaje: Desarrollar conocimientos y habilidades en el procedimiento básico de aspiración de secreciones en los diferentes períodos del curso de vida de las

personas a través de un escenario simulado con un aplicativo software como puente de acercamiento a la realidad que favorezca un cuidado de enfermería con calidad y calidez dentro del proceso de atención de enfermería.

Resultados de aprendizaje:

Al terminar el estudiante será capaz de:

Identificar en el simulador las partes y funciones del sistema respiratorio que interviene en el proceso de aspiración de secreciones.

Reconocer en el simulador, la técnica de valoración física para la aplicación del procedimiento de aspiración de secreciones en la situación de enfermería presentada.

Elegir en el simulador la metodología de aplicación correcta para el procedimiento básico de enfermería oxigenoterapia de acuerdo con la valoración física reconocida.

Experimentar en el simulador el procedimiento de aspiración de secreciones de acuerdo a la valoración física reconocida y en coherencia con la situación de enfermería presentada, teniendo en cuenta el período del curso de vida del usuario.

Integrar los protocolos de los procesos interrelacionados: lavado de manos, postura de guantes estériles, manejo de residuos de riesgo biológico y registros de Enfermería durante la experimentación en el simulador del procedimiento básico de aspiración de secreciones.

Competencias: (ver tabla 1)

Materiales y recursos:

Software educativo Procedimiento de aspiración de secreciones

Laboratorio de sistemas

Laboratorio de simulación de enfermería

Biblioteca

Fuente. Elaboración propia

Sin embargo, para cada ambiente de aprendizaje se cuenta con una secuencia didáctica diferente, en la tabla 6 se presenta la secuencia para cada ambiente de aprendizaje y el porcentaje sugerido para la evaluación de las respectivas actividades.

Tabla 6- Actividades académicas por ambiente de aprendizaje

Fase	Ambiente presencial		Ambiente virtual		Ambiente autónomo*		
	Actividad	% Evaluar	Actividad	% Evaluar	Actividad	% Evaluar	
Fases	Preresberes	El estudiante desarrolla la Unidad 1 (Anatomía y fisiología del sistema respiratorio) y la Unidad 2 (Valoración) en software de forma autónoma.	10%	El estudiante desarrolla la Unidad 1 (Anatomía y fisiología del sistema respiratorio) y la Unidad 2 (Valoración) en software de forma autónoma.	10%	El estudiante desarrolla la Unidad 1 (Anatomía y fisiología del sistema respiratorio) y la Unidad 2 (Valoración) en software de forma autónoma.	10%

a p e r t u r a	Motivación	Lluvia de ideas acerca del procedimiento de aspiración de secreciones con el grupo.		Video del tema y responde en un foro a un interrogante derivado del mismo.			
	Fase de desarrollo	Explicación del tema con apoyo del software en un laboratorio de sistemas , cada estudiante va desarrollando las actividades en el mismo.		El estudiante desarrolla una guía escrita que orienta el desarrollo de las unidades 3 y 4 del software.		El estudiante desarrolla las unidades 3 y 4 del software para el procedimiento de aspiración de secreciones.	20%
F a s e d e c i e r e		*Quiz previo al laboratorio. Prerrequisito para presentar el informe de laboratorio.	40%: 25%	*Quiz previo al laboratorio. Prerrequisito para presentar el informe de laboratorio.	40% :		
		* Laboratorio de simulación. *Informe de laboratorio	15%	* Laboratorio de simulación. *Informe de laboratorio	15%		
	Fase práctica	* Teórico práctico: 1. Quiz	50%: 12,5%	* Teórico práctico: 1. Quiz	50% :	* Teórico práctico: 1. Quiz	70% :
		2. Procedimiento en el laboratorio	25%	2. Procedimiento en el laboratorio	25%	2. Procedimiento en el laboratorio	40%
		3. Registro de Enfermería.	12.5%	3. Registro de Enfermería.	12.5%	3. Registro de Enfermería.	15%

Fuente. Elaboración propia

Como se observa en la tabla 6 cada secuencia cuenta con un espacio para la fase práctica, la cual se realiza en el laboratorio de simulación. Para la evaluación de esta actividad se generó una rúbrica (véase tabla 7) orientada a valorar el nivel de competencia alcanzado por los estudiantes con ayuda del software diseñado.

Tabla 7- Rúbrica de evaluación para la práctica del procedimiento de aspiración de secreciones en el laboratorio de simulación

Criterios de desempeño	Alto (calificación: 4.0 – 5.0)	Medio (calificación: 3.0 – 3.9)	Bajo (calificación: <2.9)
------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------

<i>Respeto y Seguridad al dirigirse al paciente.</i>	Asume una actitud de seguridad y muestra respeto al paciente al realizar el PBAS.	Se muestra poco seguro(a) y respetuoso (a) al dirigirse al paciente en la realización del PBAS.	Su actitud es inapropiada, no mantiene contacto visual con el usuario al realizar el PBAS.
<i>Capacidad para explicar los objetivos del procedimiento básico aspiración de secreciones</i>	La explicación permite al paciente y su familia comprender a cabalidad los objetivos de la realización del PBAS.	El paciente y su familia demuestran confusión con los objetivos para la realización del PBAS.	El paciente y su familia no comprenden la finalidad de los objetivos para la adecuada realización del PBAS.
<i>Explicación amplia de las condiciones éticas</i>	El/la estudiante explica en su totalidad las condiciones éticas (correr cortina, mantener su privacidad al realizar el PBAS)	El/la estudiante explica algunas condiciones éticas (correr cortina, mantener su privacidad al realizar el PBAS)	El/la estudiante no explica claramente las condiciones éticas (correr cortina, mantener su privacidad al realizar el PBAS)
<i>Realiza la valoración respiratoria para la realización del procedimiento básico aspiración de secreciones</i>	El estudiante realiza la valoración de forma correcta y completa respiratoria aplicando las 4 técnicas de valoración para la realización del PBAS.	El estudiante realiza la valoración de forma incorrecta e incompleta respiratoria al aplicar las 4 técnicas de valoración realización del PBAS.	El estudiante no realiza ninguna de las técnicas de valoración respiratoria para la realización del PBAS.
<i>Identifica los dispositivos de oxigenoterapia (pre oxigenación) para la realización del procedimiento</i>	El estudiante identifica de forma correcta y completa todos los dispositivos de oxigenoterapia de	El estudiante identifica de forma correcta y completa algunos de los dispositivos de oxigenoterapia de	El estudiante no identifica los dispositivos de oxigenoterapia de alto y bajo flujo para la preoxigenación en

<i>básico aspiración de secreciones</i>	alto y bajo flujo para la preoxigenación en la realización del PBAS.	alto y bajo flujo para la preoxigenación en la realización del PBAS.	la realización del PBAS.
<i>Aplica los protocolos interrelacionados para la realización del procedimiento básico aspiración de secreciones</i>	El estudiante aplica de forma correcta y completa los (4) protocolos interrelacionados en la realización del PBAS.	El estudiante aplica de forma incorrecta e incompleta los protocolos interrelacionados en la realización del PBAS.	El estudiante no aplica los protocolos interrelacionados en la realización del PBAS.
<i>Comprueba la permeabilidad sonda, inserta la sonda vía orofaringe, nasofaringe, traqueostomía y tubo orotraqueal para la realización del PBAS.</i>	El estudiante comprueba la permeabilidad de la sonda e inserta la sonda vía orofaringe, nasofaringe, traqueostomía y tubo orotraqueal para la realización del PBAS.	El estudiante inserta la sonda vía orofaringe, nasofaringe, traqueostomía y tubo orotraqueal sin comprobar la permeabilidad de la sonda para la realización del PBAS.	El estudiante no comprueba la permeabilidad de la sonda ni inserta la sonda vía orofaringe, nasofaringe, traqueostomía y tubo orotraqueal para la realización del PBAS.

Nota: PBAS= Procedimiento básico de aspiración de secreciones

Fuente. Elaboración propia

Conclusiones

La generación de un software como herramienta educativa resulta oportuno para llevar a cabo procesos de enseñanza aprendizaje orientados al desarrollo de competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales relacionadas con el proceso de aspiración de secreciones, teniendo como valor agregado la incorporación de unidades que involucran presaberes requeridos para la comprensión del tema como son la anatomía y fisiología del sistema respiratorio, valoración física del sistema respiratorio y oxigenoterapia; es así como el

estudiante tiene la posibilidad de integrar conocimientos y habilidades en la ejecución de procesos de cuidado básico.

De acuerdo con la apreciación de los docentes y estudiantes quienes realizaron la validación del software, este resulta ser un espacio interactivo e innovador que le ofrece a los estudiantes de enfermería, en su proceso formativo, diversos ambientes de aprendizaje para poner en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de sus estudios académicos, es así como esta herramienta se usa para el acompañamiento en el ambiente de aprendizaje presencial en el que los estudiantes realizan el desarrollo del tema con ayuda del software usado por el docente como apoyo a la explicación del tema; asimismo el uso de software en el ambiente virtual por medio de la plataforma Moodle le permite a los estudiantes de enfermería, repasar y reforzar el procedimiento de aspiración de secreciones, orientados por la guía construida con este fin. Finalmente, el diseño del software permite el desarrollo de ambientes de aprendizaje autónomo para los estudiantes de varios semestres, en los que pueden hacer uso de las diferentes unidades del software con el fin de retomar cada uno de los aspectos relacionados con el procedimiento y protocolos y así adquirir destrezas necesarias en su desempeño profesional.

Desde la didáctica de la enseñanza del procedimiento de aspiración de secreciones, se generan las secuencias que convergen en la evaluación del aprendizaje mediante el desarrollo del laboratorio de simulación del procedimiento. La generación de la rúbrica para valorar el desempeño de cada estudiante permitió garantizar la coherencia entre las competencias formuladas con la apropiación del modelo pedagógico institucional y la evaluación del proceso.

Bibliografía.

1. Olivera M, Morales M, Passarini A, Correa N. Plataformas virtuales: ¿Herramientas para el aprendizaje? Las diferencias entre ADAN y EVA. 2017. [consultado el 27 de

Enero de 2021]; v. 14, (40). Disponible en:

<http://revistacmc.espm.br/index.php/revistacmc/article/view/1308>

2. Castillo L, Maas L. Percepción de satisfacción de los estudiantes de enfermería en el uso de la simulación clínica. 2017. [consultado el 27 de Enero de 2021] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6461724>
3. Acevedo F, Díaz J, Cajavilca R, Cobo J. Modelo de diseño instruccional aplicado a una guía virtual en simulación clínica TT - Instructional Design Model Applied to a Virtual Guide in Clinical Simulation. Universitas Médica. 2019. [consultado el 27 de Enero de 2021]; 60(3), 5–19. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed60-3.mdis>
4. Domingos C, Boscarol G, Brinati L, Dias A, Souza C. Salgado P. La aplicación del proceso informático de enfermería: revisión integradora TT - The application of computerized nursing process: integrative review TT - A aplicação do processo de enfermagem informatizado: revisão integrativa. 2017. Enfermería Global, 16(48), 603–652. [consultado el 27 de Enero de 2021]; Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.278061>
5. Martínez M. La investigación sobre comunicación en España. Evolución histórica y retos actuales. 2009. [consultado el 27 de Enero de 2021]; Disponible en: http://www.revistalatinacs.org/09/art/01_800_01_investigacion/latina_art800.pdf

6. Hernández P. Instrumento para evaluar software. 2011. [Consultado el 27 de Abril de 2020]; Disponible en: <http://evaluacionevolucion-pablo.blogspot.com/p/instrumento-para-evaluar-software.html>
7. Cova A, Arrieta X, Reveros V. Análisis y comparación de diversos modelos de evaluación de software educativo. *Enlace* [online]. 2008, vol.5, n.3, pp. 045-067. ISSN 1690-7515. [Consultado el 27 de Abril de 2020]; Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-75152008000300004&script=sci_abstract
8. Piñeres F, Miranda E, Rozo M, Lobo E. Diseño de software educativo basado en competencias. *Ciencia e Ingeniería Neogranadina*. 2009.19(1), 71-98. [Consultado el 27 de Abril de 2020]; Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-81702009000100005&script=sci_abstract&lng=es
9. Castro N, Rojas R, Socha T, Gonzalez T. Cumplimiento de las competencias planteadas en las guías virtuales aplicadas a estudiantes de enfermería de primer y tercer semestre para el aprendizaje de los procedimientos clínicos de drenaje gástrico y cateterismo vesical. 2019. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. [Consultado el 27 de Abril de 2020]; Disponible en: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
10. Niurka M, Vidal V, González M. Empleo de los entornos virtuales de enseñanza-aprendizaje por los docentes en los cursos por encuentro de la carrera de Enfermería Use of Virtual Teaching-Learning Environments by Teachers in Part-Time Courses of

the Nursing Major. 2018. 32(3), 51–60. [Consultado el 27 de Abril de 2020]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2018/cem183d.pdf>

11. Silva K, Dora É, Santana C. Desarrollo de software para apoyar la toma de decisiones en la selección de diagnósticos e intervenciones de enfermería para niños y adolescentes. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 Oct [cited 2021 Jan 27]; 23(5): 927-935. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500927&lng=en.
12. Millão F, Vieira W, Santos D, Silva, S, Flores D. Integração de tecnologias digitais no ensino de enfermagem: criação de um caso clínico sobre úlceras por pressão com o software SIACC TT - Integration of digital technologies in nursing teaching: simulation of a clinical case about pressure ulcers with t. RECIIS. 2017. (Online), 11(1), 1–12. Retrieved from <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1189/PDF1189>
13. Silva I, Ângelo J, Santos F, Lumini M, Martins T. Satisfaction and usability of an information and communications technology in nursing education: a pilot study. 2019. Revista de Enfermagem Referência, IV Série(No21), 143–150. [Consultado el 27 de Abril de 2020]; Disponible en: <https://doi.org/10.12707/riv19013>
14. Ramírez C. Virtualización de los contenidos formativos: una alternativa didáctica en la Facultad de Enfermería-Tecnología de Santiago de Cuba. 2019. El Catolicismo Social,

- 23(1), 13–20. [Consultado el 27 de Abril de 2020]; Disponible en: <https://doi.org/10.2307/j.ctvhn09jc.3>
15. Foronda L, Alfes M, Dev P, Kleinheksel. J, Nelson A., O'Donnell M, Samosky T. Virtually Nursing: Emerging Technologies in Nursing Education. Nurse Educator. 2017. 42(1), 14–17. [Consultado el 27 de Abril de 2020]; Disponible en: <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000295>
16. Bravo F, León O, Romero J, Novoa G, López H. Ambientes de Aprendizaje. ACACIA. 2018. [Consultado el 27 de Abril de 2020]; Disponible en: https://acacia.red/udfjc/wp-content/uploads/sites/5/2018/07/Fundamento_conceptual_Ambientes_de_aprendizaje_para_la_Metodolog%C3%ADa_AAAA.pdf
17. Morales R, Infante J, Gallardo J. La mediación e interacción en un AVA para la gestión eficaz en el aprendizaje virtual. 2019. Vol. 8, Núm. (1). [Consultado el 28 de Abril de 2020]; Disponible en: <http://uajournals.com/ojs/index.php/campusvirtuales/article/view/425>
18. Martín M, Hernández C, Mendoza S. Ambientes de aprendizaje basados en herramientas web para el desarrollo de competencias TIC en la docencia. 2017. Volumen 2 (1). [Consultado el 28 de Abril de 2020]; Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/perspectivas/article/view/1282/1318>
19. Norman E. (2019). Nuevos lenguajes para aprendizaje virtual herramientas para los escenarios de aprendizaje. Vol. 13 Núm. 24. [Consultado el 28 de Abril de 2020]; Disponible en: <https://doi.org/10.15765/pnrm.v13i24.1214>



20. Rodríguez N, Delgadillo M, Torres S. (2018). Los ambientes de aprendizaje constructivistas como alternativa para generar innovación en la universidad. Vol. 5, Núm. 2. [Consultado el 28 de Abril de 2020]; Disponible en: <http://uajournals.com/ojs/index.php/ijisebc/article/view/397>

Nombre Estudiantes Participantes:	Identificación	Programa	Correo electrónico:
<i>En esta investigación no participan estudiantes</i> Rosa Ernestina Villarreal Pérez Enfermera Ponente	1.101.682.781	Enfermería UNISANGIL	rvillarreal@unisangil.edu.co



TÍTULO: Percepción de violencia obstétrica(VO) en la atención institucional del parto en Cartagena , 2020
Nombre del grupo de investigación : EL CUIDAR SALUD MUJERES E INFANCIA
Universidad: UNIVERSIDAD DE PAMPLONA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
RESUMEN (300 PALABRAS) La violencia obstétrica constituye una forma de violencia de género y vulneración de los derechos humanos universalmente declarados, con el agravante que es infringida por el personal encargado del cuidado de la salud. Objetivo: Determinar la percepción de violencia obstétrica en mujeres que recibieron atención institucionalizada del parto en Cartagena de indias Método: Estudio observacional descriptivo trasversal en 405 mujeres que recibieron atención institucional del parto en Cartagena, la percepción de violencia se evaluó mediante la aplicación del instrumento test de Violencia Obstétrica de las organizaciones Argentinas Colectiva Maternidad Libertaria y Asociación Civil Dando a Luz,(Alfa de Cronbach con un valor de 0,74). Se realizó análisis descriptivo, se estimaron proporciones, prevalencia puntual y se realizó análisis bivariado. Resultados: la muestra estuvo constituida por 405 de mujeres jóvenes(edad media 25,25 años DE 6,5) , en su mayoría de estrato socio económico bajo 76% (308) y con educación secundaria 29,6 % (54). Se encontró una prevalencia global de percepción de alguna forma de violencia obstétrica en 74,6%, tactos vaginales reiterativos por diferentes personas del equipo fueron la manifestación más frecuente de VO con un 56,8 % (302). Conclusiones: la Vo es una práctica muy frecuente en la atención del parto, invisibilizada durante mucho tiempo, es necesario reconocer su existencia como primer paso para erradicarla. Palabras claves: Violencia contra la mujer, parto obstétrico, atención al paciente. (DeCs).
Objetivos: Objetivo general Establecer la percepción de violencia obstétrica en mujeres que recibieron atención institucionalizada del parto en Cartagena de indias Objetivos específicos Caracterizar la población de estudio en función de variables socio demográficas Determinar la prevalencia de violencia obstétrica percibida por las mujeres participantes Caracterizar las formas de violencia obstétricas percibidas.
Planteamiento del problema El concepto de violencia obstétrica es relativamente reciente, de acuerdo a lo expresado por Diaz-Tello, la violencia obstétrica es una violación de los derechos humanos de las mujeres, una transgresión a la no discriminación, a la libertad y a la seguridad de la persona, también constituye una violación a la salud reproductiva y a la autonomía, así como a la libertad de un trato cruel, inhumano y degradante. (1)

Como forma de violencia simbólica ésta se encuentra fuertemente arraigada a los imaginarios y practica colectivas, razón por la cual ha sido legitimada en el discurso medico hegemónico erigiendo protocolos y procedimientos invasivos en ocasiones innecesarios como estrategias salvadoras insustituibles, tomando el actor sanitario el rol protagónico de procesos fisiológicos naturales como el embarazo, el parto y el puerperio.(2)

Organizaciones como las naciones unidas y la OMS han exhortado a la comunidad científica, a las autoridades política y sanitarias a trabajar por visibilizar esta problemática, a diseñar estrategias para su prevención y control; sin embargo las estadísticas e investigaciones en torno al tema son incipientes, en Venezuela país de Latinoamérica con un avance conceptual y jurídico considerable en el tema Terán y cols reportó mediante un estudio prospectivo que el 49,4 % de la usuarias incluidas en el estudio percibió algún tipo de trato deshumanizante de parte del personal de salud, y el 66,8 % afirmaron que se les practicaron actos médicos sin consentimiento, en el mismo sentido el 36,7 % de las participantes percibieron ambos tipos de violencia; sólo el 20,5 % no reportaron ningún tipo de práctica violenta durante su atención.(3)

En sonora México Figueroa y cols (4)encontraron en un estudio descriptivo que el 37.7% de las mujeres percibieron algún tipo de violencia obstétrica por parte del personal de salud, siendo los más frecuentes la orden de no deambular (51.1%), las críticas por llorar o gritar (44.4%), imposibilidad para manifestar miedos o inquietudes(37.8%), sobrenombres o diminutivos (28.9%), impedir cambios de posición e impedir contacto con el recién nacido (26.7%) y comentarios irónicos, descalificantes, chistes (22.2%).

En Colombia son varios los estudios realizados sobre la violencia relacionada con la atención del parto desde un enfoque cualitativo "sentimientos , memorias y experiencias de las mujeres en trabajo de parto institucional en Cartagena " (5)recoge y analiza a través del método etnográfico los relatos de las usuarias en los cuales se puede evidenciar la posición de subordinación de la mujer ante el poder del profesional de la salud reflejadas en los procesos de atención que despojan a la mujer de su autonomía; sin embargo se hace necesario que se realicen nuevos estudios con un enfoque cuantitativo que no solo se limiten a describir el fenómeno sino que identifiquen características o factores asociados con el fin de diseñar estrategias para controlarlas.

A nivel internacional existe un marco jurídico solido que destaca los derechos sexuales y reproductivos como derecho humano y de manera sucinta enfatiza en los derechos de la mujer entre ellas tenemos la declaración universal de los derechos humanos , conferencia internacional población y desarrollo El Cairo 1994 conferencia internacional sobre la mujer (Beijing 1995) Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belem do para" (1994)

En América latina países como Argentina y Venezuela han sancionado actos reglamentarios específicos a este tipo de violencia de género. La primera ley argentina promulgada específicamente para la prevención de la violencia obstétrica fue la 25929, o de Ley de Parto Humanizado sancionada en el 2004.

En el año 2007 Venezuela sanciona la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia – Art. 51).en el cual define el fenómeno e impone sanciones de tipo pecuario y disciplinar a profesionales sanitarios a los que se halle responsable de esta transgresión. (6)

Del mismo modo organizaciones como El Instituto de Género Derecho y Desarrollo (INSGENAR) de Argentina junto con el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) han evidenciados a través de investigaciones como la titulada “Con todo al aire” los tratos crueles e inhumanos a los que son sometidas una proporción importante de mujeres cuando son atendidas en su dimensión sexual y/o reproductiva. (7)

En Colombia si bien se cuenta con una normatividad general sobre derechos humanos consagrados en la Constitución política de 1991, la política nacional de derechos sexuales y reproductivos, aun no se ha reconocido legalmente el problema de la violencia obstétrica, El día 18 del mes de octubre del año 2017 se radicó el Proyecto de ley número 147 de 2017 en el Senado de la Republica, por medio de la cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica.

Por todo lo anterior se hace necesario explorar la situación actual de violencia obstétrica en nuestro contexto con el propósito de propiciar la reflexión en torno a la práctica profesional que se traduzca en un cuidado digno que respete la individualidad que guarde coherencia con la filosofía altruista declarada por los profesionales de la salud. por tanto, se plantea la pregunta
¿Cuál es la percepción de violencia obstétrica en las mujeres que recibieron atención del parto en dos instituciones de salud de la ciudad de Cartagena?

Marco teórico: (Conceptos preliminares)

La Organización de las Naciones Unidas (1993), define la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada»,(1) este tipo de relación arbitraria se basa en la distribución asimétrica de poder que privilegia la autoridad masculina y denigra y abusa de la mujer buscando reducir su voluntad ,autonomía y degradar la identidad femenina hasta la cosificación.(8)

La violencia de genero tiene múltiples expresiones como son la violencia doméstica, la infringida por la pareja y la explotación sexual las cuales se destacan por exhibir un abuso explicito, sin embargo, la mujer puede ser víctima de formas de maltrato más sutiles, invisibilizadas por constructos socioculturales que propician la aceptación de prácticas lesivas contra de la dignidad femenina. La violencia simbólica contra las mujeres es a diferencia de otros tipos de violencia de género, poco perceptible y más difícil de identificar, en ocasiones se utiliza de forma inadvertida enmascarándose en expresiones culturales sociales, religiosas etiquetadas como “normal”, son comúnmente halladas en refranes populares, en la música y en la publicidad.(9-10)

El ejercicio de la sexualidad y la maternidad no son escenarios ajenos a este tipo de vulneración, incluso en espacios como la asistencia sanitaria en los cuales se daría por sentado el respeto por la dignidad y los derechos humanos. La violencia obstétrica constituye una forma de violencia de género y vulneración de los derechos humanos universalmente declarados, con el agravante que es infringida por el personal encargado del cuidado de la salud. (2)

La OMS ha definido practicas relacionadas con violencia obstétrica, se trata de intervenciones realizadas de manera rutinaria, que pueden alterar el curso natural del embarazo y el parto, dentro de estas podemos identificar(11):

En el aspecto físico: la práctica de cesárea, episiotomías, administración oxitócicos, instrumentación del parto sin indicación precisa, maniobras de Kristeller, la realización de tactos vaginales indiscriminados y realizados por personas diferentes.

En el aspecto psicológico incluye trato deshumanizado, uso de lenguaje inapropiado, información insuficiente sobre su evolución, vulneración de la autonomía de la paciente, separación de su núcleo familiar. (11)

La violencia obstétrica viola por tanto los siguientes derechos humanos

- A la intimidad
- A la integridad corporal
- A no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- Al más alto nivel de salud posible
- Al acceso a atención Humanizada del Parto y Nacimiento

Metodología:

Tipo de estudio: Estudio observacional descriptivo trasversal.

Universo: Todas las mujeres que recibieron atención institucional del parto en IPS habilitadas en Cartagena.

Población: Para la ejecución del estudio se tomó como referencia al número nacidos vivos en el año 2017 en la ciudad de Cartagena, según el informe preliminar 2017 del Departamento administrativo Nacional de estadísticas DANE. (24.374 nacidos vivos)

Muestra

Se realizó el cálculo del tamaño de la muestra teniendo en cuenta los siguientes criterios estadísticos:

Población total: 24.374 nacidos vivos

$n = Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q$

Dónde:

N= 24.374 nacidos vivos

Z2= 1.962 (seguridad de 95%)

P= proporción P. (0.795)

Q= 1-p

d= precisión (0.05)

Tamaño muestral 302 mujeres que recibieron atención institucional del parto en Cartagena.

Muestreo : No probabilístico por conveniencia.

Para la selección de la muestra se construyó una base de datos de las mujeres a las que se atendió el proceso del parto en las instituciones participantes, luego se incluyeron de acuerdo a la ponderación que cada IPS tenga sobre el número de nacidos vivos con que se calculó el tamaño de la muestra.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres que hayan tenido parto por vía vaginal en alguna de las tres instituciones incluidas en este estudio

- Que acepten voluntariamente su participación, y firmen el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que no sepan leer o escribir.
- Mujeres con trastornos o condiciones cognitivas diferenciales.
- Mujeres con alteraciones de la comunicación verbal.
- Mujeres a las cuales se les practicó cesárea como vía del parto

En la selección de las participantes se tuvo en cuenta que aceptarían ingresar en el estudio, después de una breve explicación aclarando, que el estudio no presenta riesgo alguno de acuerdo a lo establecido en la resolución 008430 de 1993 del ministerio de salud.

INSTRUMENTO

La técnica a emplear para la recolección de la información fue la entrevista estructurada.

El instrumento que se empleó consistió en un primer cuestionario sobre variables sociodemográficas y clínicas.

Para evaluar la percepción de la mujer sobre violencia obstétrica se empleó la escala del Test de Violencia Obstétrica de las organizaciones Argentinas Colectiva Maternidad Libertaria y Asociación Civil Dando a Luz (VVAA, 2010). Este test fue validado y utilizado por Paulo Rodríguez Ramos para el cual calculó el Alfa de Cronbach con un valor de 0,74.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Con los datos producto de la aplicación del instrumento se construyó una base de datos en Microsoft Excell codificada que luego se exportó a un paquete estadístico para su procesamiento SPSS V23

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

El análisis preliminar de la base de datos se empleó un análisis exploratorio de los datos, posteriormente se aplicaron técnicas propias de la estadística descriptiva, se estimaron medias de resumen como la media y de dispersión como la desviación estándar, para las variables de naturaleza cuantitativa, para las variables categóricas se estimaron prevalencias, proporciones entre otras.

Finalmente se realizó un análisis bivariado.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los principios establecidos a nivel internacional en el Informe Belmont y a nivel nacional en la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Esta investigación se considera como Investigación sin riesgo, solamente involucra el procedimiento de diligenciamiento de una encuesta de percepción.

Con el fin acceder a la población de estudio, este protocolo fue presentado a dos instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas con vocación docente e investigativa con las cuales la universidad de Cartagena tiene convenio docencia servicio vigente, cuenta con el aval de la coordinación de la relación docencia servicio de la universidad y de las instituciones que aceptaron participar en el estudio declarado a través del consentimiento informado de la institución; una vez autorizado el protocolo se solicitó el consentimiento informado de las usuarias que participan en la investigación, después de haberles explicado los propósitos, se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la persona que proporciona la información.

Los instrumentos diligenciados se codificaron, utilizando este código en remplazo del nombre del participante, se hará custodia de estas encuestas durante 5 años, a partir de los datos que contienen los instrumentos se construirá una base de datos.

Los archivos que contienen información sensible de los participantes fueron encriptados y se dispuso de una clave para la apertura del archivo de esta manera se garantiza que solo los investigadores tengan acceso a la información

Los datos obtenidos en el estudio son usados con fines investigativos y académicos, los resultados individuales no serán revelados a ninguna persona, agencia pública o privada. De la misma manera se protegerá la identidad de las instituciones participantes; en la presentación de los resultados se les mencionara nombres genéricos como Institución prestadora de salud (IPS) Las instituciones que participan en el estudio.

Este es un estudio de riesgo menos del mínimo.

Resultados:

Características sociodemográficas

En el presente estudio el promedio de edad fue de 25,25 años (DE=6,5), predominaron las mujeres de procedencia urbana con un 85,2% (345), de acuerdo con el estrato socioeconómico, se obtuvo que el 76% (308) de los participantes poseían un estrato (1) bajo, seguido del 16,5% (67) con estrato (2) medio bajo y solo el 6,9 % pertenecía al nivel 3 o más (tabla 1).

Con respecto al estado civil, el 77% (312) tenían una relación conyugal estable, de los cuales el 66,4% (269) vivían en unión libre y 10,6 % (43) casados. Por otra parte, el 21,5% (87) estaban solteras, un 1,5 % (6) separadas (tabla 1).

De los mujeres participantes en este estudio, el 56,3 % (228)manifestaron haber alcanzado estudios de media seguido de un 29,6 % (54) de las participantes que alcanzaron estudios de superiores , entre ellas el 10,4%(42) técnicos , el 5,9%(24) tecnológicos y el 13,3%(54) universitarios (tabla 1).

Respecto al tipo de aseguramiento en salud, el 60,7% (246) pertenecían al régimen subsidiado, seguido de la población pobre no asegurada representadas por el 25,9% (105), mientras que el 10,4% (42) se encuentran afiliadas al régimen contributivo (tabla 1).

Percepción de violencia obstétrica.

De acuerdo con la clasificación propuesta por el instrumento empleado en esta investigación se considera que una repuesta positiva en cualquiera de los ítems que conforman la escala se considera un caso positivo para violencia obstétrica.

En el análisis global se encontró que un 74,6% (302) de las participantes percibieron algún acto de violencia antes, durante el trabajo de parto o en el puerperio inmediato, de las cuales respondieron afirmativamente en 1 solo ítems el 3,5% en dos 5,7% y el 10,4% y el 9,4 % acumularon 3 y 4 respuestas positivas; por otro lado, el 45,75 de las mujeres respondieron afirmativamente en 5 o mas ítem de los 18 posibles.

Los reactivos 1 y 2 de la escala exploran violencia verbal con las preguntas: 1. ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento? y 2.

¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando? A los cuales las participantes respondieron afirmativamente en un 11,6% (47) y 20,2% (82) respectivamente.

La violencia psicológica es evaluada en la escala con las preguntas 3 y 4 : 3. ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría..., durante el trabajo de parto y/o el parto? 4. ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera? En estos ítems las mujeres del estudio respondieron de forma afirmativa en un 16,8%(68) y 6,2%(25) ver tabla 2.

En cuanto a procedimientos sin información previa o consentimiento de la paciente el 17,5% afirma que se le prohibió la ingesta de alimentos, el 21,7% afirma que se le indicó permanecer acostada el 37,8% afirma que se le aplicó enema, el 43% afirma que se le rompió de forma artificial la bolsa amniótica , el 4,9 % afirma que se le instruyó para que se depilara el área genital para el parto, el 43,2% de las participantes afirmó que recibieron medicamentos para acelerar el parto, el 56,8 afirmó que se les practicaron tactos vaginales reiterativos por diferentes personas del equipo, en el mismo sentido el 35,1% de las participantes afirman que les aplicaron presión en el abdomen en el momento del parto.

Ala pregunta: En el momento del parto, ¿te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición? el 26,2% respondió afirmativamente, el 15,6% afirmó que fue obligada a quedarse en cama impidiéndole caminar o buscar posiciones según sus necesidades, el 7,2% afirman que no se les permitió el contacto inmediato con el recién nacido, el 12,1% de las participantes afirman que sintió no haber estado a la altura de los que se esperaba de ella. Finalmente, el 9,6% de las participantes afirman que el proceso del parto las hizo sentir vulnerables, culpable o insegura.

Conclusiones :

la Violencia obstétrica es una práctica muy frecuente en la atención del parto

Se debe reconocer la existencia de esta forma de violencia de género como punto de partida para su erradicación.

Es necesario visibilizar la violencia obstétrica en los ámbitos de practica sanitaria.

Es perentorio impulsar desde la academia prácticas que humanicen la atención del embarazo y el parto.

Bibliografía.

1. Farah Diaz-Tello (2016) Heridas invisibles: violencia obstétrica en los Estados Unidos, Reproductive Health Matters, 24:47, 56-64, DOI: [10.1016 / j.rhm.2016.04.004](https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004)
2. Camacaro Cuevas, Marbella. "Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica." Revista Venezolana de Estudios de la Mujer 14, no. 32 (2009). 147-162
3. Terán, P "Violencia obstétrica: percepción de las usuarias." Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 73, no. 3 (2013). 171-180. Recuperado Abril 2018 .Disponible en : <http://www.scielo.org/ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf>
4. Figueroa,O. "Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses" Sanus(2017). Recuperado Abril 2018 .Disponible en <http://sanus.uson.mx/revistas/articulos/3-SANUS-3-03.pdf>
5. Colon,C. "sentimientos , memorias y experiencias de las mujeres en trabajo de parto institucional en Cartagena "Primera edición. Editorial Universitaria;2014
6. Asamblea Nacional de Venezuela (2007). Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia



7. INSEGAR, "Con todo el aire" Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Consultado : Abril 2018 Disponible: https://www.cladem.org/images/pdfs/litigio/producciones-ymateriales/publicaciones/con_todo_al_aire_reporte.pdf
8. Expósito, F. Violencia de género. Mente y cerebro, ISSN 1695-0887, N°. 48, 2011, págs. 20-25. Consultado : 07-04-2018 Disponible en: <http://ezetz.moduloauzolan.org/files/2014/04/maltrato.pdf>
9. Arguedas Ramírez, G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe [Internet]. 2014;11(1):145-169. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476947241008>
10. Casal-Moros Norma, Alemany-Anchel M^a José. Symbolic violence in childbirth attention, an approach from Boudieu's perspective. Index Enferm [Internet]. 2014 Jun [citado 2018 Abr 18] ; 23(1-2): 61-64. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100013>.
11. Organización Mundial de la Salud Recomendaciones de la OMS sobre la atención del parto y nacimiento 1985-1996 ISBN: 9789241508742. 2015 Disponible en : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/es/

Nombre Estudiantes Participantes: Katty Escobar Velasquez	Identificación 33357728	Programa Enfermería, Universidad de Pamplona	Correo electrónico: Katty.escobar@unipamplona.edu.co
Candelaria Colon Iriarte	45440658	Enfermería Universidad de Cartagena	ccoloni@unicartagena.edu.co Candelariacoloniriarte@hotmail.com



TÍTULO: CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES SEXUALES Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA, NORTE DE SANTANDER

Nombre del Semillero: semillas del cuidar

Universidad: de Pamplona

RESUMEN (300 PALABRAS)

Resumen:

Introducción:

El ejercicio de la sexualidad constituye una parte importante e inevitable de las personas y las generaciones, toda vez que involucra formas de encuentro con el otro, el medio y consigo mismo, encaminadas al establecimiento de relaciones y preservación de la especie humana.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo transversal con intención analítica, que incluyó 364 sujetos universitarios edad comprendida entre 18 a 25 años, de una universidad pública del Norte de Santander, se evaluaron características sociodemográficas, para la recolección de la información se tomó como base una serie de preguntas diseñadas para la valoración de “conocimientos y comportamientos sexuales”.

Resultados: Se observó que el porcentaje de participantes masculinos que utilizaron preservativo o su pareja en la primera relación de tipo sexual fue de 38.1%, el 66.4% de los participantes que utilizaron preservativo o su pareja en la primera relación de tipo sexual, tienen hijos, el 47.2% no ha utilizado o su pareja preservativo en todas las relaciones sexuales durante los últimos 12 meses, y el 27,7 % El uso de un preservativo se puede utilizar en dos relaciones sexuales.

Conclusión: El inicio temprano de la actividad sexual sin el adecuada madurez y conocimiento, aumenta las probabilidades de exposición a situaciones de riesgo para la salud sexual. Existe a asociación entre los conocimientos y comportamientos de algunas variables específicamente sexo con edad y preferencia sexual con el NO el uso del preservativo en relaciones anales y orales.

Objetivos:

Objetivo general

Determinar los conocimientos y comportamientos sexuales y sus factores asociados en estudiantes de una universidad pública, norte de Santander

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los estudiantes universitarios
- Identificar los conocimientos de los estudiantes sobre la sexualidad
- Establecer los comportamientos sexuales de estudiantes universitarios
- Estimar la asociación entre las dos variables

Planteamiento del problema

El ejercicio de la sexualidad constituye una parte importante e inevitable de las personas y las generaciones, toda vez que involucra formas de encuentro con el otro, el medio y consigo mismo, encaminadas al establecimiento de relaciones y preservación de la especie humana(1) no obstante, las prácticas de la sexualidad están afectadas por variables propias de cada individuo (familiares y de tipo social), las cuales pueden afectar o condicionar diferentes problemas(2).

En las últimas generaciones, se ha manifestado la aparición cada vez más temprana de la actividad sexual(3) y están asociados con un bajo nivel educativo, la condición conyugal de la madre (separada o viuda), antecedentes de fecundidad adolescente en la familia, abuso sexual o agresión física familiar, bajo nivel de comunicación con la madre y falta de supervisión de los padres(4). Otros autores, manifiestan que está asociado al grado de información sobre los riesgos, los prejuicios, las ideas erróneas, la disminución de la edad de la menarquia, el tipo de educación sexual, los modelos de crianza, la falta de comunicación familiar, las deficiencias del sistema educativo formal, los cambios en las escalas de valores, la percepción de invulnerabilidad y la poca preocupación por su salud (5). Sucesos importantes que influyen en torno a la sexualidad del adolescente y que por ello generan consecuencias como embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual(6) como el virus de la hepatitis B y de la inmunodeficiencia humana (VIH) gonococo Chlamydia trachomatis, sífilis, virus del herpes simple, vaginitis bacteriana, virus del papiloma humano, Trichomonas vaginalis y Pediculosis pubis(7), adolescentes sin asumir responsabilidad con aumento de los factores de riesgo como prácticas sexuales sin uso del preservativo.

Una proporción importante de los adolescentes experimenta su primera relación sexual sin protección contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/ SIDA, y embarazos no deseados(8). En un estudio realizado por Fernández y colaboradores(9) se encontró que los estudiantes Universitarios mayores de 18 años a mayor actividad sexual se asocia a menor frecuencia de uso del preservativo.

Por otro lado, Ospina y su colaborador (10) en su estudio , exponen que los estudiantes presentaron altas tasas de fecundidad, abortos provocados y natalidad; factores de riesgo que se perfilan con bajo nivel de conocimientos sobre la sexualidad, anticoncepción y actitudes negativas frente a la concepción y uso del condón. Podríamos decir que las creencias erróneas sobre la sexualidad y la carencia de conocimientos, se convierten en factores desencadenantes para presentar comportamientos sexuales de riesgo en esta población.

No obstante, estudios han demostrado que los jóvenes están informados sobre formas de prevención para ITS/VIH, pero que ni la información ni la percepción de riesgo tuvieron algún tipo de influencia significativa ante el uso del condón(8). Hernández y Cruz (11) refieren en su estudio conductas sexuales riesgosas, representado en un 39.1% de jóvenes que no usaron preservativo en sus relaciones sexuales. Sin embargo, del total de la muestra reporta que el 97% declaró haber recibido información al respecto.

Otro aspecto a considerar son las prácticas sexuales bajo los efectos de sustancias psicoactivas, presentes en adolescentes provenientes de familias mono parentales, con problemas de abuso de sustancias y existencia de promiscuidad de uno de sus padres, aborto, infecciones de transmisión sexual, la cual conlleva al adolescente a percibir de una manera natural dichas características de su entorno familiar(12).

En este sentido, uno de los problemas actuales que enfrenta la relación familia-adolescencia es la comunicación fluida en torno a la sexualidad que marca el modelo formador de actitudes y acciones en este plano de la vida(13). Por consiguiente, la familia es la principal institución en la formación de los hijos y son responsables de que se formen exitosamente como seres afectivos, sociales, productivos, intelectuales y sexuales(14)

Adicionalmente, la educación y el acompañamiento que se les brinde a esta población se convierte en una estrategia de cuidado para prevenir las conductas de riesgo frente a la sexualidad.

Es por ello, que las instituciones educativas no solo deben transmitir conocimientos, sino que también deben ofrecer pautas para acceder a la conciencia de la individualización, procesos de reflexión y evaluación frente a temas de la sexualidad(15).

Marco teórico: (Conceptos preliminares)

Con el fin de permitir una comprensión de la temática a desarrollar se explicitará elementos conceptuales que permitirán elaborar el contexto existente sobre sexualidad humana, salud reproductiva y comportamiento sexual.

Sexualidad Humana

A continuación, se describen algunas definiciones sobre sexualidad, sin embargo, se menciona que los autores consultados tienen como punto en común que no hay una definición fácil para establecer el concepto de sexualidad ya que está ligado al proceso histórico y sociocultural donde se construye el concepto

Con respecto a la definición de sexualidad (16) Labrador, menciona que esta implica, además de los aspectos biológicos todo lo relacionado con el disfrute del placer sexual, con la necesidad de amor y realización personal, además de incluir nuestra conciencia de ser persona, de determinado sexo y género y nuestra reacción a nuestra feminidad o masculinidad y las de las personas con las que interactuamos, se manifiesta en cada momento y en cada conducta, la sexualidad refleja nuestro carácter humano no solo nuestra naturaleza genital.

Para Barragán(17), la sexualidad no supone exclusivamente la explicitación de los instintos Biológicos, ni tampoco es el fruto del aprendizaje social pasivo, sino que es el resultado de la interacción cognitiva entre la persona y el medio ambiente. La aceptación del principio de interacción cognitiva implica negar el pre-determinismo biológico y, por tanto, la existencia de un único patrón de desarrollo sexual considerado normal, así como el aprendizaje, por lo tanto, considera que las personas nacemos capacitadas para manifestar una gama de ilimitada de comportamientos sexuales de los que la cultura selecciona aquellos que se consideran normales, tratando de imponerlos a través de la educación, la

moral, la religión y la legislación vigente, lo que supone una construcción individual de la sexualidad en el marco de cada cultura concreta diferenciando las potencialidades biológicas el modelo que la cultura proponga.

La OMS(18), describe que el término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano. Basada en el sexo, incluye el género, identidades de sexo, orientación sexual, erotismo, vínculo emocional, amor, y reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos y pensamos. La sexualidad está circunscrita por un contexto histórico y cultural concreto y, por ende, está determinada por costumbres, tradiciones y valores que, a su vez, repercute en estos, su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano, tales como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

Larrotta De Ballesteros y cols (19) expresan la sexualidad es un sistema de comunicación que los seres humanos poseen para permitir la expresión de la función del sexo, bien sea para cualquiera de sus fines, esta presente a lo largo de la vida de todo ser humano, su desarrollo armónico es fundamental para la formación integral de cada persona y contempla dimensiones afectivas, de placer, reproductoras y de comunicación .

Viancha Pinzón y cols (1) proponen el modelo ecológico para interpretar la sexualidad definiéndola como una dimensión del sujeto el cual el involucra no solo la condición reproductiva, sino además, la función de goce lúdica, así se incorporan las interpretaciones construidas a través de la historia personal y social del sujeto y se incluye la categoría de placer. De esta forma las historias sexuales proveen marcos interpretativos que generan identidades sexuales particulares haciendo que esto le de importancia a la práctica social como una interacción compleja con el ambiente que no es en esencia igual para todos los jóvenes y la acción, denota la acción de esto de conocer los sistemas (microsistemas (entorno inmediato), Mesosistemas (interrelación de dos o más microsistemas) y Macrosistemas (Formación de complejos sistemas)

De acuerdo a las anteriores definiciones se puede mencionar que en la sexualidad interactúan muchos elementos como son el biológico, socioculturales e histórico, sin apartar los procesos de integración del individuo y la construcción individual de acuerdo a cada cultura, además de los procesos vivenciados a través de la historia sexual como una práctica social.

Barragán (20) establece cuatro componentes o factores de la sexualidad el biológico, el psicológico. Social y cultural el cual se ilustra para una comprensión más amplia del termino sexualidad.

Es de considerar la importancia de diferenciar el termino sexo de la sexualidad por lo cual desde la OMS(18) se refiere al conjunto de características biológicas que definen el espectro humano como hembras y machos, para el término sexo se utiliza para referirse a los aspectos biológicos de la

reproducción (anatomía y fisiología de los dos sexos).

Vasquez Munive(20), refieren que a sexualidad es un rasgo de la personalidad que tiene su inicio biológico en la vida fetal y se desarrolla en el contexto social, desde los primeros estadios de la vida extrauterina, evidenciado por la connotación de género que impone la sociedad y afianzada durante el desarrollo de la etapa fálica

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad (25). La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social, igualmente citan una definición de la Organización Mundial de la salud, de la salud reproductiva como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de solo la ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y sus procesos , por lo cual la SSR incluye la capacidad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo al igual que la libertad (26).

Vasquez Munive (27), enfoca su artículo en lo planteado y discutido en Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994, se menciona que se acepta la definición de la Organización Mundial de la Salud referida a salud sexual e incorporándola como parte de la salud reproductiva aun cuando la lógica indica que la salud reproductiva es parte de la salud sexual, incluyéndole posteriormente que cada persona tienen el derecho de decidir libre y responsablemente el número de hijos que quiere tener, y el derecho a disfrutar del nivel más elevado posible de salud sexual y reproductiva además el de obtener suficiente información en lo relacionado a la planificación de su familia y regulación de la fecundidad que no están prohibidos y acceso a métodos seguros, eficaces y aceptables, también incluye derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

La política nacional de Salud Sexual y reproductiva tiene como objetivo mejorar la Salud Sexual y Reproductiva y promover los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, para así lograr una reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo.

COMPORTAMIENTOS SEXUALES

Por lo tanto Vasquez Munive (24), hacen mención a lo que refiere Carrasco R, sobre la sexualidad en lo referente a que los estilos de vida de la gente joven muestran comportamientos más riesgosos que la población de mayor edad ya que la mayoría de los jóvenes alcanzan la madurez sexual mucho antes de alcanzar la madurez emocional, cognitiva o social, lo que se asocia frecuentemente con inicio temprano de relaciones sexuales, promiscuidad y no uso de anticonceptivos, lo cual incide en la alta

tasa de ITS Infecciones de Transmisión Sexual y de embarazos no deseados, mencionando igualmente que a . pesar de las similitudes comportamentales que existen entre los jóvenes en general, las diversas creencias culturales y sociales modulan comportamientos sexuales diferentes:

Folch y cols(21), en su investigación sobre conductas sexuales de riesgo, observaron diferencias en la conducta sexual de los jóvenes según sexo, en una muestra de 411 hombre y 389 mujeres definiendo que las mujeres presentan mayor actividad sexual en los últimos 12 meses y un menor uso del preservativo en la última relación sexual (0%) que los hombres atribuyendo estas diferencias al hecho que las chicas tienen mayor número de parejas ocasionales y por eso se protegen más que las mujeres, esta misma investigación también reporta una alta prevalencia (10,5%) de relaciones sexuales con parejas del mismo sexo sobre todo en los hombre. Entre los factores asociados en ambos sexos para el no uso del preservativo se encuentra la edad y el uso del preservativo en la misma encontrándose que al aumentarse la edad disminuye el uso del preservativo y el de la utilización del preservativo en la primera relación es declarante para su uso es las relaciones más *recientes*. otro punto importante de resaltar es que el grupo de mujeres que se realizó pruebas de VIH en el último año es mayor al de los hombres asociándose con la no utilización del preservativo.

Ruiz Sternberg(22), evalúa las características de salud sexual y reproductiva de una población estudiantil universitaria constituida por 1.106 de estudiantes se encontró que el 67% de ellos manifestaron haber tenido relaciones sexuales, en su mayoría heterosexuales, 3% experiencias bisexuales y 2% exclusivamente homosexuales, reporto también el estudio que la frecuencia de tener parejas sexuales es de hasta tres parejas sexuales, mencionando que el uso del preservativo es mayor en hombre (48%)que en mujeres con un 30%

Valdés García(23), realizaron un estudio descriptivo y transversal de 3559 personas de 15 a 35 años con vistas a caracterizar los conocimientos, las actitudes y prácticas sexuales y su relación con las enfermedades de transmisión sexual, encontrando que el 82% de las personas que realizaron relaciones sexuales con personas del mismo sexo fueron hombres respecto al 18,6% de las mujeres, en cuanto al uso del condón fue discretamente superior a partir de los 20 años y la negación de la pareja fue mayor en los grupos etarios de más de 25 años (más del 18,0%), el 77,3% refirió que no se protegían con personas estables , sin embargo las personas que consideraban tener alto riesgo una ETS el 75,4% lo atribuía al no uso del condón, 36,5% a tener muchas parejas y el 19,3% a la infidelidad de las parejas.

En cuanto al comportamiento sexual relacionado con el uso del preservativo en adolescentes y jóvenes hasta los 24 años se puede mencionar los resultados de la investigación de (22) que refieren que la edad de inicio de las relaciones sexuales es alrededor de los 15 años, con uso elevado del condón en su primera relación sexual, las razones que argumentan los que no utilizan el condón hacen referencia a la disminución del placer, igualmente otro estudio de tipo transversal (24) utilizando una entrevista estructurada en jóvenes estudiantes de pregrado diligenciándose 2328 encuestas en edad promedio

de 21 años con mínimo de 16 y un máximo de 46 años los resultados mostraron que solo la cuarta parte 25, 45 %, de la comunidad estudiantil refiere utilizar correctamente el condón ya que no se sujeta el preservativo en la base del pene para retirarlo, se estableció también que las practicas inadecuadas están relacionadas con tener más de una pareja sexual en los últimos seis meses , tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol.

Metodología:

- **Diseño y tipo de estudio:** Se trata de un estudio cuantitativo descriptivo transversal con intención analítica.
- **Población y muestra:** Estudiantes universitarios de una sola institución de educación superior. La selección de la muestra fue a conveniencia correspondiente a 339 sujetos universitarios entre 18 a 25 años, se evaluaron características sociodemográficas.
- **Procedimientos:**

Inicialmente, a cada uno de los sujetos potenciales para ser parte de la muestra se les explicaban los objetivos de la investigación, se le entregó un formato de consentimiento informado, el cual era leído y firmado por parte de cada sujeto.

Para completar el cuestionario el promedio de duración fue 20 minutos incluyendo la lectura y firma del consentimiento informado.

El formato estaba compuesto por variables sociodemográficas básicas tales como sexo, edad y facultad a la que pertenece y preguntas relacionadas conocimientos y comportamientos sexuales
Análisis.

Resultados:

Sociodemográficos y generales.

Se describieron las características sociodemográficas de los 239 jóvenes participantes.

Se observa que el porcentaje de participantes masculinos que utilizaron preservativo o su pareja en la primera relación de tipo sexual fue de 38.1%, el estado civil soltero con un 56% utilizaron preservativo o su pareja en la primera relación de tipo sexual, el 66.4% de los participantes que utilizaron preservativo o su pareja en la primera relación de tipo sexual, tienen hijos, el 19.2% es de la facultad de salud.

El 59% de los participantes que utilizaron preservativo o su pareja en la primera relación de tipo sexual su religión es cristiano-católico, y el 63.4% de los participantes heterosexuales utilizaron preservativo o su pareja en la primera relación de tipo sexual.

Comportamiento

Los participantes que utilizaron preservativo o su pareja en la primera relación de tipo sexual el 67.3% ha tenido relaciones sexuales vaginales alguna vez en su vida, el 47.8% no ha tenido relaciones sexuales anales alguna vez en su vida, el 57.2% ha tenido relaciones sexuales orales alguna vez en su vida y el 47.2% no ha utilizado usted o su pareja preservativo en todas las relaciones sexuales durante los últimos 12 meses.

Conocimientos

Los participantes que utilizaron preservativo o su pareja en la primera relación de tipo sexual el 60.5% cree que el preservativo evita el contagio de VIH SIDA, el 41.3% creyó que por no usar el preservativo estaba embarazada o su pareja, el 49% no creyó que al no usar el preservativo tendría una infección de transmisión sexual.

Conclusiones

- El inicio temprano de la actividad sexual sin el adecuada madurez y conocimiento, aumenta las probabilidades de exposición a situaciones de riesgo para la salud sexual
- Se evidencia que el sexo masculino y con preferencia sexual heterosexuales sexuales son factores que contribuyen en comportamientos sexuales de riesgo.
- Pese a que los conocimientos estuvieron de manera satisfactoria se encontraron tópicos erróneos relacionados con el uso del preservativo “El uso de un preservativo se puede utilizar en dos relaciones sexuales.
- Predominan las prácticas sexuales sin protección-sexo vaginal, anal y oral
- Incrementan el riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual
- Existe a asociación entre los conocimientos y comportamientos de algunas variables específicamente sexo con edad y preferencia sexual con el NO el uso del preservativo en relaciones anales y orales.

Referencias bibliograficas

1. Vianchá Pinzón, Mildred Alexandra; Bahamón Muñetón, Marly Johana; Tobos Vergara A, Reneé; Alarcón, Linda Liliana; Uribe Alvarado JI. Sexualidad en jóvenes: Un análisis desde el modelo ecológico. Tesis Psicológica. 2012;7(2):75–89.
2. Castillo Torres C, González Castellar S. Beliefs and practices of sexuality in pregnant teens in Cartagena, Colombia - 2014. Investig Desarro. 2015;23(2):312–37.
3. Cutié S. JR, Laffita B. A, Toledo B. M. Primera Relación Sexual En Adolescentes Cubanos. Rev Chil Obstet Ginecol. 2005;70(2).
4. Flórez CE. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2005;18(6):388–402.
5. Lema Soto LF, Salazar Torres IC, Varela Arévalo MT, Tamayo Cardona JA, Sarria AR, Polanco AB. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: Satisfacción con el estilo de vida. [Behavior and health of university students: Satisfaction with lifestyle.]. Pensam Psicológico [Internet]. 2009;5(12):71–88. Available from: <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/106/316>
6. De La Barrera CP, Pick S. Conducta sexual protegida en adolescentes Mexicanos. Interam J Psychol. 2006;40(3):333–40.

7. Garcia-Vega E, Menendez Robledo E, Fernandez García P, Cuesta Izquierdo M. Sexualidad , Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes Sexuality , Contraception and Unsafe Sexual Behavior in Adolescents. Int J Psychol Res. 2012;5:79–87.
8. Cecilia Gayet (1) Patricio Solís(2). Sexualidad saludable de los adolescentes: la necesidad de políticas basadas en evidencias. 2017;
9. Lameiras Fernandez M, Faílde Garrido JM, Bimbela Pedrola JL, Alfaro Oliver N. Uso del preservativo masculino en las relaciones con coito vaginal de jóvenes españoles entre catorce y veinticuatro años. Diversitas. 2008;4(2):401–15.
10. Díaz, Ospina JMF. Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. Av enferm. 2007;25(2):101–11.
11. Zamora ZEH, Juárez AC. Conductas sexuales riesgosas y adictivas en estudiantes universitarios. Psicol y Salud [Internet]. 2008;18(2):227–36. Available from: https://search.proquest.com/docview/1315880643?accountid=17253%0Ahttp://sfx.bugalicia.org/san?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Apsycinfo&atitle=Conductas+sexuales+riesgosas+y+adictivas+en+estudiante
12. Domínguez ID. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2011;37(3):387–98.
13. Arango-Tobón OE, Pérez GAC, Quintero S, Montoya CM, Mesa SM, Bustamante AR. Riesgos psicosociales y actitudes sobre prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol o drogas en adolescentes de la ciudad de medellín. Univ Psychol. 2013;12(3):887–98.
14. Caricote Agreda E. Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. Educere Rev Venez Educ. 2008;(40):79–87.
15. Orcasita L, Uribe A, Castellanos L, Guitiérrez M. Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. Revista de Psicología [revista en Internet] 2012 [acceso 5 de diciembre de 2019]; 30(2): 371-406. 2012;30(2). Available from: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/3809/3786>
16. Álvarez de la Cruz C. Comunicación y sexualidad. Enfermería Glob. 2010;(19):1–10.
17. Fernando Barragán Medero. Sexualidad, Educación sexual y Genero. 1369;
18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la salud sexual. Promoción la salud Sex. 2000;49.
19. Gómez S, Zamudio V. Comunicación activa entre padres-madres e hijos-hijas. (Tesis grado) Repos Ucatolica [Internet]. 2018;1–81. Available from: [https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/22262/1/COMUNICACIÓN ACTIVA ENTRE PADRES-MADRES E HIJOS-HIJAS.pdf](https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/22262/1/COMUNICACIÓN%20ACTIVA%20ENTRE%20PADRES-MADRES%20E%20HIJOS-HIJAS.pdf)
20. Vásquez Munive M, Romero Cárdenas Á, Rivas Castro A. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual entre estudiantes de los primeros semestres de enfermería. Duazary. 2010;7(2):211–8.
21. Folch C, Álvarez JL, Casabona J, Brotons M, Castellsagué X. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. Rev Esp Salud Publica. 2015;89(5):471–85.
22. Ruiz Á, Beltrán J, Latorre C, Ruiz J. ¿Existe asociación entre los comportamientos de riesgo en salud sexual y reproductiva y el ser estudiante de medicina? estudio de corte transversal. Bogotá (Colombia). Rev Colomb Obstet Ginecol. 2010;61(2):121–8.
23. Luis Eugenio Valdés García I, MsC. María Dolores Malfrán García IL, Aguilera YFSI y LES. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en la provincia de Santiago de Cuba. 2012;16(1):1–13.



24. Martínez-Torres J, Duarte-Corredor IK, García-Vásquez GJ, Jáuregui-Rodríguez GD. Prevalencia y factores asociados al consumo de citrato de sildenafil en estudiantes universitarios colombianos, durante el primer semestre de 2013. Duazary. 2015;12(2):118.

Nombre Participantes:	Identificación	Programa	Correo electrónico:
Mayra Alejandra Barajas Lizarazo	1094242370	Enfermería	Mayra.barajas@unipamplona.edu.co
Paola Andreina Cárdenas Malpica	37396170	Bacteriología y Laboratorio Clínico	Paola.cardenas2@unipamplona.edu.co



Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

DQS is member of:



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz