



REVISTA

Cuidado & Ocupación Humana
ISSN 2322-6781

VOL. 10-II 2021





Facultad de Salud
Universidad de Pamplona
Pamplona, Colombia
ISSN 2322-6781.
Volumen 10-II
2021

RECTOR

PhD. IVALDO TORRES CHÁVEZ

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN

PhD. ALDO PARDO GARCÍA

VICERRECTORA ACADÉMICO

PhD. OSCAR EDUARDO GUALDRÓN

DECANO FACULTAD DE SALUD

MG. HERIBERTO JOSÉ RANGEL NAVIA

**DIRECTORA DE DEPARTAMENTO DE
TERAPIA OCUPACIONAL**

Dra. MAGDA MILENA CONTRERAS J.

dto@unipamplona.edu.co

**DIRECTORA DE DEPARTAMENTO DE
ENFERMERÍA**

Mg. BELINDA INES LEE OSORNO.

dcuidados@unipamplona.edu.co

EDICIÓN Y COORDINACIÓN GENERAL

DEPARTAMENTOS DE TERAPIA OCUPACIONAL Y
ENFERMERÍA.

HECHO EN COLOMBIA

Made in Colombia

Revista Cuidado y Ocupación Humana

Versión digital – ISSN- 2322-6781

rcoh@unipamplona.edu.co

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

PAMPLONA, NORTE DE SANTANDER

COLOMBIA

www.unipamplona.edu.co

Teléfonos

5685303B5685304B -5685305FAX: 5682750

+57-3186516054

PAGINAS WEB

Publindex (minciencias.gov.co)

<https://scienti.minciencias.gov.co/publindex/#/revistasPublindex/detalle?tipo=R&idRevista=575>

Open Journal System

http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_vicainves/index.php/COH/index

Google Scholar

<https://scholar.google.com/citations?user=9BsOF4cAAAAJ&hl=es>

Página Web

http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portaIIIG/home_253/publicacion/publicado/index.htm

COMITÉ EDITORIAL

PhD. MAGDA MILENA CONTRERAS JAUREGUI

PhD. BELINDA INÉS LEE OSORNO

Mg. CARLOS ALBERTO YAÑEZ SERRANO

Mg. KATTY DAYANA ESCOBAR

Esp. ANDREA PEDRAZA MENDOZA

COMITÉ CIENTÍFICO

Dra. SANDRA VERÓNICA VALENZUELA SUAZO

Universidad de Concepción - Chile

Dra. MARÍA NELCY MUÑOZ ASTUDILLO

Fundación Universitaria del Área Andina

Dra. JENNIT LORENA CÓRDOBA CASTRO

Universidad de Pamplona

Dra. DIANA MILENA CELIS PARRA

Universidad de Pamplona

Dr. JOSÉ GERARDO CARDONA TORO

Fundación Universitaria del Área Andina

Dr. MARCO FREDDY JAIMES L.

Universidad Autónoma del estado de Morelia México

Mg. MARTHA JUDITH ARISMENDI

Magisterio docente, grupo CISMAG.

Mg. EDGAR MARTÍNEZ ROSADO

Grupo salud Santander – UIS

Mg. JAVIER MARTÍNEZ TORRES

Universidad de Pamplona

COLABORADORES

ESP. YEIDY SUGEY BOHÓRQUEZ

**SE AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN TOTAL O
PARCIAL DE LA OBRA SOLO PARA FINES
NETAMENTE ACADÉMICOS, SIEMPRE Y CUANDO
SE CITE LA FUENTE.**

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en los artículos son propiamente de los autores, y no coinciden necesariamente con las de editores y/o directores de la revista, por lo cual la revista no se hace responsable del contenido de los artículos publicados.



Presentación

La Facultad de Salud de la Universidad de Pamplona con el apoyo del equipo de trabajo, representado en los ocho (8) departamentos que la conforman, ha alcanzado un posicionamiento en la región, el país y a nivel internacional, gracias a las producciones académicas, científicas y de impacto social, generando así un desarrollo académico, científico e investigativo; es allí en donde los programas de Terapia Ocupacional Y enfermería desarrollan la revista *Cuidado y Ocupación Humana*, que hace parte de las necesidades y consolidación políticas de calidad y reforzamiento académico que han venido adoptando los miembros de la Facultad y, que sin lugar a dudas, abre puertas para convertirse en un escenario de divulgación y visibilidad, no solo de los alcances científicos de nuestra Universidad; sino también de todos aquellos profesionales y estudiantes que cuenten con producciones dirigidas a la innovación en salud, el análisis, valoración, resolución de necesidades de las comunidades, técnicas de intervención o perfeccionamiento del abordaje individual y colectivo en materia de salud y desarrollo social.

El escenario en el que se materializa en la revista *Cuidado y Ocupación Humana*, tiene una derivación epistemológica y bioética, que ofrece como valor agregado la posibilidad de publicar los trabajos investigativos de estudiantes de pregrado, postgrado, docentes e investigadores externos, reconociendo el estatus de autor y la propiedad intelectual, con lo cual se estimula la calidad en los artículos presentados, en el mismo sentido se tiene la posibilidad de presentar sus experiencias de innovación e investigación en calidad de artículos originales, estudios de caso, revisiones de literatura, entre otras experiencias científicas significativas, que sin lugar a dudas enriquecerán el esfuerzo que los programas fundadores de este espacio, imprimen en su creación, mantenimiento y mejoramiento permanente.

El nombre de la revista enmarca dos de las preocupaciones más grades y más sentidas que se tienen en el Oriente colombiano, de una parte el cuidado, referido al cuidado integral de las personas, sus familias y comunidades; las pretensiones de su alcance reviste una ardua labor “conocernos cada vez más”; en este sentido en las cartografías sociales dirigidas al análisis situacional en salud, varias de ellas desarrolladas por la Facultad de Salud, es claro que las particularidades de los habitantes de un eje fronterizo categorizado como uno de los más dinámicos del país, determinan el punto de partida fundamental para la estructura de los planes de salud tanto de atención primaria como en salud pública, de esta forma, se espera que el aporte al conocimiento que suministran los investigadores e investigadoras, posibilite el diseño de estrategias de cuidado que respondan al bienestar de los individuos y las comunidades. En cuanto a la ocupación, entendida no solo en el marco del trabajo sino en todas las dimensiones que favorecen el desempeño ocupacional, el rol laboral, el ocio, las actividades de la vida diaria y el bienestar de los usuarios, se asume teniendo en cuenta nuestro contexto social de desarrollo que parametriza el espíritu de la revista y el deseo de una facultad que crece, que impulsa un mundo abierto, libre, en paz, sin limitaciones, ni fronteras.

Revista Cuidado Y Ocupación Humana
Universidad De Pamplona



Editorial

La revista Cuidado y Ocupación Humana, es un medio de divulgación digital de acceso libre, creada por los programas de Enfermería y Terapia Ocupacional Unipamplona, que anualmente publica dos volúmenes con artículos inéditos, cuyo objetivo principal es visibilizar trabajos recientes evaluados anónimamente por pares científicos y metodológicos que ratifican la calidad de la información publicada, siendo este un medio de exaltación y reconocimiento al trabajo de investigadores externos, docentes y estudiantes, que alimentan la academia y las disciplinas científicas, para mantener en pie una idea que surgió de la necesidad de divulgación científica regional, y que hoy por hoy se posiciona como una herramienta transdisciplinar que promueve el conocimiento.

Es así como en concordancia con la globalización, las nuevas demandas de una sociedad que ha sufrido la crisis de una pandemia y que ha evolucionado; los currículos y proyecto educativo de la Universidad de Pamplona y sus programas, deben denotar el verdadero valor de la investigación, que como valor agregado, impulsa al hombre en la transformación del conocimiento, a la innovación de los procesos y la evolución de la academia; otorgando medios y herramientas para traspasar fronteras mediante la información y la comunicación; manteniendo en contacto a las personas desde los lugares más apartados del planeta, además ayudando a sobrellevar las consecuencias sociales y económicas de la crisis global sanitaria por SARS COVID-19, sirviendo como motor del desarrollo del conocimiento.

Es así como la revista RCOH facilita a todos los autores e investigadores del sector salud, educación, ciencias sociales y a fines; la divulgación de su gestión en la investigación científica, formativa y procedimental, asimismo se difunden los procesos e innovaciones teóricas y prácticas ligadas a la generación de productos finales como artículos, cartillas, protocolos, guía, relatorías, estudios de caso, protocolos, teorías, etc.; que mejoren, potencialicen e integren la ocupación el cuidado, la salud, la rehabilitación, educación y el desarrollo psicosocial humano integral, desde una perspectiva abierta a la innovación, con fundamento científico, crítico e investigativo; así mismo a la comunidad académica, estudiantes y docentes, que quieran dar mayor visualización a los resultados de sus proyectos, con la intención de brindar información técnica veraz, que facilite la adquisición de competencias investigativas básicas para realizar el trance del conocimiento, que facilita la incursión en el mundo investigativo y de profundización profesional; impactando el desarrollo de las ciencias, propendiendo la evolución técnica y científica del área disciplinar, para facilitar la transdisciplinariedad y generar impacto a nivel local, regional, nacional e internacional en el desempeño ocupacional y las nuevas tendencias de la investigación parametrizados por los entes de creación del conocimiento.

Comité Editorial
Revista Cuidado y Ocupación Humana
UNIPAMPLONA



Contenido

- **Conocimientos, actitudes y barreras de contención de la blenorragia.**
Lázaro D.* , Zúñiga A.** , Bayona D.*** , Zapata H.****
- **Estrategias para disminuir la ansiedad en pacientes hospitalizados**
Fernandez J.* , Fernandez D.**
- **Terapia ocupacional en el ámbito clínico con síndromes de sobre uso**
Hernandez V.* , Contreras D.**
- **Relación de los estilos de personalidad y el bienestar psicológico de las trabajadoras sexuales.**
Quintana L.* , Posada C.**
- **Prevalencia de automedicación en mujeres en periodo de gestación, una revisión sistemática.**
Bohórquez C.* , Buenahora K. ** , Macías R. *** , Navarro Y. **** , Hurtado R***** . Del Toro M. ***** .
- **Factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático y su influencia en la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto armado en Norte de Santander.**
Sánchez M.*
- **Valoración de la capacidad funcional en adultos jóvenes y adultos mayores mediante el test de Cooper y el test de caminata de 6 minutos, a través de una herramienta computacional.**
Sánchez D.*
- **Las tecnologías de la información y la comunicación en el desempeño de los escolares bajo la metodología de escuela nueva.**
Quintanilla J.* , Lizarazo N.**



CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y BARRERAS DE CONTENCIÓN DE LA BLENORRAGIA

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BARRIERS TO CONTAINMENT OF GONORRHAGE

Para citar este artículo:

Lazaro D., Zúñiga A., Bayona D. Zapata H. (2021).
Conocimientos, actitudes y barreras de contención de la
blenorragia. *Revista cuidado y ocupación humana vol.10-II*

Dana Alejandra Lázaro Garzón*
Aldo León Zúñiga Mendoza**
Dani José Bayona Castilla***
Henry Eduardo Zapata Santamaria****

RESUMEN

El siguiente artículo de revisión temática, trata sobre las complicaciones que trae consigo la la blenorragia, denotando incluso problemas de infraestructura de salud pública debido a la precaria atención que se le da a esta Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS). Este estudio con trabajadoras sexuales del municipio de Pamplona es un claro ejemplo de como no tienen en cuenta la presencia de una posible ETS de este tipo en su organismo, convirtiéndose ellas mismas, en un peligroso foco de infección constante. La blenorragia es una ETS bacteriana que requiere más atención y con este trabajo se busca comprender más la situación actual de la enfermedad, como esta puede afectar al municipio y como se organiza su atención en las entidades encargadas, además de estudiar de qué forma es tratada al momento de ser diagnosticada; comprender sus complicaciones de salud pública tal como la resistencia de antimicrobianos, que vuelve obsoletos a los antibióticos de amplio espectro o a los específicos haciendo aún más complicada la forma de tratamiento de la enfermedad y causando contagios que pueden dejar secuelas permanentes por su falta de atención en el tiempo correcto.

PALABRAS CLAVES: Blenorragia, salud pública, prevención, ETS, bacteriología, anticonceptivos, resistencia.

ABSTRAC

In the following thematic review article, we will talk a little about the complications that STDs bring with them such as gonorrhea more specifically, denoting even in the area problems of public health infrastructure due to the precarious attention given to this STD , the study with sex workers in the municipality of Pamplona will be a clear example of this showing how some people, especially women, do not even take into account the presence of a possible STD of this type in their body, being a dangerous source of infection constant. Gonorrhea is a bacterial STD that requires more attention and this work seeks to gain a better understanding of the current situation of the disease, how it can affect the municipality and how its care is organized in the entities in charge, it also seeks to study in what way This is treated at the moment of being diagnosed, understanding more and more the other public health complications with which it is rooted, such as antimicrobial resistance, thus making broad-spectrum or specific antibiotics obsolete, making it even more complicated. the form of treatment of the disease and causing contagions that can leave permanent sequelae due to their lack of attention at the correct, time.

KEYWORDS: Gonorrhea, public health, prevention, STD, bacteriology, contraceptives, resistance.

Las enfermedades de transmisión sexual son una problemática de salud pública con elevada

INTRODUCCIÓN



frecuencia en nuestra población, es por esto que este trabajo busca fundamentar de forma particular el conocimiento y los métodos de prevención que utilizan las trabajadoras sexuales (quienes están en constante riesgo de padecer y diseminar estas infecciones) del municipio de Pamplona Norte de Santander y cómo las entidades encargadas trabajan para evitar más contagios ligados específicamente a él diplococo *Neisseria gonorrhoeae* causante de la gonorrea (o blenorragia) el cual representa un factor de suma importancia dentro de las ITS, debido a que con el paso del tiempo este microorganismo (causante de la gonorrea) ha adquirido ciertas características de evasión inmunológica que lo hace más resistente antes los antibióticos con los que se le podía realizar un tratamiento, recibiendo por esto algunas cepas el nombre de “super gonorrea” (1).

Apoyándonos de instrumentos cuantitativos como fichas demográficas se pretende llegar a una idealización de cuáles son las barreras de contención más útiles y accesibles que presentan las trabajadoras sexuales de este municipio; teniendo en cuenta lo anterior se debe comprender que este artículo busca organizar las ideas a tratar dentro del trabajo de investigación con el fin de determinar conocimientos, actitudes y barreras de contención que han sido usadas por las mujeres trabajadoras sexuales en pamplona, comprender como se comporta esta enfermedad y ayudar a concientizar a la población o tratar de mejorar de alguna manera la problemática. Bajo todo este proceso se tratará de definir el nivel de conocimiento general de las trabajadoras sexuales en el área, caracterizar a la población objeto mediante fichas sociodemográficas conociendo algunas barreras de contención y ayudándolas a promover y por último conocer cuáles son las barreras de contención más útiles y accesibles para la muestra a trabajar.

METODOLOGÍA

Método: Tipo cuantitativa con metodología de revisión temática.

Periodo estudiado: Se realizó una búsqueda sistemática de artículos científicos en el periodo comprendido entre septiembre y diciembre del 2021.

Base de datos: La estrategia de búsqueda de la temática se realizó mediante bases de datos electrónicas COMO PudMed, Scopus, SciELO, ScienceDirect, Base de datos PMC.

Fuentes: Se emplearon fuentes primarias como libros, artículos de revista, noticias científicas y otras fuentes secundarias como informes arrojados por organizaciones en salud regionales, nacionales e internacionales.

Descriptores: Se empleo la herramienta de los descriptores DECS que arrojó las siguiente palabras claves: Blenorragia, salud pública, prevención, infecciones, diagnostico, ETS, bacteriología, antibióticos, microorganismos, sexualidad, anticonceptivos, resistencia, reproducción, contagio.

Selección de estudio: Se realizó una revisión de títulos y resúmenes de los artículos y trabajos encontrados para eliminar aquellas entradas que a pesar de contener alguna de estas palabras clave no tuvieran como objetivo analizar la temática de este estudio y no presentaban el texto completo.

Proceso de recopilación de datos: Para la recopilación de datos se realizó la primera revisión de la literatura y la respectiva extracción de información, se repitió dicho proceso para comprobar e identificar documentos no validos con respecto a la búsqueda.

Con respecto a los siguientes criterios mencionados, solamente fueron incluidos un total de 24 artículos científicos.

RESULTADOS

Después de una búsqueda de distintos artículos, tesis, libros, trabajos de grados, entre otros, en distintas paginas plataformas de bases de datos como SCOPUS, EUREKA,



SCIENCEDIRECT, Google Académico, etc., se evidenció que la mayoría de las mujeres presentan una infección asintomática lo que puede dificultar el monitoreo y la contención de la enfermedad puesto que estas mujeres se pueden auto considerar sanas pero a su vez pueden infectar a los hombres y/o mujeres con las que mantengan relaciones sexuales sin protección. (2)

Es por esto que las trabajadoras sexuales son una población muy relevante al momento de investigar acerca de las enfermedades de transmisión sexual, puesto que están en contacto con una gran cantidad de personas que pueden o no estar infectadas, lo que las hace un foco de infección de las ITS (3), es debido a esto que surge la importancia del uso de barreras de protección tanto para ellas mismas, como para evitar la transmisión de este tipo de infecciones. (4)

Por ejemplo, en Colombia en el año 2006 se realizó un estudio en la ciudad de Montería en el que se encontró que la prevalencia de la gonorrea en las trabajadoras sexuales fue de un 21.7% por lo tanto en una aproximación numérica 2 de cada 10 trabajadoras sexuales en montería están infectadas con el gonococo (5) (véase tabla 1).

Tabla 1.



Por otro lado, y con respecto a las medidas de protección, un estudio en 8 ciudades de Ecuador encontró que en una población de 2867 trabajadoras sexuales con una edad media de 28 años se encontró que la tasa de uso de condón con su último cliente fue de un 88%, mientras que, en otro estudio con una población menor, de 254 trabajadoras sexuales que acuden a consulta al Centro de Salud Pumapungo de la

Ciudad de Cuenca se encontró que la mayoría de ellas están entre los 18 y los 24 años y que el 60.2% de ellas utiliza el condón masculino y femenino como barrera de protección, por otro lado un 27.6% utiliza la higiene íntima antes y después de la actividad sexual (6).

El condón es el método más utilizado por las trabajadoras sexuales para la protegerse de las ETS, esto es porque los condones cuando son utilizados de una forma correcta y constante son altamente eficaces al reducir el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual que son transmitidas por secreciones genitales y en menor escala, las úlceras genitales (7).

Entre las ETS transmitidas por secreciones genitales encontramos al VIH, la clamidia, la tricomoniasis y la gonorrea, mientras que las que entre las que producen úlceras genitales encontramos a herpes genital, sífilis y cancroide y la infección por el virus del papiloma humano (VPH) que se transmiten fundamentalmente mediante el contacto con la piel infectada o las superficies mucosas (7).

Los condones evitan que el pene de la persona que lo usa entre en contacto con las secreciones genitales, la mucosa o la piel de la pareja sexual y es por esto que el condón ofrece un alto grado de protección en contra de las enfermedades que son transmitidas por medio de secreciones (8), sin embargo, esta protección es menor si hablamos de las úlceras genitales y el VPH puesto que estas enfermedades se pueden transmitir al estar expuesto a las áreas que estén infectadas y que el condón no pueda cubrir.

Se evidenció también que la automedicación junto con el uso desmedido de los antimicrobianos ha generado un problema de gran importancia a nivel mundial, puesto que, desde hace más de setenta años se ha venido tratando la enfermedad generada por el diplococo con sulfamidas, penicilinas, entre otros, pero ha habido una aparición de cepas gonocócicas que exhiben resistencia clínica de alto nivel a los antimicrobianos, lo cual



aumenta los casos de mortalidad y los costos en los tratamientos que se efectúan globalmente contra dicha patología (8), esta problemática ha generado que la Gonorrea sea entre todas las ITS la más resistente a los antibióticos, lo que a su vez conlleva a que exista la inquietud de que se presenten casos de infección por *Neisseria gonorrhoeae* que no sean tratables con consecuencias graves para la salud sexual y reproductiva, sabiendo que en la mayoría de los casos la patología en las mujeres se presenta de manera asintomática lo que eleva el posible nivel de contagio si no se aplica una adecuada barrera de contención durante el coito, de ser así podría esto terminar múltiples casos de super gonorrea con un difícil tratamiento ante la infección y con posibles consecuencias mortales (9), además que puede esto también provocar un incremento de infección gonorreica en neonatos, complicando la contingencia de la infección (9).

DISCUSIÓN

Dado a que la Gonorrea ocupa el segundo lugar en las ETS de origen bacteriano más común en el mundo y conlleva a una alta tasa de morbilidad junto con un costo económico elevado, se ha convertido en un gran problema de salud pública mundial y es que en caso de no diagnosticar y tratar la enfermedad a tiempo esta infección gonorreica puede causar mortales complicaciones y a su vez una segregación sistemática por el portador a sus parejas sexuales (10).

La vía de transmisión de esta enfermedad es a través de la vía genitourinaria, es decir, por medio de relaciones sexuales de tipo vaginal, anal u oral sin protección con una persona infectada o bien de la madre al hijo durante el parto. Una de las dificultades del diagnóstico de esta enfermedad es que a menudo es asintomática en las mujeres, lo que genera una elevada transmisión puesto que las féminas portadoras pueden auto-considerarse “saludables” pero transmiten al mismo tiempo el microorganismo causante de la patología, el

80% de las mujeres se contagian después del contacto sexual con un hombre infectado, mientras que el 30% de los varones contraerán la infección luego de tener contacto con la mujer infectada (11), además, los hijos de las madres con gonorrea son muy propensos a contraer una infección ocular neonatal al paso por el canal vaginal, que en un corto plazo puede conllevar a la formación de cicatrices, oftalmía purulenta y ceguera, o en otro caso puede aumentar el riesgo de abortos espontáneos y también puede inferir en nacimientos prematuros siendo la causa más común de muerte infantil así mismo puede causar problemas crónicos en el desarrollo del bebe.

En las mujeres en estado normal puede causar una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), llevar a un embarazo ectópico a la hora de lograr un embarazo o causar infertilidad (12). En los hombres se asocia con problemas de salud en el epidídimo, aumenta la posibilidad de contener estenosis uretral e igualmente la incapacidad de tener hijos.

Otra gran problemática es la cada vez más frecuente aparición de cepas resistentes a los antibióticos y esto es debido al uso desmedido de los antimicrobianos pues ya más de setenta años se ha venido tratando la enfermedad generada por el diplococo con sulfamidas, penicilinas, entre otros, sin embargo, se ha reportado la aparición de cepas gonocócicas que exhiben resistencia clínica de alto nivel a los antimicrobianos, lo cual aumenta los casos de mortalidad y los costos en los tratamientos que se efectúan globalmente contra dicha patología, esta problemática ha generado que la Gonorrea sea entre todas las ITS la más resistente a los antibióticos, lo que a su vez conlleva a que exista la inquietud de que se presenten casos de infección por *Neisseria gonorrhoeae* que no sean tratables con consecuencias graves para la salud sexual y reproductiva, sabiendo que en la mayoría de los casos la patología en las mujeres se presenta de manera asintomática lo que eleva el posible nivel de contagio si no se aplica una



adecuada barrera de contención durante el coito, de ser así podría esto terminar múltiples casos de súper gonorrea con un difícil tratamiento ante la infección y con posibles consecuencias mortales, además que (como se mencionó anteriormente) puede esto también provocar un incremento de la incidencia de esta infección en neonatos, complicando la contingencia de la enfermedad.

A pesar de que el condón muestre una gran capacidad de protección frente a las ETS que se transmiten por secreciones como la gonorrea, aún existe una importante prevalencia de la enfermedad, esto puede ser debido al uso incorrecto del condón o el no utilizarlo durante todo el acto sexual lo que permitiría la infección. (15)

CONCLUSIÓN

Se obtiene primeramente como conclusión que, en la mayoría de casos positivos de blenorragia se ha dado por la alta desinformación a la que se encuentran las personas referentes a salud sexual y métodos de contención para sexo seguro, ya que según en los datos arrojados por medio de artículos anteriormente referenciados es relevante el alto índice de incompetencia de las entidades encargadas.

Cabe destacar que durante el planteamiento del proyecto se pudieron encontrar aspectos positivos para mitigar la prevalencia de la enfermedad en el municipio por medio de la población escogida para el proyecto. Continuando con el proceso de dicha investigación se pudo obtener que de la identificación y evaluación de riesgos y temática estudiada referente a la prevalencia del gonococo a nivel internacional gracias a bancos de información, tesis y artículos científicos de diferentes partes del mundo se lograron identificar con ejemplos tanto cualitativos como cuantitativos las barreras de contención más útiles para reducir la proliferación de la infección tales como el condón o las profilaxis preexposición así también de los tratamientos y

los protocolos de acción al momento de encontrarse con pacientes positivos, teniendo en cuenta durante el proceso de organización de la temática como puede llegar a actuar la infección, y sobre qué tipo de agentes sociales se encuentran enlazados a los aumentos de infección.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BBC Mundo. Detectan en Reino Unido el "peor caso de supergonorrea" del mundo que no responde a los antibióticos tradicionales. [Online]; 2018. Acceso 12 de Diciembre de 2021. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-43578888>.
2. OMS. <https://www.paho.org/es/temas/gonorrea#:~:text=La%20gonorrea%20es%20la%20segunda,m%C3%A1s%20resistente%20a%20los%20antibi%C3%B3ticos>. [Online]; 2021. Acceso 12 de Diciembre de 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/gonorrea#:~:text=La%20gonorrea%20es%20la%20segunda,m%C3%A1s%20resistente%20a%20los%20antibi%C3%B3ticos>.
3. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Riesgo de VIH entre personas que intercambian relaciones sexuales por dinero o artículos en los Estados Unidos. [Online]; 2020. Acceso 12 de Diciembre de 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/group/sexworkers.html>.
4. Juan Pablo Gutiérrez MeEdIS, Diana Molina-Yépez MEeIyAeS, Fiona Samuels DeAS, Stefano Michele Bertozzi DeGyPdSI. Uso inconsistente del condón entre trabajadoras sexuales en Ecuador: resultados de una encuesta de comportamientos. *Salud Pública Mex.* 2006; 48(2).
5. Ministerio de Salud Colombia. Situación de las infecciones de transmisión sexual diferentes al VIH. Colombia 2009 - 2011. Min Salud. 2009-2011.



6. Diana Molina Yépez FSSMBJPG. Uso inconsistente del condón entre trabajadoras sexuales en Ecuador: resultados de una encuesta de comportamientos. Salud Pública México. 2006.
7. Ministerio de Salud. Los condones y las ETS. Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos | Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. .
8. Larissa Hirsch M. Condones. [Online]; 2018. Acceso 12 de Diciembre de 2021. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/teens/contraception-condom.html>.
9. OMS. OMS advierte del peligro de la 'súper gonorrea' y la pérdida de eficacia de los antibióticos. [Online]; 2021. Acceso 12 de Diciembre de 2021. Disponible en: <https://medicinaysaludpublica.com/noticias/infectologia/oms-advierte-del-peligro-de-la-super-gonorrea-y-la-perdida-de-eficacia-de-los-antibioticos/9933>.
10. OMS. Gonorrea multirresistente. [Online]; 2021. Acceso 12 de Diciembre de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/multi-drug-resistant-gonorrhoea>.
11. París E. Gonorrea en la mujer embarazada y efectos en el bebé. [Online]; 2009. Acceso 12 de Diciembre de 2021. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/salud-de-la-madre/gonorrea-en-la-mujer-embarazada-y-efectos-en-el-bebe>.
12. Morris SR. Gonorrea. [Online]; 2020. Acceso 12 de Diciembre de 2021. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/profesional/enfermedades-infecciosas/enfermedades-de-transmisi%C3%B3n-sexual/gonorrea>.
13. OMS. Infecciones de transmisión sexual. [Online]; 2019. Acceso 12 de Diciembre de 2021. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).
14. NHI. ¿Cómo afectan las enfermedades e infecciones de transmisión sexual (STD/STI por sus siglas en inglés) el embarazo? [Online]; 2015. Acceso 12 de Diciembre de 2021. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/std/s/informacion/preguntas-afectan>.
15. Sierra A. 21 errores que cometes al usar el condón. [Online]; 2019. Acceso 12 de Diciembre de 2021. Disponible en: <https://www.elmundo.es/vida-sana/sexo/2019/09/18/5d7f513afc6c835e208b4601.html>.
16. Sierra A. 21 errores que cometes al usar el condón. [Online]; 2019. Acceso 12 de Diciembre de 2021. Disponible en: <https://www.elmundo.es/vida-sana/sexo/2019/09/18/5d7f513afc6c835e208b4601.html>.



ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

STRATEGIES TO REDUCE ANXIETY IN HOSPITALIZED PATIENTS

Para citar este artículo:

Fernandez J., Fernandez D. (2021). Estrategias para disminuir la ansiedad en pacientes hospitalizados. *Revista cuidado y ocupación humana vol.10-II*

Enf. Leiddy Johanna Fernández Rey*

Universidad de Santander UDES

Ps. Diego Alexander Fernández Rey**

Universidad Simón Bolívar

RESÚMEN

Este estudio tiene el objetivo de determinar cuáles son las necesidades humanas que el paciente presenta al estar en hospitalización y cuál es la relación con el modelo teórico de Merle Mishel. Se basa en estudio de caso, en el área de hospitalización de un centro clínico de Norte de Santander Colombia. Se usó una metodología de tipo cualitativa, narrativa y descriptiva; donde se describieron los procesos de estancia hospitalaria; y se plantearon acontecimientos encontrados durante el proceso de valoración e intervención precoz desde enfermería y psicología; encontrando que según lo analizado el mayor número de casos de pacientes hospitalizados presentan ansiedad, y que esta se convierte en una respuesta humana la cual debe ser atendida de manera inmediata para evitar posibles alteraciones o complicaciones; en la mayoría de los casos la ansiedad se presenta por el cambio en las formas de vida mientras se está en la institución, preocupaciones a familiares, por el estado de salud actual, lo que debe realizarse en el proceso de recuperación, por tener que dejar de fumar o tomar alcohol cuando se está en una institución de salud. Se concluye así, que la incertidumbre ante la enfermedad es un proceso que se genera de manera natural, siendo de gran importancia ayudar a estabilizar sus niveles en el paciente para lograr de esta manera un mayor proceso de adaptación y recuperación de su enfermedad.

PALABRAS CLAVES: ansiedad, hospitalización, enfermería, psicología, adaptación y recuperación.

ABSTRACT

Hospitalization is a critical process by which each subject experiences various situations that are anchored to the various health conditions that are experienced at that time by the subject, this study is based on a study anchored to a focus group of 4 subjects, under methodology case study, in the hospitalization area of a clinical center in Norte de Santander Colombia, in male patients, who present traumatic episodes in lower limb injuries with open wound, who underwent surgery and hospitalized for the treatment of symptoms from nursing, and that in their process they presented anxiety crisis treated from psychology; with the key objective of being able to determine what are the human needs that the patient presents when hospitalized and what is the relationship with the theoretical model of Merle Mishel. For this, a qualitative, narrative and descriptive methodology is used; where the hospital stay processes are described; and events found during the process of assessment and early intervention from nursing and psychology are raised; finding that according to what was analyzed, the largest number of cases of hospitalized patients present anxiety, and that this becomes a human response which can be treated immediately to avoid possible alterations or complications; In most cases, anxiety arises from changes in lifestyles while in the institution, concerns at the family level, concerns with the current state of health and the events that must take place in the recovery process, for having to stop smoking or drinking alcohol when you are in a health institution, thus concluding that uncertainty in the face of illness is a process that is generated naturally, being of great importance to help stabilize anxiety levels that affect harmony of the patient, thus achieving a greater process of adaptation and recovery from their illness.

KEYWORDS : anxiety, hospitalization, nursing, psychology, adaptation and recovery.



INTRODUCCIÓN

Los planes de atención de enfermería (PAE) y los procesos de atención integral desde psicología, deben enfocarse hacia el propósito de mejorar la mirada que se tiene en el ámbito asistencial hacia el paciente; de manera holística como un todo e identificando aquellas respuestas humanas teniendo en cuenta las necesidades del paciente con la finalidad de buscar la pronta ayuda y la satisfacción de paciente.

La educación en los ámbitos de la salud en los últimos años ha tenido avances importantes, producto de la preocupación constante por mejorar la calidad, la innovación tecnológica, el abordaje integral, el trabajo interdisciplinario y todos estos aspectos científicos que permiten estar a la vanguardia en lo referente a conocimientos y procesos relacionados al cuidado y a las demandas de salud de los últimos años. Sin embargo, a pesar de estos avances, uno de los retos sigue siendo el abordaje de los problemas de desde el enfoque biopsicosocial desde la enfermería, de forma metódica y con fundamento científico, a través de la aplicación del Proceso Enfermero (PE) en la práctica enfermera, y el apoyo en otras profesiones como la psicología para el tratamiento y recuperación de lesiones físicas.

Basados en los PE como un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud reales o potenciales", es la herramienta metodológica que facilita la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados, permitiendo una visión holística de las personas, y consta de cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Por su parte la psicología como medio de apoyo en el manejo de la ansiedad emplea diversas estrategias psicoeducativas y autorreguladoras que permiten la adaptación al tratamiento.

Po lo que la aplicación de la teoría, es útil para el razonamiento y la toma de decisiones en la práctica, permite organizar y entender aquello que pasa alrededor del cuidado, posibilita el juicio clínico y la reflexión filosófica al planificar los cuidados, proponer intervenciones de enfermería desde un enfoque multisistémico e integral, integrando el trabajo psicológico como coterapeuta ante el manejo de la ansiedad y viceversa; logrando así bajo una metodología cualitativa, narrativa y descriptiva poder llegar a predecir, explicar y evaluar la eficacia de los cuidados en la práctica de enfermería.

METODOLOGÍA

El siguiente trabajo, se plantea desde es una investigación cualitativa de tipo narrativa, donde 4 pacientes de sexo masculino, quienes presentan episodios traumáticos en lesiones de miembros inferiores con herida abierta, quienes fueron intervenidos quirúrgicamente y hospitalizados para el tratamiento de sintomatología, quienes describieron su proceso de estancia hospitalaria y descriptiva.

Igualmente se presenta una descripción procedimental desde los ámbitos profesionales relacionando los acontecimientos observados durante el proceso de valoración de enfermería y psicología paralelamente.

Tipo de investigación

Se realiza un estudio de grupo focal con 4 sujetos a modo de estudios de caso; utilizando como método la investigación cualitativa, por medio de la taxonomía de Nanda sus diagnósticos priorizados, su resultado Nos y sus intervenciones Nic según necesidad.

1: Valoración: Recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, es la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

- Recogida de datos



- Validación
- Organización
- Registro

Proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente, familia o comunidad, que utiliza: Entrevista clínica, observación, exploración física.

La finalidad de esta etapa 1:

- Reconocer los problemas de salud (diagnóstico NANDA)
- Prevenir las posibles complicaciones
- Iniciar las acciones para asegurar un tratamiento adecuado y a tiempo.

2: Diagnóstico: Se trata de identificar los problemas y necesidades que el paciente, la familia o comunidad tiene y que son la base del plan de cuidados. Además en esta fase el profesional debe identificar, los recursos necesarios para las intervenciones desde la enfermería.

3: Planificación: Se buscan las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como promocionar la salud.

La planificación es la etapa en la cual se determina qué cuidados específicos requiere el paciente para cubrir las necesidades y solucionar los problemas que se han detectado en la etapa anterior.

Para ello es necesario determinar qué objetivos se pretenden y cuáles son las actividades para su logro. Establecimiento de los noc (criterios de resultado) para cada objetivo.

4: Ejecución/Intervención: Realización o puesta en práctica de las estrategias terapéuticas. NIC Se realiza unas pautas de actuación.

En esta etapa es fundamental la competencia técnica, ya que hay que aplicar lo planificado de forma inmediata y eficiente; es decir hay que aplicar los conocimientos, las actividades, la

metodología, la técnica de las actividades y los cuidados. Es el cómo se realizan las actividades.

5: Evaluación: Se trata de comparar la respuesta de la persona, familia o comunidad y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

La utilización de criterios de resultados objetivos y la identificación de indicadores centinela para una actuación inmediata en caso de fracaso terapéutico son los parámetros de esta etapa: (Qué signos son negativos y positivos en la evolución de un paciente al que se le ha administrado un fármaco; grado en qué un paciente está consiguiendo superar el problema o nivel de intervención de enfermería requerido, etc.)

Para finalizar y completa un buen proceso de valoración de enfermería él estúdiante debe escoger un modelo de teoría de los cuales ya ha sido estudiados en asignaturas anteriores para justificar científicamente por medio de un documento estandarizado la realiza con de las actividades, dando así a al proceso mucha más eficiencia y mejor realización científica.

RESULTADOS

La atención a la salud es considerada a nivel mundial como uno de los servicios con mayor demanda social; y que los servicios dados desde Enfermería corresponden a uno de los de mayor cobertura en todos los niveles de atención. De este modo la enfermería tiene como finalidad ofrecer servicios asistenciales efectivos con sentido humanitario dirigidos al cuidado de la salud de la persona, familia y comunidad, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación otorgadas por personal profesional competente, que sustenta su práctica en una sólida formación académica centrada en el dominio de la disciplina y en los valores éticos de la profesión.



Por otra parte bajo el modelo globalizado de atención integral y biopsicosocial, la percepción individuo ante la crisis y/o episodios que está vivenciando conlleva a que se vislumbre la intervención hacia posibles episodios de ansiedad durante la hospitalización, denotando así la necesidad de contemplar el abordaje de esos factores psicológicos, que puede detallarse desde la atención primaria y la detección precoz por parte de la enfermería, conllevando a solicitar el posible apoyo del profesional en psicología y del familiar acompañante.

Con relación a los servicios que presta el personal de Enfermería, son considerados como actividades parametrizadas y guiadas por ciertas expectativas científicas que han sido contempladas desde la antigüedad; por lo que se hace necesario trascender y que estas prácticas pueden ser modificadas en gran medida teniendo en cuenta el grado de satisfacción el paciente pueden tener de la atención recibida; la percepción de los procedimientos y la calidad humana del profesional; por otro lado, depende de la calidad de los servicios otorgados; es por eso que es de gran importancia que el profesional de enfermería vaya más allá y reconozca las necesidades humanas que requiera el paciente como sus familiares, siendo en estos casos la respuesta humana del paciente más prevalente episodios de ansiedad.

Anclados a lo mencionado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), los trastornos mentales de ansiedad y depresión se encuentran entre los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, siendo la ansiedad la segunda causa más frecuente de diagnósticos psiquiátricos emitidos en atención primaria.

La NANDA define ansiedad como “vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica”; la ansiedad produce cambios psicológicos, fisiológicos y conductuales. Psicológicamente se manifiesta como una sensación compleja y desagradable que abarca desde la inquietud hasta el pánico, miedo a morir, volverse loco o a perder el

control, preocupación, sensación de estar en peligro, sensación de indefensión.

La complejidad de los procesos humanos en la modernidad, muchas veces se diluye en la identidad y experiencias de las personas que transitan los diversos escenarios de la vida cotidiana, hacen repensar las formas tradicionales de cuidado: atomizado, determinista y fundamentalmente centrado en la satisfacción de necesidades observables y medibles. El abordaje del cuidado en la complejidad implica integrar las múltiples dimensiones en las que transcurre la experiencia de la salud humana. Una de esas dimensiones es la social donde la persona se confunde en el contexto en el que se expresa en una trama de múltiples relaciones con los otros.

Se entiende por otros a las demás personas significativas o no que comparten un mismo entorno histórico social. Las personas significativas son consideradas aquellas con las que se han establecidos vínculos y se construye una intersubjetividad respetuosa impregnada de confianza, serenidad, seguridad y apoyo afectivo, donde el cuidado, generado en ese contexto, se transforma en terapéutico. Los otros constituyen el "mundo intersubjetivo, social, compartido, mi mundo es un mundo que vivo con otros".

Las personas, en ese escenario social, protagonizan situaciones cotidianas que no les refieren riesgos; pero muchas veces, un evento inesperado les genera incertidumbre sobre la posibilidad o no de experimentar en el futuro una situación semejante, con desenlaces nefastos o irremediables.

En la práctica diaria del cuidado enfermero se suceden situaciones en las que la persona no siempre puede construir el significado de lo que le pasa, por lo inesperadas, por la magnitud del daño, por las representaciones previas sobre el hecho, por las pérdidas experimentadas, por los recuerdos de vivencias o relatos pasados, por la sensación de amenaza, riesgo o temor. Se



observa, además, que las personas ante esos hechos reaccionan afrontando las circunstancias, evadiéndolas, huyendo, manifestando furia desenfrenada y agresión de todo tipo, minimizando las consecuencias, evitando el recuerdo, proyectando en otros su miedo, estas percepciones y sentimientos personales deben enfrentarse, pues estas provocan situaciones de ansiedad, nerviosismo, peligro o atemorizantes, y que pueden llegar a inhabilitar temporal o permanente para sortear estas dificultades individuales y pueden alterar sus relaciones familiares y en la comunidad en la que viven.

Según Mishel en su teoría *The Journal of Nursing Scholarship* 1990, cada persona percibe y se adapta al entorno de una forma única y singular. Por lo que es misión de la enfermera dar soporte a los pacientes teniendo en cuenta cómo viven, sienten y afrontan este entorno y las circunstancias que determinan el proceso de enfermedad. Las circunstancias frecuentemente dibujan un mapa difuso e incierto que puede repercutir en la percepción del paciente y en sus capacidades para afrontarlo, generando inestabilidad física y emocional.

Los trastornos de ansiedad aparecen cuando la activación es persistente y alteran la vida normal; aunque las causas no han sido bien definidas, posiblemente la predisposición genética, los factores psicosociales estresantes y los sistemas neurológicos desempeñan un papel en este proceso, conceptualizada como un estado negativo con tres componentes, uno fisiológico, la hipervigilancia, otro afectivo, el miedo, y otro cognitivo, la indefensión; y cuya principal característica es la sensación de descontrol sobre amenazas o daños reales o posibles; esta se da como una respuesta emocional compleja, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional; estas son respuestas únicas para cada individuo, y pueden anticipar peligros reales o percibidos, que activa y capacita para la respuesta de protección del individuo.

Mishel en su teorización, define Incertidumbre como la incapacidad para determinar el significado de los hechos que tienen relación con la enfermedad, y aparece cuando la persona no es capaz de darle un valor definido; o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se conseguirán, por lo que el sujeto no puede prever lo que pasará; y esta interpretación subjetiva de su enfermedad, tratamiento, hospitalización y del contexto de salud en la cual se encuentra inmerso, puede conllevar a situaciones de incertidumbre y puede ser generadora de ansiedad por la elevada demanda del ambiente y puede limitar la capacidad de afrontamiento del individuo provocando reactividad fisiológica y generando niveles altos de ansiedad. Esta incertidumbre se basa en los modelos de procesamiento de información de Warburton y de personalidad de Budner, que identificaban la incertidumbre como un estado cognitivo resultante de una serie de señales que no son suficientes para formar un esquema cognitivo de una situación o un hecho.

Es por esto, que el proceso de incertidumbre comienza desde la llegada y asignación de los pacientes al área de hospitalización clínica, retomando a los usuarios en la etapa del proceso de atención de enfermería comenzando por la valoración subjetiva y objetiva de donde se obtuvo la información y la guía para comenzar el proceso de cuidado del paciente.

Pacientes masculinos en edades de los 40-45 años, quienes presentan episodios traumáticos en lesiones de miembros inferiores con herida abierta, quienes fueron intervenidos quirúrgicamente y hospitalizados para el tratamiento de sintomatología desde enfermería; proceso que ha afectado su vida cotidiana. Estos pacientes plantean que el hecho de estar hospitalizados es un acontecimiento que genera sentimientos y emociones, de inquietud, preocupación, inseguridad, inestabilidad, ansiedad por situaciones de la vida cotidiana como su familia, trabajo, responsabilidades pero sobre todo por su proceso de enfermedad y de la preocupación de estar pensando en cómo



se encontrara solución a los proceso de recuperación posterior a la cirugía.

Durante la valoración el interés dado al proceso de educación e intervenciones desde enfermería se detalla la importancia de aprender a conocer los factores de riesgo de su proceso patológico y de los hábitos de cuidado personal; así mismo desde la psicología el ser partícipes de terapias de relajación para ayudar a disminuir la ansiedad, cuya reacción emocional ante la percepción de peligro o amenaza se ve caracterizada por ser anticipatoria, activadora y facilitadora de la respuesta del individuo, que en todos los casos perturbaban el pensamiento y generaban intranquilidad ante su estado de salud; pudiendo llegar a interferir en su capacidad para superar las dificultades, situación o entorno causantes si esta ansiedad es elevada y persistente.

Dicha incertidumbre genera ansiedad; y esta a su vez disminuye la capacidad de afrontamiento y adaptación del individuo. Por lo que es necesario contribuir a la diseminación de los modelos tradicionales de enfermería y psicología ante pacientes críticos; y se aportan elementos para la reflexión crítica, ayudando así a descubrir el fenómeno del estudio de caso que es la ansiedad y a realizar intervenciones de enfermería acercando el conocimiento de las fuentes teóricas a la práctica para que ésta pueda desarrollarse bajo unas relaciones éticas, teóricas y filosóficas donde los cuidados pongan énfasis en la totalidad de la persona.

Por ende se plantean estrategias claves que parten desde el ser biopsicosocial, poder en primera medida disminuir los niveles de ansiedad del paciente por medio de una técnica de relajación que permiten al paciente disminuir la incertidumbre que se genera ante la enfermedad. Posterior brindar educación a la paciente sobre su proceso de enfermedad y las recomendaciones necesarias para ayudar a mantener un estado de salud lo más estable posible, ayudando a que las decisiones del paciente contribuyan al mejoramiento de su

salud. Continuando con la importancia de generar proceso de adaptación y cambios de hábitos de vida no saludables; lo que tiene como finalidad enseñar al paciente el proceso de mejoramiento de las respuestas humanas.

Dentro de las técnicas interdisciplinarias para el manejo de la ansiedad se debe partir desde la explicación al paciente la fundamentación de la relajación y sus beneficios; ser conducentes de energía positiva y detonar un nivel de energía y positivismo; manejar técnicas de respiración profundas y despacio, acompañado de música relajante, Creando un ambiente tranquilo que permita disminuir todas las alteraciones del organismo no solo la ansiedad, si no a disminuir el trabajo del corazón, a normalizar los procesos fisiológicos del cuerpo. Estas técnicas de relajación, pueden ejecutarse en cualquier lugar o en cualquier sitio ya sea dentro de la institución como fuera de ella. Esto permite que el paciente siga utilizando esta técnica cada vez que él lo considere importante.

Dentro de estos aspectos a tener en cuenta se debe revisar el conocimiento del paciente, pues no todos los pacientes tienen el grado de educación óptimo para entender conceptos o terminología que puede confundirlo más y generar mayor preocupación. Es por eso que es de gran importancia que los profesionales dentro de sus actividades diarias con el paciente, dediquen tiempo para enseñarle a los pacientes su proceso de enfermedad, explicando de manera sencilla pero completa como es su proceso o como será su proceso de enfermedad, cuáles serán los síntomas, las posibles complicaciones, de esta manera se contribuye a disminuir los niveles de ansiedad o incluso evitar que el paciente se estrese por no saber que tienen, como será su estancia hospitalaria y que le realizaran.

CONCLUSIONES

Se ha demostrado que en los casos investigados, los pacientes hospitalizados presentan episodios de ansiedad, como respuesta humana que puede ser atendida de



manera inmediata para evitar posibles alteraciones. En la mayoría de los casos la ansiedad se presenta por el cambio en los estudios de vida mientras se está en la institución, preocupaciones a nivel familiar, preocupaciones con el estado de salud actual y los acontecimientos que deben realizarse en el proceso de recuperación, por tener que dejar de fumar o tomar alcohol cuando se está en una institución de salud.

Igualmente la incertidumbre ante la enfermedad es un proceso que se genera de manera natural casi en todos los pacientes, es por eso que es de gran importancia ayudar a estabilizar los niveles de ansiedad que afecten la armonía de la paciente logrando de esta manera un mayor proceso de adaptación a su proceso de enfermedad. Por lo cual es de gran importancia que los pacientes comprendan la importancia de realizar el proceso de adaptación de ante la enfermedad para mejorar y disminuir la ansiedad ante situaciones inesperadas.

Dicha incertidumbre es una etapa que se genera en los pacientes a no tener conocimientos acerca de su proceso patológico siendo este el mayor grado de complejidad que generan en los pacientes complicaciones de afrontamiento. Por ende acompañado de estos procesos de educación se deben implementar técnicas de relajación y respiración que permitan complementar el cuidado de parte de los profesionales y mejorar los niveles de ansiedad que se afectan en el paciente al cambiar su vida cotidiana debido a la hospitalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Abrams, K, Zvolensky M. J, Dorflinger L., Galatis, A, Blank M. y Eissenberg, Ansiedad y Tabaco, Intervención Psicosocial, (2009), Vol. 18, N° 3. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v18n3/v18n3a03.pdf>
2. Alemán Rivera A, Camacho Gómez A, Anoceto Díaz J. A, Donestévez A. A, Treto Rosal Jo. Resultados del tratamiento quirúrgico de los aneurismas del complejo cerebral anterior-arteria comunicante anterior. *Rev Cubana Cir* [revista en la Internet]. (2001) Jun [citado 2014 Mayo 16] ; 40(2): 92-98. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932001000200002&lng=es.
3. Bados López, Uger L, Agras S. Información para el paciente Aprendiendo a conocer y manejar la ansiedad, guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. Pdf disponible en: https://www.sergas.es/docs/EGSPC/folleto/Ansiedad_Informacion_para_el_paciente.pdf
4. Bailey d, borthwick-duffy, s.a stewart, modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad, ciencia y enfermería XII (2007), disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n1/art02.pdf>
5. Brito Brito P.R. Diagnósticos enfermeros priorizados en atención primaria. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. (2009) Jun [citado 2014 Mayo 18] ; n.16 . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000200008>.
6. Cabrera T.R y O'brien S,A. rotura de aneurisma aórtico abdominal: reporte de un caso y revisión de literatura. *Rev. chil. radiol.* [online]. (2006) vol.12, n.3 [citado 2014-05-18], pp. 123-127 . disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-93082006000300005&lng=es&nrm=iso. issn 0717-9308. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-93082006000300005>.
7. Camarells Guillem F, Salvador Llivina T, Ramón Torell J.M, Córdoba García R, Jiménez Ruiz C, López García Aranda V. Consenso sobre la atención sanitaria del



- tabaquismo en España. *Rev. Esp. Salud Publica* [revista en la Internet]. (2009) Abr [citado 2014 Mayo 16] ; 83(2): 175-200. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200004&lng=es.
8. Carrillo González G.M, Rubiano Mesa Y. L. La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. (2007) Sep [citado 2014 Mayo 16] ; 23(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300009&lng=es.
9. Carvalho da Silva C.M., Lopes de Azevedo S., Cavalcanti Valente G.S., machado T. F. Rosas A.M., Marinho Chrizóstimo M.. Diagnósticos de enfermería como instrumentos en la formación del enfermero: una revisión de la literatura. *Enfermería global*. [revista en la Internet]. (2009) Oct [citado 2014 Mayo 16] ; (17): . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000300020&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000300020>.
10. De leone, Lucía María. La ansiedad autorial. Formación de la autoría femenina en América Latina: los textos autobiográficos. *Mora (B. Aires)* [online]. 2007, vol.13, n.1 [citado 2014-05-18], pp. 0-0 . Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-001X2007000100007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1853-001X.
11. González Sánchez J. Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. *Medicina segur. trab.*, (2011) Madrid, v.57 n.222, Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X2011000100003&lng=es&nrm=iso. Accedido en 16 mayo 2014. <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000100003>.
12. Gordillo León F, Arana Martínez J.M., Mestas Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Rev Clin Med Fam [revista en la Internet]*. (2011) Oct [citado 2014 Mayo 18]; v.4 n. 3: 228-233. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300008>.
13. Grau A., Comas P, Suñer R., Peláez E., Sala L., Planas M.. Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. *Med. Interna* (Madrid) [revista en la Internet]. (2007) Mayo [citado 2014 Mayo 16] ; 24(5): 212-216. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0212-71992007000500002>.
14. Hernández G, Guillermo, Orellana V, Gricel, Kimelman J, Mónica, Núñez M, Carlos, & Ibáñez H, Carolina. (2005). Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Revista médica de Chile*, 133(8), 895-902. Recuperado en 16 de mayo de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000800005&lng=es&tlng=es. [10.4067/S0034-98872005000800005](http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000800005).
15. Hernández Pérez N, Alonso Gordo J. M^a, Fuentes López Á. Loxoscelismo cutáneo. *Rev Clin Med Fam [revista en la Internet]*. (2012) Feb [citado 2014 Mayo 18] ; v. 5 n.1 pág. 73-75. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100015>.
16. Hoyos Franco M.A., Posso Zapata C., Cárdenas Y.A.. Necrosis cutánea severa por picadura de raya en el miembro inferior: presentación de un caso y revisión de la



- literatura. *Cir. plást. iberolatinoam. [revista en la Internet]*. (2009) Dic [citado 2014 Mayo 18] ; v.35 n.4 pág.: 327-331. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922009000400011&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922009000400011>.
17. Juárez Lorenzo M, Rodríguez M.B, Conde Caballero D. Cuidados basado en narrativas: redefiniendo la jerarquía de la evidencia. *Índex Enferm [revista en la Internet]*. (2013), v. 22 n.1-2 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100012&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100012>.
18. Lillo Crespo M, Vizcaya Moreno F, Domínguez Santamaría J. M, Galao M.R. Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural, *revista de enfermería* (2009), v.13 n.44-45, disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000100010>
19. Magdalena Á.N. El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas. *Índex Enferm [online]*. 2009, vol.18, n.2 [citado 2014-05-18], pp. 111-115 . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200009&lng=es&nrm=iso.
ISSN 1132-1296.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962009000200009>.
20. Salazar M.A; Paravic K.T. Los métodos cualitativo y cuantitativo en la enseñanza de la investigación en enfermería. *Rev Cubana Enfermería*, (2009) Ciudad de la Habana, v. 25, n. 1 2, Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100008&lng=es&nrm=iso.
accedido en 16 mayo 2014.
21. Torrents R, Maite R, Ferreiro M, López A, Renedo L. Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Índex Enferm [online]*. (2013), vol.22, n.1-2 [citado 2014-05-16], pp. 60-64. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100013&lng=es&nrm=iso.
ISSN 1132-1296.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100013>.
22. Torres A, Alexandra y Sanhueza a, Olivia. modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *cienc. enferm.* [online]. (2006) vol.12, n.1 [citado 2014-05-18], pp. 9-17 . disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-95532006000100002&lng=es&nrm=iso.
issn 0717-9553.
<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532006000100002>.
23. Trastorno de ansiedad, departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos, institutos nacionales de la salud , publicación de nih núm. sp 09-3879 reimpresso en el 2009, disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/trastornos-de-ansiedad.pdf>
24. Vivas R, Carvajal L. F., Gómez J.F., Guzmán M, Díaz L.H., Lince R, Ruz M, Donado J.R., Aneurismas de la arteria pulmonar. Reporte de un caso y revisión de la literatura, *Rev Colomb Cardiol* (2011), Vol. 18 N. 4. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v18n4/v18n4a10>
25. Wood C. M, Cano Vindel A, Iruarrizaga I, Dongil Es. Ansiedad y Tabaco. Intervención Psicosocial [revista en la Internet]. (2009) Dic [citado 2014 Mayo 16] ; v. 18(3) n. 213-231. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300003&lng=es.



TERAPIA OCUPACIONAL EN EL AMBITO CLINICO CON SINDROMES DE SOBRE USO

OCCUPATIONAL THERAPY IN THE CLINICAL FIELD SYNDROMES OF OVERUSE

Para citar este artículo:

Hernandez V., Contreras D. (2021). Terapia ocupacional en el ámbito clínico con síndromes de sobre uso. *Revista cuidado y ocupación humana vol.10-II*

Hernández Vergel Viviana Karina*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3543-8419>

Contreras Paredes Daisy Johana**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0917-0714>

Universidad de Santander UDES

RESUMEN

Mediante este artículo se abordaron las patologías ocasionadas por el síndrome de sobre uso. Se realizó una revisión bibliográfica de 30 artículos, teniendo en cuenta que en la actualidad el uso de herramientas tecnológicas hace parte de las actividades laborales y rutinarias del ser humano, las cuales requieren el uso repetitivo de las manos generando posibles lesiones. Dentro de las herramientas tecnológicas más recurrentes se encuentran los dispositivos telefónicos y electrónicos, evidenciándose a través de estudios el aumento de lesiones de las extremidades superiores por el manejo de los dispositivos, causando limitaciones en la ejecución de actividades de la vida diaria y con el tiempo desencadenando otros diagnósticos asociados. Para los Terapeutas Ocupacionales es importante conocer sobre el tratamiento que se realiza en los pacientes con patologías relacionadas con los síndromes de sobreuso, observando los avances de la lesión en el paciente y la participación ocupacional del mismo (en el hogar y en las actividades laborales), para posterior a esto, realizar modificaciones, adaptaciones al entorno y graduar las actividades de acuerdo al grado de tolerancia del paciente.

PALABRAS CLAVES: Epicondilitis, Manguito Rotador, Quervain, Túnel Del Carpo, Terapia Ocupacional

ABSTRACT

Through this article it is intended to address the theme corresponding to the pathologies caused by the syndrome of overuse, this is done in order to publicize and expand the field of action together with the functions that the occupational therapist has in the health sector, this being little known by other professionals in the health area. . From the Occupational Therapy interventions in the rehabilitation of patients with hand injuries, it is sought that the human being/patient be independent and autonomous in the activities of daily life, in order to improve the quality of life and the occupational well-being of the same. Therefore, the objective is to carry out a bibliographic review of 30 articles, taking into account that at present the use of technological tools is part of the work and routine activities of the human being, which require the repetitive use of the hands generating possible injuries. Among the most recurrent technological tools are telephone and electronic devices, evidencing through studies the increase in injuries of the upper extremities to the handling of the devices, causing limitations in the execution of activities of daily living and over time triggering other associated diagnoses. Given the above, they seek to provide prevention strategies for injuries caused by excessive use (overuse syndrome) of the devices or tools necessary for the execution of a specific task, with which they allow minimizing the presence of overuse syndromes such as such as: active breaks during working hours or repetitive activities, performing joint mobility, maintaining postural hygiene and proper lifting of loads, in order to mitigate the appearance of associated injuries. For Occupational Therapists it is important to know about the treatment that is carried out in patients with pathologies related to overuse syndromes, observing the progress of the injury in the patient and the occupational participation of the same (at home and in work activities) , for subsequent to this, make modifications, adaptations to the environment and graduate the activities according to the degree of tolerance of the patient.

KEY WORDS: Epicondylitis, Rotator cuff, Quervain, Carpal tunnel, Occupational therapy.



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades musculoesqueléticas causadas por el sobre uso de los miembros superiores son procesos que afectan principalmente a los tejidos blandos del sistema musculoesquelético: Músculos, tendones, nervios y otras estructuras cercanas a las articulaciones.

Al realizar determinadas tareas, se producen agresiones mecánicas, como estiramiento y compresión, las cuales al repetir constantemente con el tiempo, sus efectos continúan acumulándose hasta que causen daño. Estas lesiones se caracterizan por producir dolor y limitación funcional en el segmento corporal, causando dificultad en el desempeño funcional de las actividades de la vida diaria, dentro de las patologías causadas se encuentran la tendinitis, epicondilitis, bursitis, mialgias, síndrome del túnel del carpo, entre otras.

En la actualidad el uso de herramientas tecnológicas hace parte de las actividades laborales y rutinarias del ser humano, las cuales requieren el uso repetitivo de las manos generando posibles lesiones. Dentro de las herramientas tecnológicas más recurrentes se encuentran los dispositivos telefónicos y electrónicos, evidenciándose a través de estudios el aumento de lesiones de las extremidades superiores al manejo de los dispositivos, causando limitaciones en la ejecución de actividades de la vida diaria y con el tiempo desencadenan otros diagnósticos asociados.

El presente estudio tiene como objetivo realizar una revisión bibliográfica de la literatura enfocada en los síndromes de sobre uso y la terapia ocupacional.

Teniendo en cuenta que para los Terapeutas Ocupacionales es importante conocer sobre el tratamiento que se realiza en los pacientes con patologías relacionadas con los síndromes de sobreuso, observando los avances de la lesión

en el paciente y la participación ocupacional del mismo (en el hogar y en las actividades laborales), para posterior a esto, realizar modificaciones, adaptaciones al entorno y graduar las actividades de acuerdo al grado de tolerancia del paciente. Eclarifie noche

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio. Este estudio es una revisión sistemática de carácter descriptiva, llevado a cabo mediante la recolección de datos a través de una revisión bibliográfica de 30 artículos científicos.

Materiales y Métodos. Se realizó una búsqueda de artículos científicos relacionados con el síndrome de sobre uso y la terapia ocupacional, en revistas científicas como DYNA y revista de la universidad de la Salle durante el año 2000 al 2021. Los artículos se registraron en una matriz de Excel, seleccionando los de mayor relevancia y relación con la temática abordada.

RESULTADOS

Síndrome por sobreuso o sobreesfuerzo de miembros superiores

Las lesiones musculoesqueléticas generadas por el síndrome de sobreuso, se caracterizan por la presencia de dolores persistentes y limitación funcional en articulaciones, músculos, tendones y demás tejidos blandos, asociados con movimientos repetitivos y prolongados¹. Existe evidencia epidemiológica significativa, que indica una asociación de estas lesiones con aquellas actividades en donde se desarrollan movimientos repetidos, sobrecarga mantenida, posturas inadecuadas, vibraciones o sobreesfuerzo¹.

Etiología

Se caracterizan por tener como etiología una demanda física requerida para la ejecución de una actividad que excede la capacidad biomecánica de las estructuras utilizadas, conduciendo a la aparición de lesiones del



aparato músculo esquelético¹. Son producidos por las tareas que desempeña la persona, de acuerdo a la repetitividad, la fuerza efectuada en la ejecución de la misma, las posturas adoptadas, la carga acumulativa y las vibraciones, produciendo alteraciones mecánicas de los tejidos, así mismo exceder los límites de movimiento¹.

Factores biomecánicos

- Manipulación manual de cargas: el levantamiento, la colocación, el empuje, la tracción, el transporte o el desplazamiento de una carga. La carga puede ser animada (una persona o animal) o inanimada (un objeto)¹.
- Posturas de trabajo: se relacionan con sobrecarga de tipo estático y sus respectivas consecuencias¹.
- Movimientos repetitivos: grupo de movimientos continuos mantenidos durante un trabajo que implica la acción conjunta de los músculos, los huesos, las articulaciones y los nervios de una parte del cuerpo y provoca en esta misma zona fatiga muscular, sobrecarga, dolor y por último, lesión¹.

Se han definido las regiones anatómicas con riesgo a desarrollar lesiones, según la repetitividad:

- Hombro: mayor a 2.5 movimientos por minuto con brazos sobre la altura del hombro.
- Brazo y codo: mayor a 10 movimientos por minuto.
- Antebrazo y muñeca: mayor a 10 movimientos por minuto.
- Dedos: mayor a 200 movimientos por minuto.

Se conoce que el uso del chat por medio de teléfonos móviles, el uso de la computadora y videojuegos pueden llegar a sobrepasar estos límites¹.

Patologías Mas Comunes Causadas Por Sobre Uso

Síndrome del túnel del carpo

Se caracteriza por producir diferentes manifestaciones relacionadas directamente con

el nervio mediano que sufre una irritación frecuentemente por atrapamiento a la altura del túnel carpiano, este presenta manifestaciones sensitivas, motoras y tróficas y por consiguiente afectará desde el punto de vista físico, psíquico, social y laboral a la persona, cuando la presión aumenta lo suficiente como para presionar al nervio mediano provoca dolor, sensación de adormecimiento y debilidad en mano y dedos².

De acuerdo con Silva (2018) destaca que esta enfermedad es frecuente en mujeres de 45 años, tendencia en la mano dominante, su prevalencia es de 4% y 8% en individuos de 55 años, factores de riesgos personas mayores de 40 años, obesos, femeninas y diabéticos².

Signos y síntomas. Los principales síntomas del túnel del carpo son dolor, adormecimiento frecuente en los dedos, hormigueo, debilidad muscular, en casos extremos puede haber pérdida de la sensibilidad y atrofia de la musculatura de la región tenar, los síntomas frecuentemente se presentan durante la noche pero también en actividades durante el día².

Pruebas específicas para su diagnóstico:

Prueba de Tinel: Se debe golpear o presionar sobre el nervio mediano en la muñeca del paciente. La prueba es positiva cuando se produce parestesias u hormigueos en los dedos o una sensación parecida a un shock².

Prueba de Phalen: O de flexión de la muñeca. Implica hacer que el paciente sostenga sus antebrazos verticales apuntando los dedos hacia abajo y presionando juntos los dorsos de las manos. La presencia del síndrome del túnel carpiano se sugiere si hay presencia de parestesias en los dedos².

Tendinopatía de Quervain

La tendinopatía de Quervain es definida como la inflamación de la vaina que envuelve a los tendones de los músculos abductor largo y extensor corto del pulgar, limitado por la apófisis estiloides radial en su trayecto por el



canal osteofibroso a la altura de la apófisis estiloides del radio. Esto se debe a la excesiva fricción entre estos tendones y la vaina que los rodea al realizar movimientos de oposición repetitivamente por un amplio lapso de tiempo³.

Es la lesión más frecuente de los tendones extensores de la mano con una mayor incidencia en mujeres entre 30 a 50 años de edad, siendo la extremidad derecha la más afectada en un 67%³. La causa más común son los movimientos repetitivos y Recientemente se han detectado casos relacionados con el uso de mensajes de texto en teléfono móvil.

Signos y síntomas. Se caracteriza principalmente por la presencia de dolor en la zona dorsal de la muñeca, el cual se irradia hacia el pulgar y el antebrazo, así mismo ocurre inflamación en la base del pulgar con un quiste lleno de fluido y pérdida de la sensibilidad en el dorso de los dedos pulgar e índice⁴.

Pruebas específicas para su diagnóstico:
Prueba de Finkelstein: Consiste en flexionar el pulgar entre la palma de la mano, luego los dedos cubren el pulgar y el examinador realiza suavemente un movimiento de desviación cubital de la mano sosteniendo el metacarpo del índice y es positiva cuando la prueba produce dolor⁴.

Epicondilitis

La epicondilitis corresponde a la inflamación tendinoperiostica de los músculos que se insertan en el epicóndilo, los cuales son el tendón común de los músculos extensor radial corto del carpo y del extensor común de los dedos⁵.

La mayor incidencia se presenta en deportistas y del 1-3 % afecta a la población en general. Tiene preferencia el brazo dominante, raramente es bilateral⁵.

Signos y síntomas. Se manifiesta con dolor al realizar movimientos que requieren la supinación y la flexión de la muñeca. Así mismo, en ocasiones puede presentarse

tumefacción y calor local, el dolor puede irradiarse el antebrazo agravado por el uso, pudiendo llegar a causar una pérdida de la fuerza de presión en la mano⁵.

Pruebas específicas para su diagnóstico. Se han descrito numerosos test que reproducen el dolor característico de la epicondilitis y que ayudan a su diagnóstico; entre ellos encontramos⁶:

- Test de Maudsley: dolor al realizar fuerza de extensión contra resistencia con el 3.er dedo del antebrazo afecto. Se debe al atrapamiento selectivo del ECRB.
- Test de Thompson: dolor al realizar fuerza de extensión con la muñeca contra resistencia manteniendo el codo en extensión y el antebrazo en pronación. Se debe al estrés generado sobre el origen común de los extensores.
- Test de la silla o de Gardner: dolor al levantar una silla con el brazo en pronación. Recrea lo descrito previamente.
- Existen otros test que nos pueden ser de ayuda como el de Bowden, de Cozen y el de Mill.

Síndrome De Manguito Rotador

El manguito rotador es una estructura del hombro compuesta por la unión de cuatro tendones los cuales son el supraespinoso, infraespinoso, subescapular y redondo menor, sus funciones son ofrecer movilidad, fuerza y estabilización a la articulación glenohumeral⁷. Según estudios, la patología del manguito rotador tiene una prevalencia del 18% en trabajadores que realizan trabajo manual pesado con importante esfuerzo de hombros y con movimientos repetitivos⁸.

Signos y síntomas. Se caracteriza por dolor en las porciones anterior, lateral y superior del hombro, así mismo debilidad manifestada como fatiga o incapacidad para elevar el brazo por



encima del nivel del hombro y limitación de la movilidad con pérdidas aproximadas de 10 a 15 grados, en la antepulsión, abducción y las rotaciones⁸.

Pruebas específicas para su diagnóstico, Hay maniobras especiales para el diagnóstico que son de importante apoyo y que se consideran positivas cuando hay presencia de dolor⁹:

- Signo de Neer: Elevación del brazo. Signo de Hawkins: Con el hombro flexionado hacia delante 90 grados, se provoca una rotación interna del brazo contra resistencia.
- Maniobra de Patte: Igual que el anterior pero con rotación externa contra resistencia.
- Maniobra de Jobe: Se realiza abducción contra resistencia a partir de la posición de 30 grados de antepulsión, más rotación interna forzada y más extensión completa del codo.

Ocupaciones

son todas las Actividades que las personas realizan en su vida cotidiana, las cuales ocupan su tiempo, modifican el entorno, aseguran la supervivencia, conservan el bienestar, educan a otros, contribuyen a la sociedad y permiten significados culturales, a través de los cuales las personas desarrollan habilidades, conocimientos y capacidad para la realización de su potencial. Entre esas están las Actividades de la Vida Diaria, las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, el Trabajo, la Educación, Los Cuidados de Otros, el Juego y Esparcimiento¹⁰.

Si no se tratan los síntomas del dolor, parestesias y ardor, puede llegar a agravarse a dolores agudos y persistentes. El STC puede llegar a ser tan incapacitante que la persona puede tener que dejar de trabajar, evitar realizar actividades de la vida diaria instrumentales (AVD I) y de ocio, e incluso dejar de realizar actividades básicas de la vida diaria (AVD B).

Actividades de la vida diaria

Se definen por ser tareas ocupacionales que una persona realiza diariamente para prepararse y

desarrollar el rol que le es propio. Va más allá de la auto atención, e implica el desarrollo funcional completo de la persona. Se refiere a la planificación, ejecución y seguimiento de hábitos, rutinas, y actividades para la diaria supervivencia biológica, intelectual y socio emocional¹⁰.

Actividades Instrumentales Básicas De La Vida Diaria

Se definen como actividades que están orientadas hacia la interacción con el entorno y que a menudo son de naturaleza compleja¹¹.

AVD
1. Baño /ducha 2. Control de Esfínteres intestinal y vesical 3. Vestido 4. Comer 5. Alimentación 6. Movilidad funcional 7. Cuidado de los dispositivos personales 8. Higiene y Aseo personal 9. Actividad sexual 10. Sueño/descanso 11. Higiene en el baño
AVD
1.Cuidados de otros 2.Cuidados de mascotas 3.Crianza de niños 4.Uso de dispositivos de comunicación 5.Movilidad en la comunidad 6.Administración económica 7.Salud y mantenimiento 8.Establecimiento y administración del hogar 9.Preparación de las comidas y limpieza 10. Procedimientos de seguridad y respuesta a emergencias 11. Compras

Terapia ocupacional en el síndrome de sobre uso

La Terapia Ocupacional, tal como la define la OMS (2001), es "el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits



invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social".

Para esto es necesario tener en cuenta todos los aspectos que atraviesan al individuo: factores sociales, culturales, personales, entre otros. Un Síndrome como el que seleccionamos para este trabajo, atraviesa a la persona de manera tal que influye en su desempeño en las distintas ocupaciones¹⁰.

Como establece Ramos (2010) la rehabilitación de Terapia Ocupacional es de vital importancia; ya que por causa del dolor intenso, el paciente con esta patología anula el miembro afectado, dejando de moverlo y usarlo en sus actividades cotidianas¹¹.

El terapeuta ocupacional está formado para observar la ejecución de funciones y por lo tanto debe¹²:

1. Observar el desempeño de cómo realiza la actividad de la vida diaria de vestido.
2. Analizar qué es lo que afecta el desempeño de la tarea.
3. Evaluar el nivel de eficiencia o de limitación para realizar la AVD de vestido.
4. Comprender como le puede afectar la dificultad de la AVDB de vestido en su entorno familiar, social y laboral.
5. Intentar recuperar las habilidades que más se le dificultan al paciente.
6. Motivar e incentivar al paciente.

Prevención de los síndromes por sobre uso

Para maximizar el bienestar físico, psicológico y social de los trabajadores, es necesario evitar que la salud de los trabajadores se deteriore debido a las condiciones de trabajo; proteger a las personas de los riesgos de las sustancias nocivas en las actividades diarias; y promover el mantenimiento de la salud. habilidades físicas y psicológicas¹³.

El terapeuta ocupacional puede contribuir a dicho tratamiento gracias a una educación ergonómica para prevenir el empeoramiento de los síntomas, facilitar la funcionalidad de la mano a través de actividades funcionales y ayuda a recuperar las funciones necesarias a través de adaptaciones¹³.

Se hace entonces necesario que se tome en cuenta un buen diseño de las herramientas, utensilios y puestos de trabajo, si se trata del ámbito laboral y de buenas condiciones en el resto del entorno de las personas para la adecuada realización de sus actividades cotidianas, y conseguir así una óptima adaptación¹⁴.

Teniendo en cuenta la revisión de la literatura, Cortes casimiro¹⁵, realizó una guía clínica para tratar el síndrome del túnel del carpo, el cual considera para el tratamiento inmovilizar con una férula de descarga (en posición neutra de muñeca) nocturna y en actividades laborales y no laborales, y además usar termoterapia (inmersión en agua caliente 20 minutos, 3 veces al día) hasta la eliminación de los síntomas. No obstante, recomienda evitar flexo extensión forzada de muñeca, y a las amas de casa que al exprimir, eviten la rotación intensa de la muñeca.

Así mismo, dentro de los tratamientos a utilizar en la rehabilitación de los síndromes por sobre uso se encuentra el tratamiento no quirúrgico o conservador, cirugía, terapia física, y/o ocupacional, observando la etapa en que se encuentre el usuario para su rehabilitación.

Existen férulas que se utilizan para disminuir los síntomas del STC: La férula convencional para el túnel del carpo, es una férula corta, volar, elaborada en material termoplástico moldeable a bajas temperaturas, que mantiene la articulación de la muñeca en 10 a 20° de extensión, pues según estudios se ha comprobado que en esta posición y con uso permanente los pacientes tienen disminución en la sintomatología, permitiendo la oposición del



pulgar y la movilización libre de todos los demás dedos, su uso reduce el dolor y edema dentro del túnel¹⁶.



Figura 1. Férula convencional

Fuente: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Ferula-convencional_fig1_323687331

DISCUSIÓN

Cortés Casimiro et al. ⁽¹⁵⁾ y Walker et al., Coincidieron en base a Foye et al. ⁽¹⁷⁾ y Fung et al. ⁽¹⁸⁾ en que la mejor postura para realizar AVD es la postura neutra de la muñeca. Además, Werner et al. ⁽¹⁹⁾ demostraron en su estudio que los pacientes con STC mejoran mediante la educación ergonómica. Sin embargo, Cortés Casimiro et al. ⁽¹⁵⁾ agregaron férulas de descarga y termoterapia.

El tratamiento generalmente se divide en tratamiento conservador y tratamiento quirúrgico. Los dos métodos para obtener la satisfacción más constante son las inyecciones de esteroides y la liberación del túnel carpiano (LTC). Los estudios de resultados del tratamiento existentes tienden a las inyecciones de esteroides y la cirugía ⁽²⁰⁾. Aunque no hay evidencia estadística significativa en muchos estudios, las férulas utilizadas como terapia adyuvante parecen mejorar el dolor en muchos pacientes. Además de reducir el dolor y mejorar el sueño, el uso de férulas también puede ayudar a algunos pacientes a ser más ergonómicamente conscientes del uso de la mano cuando deciden el tratamiento en función de sus necesidades individuales o esperan que un especialista en manos los vea ⁽²¹⁾.

La Cochrane Library postula que, debido al número limitado de ensayos, los escasos resultados a largo plazo y las escasas valoraciones de resultados, no se pueden sacar conclusiones definitivas de su eficacia ⁽²²⁾.

No obstante, pequeños estudios han demostrado que una banda de epicondilitis puede ser de similar eficacia que las inyecciones con corticoides y que ortesis que mantienen extensión de la muñeca puede permitir una mejoría similar a las bandas de epicondilitis y también similar a las ondas de choque ^(23, 24).

Kirkpatrick et al. ⁽²⁵⁾, plantean que el objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas dolorosos, para que los pacientes puedan reanudar sus vidas normales. Una vez superada la etapa aguda, se recomienda el trabajo interdisciplinario con la educación sobre esta dolencia. La Terapeuta Ocupacional Phillips ⁽²⁶⁾, por su parte coincide en priorizar la disminución del dolor en la etapa inicial y aguda del síndrome, pero remarca la importancia de iniciar tempranamente las actividades funcionales; estas consisten en actividades grupales que fomenten la participación social y la reinserción en la comunidad, ya que dicha población suele aislarse de su contexto social.

Neira y Ortega ⁽²⁷⁾ y otros autores ^(28,29, 30) sostienen que además de tener en cuenta el estado de base del paciente, es esencial que el mismo llegue al tratamiento de manera precoz para así poder prever con mayor anticipación el pronóstico del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. José Luis Osma Rueda, Fernando Andrés Carreño Mesa. Manguito de los rotadores: epidemiología, factores de riesgo, historia natural de la enfermedad y pronóstico. Revisión de conceptos actuales, [Vol. 30. Núm. S1](#). páginas 2-12 (Octubre 2016)



2. Pereira Quispeynga, Mario Luis. Prevalencia de lesiones del manguito rotador en pacientes con hombro doloroso evaluados por ecografía en el Servicio de Radiología del Hospital Cayetano Heredia, octubre 2018 - marzo 2019
3. Grupo de trabajo de ortopedia del colegio oficial de Bizkaia. Epicondilitis y epitrocleitis, revisión. [Vol. 25. Núm. 6.](#) páginas 49-51 (Noviembre 2011)
4. Ayala A, Caballero C, Argueta V. Valoración de las actividades de la vida diaria básica de vestido, posterior a cirugía de síndrome del túnel carpiano, en usuarias de la unidad de medicina física y rehabilitación, anexo roma del instituto salvadoreño del seguro social, san salvador, febrero 2015.
5. M. Lenza, R. Buchbinder, Y. Takwoingi, R.V. Johnston, N.C. Hanchard, F. Faloppa. Magnetic resonance imaging, magnetic resonance arthrography and ultrasonography for assessing rotator cuff tears in people with shoulder pain for whom surgery is being considered. *Cochrane Database Syst Rev.*, 24 (2013 Sep), pp. CD009020.
6. Solayes Y. Caracterización del Síndrome por Sobreuso del Miembro Superior y los nuevos aparatos tecnológicos de tacto, en estudiantes de la Facultad de Arquitectura y Diseño de la Universidad Rafael Landívar, Guatemala. 2014. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/11/Solares-Yesenia.pdf>
7. Arévalo Sánchez, K. M., Reyes Sánchez, R. R., Ramírez Ortiz, M. J., & Villavicencio Bourne, C. X. (2019). Síndrome de túnel carpiano. *RECIAMUC*, 3(2), 827-853. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(2\).abril.2019.827-853](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(2).abril.2019.827-853)
8. Pineda C. SÍNDROME DE QUERVAIN EN ADULTOS, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL. FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD. UTMACH, Machala 2019. [E-11447 PINEDA RENGEL CAROL MISHELLE.pdf \(utmachala.edu.ec\)](#)
9. Cortez Benalcázar, K. (2019). Prevalencia de tenosinovitis de Quervain en relación con el uso de teléfonos celulares en adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa “Manuela Cañizares” en el período marzo 2019- agosto 2019. Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Licenciado en Terapia Física. Carrera de Terapia Física. Quito: UCE. 84 p.
10. Coronados Y, Fernández Y. Utilidad de las ondas de choque para la disminución del dolor en la epicondilitis, *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación* 2017;9(2).
11. R. López-Vidriero Tejedor, E. López-Vidriero Tejedor. Epicondilitis lateral. Manejo terapéutico, revista española de artroscopia y cirugía articular. Vol. 25. Fasc. 2. Núm. 63. Septiembre 2018.
12. Spallato N, Zorsoli M, Amaro M, Itovich F. Intervenciones de Terapia Ocupacional en Síndrome Doloroso Regional Complejo. Instituto de ciencias de rehabilitación y movimiento, 31 julio 2018.
13. Amante Céspedes M. Intervención del terapeuta ocupacional en el síndrome del túnel carpiano. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2013 [fecha de la consulta]; 10(17): [23 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/original9.pdf>
14. Buenaño Moreta Holguer Fabián, Muyulema Allaica Juan Carlos, Buenaño Edison Noe, Pucha Medina Paola Martina. Ergonomía y reumatología. De la prevención al tratamiento del síndrome del túnel carpiano. *Rev Cuba Reumatol* [Internet]. 2017.
15. Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome del Túnel del Carpo en Primer Nivel de Atención, México: Secretaría de Salud; 2008.
16. Urbina C. Efectividad de la férula U-Mano en el tratamiento del síndrome del túnel del carpo. *Revista colombiana de rehabilitación* 2018.
17. Foye PM, Sullivan WJ, Sable AW, Panagos A, Zuhosky JP, Irwin RW. *Industrial Medicine and acute musculoskeletal*



- rehabilitation.3. Work- Related musculoskeletal conditions: the role for physical therapy, occupational therapy, bracing, and modalities. *Arch Phys Rehabil.* 2007; (88): 14-17.
18. Fung BKK, Chan KY, Lam LY, Cheung SY, Choy NK, Chu KW et al. Study of wrist posture, loading and repetitive motion as risk factors for developing carpal tunnel syndrome. *World Scientific.* 2007; (12): 13-18.
19. Werner RA, Franzblau A, Gell N. Randomized controlled trial of nocturnal splinting for active workers with symptoms of carpal tunnel syndrome. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005; (86): 1-7.
20. Gaspar et al. Sleep disturbance and response to surgical decompression in patients with carpal tunnel syndrome: a prospective randomized pilot comparison of open versus endoscopic release. *Acta Biomed.* Vol. 90(1):92-96. 2019.
21. Hegmann et al. Median Nerve Symptoms, Signs, and Electrodiagnostic Abnormalities Among Working Adults. *J Am Acad Orthop Surg.* Vol. 26(16):576-584. 2018.
22. Struijs PA, Smidt N, Arola H, van Dijk CN, Buchbinder R, Assendelft WJ. Orthotic devices for the treatment of tennis elbow. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1):CD001821. 34.
23. Aydın A, Atıç R. Comparison of extracorporeal shock-wave therapy and wrist-extensor splint application in the treatment of lateral epicondylitis: a prospective randomized controlled study. *J Pain Res.* 2018;11:1459–1467. Published 2018 Aug 2. doi:10.2147/JPR.S166679 35.
24. Akkurt HE, Kocabaş H, Yılmaz H, et al. Comparison of an epicondylitis bandage with a wrist orthosis in patients with lateral epicondylitis. *Prosthet Orthot Int.* 2018;42(6):599– 605
25. Kirkpatrick, A.; Nuñez Gudas, M.; Román, G. (2003). *Distrofia Simpática Refleja / Síndrome Regional Doloroso Complejo.* Fundación Internacional para la Investigación de la DSR/SRDC.
26. Phillips, C. (1990). *Terapia para la mano.* En Trombly, C. (1990) *Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente.* Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana. México. Pág. 445 – 466.
27. Neira, F.; Ortega, J. (2007). *El síndrome doloroso regional complejo y medicina basada en la evidencia.* *Revista de la Sociedad Española del Dolor.* Vol 14. N° 2. Madrid, España.
28. Parra FE, Parra LH, Tisiotti PV, Wille Bille JM. Síndrome del Túnel Carpiano. *Revista de postgrado de la VI a Cátedra de Medicina.* 2007; (173): 10-13.
29. Palencia Sánchez F, García M, Riaño Casallas I. *Carga de la Enfermedad Atribuible al Síndrome de Túnel del Carpo en la Población Trabajadora Colombiana: Una Aproximación a los Costos Indirectos de una Enfermedad* [Internet]. 2013 [citado 9 agosto 2017]; 2(3):381-6.
30. Jarvik JG, Comstock Kliot BA, Turner JA, Chan L, Heagerty PJ. *Surgery versus non-surgical therapy for carpal tunnel syndrome: a randomized parallel-group trial* *Lancet* [Internet]. 2009.



RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE PERSONALIDAD Y EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES

RELATIONSHIP BETWEEN PERSONALITY STYLES AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF SEX WORKERS

Para citar este artículo:

Quintana L., Posada C. (2021). Relación de los estilos de personalidad y el bienestar psicológico de las trabajadoras sexuales. *Revista cuidado y ocupación humana vol.10-II*

Lyda Yaritza Quintana Quintana*
Claudia Patricia Posada Benedetti**

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo describir los estilos de personalidad y el bienestar psicológico a través de una metodología de corte cuantitativo que permita establecer la relación existente entre estos dos factores a través de instrumentos estadísticos de medición psicológica, y contribuir con información necesaria para que los profesionales en el área de la psicología generen estrategias que de intervención adecuadas y óptimas de acuerdo con programas pertenecientes al área de la salud, contribuyendo al mejoramiento del bienestar psicológico de poblaciones vulnerables, con pocas posibilidades de obtención de información relevante para la prevención de factores que puedan afectar su salud mental. Del mismo modo se caracterizó la población para conocer aspectos de la personalidad que llegaran a ser predisponentes en la toma de decisiones al momento de ejercer el trabajo sexual, oficio que es vulnerado y estigmatizado aún. Se describe la relación proporcional y directa de dos factores determinados por la capacidad de adaptación a circunstancias positivas y negativas, posibilitando la reestructuración de conceptos erróneos sobre las características y bienestar de las trabajadoras sexuales que permitirá y favorecerá institucionalmente, a la Dirección Local de Salud al esquematizar una intervención posibilite la disminución de factores de riesgo y la promoción de la salud mental velando por su calidad de vida, y la disminución de la estigmatización de este trabajo.

PALABRAS CLAVES: Personalidad, Bienestar Psicológico, Trabajadora Sexual, estigmatización.

ABSTRACT

This research aims to describe personality styles, measuring psychological well-being through a court quantitative research to establish the relationship between these two factors through statistical psychological measurement instruments. Enabling the research level contribute information necessary for professionals in the field of psychology could soon generate strategies to facilitate adequate and optimal intervention under programs belonging to the area of health, contributing equally to the contribution of improved psychological well-being of vulnerable populations, with little chance of obtaining relevant information for the prevention of factors that can affect your mental health, just as it seeks to characterize revealing aspects of personality that become predisposing in decision making time to exercise a profession that is violated and even stigmatized. It will describe the proportional and direct relationship of two factors determined by the ability to adapt to positive *Estilos de Personalidad & Bienestar psicológico* Lyda Quintana and negative circumstances, allowing the restructuring of misconceptions about the features and welfare of sex workers. It will allow and encourage institutional, local health management to outline an intervention from psychology that enables the reduction of risk factors and promote mental health by ensuring the quality of life of the population, similarly to the University of Pamplona ensure an enriching contextual view that generates a decrease stigma is housed today in sex work.

KEYWORDS: Personality, Psychological Well-Being, Female sex worker, stigmatization.



INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, los temas de bienestar psicológico y estilos de personalidad han sido investigados de manera sostenida pero aislada. Los diversos autores que han teorizado sobre este vasto tema aseguran que todavía no se sabe demasiado acerca de las relaciones entre personalidad y bienestar psicológico (Casullo, 2002). La personalidad puede sintetizarse como el conjunto de características o patrón de sentimientos, emociones y pensamientos ligados al comportamiento, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes, hábitos y la conducta de cada individuo, que persiste a lo largo del tiempo frente a distintas situaciones distinguiendo a un individuo de cualquier otro haciéndolo diferente a los demás.

La personalidad persiste en el comportamiento de las personas congruentes a través del tiempo, aún en distintas situaciones o momentos, otorgando algo único a cada individuo que lo caracteriza como independiente y diferente. (Bermúdez, Pérez & Suarez, 2003).

En trabajos previos, por ejemplo Sánchez & López (1997) se han propuesto el concepto de Estilo Psicológico como una categoría de clasificación de las variables de la persona muy adecuada para estudiar la diversidad humana. No se pretende sustituir radicalmente las categorías de clasificación clásicas, como rasgo, tipo o factor; siguen siendo útiles y válidas para el estudio de la diversidad. Sin embargo, el concepto de Estilo Psicológico tiene algunas ventajas, sobre todo si nos interesa una perspectiva más dinámica que estática del comportamiento humano, y si queremos, parafraseando a Carlson (1971) encontrar al individuo cuando estudiamos la personalidad.

Es decir, los Estilos de personalidad es útil si nos interesa conocer no sólo la estructura, sino también la dinámica y el desarrollo de las

diferencias individuales. Esto es, si nos interesa estudiar el patrón de cambio, que es lo que, en muchas ocasiones caracteriza realmente al sujeto (Aparicio, García & Sánchez, 2000). El objetivo de la presente investigación es Determinar los estilos de personalidad de las trabajadoras sexuales en la ciudad de Pamplona, bajo lineamientos cuantitativos, con un diseño transversal no experimental encargado de observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos como señala Kerlinger y Lee (2002), citado por Hernández, Fernández & Baptista; (2010), así mismo se realiza un análisis descriptivo del bienestar psicológico, por medio de la aplicación de pruebas psicológicas fiables y adaptadas al contexto, con puntuación 0,7 de Alfa de Crombach para (BIEPS) y para (MIPS) para finalmente establecer si existe relación alguna con referencia a los dos aspectos mencionados de las trabajadoras sexuales.

METODOLOGIA

Tipo de análisis de la información La información obtenida por los instrumentos utilizados se analizará bajo parámetros descriptivo estadístico.

Procedimiento y tipo de análisis

Fase I: Recopilación de información, análisis y construcción En esta fase se realiza la pertinente revisión bibliográfica sobre el tema de interés posteriormente se realiza con base a la revisión, la construcción de la propuesta teniendo cada una de las recomendaciones de la directora del proyecto. Seguidamente se tiene en cuenta la información filtrada en la fase anterior y de acuerdo con esto se analiza fundamentos teóricos adecuados para la sustentación del proyecto así mismo se realiza la selección y aprobación de la participación de la población y verificación de instrumentos adecuados a implementar para dar cumplimiento a cada uno de los objetivos.



Fase II: Aplicación de instrumentos En la Segunda fase, se aplicaron los instrumentos Psicológicos a las trabajadoras sexuales escogidas selectivamente y de acuerdo con su consentimiento dentro de la población que se encuentra Zonificada en la localidad llamada “El camellón” y por su Voluntad y Colaboración fueron participes del respectivo estudio de investigación.

Fase III: Análisis de resultados La tercera fase correspondió a la sistematización de los datos recolectados en la fase II, para su posterior análisis mecánico con base en fórmulas de probabilidad estadística, de tipo estadístico descriptivo el cual se refiere al estudio y análisis de los datos obtenidos en una muestra (n), los describe y resume las observaciones obtenidas sobre el fenómeno de estudio. Seleccionando una serie de cuestiones y midiendo cada una de ellas independientemente, para así lo que se investiga (Hernández et al.,2010).

RESULTADOS

Con base a los resultados arrojados por los instrumentos de medición psicológica se establecen los estilos de personalidad de más prevalencia y las dimensiones del bienestar psicológico más representativo para concluir con el análisis de la relación existente entre estos dos factores. Las Metas Motivaciones de las trabajadoras sexuales donde se evidencia que el estilo predominante es el individualismo seguido por la preservación permitiéndonos inferir que estas mujeres se orientan a tener la autorrealización siendo su mayor cualidad el egocentrismo.

Los Modos Cognitivos de las trabajadoras sexuales en los cuales prevalecen la introversión y la reflexión, siendo características cognitivas ensimismadas que logran motivar a la persona a pensar mucho antes de actuar con un nivel alto de auto confianza, direccionando su comportamiento en la lógica. Las conductas interpersonales de

las trabajadoras sexuales con una predisposición a la insatisfacción donde sus estados de ánimo son variables que van de un polo a otro expresando que son incompresibles.

Dimensiones de Bienestar Psicológico El 85 % de las características están dirigidas al factor de Control, es decir las trabajadoras sexuales de Pamplona tienen características de acuerdo con la capacidad de adaptación al medio de generar control situacional con base a aspectos de la vida cotidiana entendiendo de la misma manera que en un 80 % de esta Población, tiende a tener una sensación de control y de auto competencia, convirtiéndose en participe autónomo Estilos de Personalidad & Bienestar psicológico| Lyda Quintana de sus logros, mantenidos en un lado positivo, destacándose por la confianza en sí mismos.

La población refleja que cuenta con un 90 % de características con base a la aceptación de sí mismo, con porcentaje menor al 60 % en dos sujetos atribuyendo a esto que esta población en su mayoría no se encuentra desilusionada, confusa o inconforme con referencia a su vida o circunstancias pasadas, estableciendo características para crecer personalmente con pensamientos dirigidos a ser cada día mejor y diferente.

El 75% de la población dirige sus características al factor de Vínculos Psicosociales, en cual se evidencia un rango descriptivo entre porcentajes medios e inferiores, determinando así que las atribuciones externas no suelen ser tan positivas en esta población, es decir, estas personas no cuentan muchas veces con la capacidad para establecer buenos vínculos con los demás, confianza en los demás y capacidad empática y afectiva.

En este orden de ideas se puede identificar que la población, posee un porcentaje demasiado bajo con base a la dimensión, de proyectos exceptuando seis sujetos con porcentaje de



características elevado definiéndose como personas con capacidad de tener metas y proyectos en la vida. Considerando que la vida tiene un significado, logrando conforme a esto asumir valores que otorgan sentido y significado a la vida. Finalmente los estilos de personalidad que hacen relación proporcional y directa con las dimensiones del bienestar Psicológico

DISCUSIÓN

En consideración con los propósitos de la presente investigación es preciso establecer que en este apartado se realiza la respectiva comparación de la información obtenida en el proceso investigativo con la teorías mencionadas en la sección del marco teórico, es necesario tener en cuenta que el tema de estudio al ser una problemática antigua del país cuenta con pocas investigaciones relacionadas con el ámbito del bienestar psicológico de las trabajadoras sexuales. Por lo cual se seleccionó la estadística descriptiva como método de investigación, ya que este permite, la descripción de la información de manera detallada y específica.

Dicho objetivo del presente estudio es Analizar los estilos de personalidad de las trabajadoras sexuales de la ciudad de Pamplona, a través de una investigación de corte cuantitativo que permita establecer la relación con el bienestar psicológico de las mismas, por medio de la aplicación del Cuestionario de Estilos de Personalidad (MIPS), Escala de Bienestar Psicológico para Adultos (BIEPS).

De acuerdo a los datos obtenidos a través del Cuestionario de Estilos de Personalidad (MIPS), Escala de Bienestar Psicológico para Adultos (BIEPS), se logra analizar los estilos psicológicos de personalidad predominantes en la muestra encontrando que se da el equilibrio de la bipolaridades en la mayoría de las encuestadas lo que permite un adecuado funcionamiento adaptativo según lo expuesto

por (Millon T, 1982) Estilo de personalidad Dimensión de bienestar psicológico Introversión Aceptación Modificación Control Insatisfacción Vínculos Innovación Proyectos Estilos de Personalidad & Bienestar psicológico| Lyda Quintana Paralelamente a esto (Bermúdez Moreno; Pérez García & Suarez P, 2014) expone que estos estilos de personalidad tienen una fuerte vinculación con la construcción de la identidad, a la cual modela con características denominadas rasgos o conjuntos de rasgos que junto con otros aspectos del comportamiento, se integran en una unidad coherente que finalmente describe a la persona y su adaptación al medio.

Por tanto los estilos encontrados en las trabajadoras sexuales del municipio de pamplona son: individualismo, preservación, insatisfacción, reflexión determinando así en ellas la forma en que piensan, sienten, se comportan e interpretan la realidad, mostrando una tendencia de estos estilos a través del tiempo, que les permite afrontar y adaptarse al medio en función al bienestar global.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Casullo, M. y Col. (2002). Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica. Buenos Aires: Paidós Bermúdez Moreno ; Pérez García & Suarez P, (2014).

Psicología de la Personalidad: Teoría e investigación. EdUNED. España.

Hernández Sampieri (2010) Metodología de la Investigación. (5ta Ed.) Varios Autores | 656 págs. Editorial McGraw-Hill | ISBN: 978-607-15-0291-9.Mexico

Millon T, (1982).Clinical Multiaxial Inventory

Manual Sánchez & López (1997) Perspectivas actuales en la investigación psicológica de las diferencias individuales. 1998. ISBN 84-8004-339-3



PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN EN MUJERES EN PERIODO DE GESTACIÓN UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

PREVALENCE OF SELF-MEDICATION IN WOMEN IN PERIOD OF GESTATION A SYSTEMATIC REVIEW

Para citar este artículo:

Bohorquez C., Buenahora K., Macias R., Navarro Y., Hurtado R. Del Toro M. (2021). Prevalencia de automedicación en mujeres en periodo de gestación, una revisión sistemática. *Revista cuidado y ocupación humana vol.10-II*

Mg. Enf. Cristina Bohórquez Moreno*
Enf. Karen Buenahora Gómez**
Enf. Raquel Macías Ballesteros***
Enf. Yeifer Navarro Granados****
Enf. Rubén Hurtado Oyola*****
Mg. Moraima del Toro Rubio*****

Corporación Universitaria Rafael Núñez

RESUMEN

La automedicación es la conducta de adquirir y consumir medicamentos sin prescripción o vigilancia médica por iniciativa propia. Este acto de irresponsabilidad conlleva futuros eventos no deseados tanto para la salud de la madre como la del bebé. El objetivo de este trabajo fue describir la prevalencia de automedicación en mujeres gestantes mediante la revisión sistemática. Se realizaron consultas en las bases de datos Scielo, Pubmed, Scient Direct, Microsoft Academic Search, Refseek, Osti.gov y Google académico delimitando los artículos en un periodo de 10 años desde el año 2010 al año 2020. La búsqueda fue realizada entre el mes de abril y mayo del año 2020 con el uso de las palabras claves; automedicación, mujeres embarazadas, hábitos de consumo de medicamentos. Como resultado la prevalencia de automedicación en gestantes fue alta con un 74,8%, según los diferentes estudios analizados. Siendo los medicamentos más consumidos por las gestantes, los analgésicos dentro de este grupo de los antiinflamatorios no esteroideos, como ejemplo de esto el paracetamol con un 80,6%, el ibuprofeno, naproxeno y diclofenaco con un 39,5%. En conclusión, la prevalencia de automedicación en gestantes fue alta con un 46,24 - 64%, esta práctica es más frecuente en las adultas jóvenes; los medicamentos son adquiridos ya sea de forma libre, sin prescripción médica, con total libertad en diferentes sitios.

PALABRAS CLAVES: Automedicación, Mujeres embarazadas, Hábitos de consumo de medicamentos

ABSTRACT

Self-medication is the conduct of acquiring and consuming medications without prescription or medical surveillance on its own initiative, this act of irresponsibility leads to unwanted events for the health of the future mother such as the baby, the objective of this review was to describe the prevalence of self-medication in pregnant women by systematic review. Materials and methods: Queries were made in the databases Scielo, Pubmed, Scient Direct, Microsoft Academic Search, Refseek, Osti.gov and Google academic delimiting the articles in a period of 10 years from 2010 to 2020. The search It was carried out in the month of April and May of the year 2020 using the keywords, self-medication, pregnant women, drug consumption habits. Results: the prevalence of self-medication in pregnant women was high with 74.8% due to the different studies analyzed. Being the drug most consumed by pregnant women, analgesics within this group of non-steroidal anti-inflammatory drugs, as an example of this, paracetamol with 80.6%, ibuprofen, naproxen and diclofenac with 39.5%. Conclusions: The prevalence of self-medication in pregnant women was high with 46.24 - 64%, this practice is more frequent in pregnant women, medications are acquired freely, without a prescription, with total freedom in different places.

KEY WORDS: Self-medication, Pregnant women, Drug consumption habits.



INTRODUCCIÓN

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) evidencian que en el mundo más del 50 % de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden en forma inadecuada. Al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales y el 50% de los pacientes los toman de forma incorrecta¹. La irracionalidad en el uso de medicamentos ha alcanzado su máxima expresión en la inapropiada utilización de los antibióticos, cuyo impacto se ha calculado en aproximadamente USD 4000 a USD 5000 millones en los Estados Unidos y € 9000 millones en Europa, lo anterior revela la necesidad de establecer estrategias de Uso Racional, que permitan hacer un uso adecuado, propicio y eficiente de las alternativas farmacoterapéuticas disponibles, optimizando los resultados sanitarios y manejando eficientemente los recursos que se disponen^{2,3}.

La automedicación es la conducta de adquirir y consumir medicamentos sin prescripción o vigilancia médica por iniciativa propia, por consejo del personal de farmacia o de cualquier persona ajena a la profesión de la salud, se estima además que en países con discrepancias económicas y culturales existe un incremento en la automedicación especialmente cuando no hay la suficiente cobertura de los servicios de salud por lo cual las personas optan por auto medicarse en vez de recibir y buscar atención médica^{4,5}. Se observa con preocupación el uso de medicamentos durante la gestación, en la actualidad es una problemática debido a que el 5% de estas mujeres gestantes sufren de alguna enfermedad crónica preconcepcional (asma, hipertensión arterial crónica, diabetes, enfermedades tiroideas, gastrointestinales, etc.), por lo cual deben continuar con algún tratamiento farmacológico. Registros de la OMS indican que aproximadamente el 85 % de las gestantes toman uno o más fármacos

durante el embarazo y un porcentaje regular lo hace sin prescripción médica⁶⁻⁹.

Los medicamentos durante el embarazo pueden ser nocivos, en especial para el embrión; la placenta es la que eventualmente los absorberá; habitualmente los remedios traspasan la placenta, especialmente al final del embarazo debido a que su grosor es mínimo¹⁰. Los medicamentos suelen viajar directamente hacia el cerebro fetal y otros órganos y debido a que éstos todavía no están maduros, les es imposible eliminar estas sustancias. La toxicidad de estas últimas está relacionada con la duración y la frecuencia con que se consuma a lo largo de la gestación^{11,12}.

Autocuidado

Cabe destacar la importancia que tiene el autocuidado en este grupo poblacional, el cual se define como: conjunto de acciones deliberadas por el ser humano con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar^{13,15}, como representante del autocuidado la teorista Dorothea Orem define el autocuidado como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Se puede concluir entonces que el autocuidado es un estilo de vida que todos sin criterio de exclusión deberían seguir^{16,17}.

La falta de conocimiento de las gestantes sobre el autocuidado durante el período prenatal afecta más a las mujeres jóvenes. Este desconocimiento no les permite llevar medidas de control de la salud, ya que no cumplen con dietas, ni con el nivel proteico que su estado requiere¹⁸. Esto hace que las embarazadas ante las diferentes molestias y síntomas tengan hábitos de consumo de medicamentos sin prescripción exponiendo su salud y al feto a malformaciones. Es por ello que se necesita implementar por medio de los controles prenatales de enfermería, programas de



sensibilización sobre el autocuidado en gestantes.¹⁹

En el ámbito nacional no se cuenta con investigaciones de revisión sistemática que evalúen la automedicación en gestantes, este estudio cobra importancia en la producción de literatura en español, porque cuenta con el adecuado proceso de validación de la información que incluye estudios evaluados por su calidad metodológica para contar con la mejor evidencia posible, además que puede conllevar a la generación de estrategias que mejoren dicha situación en las instituciones de salud. De acuerdo con lo anterior el objetivo de esta investigación fue realizar una revisión sistemática de la evidencia que existe sobre la prevalencia de automedicación en mujeres en período de gestación, realizando una síntesis de los resultados de los estudios encontrados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática de la literatura basada en las directrices de la declaración PRISMA²⁰ en las bases de datos Scielo, Pubmed, Scient Direct, Microsoft Académico Search, Refseek, Osti.gov y Google académico delimitando los artículos en un período de 10 años desde el año 2010 al año 2020. La búsqueda fue realizada en el mes de abril y mayo del año 2020 utilizando la ecuación de búsqueda: Automedicación AND mujeres embarazadas AND hábitos de consumo de medicamentos, con sus equivalentes en el idioma inglés, los cuales fueron obtenidos del buscador de descriptores en ciencias de la salud DECS.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron estudios comprendidos entre los años del 2010 al 2020, cuantitativos y originales, cuya principal población era conformada por mujeres gestantes. También estudios publicados en inglés y español. Se excluyeron estudios incompletos, que no aportaran datos y estadísticamente relevantes,

se excluyó la población de estudio mixta (gestantes y no gestantes).

Selección, lectura crítica y nivel de evidencia

Se procedió a la lectura del título, prevalencia de automedicación en mujeres en período de gestación. Se continuó ejecutando la lectura del texto completo, posteriormente se realizó una indagación inversa y hacia delante de los estudios incluidos para localizar el mayor número de documentos posibles en diferentes bases de datos. Esta búsqueda se realizó buscando en las referencias de los resultados iniciales (inversa) y a través de Google académico teniendo en cuenta los autores que habían citado el resultado inicial hacia adelante (Tabla 1).

Finalmente se efectuó la lectura crítica de los estudios con la guía de lectura crítica de Ciapponi²¹, para evaluar posibles sesgos en la metodología (tabla 2). Esta guía ha sido diseñada para el análisis de la calidad de los estudios observacionales como los transversales, estudios de cohorte, ecológicos y casos y controles. Para evaluar la validez interna se utilizaron los ítems 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18 de la guía, para la validez externa se utilizaron los ítems 25 y 26.

Variables y recogida de datos

Se recogieron tres tipos de variables: (1) características de la muestra: año de publicación, país de estudio, lenguaje de publicación (español vs. inglés), tipo de publicación (artículo científico), población (mujeres en periodo gestación), (2) características sociodemográficas de las gestantes: edad, estado civil, estrato sociodemográfico y (3) factores asociados a la automedicación en gestante: accesibilidad, nivel educativo, los problemas económicos y falta tiempo para asistir a los servicios médicos.



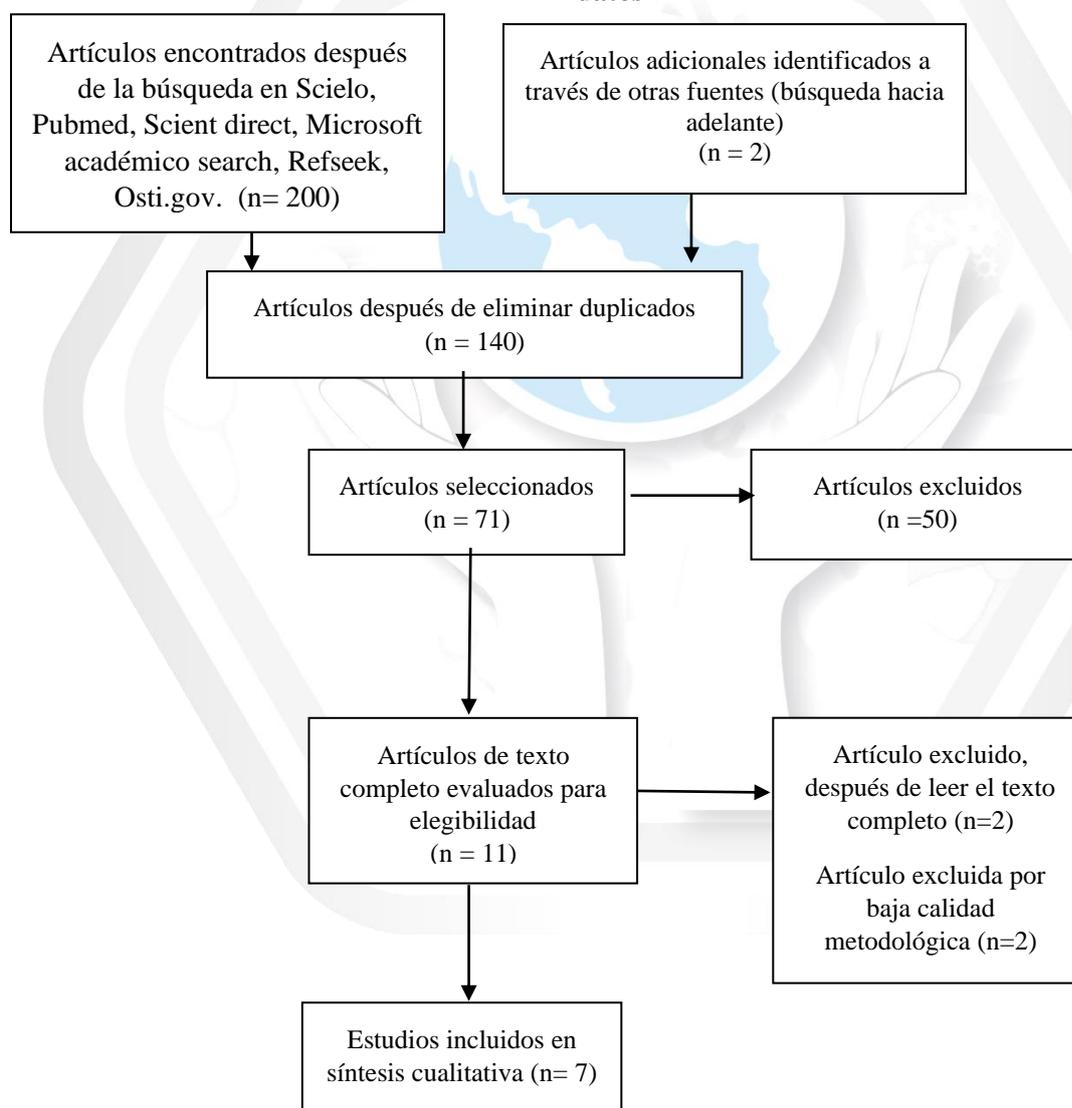
Análisis de los datos

Los datos o resultados de los estudios incluidos se analizaron descriptivamente realizando una narrativa entre las similitudes y diferencias de los estudios encontrados, los cuales evalúan la prevalencia de la automedicación en mujeres en período de gestación con variables de caracterización demográfica, causa de la automedicación, fármacos más utilizados en la gestante.

RESULTADOS

Tras la búsqueda, selección y evaluación de los estudios, se encontraron 200 artículos relacionados con la temática, de los cuales 7 fueron incluidos en la síntesis de resultados. (figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo de la sistematización de búsqueda en las bases de datos



Evaluación de la calidad metodológica

Ningún estudio se descartó por limitaciones en su validez interna. El 75% (n=5) de los estudios obtuvo una buena calidad

metodológica y bajo riesgo de sesgo (22,23,24,25,26,27,28), mientras que el 25% (n=2) obtuvo una calidad media (29,30) (Tabla 1).



Tabla 1. Lectura crítica de estudios incluidos en la revisión del año 2010 al 2020.

Estudio	Validez interna	Validez externa	Calidad global del estudio
Varas R et al, 2011, Perú ²²	2,3,4,5,11,13,14,15,16,17,18 Alta	25,26 alta	Alta
Marín G et al, 2010, Buenos aires Argentina ²³	2,3,4,5,10,11,12,13,14,15,16,17,18 Alta	25, 26 Alta	Alta
Zewdie T, et al, 2018, Goba suroeste de Etiopia ²⁴	2,3,4,5,6, 11,12, 13,14,16,17,18 Media	25,26 alta	Alta
Kidanemariam G, et al, 2018, Addis Etiopia ²⁵	2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18 Alta	25,26 Alta	Alta
Shahnaz M, et al, 2013, Irán ²⁶	2,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15, 16,17,18 Alta	25,26 Alta	Media
Ebrahimi H, et al, 2017, Shahrud, Iran ²⁷	2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15 Media	25,26 Media	Media
Njalika A, et al, 2018, Mwanza, Tanzania ²⁸	2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18 Alta	25,26 Alta	Alta
Ruiz A, 2012, Nicaragua ²⁹	2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18 Baja	25,26 Baja	Baja
Meléndez A, 2014, Ecuador ³⁰	2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18 Baja	25,26 Baja	Baja

Validez interna

Define si el diseño del estudio permite minimizar los sesgos y el efecto de confusión. Ítems: 2. Se indican los criterios de inclusión y de exclusión de participantes, así como las fuentes y los métodos de selección; 3. Los criterios de selección son adecuados para dar respuesta a la pregunta o el objetivo del estudio; 4. La población de estudio, definida por los criterios de selección, contiene un espectro adecuado de la población de interés; 5. Se hizo una estimación del tamaño, el nivel de confianza o la potencia estadística de la muestra para la estimación de las medidas de frecuencia o de asociación que pretendía obtener el estudio; 6. Se informa del número de personas potencialmente elegibles, las

inicialmente seleccionadas, las que aceptan y las que finalmente participan o responden; 15. El análisis estadístico fue determinado desde el inicio del estudio; 16. Se especifican las pruebas estadísticas utilizadas y son adecuadas; 17. Se trataron correctamente las pérdidas de participantes, datos perdidos u otros; 18. Se tuvieron en cuenta los principales elementos de confusión posibles en el diseño y en el análisis. Valoración: Alta, Media; NI: no informa.

Características de los estudios

En la siguiente revisión sistemática se encontraron 194 estudios en inglés y español, de los cuales se excluyeron 181, para un total de 11 artículos incluidos para la lectura crítica, al finalizar la lectura, se descartaron 4 que no



concordaban con los criterios de inclusión. Continuando con una lectura crítica quedaron 7 artículos en total de América del sur, África y Sur de Asia, estos eran estudios de tipo descriptivo de corte transversal y analítico que fueron enfocados en el análisis.

En cuanto a los años de publicación y la revista o sitio web del cual se escogió cada artículo, el 25% se concentra en 2010-2013 (n=3) siendo el primer artículo de 2010 y el último de 2018. En cuanto al tipo de estudio la tabla muestra que la mayoría de los artículos (n=7) son de tipo descriptivo transversal, mixto transversal, analítico de corte transversal. Se observó además que el 100% (n=7) eran estudios de tipo transversal, y el 49,5% de los artículos (n=3) fueron publicados hace 2 años; (24,25, 27) (Tabla 2).

Características sociodemográficas de las gestantes

Continuando con las características sociodemográficas se evidencia el rango de edad que predominó en la revisión sistemática fue la de un 49,5% (n=3) 20-29 años; (22, 25, 22) un 24 % (n=2) 25-34 años; (24, 26), y el 12% (n=1) 18- 27 años; (28), la incidencia del nivel de escolaridad de la población estudiada fue de un 73% (n=5) grado secundaria; ^{17, 19, 20, 22, 23}, el 24% (n=2) grado superior; ^{19, 22}, y tan solo el 12% (n=1) grado primaria; ¹⁸, en cuanto a la prevalencia del estado civil el más destacado fue 49,5% (n=3) casadas; ^{18, 19, 23}, seguido de 49,5% (n=3) no informa en los artículos; ^{20, 21, 22} y un 12 % (n=1) vivir con pareja; ²⁷, con base al estrato sociodemográfico con mayor presencia fue de un 50 % (n=4) estrato 1; ^{18, 19, 22, 23}, el 24% (n=2) estrato 2; ^{18, 22}, y con un 12% (n=1) en estrato 3 ¹⁷ (Tabla 2).

Prevalencia de automedicación. Fármacos más utilizados por las gestantes y prevalencia de automedicación.

Se evidenció que la prevalencia de automedicación en gestantes fue alta

presentándose en un rango de 46,24 - 64%. Solo en el estudio realizado por Mini, Elsy et al en Perú del 2010, la prevalencia fue baja con un 10,5%. Los grupos de medicamentos más consumidos por las gestantes de acuerdo con el estudio realizados son los analgésicos y aines entre los cuales están el paracetamol (22, 24, 25, 26,) con un 80,6% (n=5), ibuprofeno, naproxeno y el diclofenaco con un 39,5% (n=2). Otro de los grupos son los antibióticos (22, 25, 28) con 59,9% (n=3) de los cuales está la amoxicilina.

Según la clasificación FDA se considera que estos fármacos han sido estudiados en humanos bajo condiciones controladas sin mostrar daño al feto.

Según otros estudios evidenciamos que otros de los grupos más consumidos por las gestantes son los antimicóticos, corticoides y antihipertensivos (23) con un 28,7% (n=1), los usos de estos medicamentos son considerados de alto riesgo por la FDA según la categoría C y D (TABLA 3).

Factores asociados en la automedicación

Se encontraron 6 tipos de factores asociados a la prevalencia de automedicación en mujeres embarazadas, los más frecuentes son los problemas económicos y falta tiempo para ir al médico con un 50,4 % (n=2) siendo este el factor predominante en estos dos países ^{17, 18}. Otro fue el bajo nivel educativo (no saber leer y escribir), el mayor número de hijos, el nivel socioeconómico y falta de afiliación al sistema de salud ^{19, 21, 23} con un 65,8 % (n=3) son los factores predominantes de mayor impacto y relevancia que pre disponen y potencian la automedicación en las gestante. El no tener hijos o tener pocos, no tener antecedentes de aborto con un 20,9% (n=1) son los factores más evidentes para que la automedicación en las gestantes, se dé con mayor frecuencia y con regularidad agravando este fenómeno ²² (tabla 2).



Tabla 2. Síntesis de resultados Automedicación en gestantes

Estudio	Tipo de estudio	Característica de los participantes	Fármacos más utilizados por las gestantes	Prevalencia de Auto medicación	Factores Asociados
Varas R, et al, 2011, Perú	Se realizó un estudio Descriptivo transversal.	Rango de edad entre 20 -29 años, nivel educativo secundaria, con pareja estable y estrato 3	Los medicamentos consumidos por las gestantes estuvieron en categoría A y B de la clasificación de la Administración de Alimentos (FDA); principalmente, consumieron paracetamol (47,6%) y amoxicilina (16,7%) .	La prevalencia de automedicación durante la gestación fue de (10,5%) .	Tiempo para ir al médico, dificultad para acceder a los servicios médicos y problemas económicos.
Marín G, et al, 2010, Buenos Aires Argentina	Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo.	Nivel de educación primaria, casada y estrato 1 y 2	Los grupos farmacológicos mayormente consumidos fueron: antimicrobianos (40,9 %) ; Analgésicos y antipiréticos (38,5 %) , antihipertensivos (5,8 %) , (%). El uso de medicamentos considerados de alto riesgo por FDA según la categoría C y D.	Prevalencia de automedicación fue del (32,3 %) .	Dinero y falta de tiempo para ir al medico
Zewdie T, et al, 2018, Gova suroeste de Etiopia	Realizó un estudio transversal.	Rango de edad entre 25- 34 años, nivel de estudio secundaria y superior, casadas y pertenecen al estrato bajo	Los fármacos consumidos por las gestantes fueron el paracetamol y el diclofenaco con un 45% , las categorías fueron A Y B estos corresponden a fármacos que han sido estudiados como bajo riesgo sin daño al feto.	Prevalencia de automedicación fue del (15,5%) en la ciudad de Goba.	Son mujeres que no saben leer ni escribir.
kidanemariam G, et al, 2018, Addis Etiopia	Realizo un método de estudio mixto transversal.	Rango de edad entre 25-29 años, nivel educativo secundaria	Los medicamentos consumidos por las gestantes fueron el paracetamol (49.1%) , Amoxicilina (23.3%) , Metronidazol (3.6%) , Diclofenaco	Prevalencia de la automedicación fue del (26,6%) .	No se evidencio.



			(4,5%). Las categoría fue de B y C estos corresponden a estudios realizados en animales no han demostrado riesgo fetal.		
Shahnaz M, et al, 2013, Irán	Se realizó un estudio descriptivo - analítico de corte transversal.	Rango de edad entre 25- 35 años, nivel educativo superior y nivel de ingresos medio	Los medicamentos consumidos por las gestantes fueron el ibuprofeno (23,8%), paracetamol (34,5%) entre otros. Las categorías fueron A y B son fármacos que no induce daño al feto.	La prevalencia fue de (29.87%) durante y después del embarazo.	Los factores asociados fueron el nivel socioeconómico, el seguro, nivel de educación y el número de niños
Ebrahimi H, et al, 2017, shahrud, Irán	Se realizó un estudio transversal.	Promedio de edad de 26 años, nivel educativo secundaria y estrato 1	Los medicamentos consumidos fueron diclofenaco con un (32,9%), ibuprofeno (34,6%), naproxeno (18,9%) entre otros. Según la categoría fue A Y B, son fármacos estudiados y controlados que muestran que no induce daño al feto.	La prevalencia de automedicación fue del (63,9%) antes del embarazo y del (43,5%) y durante el embarazo.	El no tener hijos o tener pocos, no tener antecedentes de aborto.
Njalika A, et al,2018, Tanzania	Se realizó un estudio transversal.	Edad entre 18- 27 años, nivel educativo secundaria, casada y estrato 1	Consumidos por las gestantes son: Antibióticos (9,58%), Antiemético (34.30%), Analgésicos (19,19%), Antihipertensivo (1.16%), El uso de medicamentos considerados de alto riesgo por FDA según la categoría C y D.	Prevalencia de la automedicación fue (46,24%)	Educación primaria y secundaria incompleta, educación no formal

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta revisión sistemática muestran que la prevalencia de automedicación en gestantes fue alta con un 46,24 - 64%. En los diferentes estudios analizados, siendo los grupos de medicamentos más consumidos por las gestantes, los AINES. Entre estos se puede

evidenciar el paracetamol con un 80,6%, el ibuprofeno, naproxeno y diclofenaco con un 39,5%. Durante el embarazo, no es aconsejable la automedicación, debido a que existen medicamentos que son absorbidos con mayor facilidad por la placenta y le pueden provocar daño al feto, también puede haber disminución en la apertura de los vasos sanguíneos y por lo



tanto se reduce el intercambio de nutrientes y oxígeno entre el feto y la madre y generar lesiones en su desarrollo e incluso la muerte³¹⁻³⁵.

Con respecto a las variables sociodemográficas se destaca que las mujeres que más se auto medican son las adultas jóvenes con un rango de edad de 20-29 años con un 49,5%. De acuerdo con un estudio realizado por Meléndez A. En ámbito- ecuador del 2015 donde se evidencia que los rangos de edades se encuentran entre 15-35 años con un 40,9%²⁹. En este grupo de edades tienen un alto índice de automedicación¹⁵⁻³⁵. De igual manera, las gestantes en este rango de edades son muy propensas debido a que muchas veces no asisten al médico por problemas económicos, por falta de tiempo, ya que la mayoría son adultas jóvenes que presentan estrés, ya sea porque trabajan o estudian al mismo tiempo³⁶.

En cuanto al nivel de escolaridad de la población, se demuestra que las que más se auto medican cursaron hasta secundaria con un 73 %. Igualmente, un estudio ecuatoriano mostró que el 31,4 % de las mujeres cursaron la secundaria³³. Según este artículo, el nivel de escolaridad, es un factor asociado que predispone la automedicación de la población estudiada.

Estos resultados pueden deberse al desconocimiento de las jóvenes sobre el autocuidado. Respecto a esto, Dorotea Orem menciona que existen barreras o limitaciones respecto al mismo, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos, por lo que puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros^{33,37}.

Por otra parte, la prevalencia del estado civil demostró que las mujeres que más se auto medican están casadas con un 49,5%, se estima que el estado civil de la persona influye de

manera considerable en la automedicación debido a que al estar casadas no cuentan con la disponibilidad de tiempo en muchas ocasiones para asistir al centro de salud y es por eso por lo que deciden auto medicarse³⁰.

Los fármacos más utilizados por las gestantes fueron los analgésicos AINES y antibióticos, lo que guarda relación con lo encontrado por Mini, Elsy et al en Perú del 2011²², donde evidenciaron que los fármacos más consumidos por las participantes fueron los analgésicos AINES y antibióticos como el paracetamol y la amoxicilina con un 80,6%, los cuales son medicamentos de venta libre que se encuentran en la categoría A y B de la clasificación de la administración de alimentos y drogas de EE. UU (FDA).

Algunos AINES como el ibuprofeno están contraindicados en el tercer trimestre de embarazo y pueden provocar retraso al momento del parto, cierre prematuro del conducto arterioso, hipertensión pulmonar en el neonato y disminución en el volumen del líquido amniótico²⁹. Por esta razón es importante la educación que se le brinda a la gestante sobre la importancia de no auto medicarse y sobre los riesgos a los que se exponen principalmente al usar medicamentos como el ibuprofeno, el cual puede producir efectos graves en el bebé y llegar a provocar la muerte^{29, 38-39}.

Entre los factores asociados a la automedicación en la gestante se evidenciaron un bajo nivel educativo y bajo nivel socioeconómico, esto guarda relación con lo realizado por Duran G, Perú en 2019³¹, que demuestra que el nivel educativo y socioeconómico son unas de las principales variables para que las mujeres se auto mediquen, debido a que muchas de estas no conocen el daño que los medicamentos de venta libre y sin previa prescripción pueden causar daño a ellas y al feto³².



Esto se relaciona con la teoría del autocuidado debido a que si no se hace, puede traer consecuencias o daños irreversibles para la gestante o al feto. El personal de salud es el principal ente encargado de brindar educación, ayudar a determinar y satisfacer las necesidades de aprendizaje y de autocuidado de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo ^{40,41}. Dorotea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería, uno de ellos es de apoyo educativo: este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero desafortunadamente muchas prefieren auto medicarse que ir a un centro de salud, donde el papel de la enfermera es el de ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades ^{42, 43}.

La edad es otro de los factores que contribuyen a que estás se auto medicuen, ya que la mayoría de las mujeres en estado de gestación tienen entre 20-24 años con un 59%, a diferencia de un estudio realizado por Mini²¹, Elsy et en Perú del 2011 que demuestra que las mujeres gestantes están entre 20-29 años con un 49,5%, esto demuestra que la mayoría de las mujeres gestantes que se auto medican son adultas jóvenes que no tienen conocimiento de los riesgos de auto medicarse. Es por lo anterior que el papel de la enfermera consiste en suplir o ayudar a realizar acciones que la persona no puede llevar a cabo por sí solas en un momento de su vida, acciones que preservan la vida ⁴⁴.

Dentro de las fortalezas de este estudio, se destaca en primer lugar la identificación de la literatura existente en el ámbito nacional, continental y mundial relacionado con la automedicación en gestantes y sus factores de riesgos relacionados, así, esta revisión sistemática se convierte en un insumo para la comunidad científica y en especial la de enfermería en la toma de decisiones para un abordaje integral de las mujeres gestantes.

La prevalencia de automedicación en gestantes fue alta de acuerdo a los estudios analizados, los medicamentos son adquiridos ya sea de forma libre, sin prescripción médica, con total libertad en diferentes sitios, esta es una conducta riesgosa tanto para la madre como para el que coloca en peligro sus vidas y la formación adecuada del bebé.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alba L, Papaqui A, Castillo N, Medina T, Papaqui H, Sánchez A. Principales causas de automedicación en estudiantes del área de la salud. *Rev CONAMED*. 2019; 24(3): 3-9. doi: 10.35366/92889
2. Ramos G, Olivares G. Uso racional de medicamentos: Una tarea de todos. División de políticas públicas saludables y promoción. Dpto. De Políticas Farmacéuticas Y Profesiones Médicas. Chile; 2010.
3. Nepal G, Bhatta S. Self-medication with Antibiotics in WHO Southeast Asian Region: A Systematic Review. *Cureus*. 2018; 10(4): e2428. DOI 10.7759/cureus.2428
4. Álvarez K, De Ávila F, Hernández L, Méndez F, Palomino L, Socarás C, et al. Automedicación en mujeres embarazadas. Evaluación en una clínica de maternidad en Cartagena. *Rev. Cienc Biomed [Internet]*; 2011 [citado 3 Nov 2013]; 2(1). Disponible en: www.revistacienciasbiomedicas.com/index.../revciencbiomed/.../85
5. Rather I, Kim B, Bajpai V, Park Y. Self-medication and antibiotic resistance: Crisis, current challenges, and prevention. *Saudi journal of biological sciences*. 2017; 24(4): 808-812.
6. Yusuff K, Omarusehe L. Determinants of self-medication practices among pregnant women in Ibadan, Nigeria. *Int J Clin Pharm*; 2011 Oct; 33(5):868-75. doi: 10.1007/s11096-011-9556-4.



7. Bello F, Morhason I, Olayemi O, Adekunle A. Patterns and predictors of selfmedication amongst antenatal clients in Ibadan, Nigeria. *Niger Med J*. 2011 Jul; 52(3):153-7. doi: 10.4103/0300-1652.86124
8. Convers C. Modificación del comportamiento individual de automedicación irresponsable con base en estrategias de información preventiva (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario); 2016.
9. Sandoval J, Sandoval C. Uso de fármacos durante el embarazo. *Horizonte Médico (Lima)*; 2018;18(2), 71-79.
10. Chávez J, Quiñones J, Bernárdez O. Talidomida, contextos históricos y éticos. *Humanidades Médicas*; 2009;9(3).
11. Zúñiga A, Purizaca L. Caracterización del consumo de medicamentos durante la gestación de la paciente del hospital belén de Trujillo; 2017.
12. Alonso-Castro A, Ruiz-Padilla A, Ruiz-Noa Y, Alba-Betancourt C, Domínguez F, Ibarra-Reynoso L, Rangel-Velázquez J. E. Self-medication practice in pregnant women from central Mexico. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2018; 26(6): 886-890.
13. Medina C. Diagnóstico para la prevención de automedicación durante los tres primeros meses de gestación a mujeres entre los 15 y 20 años de edad, que asisten a control en la clínica comfaunion de palmira valle.
14. Quintero J, Camila M. Informe de práctica social en Epidemiología ESE Hospital Divina Misericordia-Magangué/Bolívar. 2020
15. Mora A, Monge A, Jerez M, Campos P, Pérez F. Características de la población universitaria que recurre a la automedicación en Costa Rica. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2019;45(3):e1302
Prado A, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista médica electrónica*. 2014;36(6), 835-845.
16. Amorim T, Souza I., Moura M, Vasconcelos A, Aba Q. Nursing care perspectives in high-risk pregnancy: integrative review. *Enfermería Global*. 2017; 16(2):500.
17. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta médica espirituaña*; 2017:19(3).
18. Taylor SG. Dorothea E. Orem, teoría del déficit de autocuidado. *Modelos y teoría en enfermería*. 6ª ed. España: Elzevir; 2007: 267-295.
19. Urrutia G, Bonfill X. Declaracion PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med clín*. 2010; 135(11):507-511. doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015.
20. Ciapponi A. Guía de lectura crítica de estudios observacionales en epidemiología. *Evid actual práct ambul*. 2010;13(1): 135-140.
21. Mini E, Varas R, Vicuña Y, Lévano A, Rojas L, Medina J, et al. Automedicación en gestantes que acuden al instituto nacional materno perinatal, Perú 2011. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012; 29(2):212-17
22. Marín G, Cañas M, Homar C, Aimetta C, Orchueta J. Uso de fármacos durante el período de gestación en embarazadas de Buenos Aires, Argentina. *Rev. salud pública*. 2010; 12 (5): 722-731.
23. Zewdie T, Azale T, Shimeka A, Molla A. Self-medication during pregnancy and associated factors among pregnant women in Goba town, southeast Ethiopia: a community based cross sectional study. *BMC Res Notes*. 2018; 11(1):713
24. Beyene K, Beza S. Self-medication practice and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia. *Trop Med Health*. 2018; 46(10)
25. Baghianimoghadam Hossein, et al. Attitude and practice of pregnant women regarding self-medication in Yazd, Iran. *Arch Iran med*. 2013; 16 (10):580-583.
26. Ebrahim Hossein, et al. Self-medication and its risk factors among women before and during pregnancy. *Aarch Iran med*. 2017; 18 (249): 678-879.



27. Marwan Karol J, et al. Self-medication among pregnant women attending antenatal clinic at Makongoro health centre in Mwanza, Tanzania: a challenge to health systems. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018; 45: 687
28. Ruiz A. Situación de Automedicación en la población Casco urbano del Municipio de Somoto, Madriz, Nicaragua 2012. *Rev. Salud pública*. 2012; 25(154): 145-100.
29. Meléndez A, Xavie D. Automedicación en el embarazo como factor etiológico de abortos atendidos en el hospital provincial docente Ambato en el periodo septiembre-diciembre del 2014. *Rev. Salud pública*. 2014; 28 (832): 128-130.
30. Duran G, Orellana m. prevalencia de la automedicación en gestantes que acuden al hospital domingo olavegoya de jauja. facultad de ciencias de la salud. Huancayo - Perú 2019- 83.
31. Prado A, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista médica electrónica*. 2014; 36(6): 835-845.
32. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta médica espirituaña*. 2017; 19 (3).
33. Márquez M, Gómez G. Vigilancia del uso de medicamentos en el embarazo en el municipio de Los Palmitos, Sucre, Colombia: una contribución para la prevención y reducción de la mortalidad materna y perinatal. *Nov: 15(28); 115-124*. (2017.)
34. Mohammed M, Ahmed J, Bushra A, Aljadhey H. Medications use among pregnant women in Ethiopia: a cross sectional study. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*. 2013; 3(4): 116.
35. Falcón K, Cáceres C, Romero N. Autocuidado y su asociación con el embarazo adolescente. *Revista Ciencia y Arte de Enfermería*. 2020; 5(1): 16-23.
36. Can H, Akmes Z, Kocak Y, Ocalan D, Dal N, Sevil U. Factors Affecting Perceived Stress and Self-Care Agency Pregnant Women.
37. Cavero-Carbonell C, Gimeno-Martos S, Páramo-Rodríguez L, Rabanaque-Hernández, M, Martos-Jiménez C, Zurriaga Ó. Consumo de medicamentos en el embarazo y riesgo de anomalías congénitas en la Comunitat Valenciana. *An Pediatr (Barc)*. 2017;87(3):135-142
38. Atmadani R, Nkoka O, Yunita S, Chen Y. Self-medication and knowledge among pregnant women attending primary healthcare services in Malang, Indonesia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20(42): 3-11.
39. Amaya Y, Avalos A, Del Pilar D. Saberes y prácticas del cuidado de la gestante adolescente; 2018
40. Peñuela M, de la Espriella A, Escobar E, Velásquez M, Sánchez J, Arango A, et al. Factores socioeconómicos y culturales asociados a la auto formulación en expendios de medicamentos en la ciudad de Barranquilla. *Salud Uninorte*; 2002: (16), 30-38
41. Landeros-Olvera E, Parra-Maldonado L, Lozada-Perezmitre E. Modelo ecléctico para la construcción de conductas saludables: alimentación y ejercicio. *Index de Enfermería*. 2020; 29(1-2): 42-45.
42. De Lima G, Pereira A, Márquez J, Comassetto I, Rodriguez S, Da Silva D. Self-care of adolescents in the puerperal period: application of the orem theory. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*. 2017; 11(10): :4217-25,
43. Younas A. A foundational analysis of dorothea orem's self-care theory and evaluation of its significance for nursing practice and research. *Creative Nursing*. 2017; 23(1): 13-23.
44. Costa S, Fracolli L, Siqueira L, Chiesa A, De Oliveira K. Contribuições do pré-natal para o autocuidado de mulheres assistidas por equipes de saúde da família/Contributes of pre-natal to self-care of women assisted by family health teams. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2018; 17(2): 2-7



FACTORES PREDISPONENTES EN LA APARICIÓN DE TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SU INFLUENCIA EN LA EJECUCIÓN DE ROLES OCUPACIONALES EN POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN NORTE DE SANTANDER.

PREDISPOSING FACTORS IN THE OCCURRENCE OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND ITS INFLUENCE ON THE EXECUTION OF OCCUPATIONAL ROLES IN A POPULATION VICTIM OF THE ARMED CONFLICT IN NORTE DE SANTANDER

Para citar este artículo:

Sanchez M. (2021). Factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático y su influencia en la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto armado en Norte de Santander. *Revista cuidado y ocupación humana vol.10-II*

To. Martha Liliana Sánchez Cubillos*

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la influencia de los factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático y la ejecución de roles ocupacionales en población víctima del conflicto armado en Norte de Santander, partiendo de un enfoque mixto y un tipo de investigación descriptiva y explorativa, haciendo uso de los instrumentos estandarizados como el listado de roles y la entrevista semiestructurada del OPHI II. Resultados: la etapa del ciclo vital predominante entre las víctimas se encuentra en la transición de la adultez a la adultez mayor; el factor con mayor impacto para la aparición del trastorno por estrés postraumático está dado por la magnitud del estresor, con el elemento específico de exposición directa al trauma, desencadenando una sintomatología que impacta en el rol de aficionado, dificultando la identificación de intereses debido a la falta de intervención de los factores pos trauma. Conclusión: La investigación evidenció la importancia de intervención psicosocial por parte de terapia ocupacional promoviendo los factores protectores desde las redes de apoyo como elemento del factor pos trauma.

PALABRAS CLAVE: Roles ocupacionales, terapia ocupacional, trastorno por estrés postraumático

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the influence of predisposing factors in the occurrence of post-traumatic stress disorder and the execution of occupational roles in a population victim of the armed conflict in Norte de Santander, based on a mixed approach and a type of descriptive and exploratory research. , making use of the standardized instruments list of roles and the semi-structured interview of OPHI II. Results: The stage of the predominant life cycle among the victims is in the transition from adulthood to adulthood; The factor with the greatest impact for the occurrence of post-traumatic stress disorder is given by the magnitude of the stressor, with the specific element of direct exposure to trauma, triggering a symptomatology that impacts on the role of amateur, making it difficult to identify interests due to the lack of intervention of post-trauma factors. Conclusion: The research evidenced the importance of psychosocial intervention by occupational therapy, promoting protective factors from support networks as an element of post-trauma factor.

KEYWORDS: Occupational roles, Occupational Therapy, Post-traumatic, stress disorder.



INTRODUCCIÓN

Colombia como país del hemisferio occidental, es considerada la nación con el conflicto armado interno más antiguo del mundo según el informe general del centro nacional de memoria histórica (Grupo de memoria histórica, 2013), remontándose el enfrentamiento bélico a la década de los años treinta, originándose entre la disputa entre los partidos políticos por el poder, (Montalvo Velasquez, 2012) conllevando a actos violentos en contra la población civil, extendiendo dicho sucesos a la actualidad con la operación de las guerrillas principalmente las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia FARC y el Ejército de Liberación Nacional ELN, que son fruto de las dinámicas sociales y regionales (Saumeth Cadavid, Centro de pesquisas estrategicas Paulino soares de sousa, 2018)

En consecuencia, la lucha constante de ideología se ha expresado negativamente en diferentes formas de violencia a través de más de cincuenta años, reflejándose en la población colombiana con la excesiva vulneración de los derechos y principios fundamentales: a la vida, la libertad, la honra, la dignidad, la convivencia pacífica, la paz, entre otros derechos, que se ven cruelmente quebrantados a través de las masacres, homicidios selectivos, desapariciones forzadas, reclutamientos ilícitos, torturas, violencia sexual, y demás prácticas inhumanas, (Montalvo Velasquez, 2012) que por su trascendencia traumática y violenta convergen hacia factores de riesgo teniendo incidencias emocionales, sociales y mentales, cuyas características sintomatológicas repercuten en la ejecución de los guiones de roles laborales, familiares, educativos y sociales, ejecutados por un individuo acorde a su edad cronológica, limitando la participación en ellos, teniendo como consecuencia la pérdida de la internalización e identificación del rol o en su efecto de roles.

La trascendencia de estas consecuencias, está dada según Belloch (1995) por la reacción

psicológica ante la situación traumática, la que se encuentra relacionada con factores de vulnerabilidad pre trauma, intensidad del trauma y factores pos trauma, con llevando a la aparición de posibles trastornos de tipo mental como depresión, ansiedad y trastorno por estrés pos traumático, trastornos que son los más representativos en la población adulta víctima del conflicto armado, (Castaño, Sierra, Torres, Salas, & Buitrago, 2018) teniendo como consecuencia dificultades del razonamiento, comportamiento, facultad de reconocer la realidad y adaptarse a las condiciones de la vida. (Artículo 5 ley 1616 de 2013) cuya persistencia y características sintomatológicas representan una desestructuración de las actividades concernientes al desempeño de las ocupaciones propias de roles laborales, educativos y sociales, por ejemplo un estudiante quien estuvo expuesto a secuestro puede experimentar dificultades de razonamiento en su rol escolar, reflejándose en la concentración y pensamiento, debido a síntomas de desrealización, haciendo de su entorno académico irreal y distante, incumpliendo de esta manera con el guion del rol escolar donde es indispensable los procesos mentales superiores en este caso la concentración para dar continuidad a un proceso de aprendizaje.

Es importante adicionar que la prevalencia de los trastornos mentales también se ha confirmado un año después de la exposición a los hechos de victimización, un evento psicológico muy frecuente con esta característica es el trastorno por estrés postraumático, (Castaño, Sierra, Torres, Salas, & Buitrago, 2018) ,trastorno que cumple con las características en alteración del comportamiento y de adaptación a las condiciones de la vida diaria, que se encuentra asociado a la violencia (Barlow & Durand, 2001),el DSM V (2013) (Asociacion americana de psiquiatria, 2013) describe el suceso fijador del trastorno por la exposición a un acontecimiento traumático durante el cual se experimenta temor, desamparo u horror, posteriormente las victimas vuelven a



experimentar el acontecimiento a través de recuerdos y pesadillas, acompañado de angustia, reacciones disociativas, malestar psicológico, reacciones fisiológicas, evitación persistente en estímulos asociados al suceso traumático, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo, alteración importante de la alerta y la reactividad, por ejemplo un individuo que constantemente presenta alteraciones negativas con el pensamiento recurrente de “no poder confiar en nadie” no puede realizar actividades de tipo social, o de trabajo en grupo debido a que piensa que alguien le hará daño, dificultando la identificación de su rol social con amigos, aislándose finalmente de amigos o familiares.

Por consiguiente la afirmación dada por Wilcock (2011) de que el “bienestar psicológico social y aspectos esenciales en el concepto actual de salud, se encuentra vinculado con la capacidad de ser humano de desarrollar ocupaciones socialmente valoradas”, se puede deducir que presentada una alteración de tipo mental o social que irrumpa en un estado de salud, el individuo manifestará una limitación significativa en el desarrollo personal y ocupacional, interfiriendo también Crepau y Shell, (2009) en los modelos normativos de la conducta que se basan en la cultura y sociedad (roles) partiendo de estos últimos como eje central para la investigación, los que también se encuentran definidos por la asimilación de un estatus social o personalmente definido y su correspondiente conjunto de acciones y actitudes asociadas.

Expuesto lo anterior esta investigación tiene por objetivo determinar los factores de vulnerabilidad pre trauma: Historia familiar de desórdenes mentales, género, traumatización temprana, experiencias negativas parentales; trauma o magnitud del estresor: exposición al trauma, afrontamiento), y factores pos trauma; síntomas emergentes, apoyo social, que predisponen en el individuo la adquisición de estrés postraumático y su posterior influencia en la ejecución de roles ocupacionales desde

los aspectos laborales, educativos, social, familiar, aficionado, voluntario en las víctimas del conflicto armado existentes en el departamento de Norte de Santander, indagando sobre equilibrio en la internalización, identificación y guion del rol.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación partió de un enfoque mixto, y un tipo de investigación descriptiva y explorativa, para el análisis cuantitativo se hace uso del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) que permitió determinar número de variables descriptivas y de frecuencias, distribución porcentual, frecuencia e incidencia, elaboración de tablas con valores estadísticos descriptivos. El análisis cualitativo de los datos se dio a través de la triangulación de datos en la que se utilizaron las técnicas de fundamentación teórica, grupos focales y narrativa de vida, para posteriormente establecer la influencia mediante el análisis de contenido

Sujetos

La muestra de estudio está conformada por 30 individuos mayores de edad caracterizados por el registro único de víctimas, pertenecientes a su vez a las asociaciones adscritas a los entes gubernamentales encargados de llevar a cabo los procesos de rehabilitación integral

Instrumentos

Para determinar la influencia entre los factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático y los roles ocupacionales se utilizaron instrumentos como el listado de roles que permitió determinar la frecuencia y el valor asignado respecto a roles laborales, educativos, sociales y familiares y la entrevista semiestructurada para identificar los factores de predisposición ante el trastorno por estrés postraumático relacionados con el hecho victimizante



RESULTADOS

Respecto a las condiciones de aspectos sociodemográficos, en primera medida es indispensable contemplar el género, en donde se observó predominancia del hecho victimizante en el género femenino, lo que se encuentra en concordancia con los datos del auto 092, del 2008, que indica que por causa de su condición de género, las mujeres están expuestas a riesgos particulares y vulnerabilidades específicas dentro del conflicto armado.

En la tabla 1 se presentan los hallazgos respecto a las condiciones sociodemográficas de la muestra

Tabla 1 . Condiciones sociodemográficas de los participantes

Genero	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Masculino	10	66,7%
Femenino	20	33,3%
Edad		
18-28 años	4	13,00%
29-39 años	4	13,00%
40_50 años	5	17,00%
51-61 años	8	27,00%
62-72 años	7	23,00%
73-63 años	2	07,00%
Nivel de escolaridad		
Ninguna	2	6,70%
Primaria	13	43,30%
Secundaria	8	26,70%
Técnica	3	10,00%
Universitaria	4	13,30%
Tipo de trabajo		
Trabajo formal	2	6,70%
Trabajo informal	10	33,30%
No trabaja	18	60,00%

El ciclo de vida con mayor prevalencia está caracterizado por la transición de adulto a adulto mayor, coincidiendo con los datos de la red nacional de información de 2018, lo que conlleva a estudiar el impacto residual que ha tenido el conflicto armado en los roles ocupacionales en esta población.

En el nivel de formación académica impera el nivel primario debido a condiciones

socioeconómicas que impedían continuar con la formación académica de los participantes en su etapa infantil, por último se observa que predomina la tasa de desempleo de las víctimas del conflicto armado lo que se encuentra vinculada al bajo nivel de escolaridad y la etapa de vida de adulto y adulto mayor, sin embargo en comparación con el departamento administrativo nacional de estadística respecto a las personas con empleo se puede establecer una semejanza en proporción debido a que se indica que la tasa de ocupación de la población víctima del conflicto en Colombia es de 44%, sin embargo, la informalidad representa más del 93% del empleo en esta población.

A continuación se presentan los resultados respecto a los hechos victimizantes declarados por los participantes

Tabla 2. Hechos victimizaste en los participantes

Hecho victimizante	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Desplazamiento forzado		
No	18	60,00%
Sí	12	40,00%
Desaparición forzada		
No	28	93,30%
Sí	2	6,70%
Acto terrorista		
No	29	96,70%
Sí	1	3,30%
Amenaza		
No	25	83,30%
Sí	5	16,70%
Homicidio		
No	15	50,00%
Sí	15	50,00%
Lesiones físicas		
No	29	96,70%
Sí	1	3,30%
Minas antipersona		
No	29	96,70%
Sí	1	3,30%
Perdida de inmuebles		
No	25	83,30%
Sí	5	16,70%
Secuestro		
No	29	96,70%
Sí	1	3,30%
Tortura		
No	30	100,00%
Sí	0	0,00%
Delitos contra la libertad y la integridad sexual		
No	30	100,00%
Sí	0	0,00%



Los hechos victimizantes ocurren a partir de la excesiva vulneración de los derechos y principios fundamentales, los principales derechos vulnerados comprenden el derecho a la vida, integridad y libertad de los individuos, expresados en homicidio, desplazamiento forzado, pérdida de inmuebles, amenaza, desaparecimiento forzado, secuestro, minas antipersona, lesiones físicas.

En la tabla 3, se muestran los resultados obtenidos respecto a la identificación de los roles en tiempo pasado, presente y futuro y asignación de valores de: nada valioso, alguna importancia y muy valioso, obtenidos a través del listado de roles.

Tabla 3. Distribución de roles ocupacionales en tiempo y valor

Rol		Nada valioso		Con alguna importancia		Muy valioso	
		N	%	N	%	N	%
Rol estudiante							
Rol pasado	No	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%
	Sí	1	3,6%	5	17,9%	2	78,6%
Rol presente	No	1	3,7%	6	22,2%	2	74,1%
	Sí	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
Rol futuro	No	1	5,3%	6	31,6%	1	63,2%
	Sí	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Rol trabajador							
Rol pasado	No	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
	Sí	1	3,7%	3	11,1%	2	85,2%
Rol presente	No	1	6,7%	2	13,3%	1	80,0%
	Sí	0	0,0%	1	6,7%	1	93,3%
Rol futuro	No	0	0,0%	1	10,0%	9	90,0%
	Sí	1	5,0%	2	10,0%	1	85,0%
Rol voluntario							
Rol pasado	No	1	44,4%	7	25,9%	8	29,6%
	Sí	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%
Rol presente	No	1	41,4%	8	27,6%	9	31,0%
	Sí	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Rol futuro	No	1	54,5%	6	27,3%	4	18,2%
	Sí	0	0,0%	2	25,0%	6	75,0%

Rol proveedor de cuidados							
Rol pasado	No	1	25,0%	1	25,0%	2	50,0%
	Sí	0	0,0%	2	7,7%	2	92,3%
Rol presente	No	1	10,0%	2	20,0%	7	70,0%
	Sí	0	0,0%	1	5,0%	1	95,0%
Rol futuro	No	1	11,1%	1	11,1%	7	77,8%
	Sí	0	0,0%	2	9,5%	1	90,5%
Rol amo de casa							
Rol pasado	No	0	0,0%	3	75,0%	1	25,0%
	Sí	0	0,0%	2	7,7%	2	92,3%
Rol presente	No	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%
	Sí	0	0,0%	2	7,4%	2	92,6%
Rol futuro	No	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%
	Sí	0	0,0%	4	14,8%	2	85,2%
Rol amigo							
Rol pasado	No	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
	Sí	0	0,0%	6	21,4%	2	78,6%
Rol presente	No	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%
	Sí	0	0,0%	6	22,2%	2	77,8%
Rol futuro	No	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%
	Sí	0	0,0%	5	19,2%	2	80,8%
Rol miembro de familia							
Rol pasado	No	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Sí	0	0,0%	2	6,7%	2	93,3%
Rol presente	No	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Sí	0	0,0%	2	6,7%	2	93,3%
Rol futuro	No	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Sí	0	0,0%	2	6,7%	2	93,3%
Rol participante religioso							
Rol pasado	No	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%
	Sí	0	0,0%	1	3,7%	2	96,3%
Rol presente	No	0	0,0%	1	12,5%	7	87,5%
	Sí	0	0,0%	1	4,5%	2	95,5%
Rol futuro	No	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%
	Sí	0	0,0%	1	3,7%	2	96,3%
Rol aficionado							
Rol pasado	No	1	62,5%	4	25,0%	2	12,5%
	Sí	0	0,0%	2	14,3%	1	85,7%



						2	
Rol presente	N	1	55,6%	5	27,8%	3	16,7%
	o	0	0,0%				
Rol futuro	Sí	0	0,0%	1	8,3%	1	91,7%
Rol futuro	N	1	62,5%	5	31,3%	1	6,3%
	o	0	0,0%				
Rol futuro	Sí	0	0,0%	1	7,1%	1	92,9%
						3	
Rol participante en organizaciones							
Rol pasado	N	5	50,0%	2	20,0%	3	30,0%
	o						
Rol pasado	Sí	1	5,0%	4	20,0%	1	75,0%
						5	
Rol presente	N	5	55,6%	2	22,2%	2	22,2%
	o						
Rol presente	Sí	1	4,8%	4	19,0%	1	76,2%
						6	
Rol futuro	N	5	62,5%	1	12,5%	2	25,0%
	o						
Rol futuro	Sí	1	4,5%	5	22,7%	1	72,7%
						6	

Posterior a identificar las condiciones sociodemográficas dentro de las cuales la edad representa un papel importante para el estudio, se evidencia que el rol con mayor representatividad para la investigación es el de aficionado, debido a que acorde a las expectativas de los patrones de ejecución, la etapa de adultez mayor se caracteriza por el aumento del tiempo libre y de ocio (Kielhofner, 2014) por lo que priman la ejecución de actividades de interés, goce y placer, lo que se vincula directamente al presente rol. Lo anterior permite argumentar la importancia del rol, dado que se observa que los participantes asignan un alto valor de importancia, pero no ejecutan el rol en tiempo presente, percibiendo que los participantes no identifican intereses que puedan expresarse en actividades significativas, todo esto consecutivo a un hecho violento.

Datos cualitativos factores predisponentes en la aparición del trastorno por estrés postraumático

Factor 1: Vulnerabilidad pre trauma

Se identificaron seis sujetos en dos momentos en la recolección de la información que presentan los elementos propios del factor de vulnerabilidad pre trauma, estos elementos

hacen referencia al género, en el que hay mayor proporción de individuos de género femenino, constituyéndose como elemento sensible acorde a las perspectivas biológica y social cognitiva; de igual forma se evidencian dos elementos más que configuran en factor de riesgo, la traumatización temprana identificada en los relatos del sujeto 4: “Cuando era pequeña escuchaba y vivía como mi papá le pegaba a mi mamá y a nosotros cuando llegaba borracho”, Sujeto 9: “Perdí a mi papá cuando era una niña, yo solo escuche los tiros” Sujeto 11: “Cada rato amenazaba a mis papas con que nos iban a llevar, y nos iban hacer quedar con ellos, junto con mi hermana, un día vi como mis papas discutían y se pegaban con esos señores para que no nos llevaran amenaza” Sujeto 16: En el año 91 cuando era muy pequeño mi familia vivió desplazamiento, pero no recuerdo mucho (...) debido a que esa parte donde se ubica una finca que tiene mi padre, es un corredor, llegaron unos grupos alzados en armas al margen de la ley desplazaron en un primer plano a mi papa y una tía, debido a la situación precaria, nosotros hijos y mamá nos vimos en la obligación de venir a vivir al pueblo en una situación bastante deplorable debido a la capacidad económica que teníamos en ese momento, y por ultimo las relaciones parentales negativas: identificadas en el sujeto 4: cuando era pequeña escuchaba y vivía como mi papa le pegaba a mi mama y a nosotros cuando llegaba borracho, estos dos últimos elementos presentan pre disponibilidad ya que si estos factores se dan en la infancia los sujetos en la adultez, presentarían una incapacidad en modular su adaptación al estrés, así como sus emociones, que acompañado por la experiencia de un hecho victimizante intensificaría la probabilidad de aparición del TEPT.

Por lo que se puede comprobar y en concordancia con Shalev (1996) que los elementos de este factor en conjunto pueden desencadenar en el trastorno por estrés postraumático, pero sin embargo no son los principales desencadenantes del trastorno.



Factor 2: Magnitud del estresor

Se identificaron seis sujetos que tuvieron exposición directa por vivencia de un hecho violento, enmarcando en experiencias de desplazamiento forzado de tierras, lesiones físicas, donde se ha atentado con la vida y dignidad de las personas lo que permite concluir y de acuerdo a Beristain (2000) que la dimensión del evento traumático es proporcional a los acontecimientos que implican la vivencia estresante a la que fueron expuestos los individuos, por lo que el vivenciar un evento directamente presenta mayor impacto a diferencia de los que vivencian por conocimiento u observación.

Lo anterior está acorde a lo planteado por Shalev en (1996) donde indica que la exposición al evento traumático es un factor de riesgo para la aparición del TEPT, sin embargo se considera como el factor con mayor grado de predisposición para la aparición del trastorno, dado que este es el elemento fijador y desencadenante, pues seguramente así existieran otros factores de riesgo, sin la presencia del evento traumático no existiría la posibilidad de aparición del trastorno mental.

Por otro lado se identificó según la narrativa y los grupos focales que los mecanismos de afrontamiento de los individuos están guiados hacia el tipo de afrontamiento familiar, por ejemplo el sujeto 6 dice: “Uno se refugia en la familia, es el motor para salir adelante” o del sujeto 25 “Sentía frustración, rabia y dolor pero tengo una esposa un hijo y una familia que me han ayudado a salir adelante, me han apoyado, me acompañan a mis terapias y entrenamientos” lo que no representan un factor de riesgo en la aparición del TEPT.

Factor 3: Factores postrauma

En este factor los informantes claves y sujetos de los grupos focales describen dentro del apoyo social o red de apoyo que no han recibido ningún tipo de ayuda, sujeto 16 “Yo diría que ninguno (apoyo social), (...) porque

para declarar, se pudo hacer después de siete meses, después llegó la resolución y es con lo único que cuento de resto ayuda psicológica y económica de ninguna forma. (...) me deja un sin sabor, porque es responsabilidad del estado debido a que es un hecho de repetición. Sujeto 16 “Nunca recibimos apoyo de ninguna organización o del estado, quedamos sin nada y aun no tenemos nada”. Sujeto 14: Nadie me ayudó ni a mí ni a mi familia, seguimos buscando ayuda, e incluso el estado no nos da solución, solo estamos inscritos, pero siempre parecemos limosneros”, Lo que converge hacia una probabilidad alta de aparición de TETP en vista de que las personas no han recibido algún tipo de apoyo emocional, psicológico, ocupacional o económico se pueden exacerbar los síntomas desencadenando el TEPT teniendo en cuenta que el apoyo social cumple una función de ayuda, ofrecen identidad social y posibilitan a la sociedad control individual, además incluye apoyo emocional, intercambio de información y suministro de recursos de servicio materiales, tienen efecto directo sobre la salud y un efecto amortiguador sobre los acontecimientos vitales estresantes (Berreuta Maeztu & Bellido Mainar, 2012).

Lo anterior permitió establecer el factor con alto nivel de riesgo para la aparición del trastorno mental ya que no se cumple con ninguno de los criterios de apoyo estando este resultado en acuerdo con lo propuesto por Shalev (1996).

De igual forma el sujeto 6,14,16 ,24 cumplen con los criterios de síntomas emergentes y en referencia a los criterios del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (2016) en el cual los principales síntomas emergentes están relacionados con pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados con el suceso traumático y el estado de ánimo negativo persistente como angustia, temor, ira, pensamientos constantes, los que se presentaron inmediatamente al hecho violento referido en las narraciones lo siguiente: sujeto 14:



“Recuerdo constantemente cuando mataron a las otra personas, eso causa profundo dolor, e impotencia, uno solo piensa que pudo ser uno” sujeto 24.” Es una mezcla de todo, de rabia, de tristeza, sale a fluir el odio que uno nunca ha sentido, de impotencia, de uno desarmado, de no poder defender lo de uno, su familia, pudieron violar a mi señora a mi hija, es una mezcla de todo, es terrible. (...) Frecuentemente recordaba ese momento, es como dormir despierto, me acostaba cansado y como que rebobinaba todo, y pensaba si yo hubiese hecho tal cosa, en que me equivoqué, en que fui imprudente, y eso es diario, y es muy difícil, se me cayó el cabello, viví un tiempo resentido, pero ya no”.

Presentándose estos síntomas como un futuro desencadenante hacia la aparición del TEPT puesto que si estos no son intervenidos o atendidos su intensidad puede aumentar y por ende las posibilidades de aparición del trastorno también, lo que comprueba lo establecido por Shalev en 1996, donde indica que los síntomas emergentes pueden desencadenar en una enfermedad mental.

DISCUSIÓN

Existen diversos estudios que han sugerido que el TEPT se encuentra dentro de los resultados o consecuencias más serias y duraderas después de haber experimentado un evento traumático dado que el elemento fijador del trastorno mental se da por la experiencia de un evento altamente traumático, el cual para la investigación se configura como la vivencia de un hecho victimizante, hecho que se da por la excesiva vulneración de los derechos y principios fundamentales, comprobando que los principales hechos victimizantes se dan en contra de los derechos a la vida, integridad y libertad de los individuos, generando un mayor impacto en la vida del individuo o del grupo de individuos los que son expresados en homicidio en un 50%, desplazamiento forzado 40%, pérdida de inmuebles 16,7%, amenaza 16,7%, desaparicimiento forzado 3,3%, secuestro

3,3%, minas antipersona 3,3%, lesiones físicas 3,3%.

El impacto de la vulneración de estos derechos es proporcional a los acontecimientos vivenciados traumáticos y violentos a los que fueron expuestos los individuos, puesto que se pudo determinar que los individuos que fueron expuestos a un evento violento (factor post trauma) de forma indirecta presentan menor predisposición en la aparición del TEPT ya que el evento se da por conocimiento lo que permite el funcionamiento de mayores recursos de afrontamiento ante el suceso, por el contrario quien han vivenciado el trauma de forma directa presenta mayores consecuencias emocionales, ocupacionales físicas y económicas lo que aumenta el riesgo de desencadenamiento del trastorno por estrés postraumático.

No obstante, otros factores predisponentes identificados en la categoría de factor vulnerabilidad pre trauma con alta probabilidad para la aparición del TETPT se relacionan con el género, la traumatización temprana y las experiencias negativas tempranas; respecto a la edad se halló relación con las perspectivas biológica que indica que el hipocampo en las mujeres es más sensibles, y el sistema límbico responde de manera aumentada ante las emociones, la perspectiva feminista – psicodinámica que supone que las mujeres víctimas tienen mayor probabilidad de culparse a sí mismas por la violencia de la experiencia traumática que los hombres; y la perspectiva social- cognitiva, en que los hombres son descritos socialmente como activos, instrumentales y agresivos y las mujeres como pasivas, dependientes y emocionales (Saigh y Bremner, 1999), puesto que las mujeres manifestaron sentirse con mayor sintomatología de tristeza, depresión, además de que su tiempo de aceptación ante el evento duro mucho más tiempo que el de los hombres, de igual forma al verbalizar los eventos los hombres demuestran menos emociones y mayores mecanismos de afrontamiento que el de las mujeres.



Al mismo tiempo la traumatización temprana y las experiencias negativas permiten el desencadenamiento del trastorno, dado que los lazos emocionales y el núcleo familiar en los primeros meses de vida y en la infancia son vitales para la adquisición de los vínculos que permiten la maduración emocional, cognitiva y las bases para la estructuración de la identidad infantil, por lo que la presencia de estos dos fenómenos en la infancia reduce los mecanismos de afrontamiento conllevando a reprimir los sentimientos y emociones en la etapa infantil, sin embargo estos sentimientos y emociones pueden ser representadas a lo largo del desarrollo del sujeto en el comportamiento de forma inconsciente, que se puede traducir como una enfermedad mental en la edad adulta.

Elementos del factor pos trauma como síntomas emergentes y la red de apoyo o apoyo social representan un rol fundamental en la aparición del TEPT a causa de que son elementos que son intervenibles y que a causa de esto disminuyen la probabilidad de aparición del TEPT. Pues en primer lugar la presencia de las redes de apoyo ofrecen identidad social y posibilitan a la sociedad control individual, además incluye apoyo emocional, intercambio de información y suministro de recursos de servicio materiales, tienen efecto directo sobre la salud y un efecto amortiguador sobre los acontecimientos vitales estresantes disminuyendo la probabilidad de TEPT, por el contrario la ausencia de las redes de apoyo dificultarían los objetivos y funciones de estas, aumentando la aparición de síntomas emergentes de evitación, pensamientos o sentimientos angustiosos asociados con el suceso y del estado de ánimo negativo alcanzando rápidamente el trastorno mental.

También se identificó que aunque el propósito de la investigación es identificar los factores de pre disponibilidad ante el TEPT hay elementos que pueden ser elementos protectores, como por ejemplo los mecanismos de afrontamiento, encontrando que los individuos hacen uso de mecanismos de afrontamiento familiar para

superar el evento violento, ya que este es expresado con la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, reduciendo así la aparición del TEPT. Expuesto lo anterior se puede inferir y de acuerdo a los planteamientos de Shalev en 1996 respecto a los factores asociados al TEPT que los factores de mayor riesgo para la aparición del trastorno mental hacen referencia a la magnitud del estresor, teniendo en cuenta que aunque existen factores propios de la persona (factores de vulnerabilidad pre trauma) sin la existencia de la exposición al evento traumático o violento no se desarrollaría un TEPT, agregando además que los síntomas emergentes son prevenibles a través de los servicios que presta una red social u organizaciones de red de apoyo. Lo que conduce a que aunque el hecho violento no puede ser prevenido a causa de su naturaleza las consecuencias de este si pueden serlo, mediante la atención oportuna.

Definidos los factores que presentan mayor pre disponibilidad para la aparición del trastorno por estrés postraumático en las víctimas del conflicto armado en Norte de Santander es necesario definir los síntomas ocupacionales encontrados, que a partir de los criterios diagnósticos del DSM V (2013) se originan por la presencia de uno o más de los síntomas de intrusión, evitación persistente de estímulos asociados, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo que conllevan a una disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, además del deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, basada en lo anterior se identificó que a partir de la exposición al evento traumático (elemento de factor de magnitud del estresor) se presenta un impacto en los patrones de organización específicamente en los roles ocupacionales, este impacto se reflejó de tres formas, el primero está relacionado con la continua participación y ejecución de roles en el tiempo y designación de un valor como muy valioso en los roles familiares y los relacionados con el (Miembro



de familia, proveedor de cuidados, amo/a de casa) , debido a que se presume que este rol ejerce influencia directa en el enfrentamiento del hecho violento en el que la ejecución de estos roles son considerados como mecanismo de afrontamiento (elemento de factor de magnitud del estresor) con un tipo de estrategia familiar ,expresada como la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, identificando que en el núcleo familiar los individuos encuentran significado y sentido de la vida lo que se relaciona directamente con la espiritualidad, convirtiéndose en centro de sentimientos volicionales que impulsan el trabajo de entendimiento y superación a un evento victimizante respondiendo ante las demandas del entorno.

Lo anterior también se deja ver mediante los resultados de datos sociodemográficos en los que se evidencia que la familia de tipo nuclear cuenta con una frecuencia del 50% infiriendo que los vínculos familiares a partir de un evento se mantienen o se afianzan.

El segundo fenómeno se encuentra vinculado a la internalización y participación en nuevos roles (rol de participante religioso y participante en organizaciones) dado que estas son vistos por los individuos como un tipo de apoyo, debido a que en la religión las personas encuentran una conexión con el ser mismo y con los demás, concibiendo una forma de dirección de vida, siendo este apoyo significativo de forma emocional, lo que respecta al rol de participante en organizaciones presenta las mismas características de participación , identificación e internalización del rol con una designación de valor muy alta pues está relacionado a la vinculación de las asociaciones de víctimas conformadas en la ciudad que desde las perspectiva de los individuos se toma como una red de apoyo que facilita el conocimiento de derechos en lo que respecta a su condición de vulnerabilidad, sin embargo mediante la entrevista y la

observación se puede determinar que esta no es funcional en lo que concierne a las funciones de apoyo integral, agregando a su vez dificultades en destrezas de comunicación y sociales y destrezas de regulación emocional.

El tercer efecto está reflejado en el abandono de roles como el del trabajador, estudiante y aficionado debido a las consecuencias que dejó el evento victimizante; El rol de trabajador se ve alterado en primer lugar en su no ejecución, por la característica de edad ya que los participantes están en un rango de edad perteneciente a la etapa de adulto y adulto mayor, lo que no permite la realización de actividades productivas tanto por el declive de las capacidades físicas, como por las condiciones laborales solicitadas para la adquisición de un trabajo formal, en segundo lugar se ha visto influenciado en su ejecución por factores como el cambio de contexto, pues el hecho victimizante ha obligado a los individuos a abandonar sus lugares de origen, desplazándose al casco urbano y rural de la región, exigiéndoles adaptarse a nuevas formas de trabajo (formal e informal) las cuales no son significativas en su realización, debido a que no están acorde a sus conocimientos, habilidades e intereses, conllevando a una alienación ocupacional.

El rol de estudiante en el presente tiene una frecuencia del 47% en su no identificación e internalización debido a los intereses propios de la edad (adulto y adulto mayor), determinando que este rol hace parte de una etapa del pasado para la población, especialmente en la etapa de infancia, en la cual se cumplía este rol en termino hasta la primaria y mitad de secundaria, debido a factores económicos, evidenciado también en el nivel educativo como datos sociodemográfico , en el que predomina en un 43,3% la educación primaria y en un 26,7% la educación secundaria, agregando también que a partir de los diferentes hechos violentos los individuos asumían tempranamente un rol productivo para poder subsanar las necesidades básicas en



alimentación, vivienda y vestido, abandonando el guion y finalmente la identificación el rol.

En relación al rol de aficionado se observa que los participantes se identifican en un 30% con el rol, lo que representa muy poca participación, teniendo en cuenta que el ciclo vital de las personas mayores está fuertemente influenciado por el aumento del tiempo libre y de ocio, lo que lleva a inferir que a partir de la presencia de síntomas emergentes del estado de ánimo negativo y síntomas de intrusión y evitación si hay una pérdida significativa por el interés en la participar de actividades, presentando también dificultades para experimentar placer y satisfacción, dificultando el nivel de satisfacción vital acorde a la edad, sin embargo los individuos asignan un valor muy alto por el establecimiento de una creencia de los posibles beneficios que tendrían de forma personal.

Los hallazgos encontrados permiten corroborar las afirmaciones de Shalev (1996) (tomadas de “influencia del sexo, edad, nivel socioeconómico y apoyo social sobre los niveles de estrés postraumático en personas afectadas por las inundaciones del estado de Vargas en 1999 “) que los factores de las categorías de vulnerabilidad pre trauma, magnitud del estresor y factores pos trauma, presentan pre disponibilidad ante la aparición del trastorno por estrés postraumático, sin embargo se identifica que el factor con mayor probabilidad de riesgo hace referencia a la magnitud del estresor- exposición al evento traumático, estableciendo a su vez que los factores prevenibles ante el trastorno son los factores postrauma, que desde una atención integral adjunta a las redes de apoyo favorecen la salud mental de las personas, disminuyendo de igual forma los síntomas e impacto a nivel ocupacional descrito con anterioridad.

Lo dicho hasta aquí permite comprobar la hipótesis de trabajo que propone que los factores predisponentes en la aparición de trastorno por estrés postraumático influyen en

la ejecución de roles ocupacionales en víctimas del conflicto armado, sea esta influencia positiva mediante la identificación, internalización y participación de roles ya establecidos, los cuales se describieron anteriormente como los roles relacionados con el núcleo familiar, de igual forma los roles religioso y participante en organizaciones aumentaron su identificación e internalización después del evento violento, por otra parte se identifica la des internalización de roles como el rol de aficionado.

Cabe resaltar que debido a la poca evidencia que existe desde la profesión en el contexto nacional colombiano en relación a las víctimas del conflicto armado la presente investigación aporta en alguna medida al constructo del rol del terapeuta ocupacional en el área de desarrollo comunitario y psicosocial, e incentiva a estudiantes y profesionales a investigar y proponer soluciones que respondan a las diversas necesidades de la población pues basada en los aportes de Wilcock (1998) la Terapia Ocupacional debe expandir sus funciones profesionales para incluir la promoción de la salud y el bienestar de todas las personas, en especial de aquellos que viven en severas condiciones sociales y políticas, sin seguir ignorando la dimensión sociopolítica de la ocupación humana.

El actuar del terapeuta ocupacional en su rol con población vulnerable no debe olvidar actuar bajo los parámetros de la justicia social y ocupacional en la que se reconoce a los individuos como seres ocupacionales con deseos únicos, hábitos y necesidades basadas en unas determinadas circunstancias y capacidades.

La validez de los resultados para los aportes del área, se basan en los criterios de confiabilidad y validez de los instrumentos estandarizados de terapia ocupación: listado de roles y la entrevista histórica del desempeño ocupacional OPHI II, y su implementación en población con riesgo psicosocial.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arias-Gómez , Villasís-Keever , & Miranda Novales. (2016). El protocolo de investigación III. *Alergia México*, 6.
2. Asociación Americana de psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM 5*. Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
3. Asociación americana de psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM 5*. Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
4. Baldovino Pérez, M. (Abril de 2014). Prevalencia de estrés postraumático y trastorno antisocial de la personalidad en la población desmovilizada de las guerrillas Colombianas en Bogotá, D.C. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.
5. Barlow, D., & Durand, M. (2001). *Psicología anormal, un enfoque integral*. ITEMEX.
6. Barret , L., & Kielhofner, G. (2003). generalidades sobre el comportamiento ocupacional. En E. Crepeau, E. Cohn, & B. Boyts, *Willard and spackman terapia ocupacional* (pág. 211). Bogotá: Medica Panamericana.
7. Berreuta Maeztu, L., & Bellido Mainar, J. (2012). Factores sociales que influyen en la salud mental. En O. Sanchez , B. Polonio Lopez, & M. Pelligrini, *Terapia ocupacional en salud mental*. Médica Panamericana.
8. Buendia, L., Colás, P., & Hernandez , F. (2001). *Metodos de investigación en psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill.
9. Buonocore, D. (1980). *Diccionario de Bibliotecología*. Buenos Aires: Marymar.
10. Burgman, I., & Simo Algado, S. (2006). Intervención mediante terapia ocupacional en niños supervivientes de una guerra. En F. Kronenberg, S. Simo Algado, & N. Pollard, *Terapia ocupacional sin fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes* (pág. 246). Madrid: Médica Panamericana.
11. Castaño, G., Sierra, G., Torres, Y., Salas, C., & Buitrago , C. (2018). Trastornos mentales y consumo de droga en la población víctima de conflicto armado en tres ciudades de Colombia. *Revista biomedica*, 78.
12. Congreso de la republica. (10 de Junio de 2011). *LEY 1448 DE 2011*. Obtenido de <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-1448-de-2011.pdf>
13. Cornejo, S., & Brik Levi, L. (2003). *La representación de las emociones en la dramaterapia*. Panamericana.
14. Crepeau, E., Cohn, E., & Barbara, A. (2016). *willard & spackman , 12 edición*. Bogotá: Medico panamericana.
15. De las Heras de Pablo, C. G. (2015). *Modelo de la ocupacion humana*. Síntesis.
16. Durank V, M., & Barlow , D. (2001). *Psicología anormal : Un enfoque integral*. Itemex.
17. Galheio, S. M. (2007). Terapia ocupacional en el ámbito social, aclarando conceptos e ideas. En F. Kronenberg, S. Simó Algado, & N. Pollard, *Terapia Ocupacional sin fronteras, Aprendiendo del espíritu de sobrevivientes* (pág. 94). Bogotá: Panamericana.
18. Gaviria Aguilar, S., & Barroso Osuna, J. (2015). La triangulación de datos como base de la investigación educativa. *Revista de medios y educación*, 74.
19. Geosalud. (13 de Febrero de 2018). *Geosalud su sitio de salud en la web*. Obtenido de ¿qué tan común es el trastorno de estrés postraumático?: https://www.geosalud.com/salud_mental/trastorno-estres-postraumatico-que-tan-comun.html
20. Grupo de memoria histórica; (cuatro de septiembre de 2013). *¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad*. Obtenido de <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-memorias-guerra-dignidad-new-9-agosto.pdf>
21. Guzman Lozano, S. (2016). *Manual práctico de salud mental*. Síntesis.
22. Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado , C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Bogotá: Mc Graw Hill Education.



23. Kielhofner, G. (2004). Habitación: Patrones de la ocupación humana. En G. Kielhofner, *Terapia ocupacional modelo de la ocupación humana, teoría y aplicación* (pág. 82). Buenos aires: Médica Panamericana.
24. Kielhorner, G. (2006). *fundamentos conceptuales de terapia ocupacional*. Medica panamericana.
25. King, P., & Olson, D. (2011). Trabajo. En Crepeau, Cohn, & Schell, *Willard and spackman terapia ocupacional*. medica panamericana.
26. Matuska, K., & Barret, K. (2016). Patrones de ejecución. En E. Blesedell Crepau, E. S. Cohn, & B. Boyt Shell, *Willard and spackman* (pág. 162). Panamericana.
27. Mazorra, M. (2004). Rehabilitación psicosocial y terapia ocupacional: Una nueva visión del modelo de la ocupación humana. *Terapia ocupacional, el portal en español de terapia ocupacional*, 8.
28. Ministerio de salud y protección social. (04 de SEPTIEMBRE de 2018). *Oficina de las naciones unidad contra la droga y el delito*. Obtenido de Ley1616 de 2013: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/proyecto/ley-1616-de-salud-de-2013/>
29. Ministerio de Salud, Subdirección de enfermedades no transmisibles. (2016). *Documento técnico y manual de Gestión de promoción de la salud mental, Prevención y atención a trastornos mentales en el marco de la construcción y consolidación de paz*. Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.
30. Montalvo Velasquez, C. E. (2012). Conflicto armado en Colombia. Un estudio desde el paradigma neoconstitucional. *Pensamiento Americano*, 2.
31. Moruno Millares, P. (2017). Modelo de la ocupación humana. En P. Moruno Millares, *Principios conceptuales de terapia ocupacional*. Síntesis.
32. Moruno Millares, P. (2017). Rehabilitación Psicosocial. En P. M. Millares, *Principios conceptuales de la terapia ocupacional* (pág. 184). Madrid: Síntesis.
33. Moruno Millares, P., & Talavera Valverde, M. A. (2011). Ocupación y salud mental. En P. Moruno Millares, & M. A. Talavera Valverde, *Terapia ocupacional en salud mental* (pág. 34). Masson.
34. Moruno Millares, P., Talavera Valverde, M. A., & Cantero Garlito, P. (2011). *Marcos de referencia teóricos y modelos de práctica de terapia ocupacional en salud mental*. Masson.
35. Moruno Millares, P. (2011). *Principios conceptuales de la terapia ocupacional*. Masson.
36. Pablo, C. G. (2015). *Modelo de la ocupación humana*. Síntesis.
37. Rodríguez Fairen. (2010). Participación social. En Corregidor Sanchez, *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología, bases conceptuales y aplicaciones prácticas*. Ergon.
38. Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación Cualitativa*. Granada, España: Aljibe.
39. Rodríguez González, A. (2002). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Piramide.
40. Rodríguez Peñuelas, M. A. (2010). *Diseño de proyectos y desarrollo en tesis en las ciencias administrativas, organizacionales y sociales*. México: Pandora.
41. Rodríguez, M., Navas, R., & Garrido, J. (2018). *Terapia ocupacional en actividades de la vida diaria*. Síntesis.
42. Saumeth Cadavid, E. (Cuatro de Setiembre de 2018). *Centro de pesquisas estratégicas Paulino soares de sousa*. Obtenido de <http://ecsbdefesa.com.br/defesa/fts/HGC.pdf>
43. Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés. (cuatro de septiembre de 2018). *Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés - SEAS*. Obtenido de ¿Qué es el trastorno por estrés posttraumático: <http://www.ansiedadystres.org/que-es-el-trastorno-por-estres-posttraumatico>
44. Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa, Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría*



- fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
45. Tamayo, M. (1997). *El Proceso de la Investigación científica*. México: Limusa S.a.
46. Ytarte, R., Cantero Garlito, P., & Vilo Merino, E. (2017). *Ocio, bienestar y calidad de vida*. España: Síntesis.
47. Zango Martín, I. (2017). *Terapia ocupacional en comunitaria*. Síntesis.





VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS MAYORES MEDIANTE EL TEST DE COOPER Y EL TEST DE CAMINATA DE 6 MINUTOS, A TRAVÉS DE UNA HERRAMIENTA COMPUTACIONAL

ASSESSMENT OF FUNCTIONAL CAPACITY IN YOUNG ADULTS AND ELDERLY ADULTS THROUGH THE COOPER TEST AND THE 6-MINUTE WALKING TEST THROUGH A COMPUTATIONAL TOOL

Para citar este artículo:

Sanchez D. (2021). Valoración de la capacidad funcional en adultos jóvenes y adultos mayores mediante el test de cooper y el test de caminata de 6 minutos, a través de una herramienta computacional. *Revista cuidado y ocupación humana vol.10-II*

Mg. Diana Andrea Sánchez García*

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la capacidad funcional en el adulto mayor, por medio del software SISVAM. Cien sujetos dieron su consentimiento informado para participar en el estudio con una edad en años ($76,84 \pm 7,01$). Todos los sujetos estaban libres de condiciones que limitarían su participación, como lesiones musculo-esqueléticas, entre otras. En función de la disponibilidad de los participantes, se ajustaron los horarios de las pruebas de evaluación. El análisis de los datos se realizó en el software SPSS versión 21.0. Se utilizó el nivel de correlación de Pearson, mediante la correlación lineal simple, la cual establece la relación o dependencia que existe entre las dos variables que intervienen en una distribución bidimensional. Los análisis relevaron la relación existente entre la edad y las siguientes variables, test levantarse y caminar y volverse a sentarse están correlacionados entre sí, $r = -0,205$, $p > 0,05$, con una correlación baja y negativa. Test sentarse y levantarse de una silla están correlacionados entre sí, $r = -0,23$, $p > 0,05$, con una correlación baja. Test de caminata de 6 minutos están correlacionados entre sí, $r = -0,88$, $p > 0,05$. Con una correlación es alta.

PALABRAS CLAVES: adulto mayor, software SISVAM, senior fitness test, capacidad funcional.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to analyze functional capacity in the elderly, through the SISVAM software. One hundred subjects gave their informed consent to participate in the study with an age in years (76.84 ± 7.01). All subjects were free of conditions that would limit their participation, such as musculoskeletal injuries among others. Depending on the availability of the participants, the schedules of the evaluation tests were adjusted. The analysis of the data was performed in SPSS software version 21.0. The Pearson correlation level was used, using simple linear correlation. Which establishes the relationship or dependence that exists between the two variables that intervene in a two-dimensional distribution. The analyzes revealed the relationship between age and the following variables, test get up and walk and re-sit are correlated with each other, $r = -0.205$, $p > 0.05$, with a low and negative correlation. Test sit and stand up from a chair are correlated with each other, $r = -0.23$, $p > 0.05$, with a low correlation. 6-minute walk test are correlated with each other, $r = -0.88$, $p > 0.05$. With a high correlation.

KEYWORDS: older adult, software SISVAM, senior fitness test, functional capacity.



INTRODUCCIÓN

El número de personas mayores de 60 años ha crecido rápidamente en las últimas décadas, y la perspectiva es que este número aumente en tres veces en los próximos 40 años, alcanzando aproximadamente 65 millones para 2050 (Almeida et al., 2017). Tal crecimiento está influenciado por modificaciones morfológicas, funcionales y bioquímicas e interfiere en el modo de adaptación social y a una mayor vulnerabilidad a las enfermedades (Almeida et al., 2017, Clegg et al., 2013).

El envejecimiento es un fenómeno fisiológico, dinámico y proceso progresivo que involucra múltiples factores celulares, neurofisiológicos, cognitivos y sociales que predispone al individuo a enfermedades crónicas no transmisibles y síndromes geriátricos (multimorbilidad, fragilidad, discapacidad, deterioro cognitivo, sensorial, de equilibrio y caídas) (Forman et al., 2017, Moreima et al., 2016, Forman et al., 2011, Spirduso et al., 2005).

La capacidad funcional es una métrica clave en la población adulta mayor, por la perspectiva que proporciona sobre la salud (Forman et al., 2017). Por funcionalidad se entiende la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas que componen nuestras actividades de la vida diaria (AVD) en el ámbito individual como social (Vicente et al., 2007). Los componentes principales de la aptitud funcional son la fuerza, resistencia, flexibilidad, agilidad y equilibrio dinámico (Marqués et al., 2014).

El deterioro de los componentes principales neuromusculares y cardiorrespiratorios se encuentran relacionados con el deterioro funcional que conlleva a la discapacidad física (Maslow et al., 2011, Marqués et al., 2014), incluyendo un alto riesgo de caídas y fracturas, principalmente de cadera (Marqués et al., 2014, Rizzoli et al., 2009; Rosengren et al., 2012),

también la pérdida de las funciones superiores relacionadas con la memoria, la atención y la velocidad de procesamiento de la información (Auyeung et al., 2011; Erickson et al., 2012, Marqués et al., 2014), reduciendo la calidad de vida (Olivares et al., 2011, Marqués et al., 2014). Por lo tanto, identificar a los adultos mayores cuyo nivel de condición física es inferior al normal para su edad y sexo y por debajo de los estándares recomendados de aptitud física necesarios para el funcionamiento independiente debe considerarse una estrategia de salud preventiva relevante.

MATERIALES Y MÉTODOS

Sujetos

Cincuenta sujetos dieron su consentimiento informado para participar en el estudio (tabla 1). Todos los sujetos estaban libres de condiciones que limitarían su participación, como lesiones musculo-esqueléticas entre otras. En función de la disponibilidad de los participantes, se ajustaron los horarios de las pruebas de evaluación.

Tabla 11. Características del grupo en estudio. Media y desviación estándar de la edad (años), la masa corporal (kg) y talla (cm).

	Estadísticos descriptivos		
	N	Media	Desviación estándar
Edad (años)	50	76,84	7,01
Talla (cm)	50	163,53	2,95
Masa Corporal (kg)	50	68,48	6,02

Instrumentos de medición

La batería senior fitness test (SFT), surge por la necesidad de crear una herramienta que permita valorar la condición física de los adultos mayores con seguridad, así como de forma



práctica. La SFT tiene unas características que la hacen la más completa y práctica que los test que se solían utilizar anteriormente. Los test que componen la batería recogen el mayor número de componentes del fitness asociado con la independencia funcional. Puede realizarse en personas en edades comprendidas 60 y 94 años de edad, ya que esta cumple un amplio rango de capacidad funcional y de los componentes principales de la capacidad física.

Chair Stand Test (Sentarse y levantarse de una silla)

Objetivo: Evaluar la fuerza del tren inferior.

Procedimiento: El/la participante comienza sentado/a en el medio de la silla, la espalda recta, los pies apoyados en el suelo y los brazos cruzados a la altura de las muñecas y colocados sobre el pecho. La silla debe estar pegada a la pared. A la señal de “Ya” el/la participante se deberá levantar completamente y volver a la posición inicial. No está permitido apoyarse en la silla o los muslos para levantarse. Hay que sentarse completamente para que la ejecución sea válida. Se anima al él/la participante a que realice completamente tantos movimientos como le sea posible en 30 segundos. Después de una demostración por el/la evaluador/a se deja un tiempo de prueba al participante y posteriormente se realiza un intento de 30 segundos. Si se diera la circunstancia que el participante no estuviera satisfecho con el desarrollo-resultado del test y deseara una segunda oportunidad, ésta se le podría conceder previo descanso de 3 minutos.

Interpretación: Se puntúa el número total de movimientos realizados correctamente en los 30 segundos. Si el/la participante ha realizado el movimiento a más de la mitad del recorrido al finalizar los 30 segundos, se cuenta como un movimiento completo.

Arm Curl Test (Flexiones del brazo)

Objetivo: Evaluar la fuerza del tren superior.

Procedimiento: El/la participante comienza sentado/a en la silla con la espalda recta, los pies apoyados en el suelo y la parte dominante

del cuerpo pegado al borde de la silla. Se toma el peso con el lado dominante y se coloca en posición perpendicular al suelo, con la palma de la mano orientada hacia el cuerpo y el brazo extendido y el brazo extendido. Desde esta posición levantaremos el peso rotando gradualmente la muñeca (supinación) hasta completar el movimiento de flexión del brazo y quedado la palma de la mano hacia arriba, el brazo volverá a la posición inicial realizando un movimiento de extensión completa del brazo rotando ahora la muñeca hacia el cuerpo.

Puntuación: Número total de veces que se “flexiona y se extiende” el brazo durante 30 segundos. Si al finalizar el ejercicio el participante ha completado la mitad o más, del movimiento (flexión y extensión del brazo), se contará como completa.

6-Minute Walk Test (Test de caminar 6 minutos)

Objetivo: Evaluación de la resistencia aeróbica

Preparación: Antes de comenzar la prueba prepararemos el circuito rectangular que tendrá las siguientes medidas (18,8 metros) por (4,57 metros), cada extremo del circuito estará marcado por un cono y cada 4,57 metros lo marcaremos con una línea.

Procedimiento: se realizará una vez terminada todas las pruebas. Saldrán de uno en uno cada 10 segundos. A la señal “ya” el participante caminará tan rápido como le sea posible durante 6 minutos siguiendo el circuito marcado. Para contar el número de vueltas realizado el examinador dará un palillo al participante por cada vuelta realizada o lo marcará en la hoja de registro. A los 3 y a los 2 minutos se avisará del tiempo que queda para finalizar la prueba para que los participantes regulen su ritmo de prueba. Cuando pase los 6 minutos el participante se apartará a la derecha y se colocará en la marca más cercana manteniéndose en movimiento elevando lentamente las piernas de forma alternativa.



Puntuación: La puntuación se recogerá cuando todos los participantes hayan finalizado la prueba. Cada palillo o marca en la hoja de registro representa una vuelta (45,7 metros). Para calcular la distancia total recorrida multiplicaremos el número de vueltas por 50 45,7 metros. Se realizará un solo intento el de la prueba, pero el día anterior todos los participantes practicarán el test para obtener el ritmo de la prueba.

Chair-sit and Reach-test (Test de flexión de tronco en silla)

Objetivo: Evaluar la flexibilidad el tren inferior (principalmente bíceps femoral)

Procedimiento: El participante se colocará sentado en el borde de la silla (el pliegue entre la parte alta de la pierna y los glúteos debería apoyarse en el borde delantero del asiento). Una pierna estará flexionada y con el pie de apoyo en el suelo mientras que la otra pierna estará extendida tan recta sea posible enfrente de la cadera. Con los brazos extendidos las manos juntas y los dedos medios igualados el participante flexionará la cadera lentamente intentando alcanzar los dedos de los pies o sobrepasarlos. Si la pierna extendida comienza a flexionarse el participante volverá a la posición.

Puntuación: El participante realizará dos intentos con la pierna preferida y el examinador registrará los dos resultados rodeando el mejor de ellos en la hoja de registro. Se mide la distancia desde la punta de los dedos de las manos hasta la parte alta del zapato. Tocar la punta del zapato puntuará “cero”, si los dedos de las manos no llegan alcanzar el pie se medirá la distancia en valores negativos (-), si los dedos de las manos sobrepasan el pie se registra la distancia en valores positivos (+).

Back Scratch Test (Test de juntar las manos tras la espalda)

Objetivo: Evaluar la flexibilidad del ten superior (principalmente de los hombros).

Procedimiento: En una posición de pie, el participante colocará una mano preferida detrás del hombro del mismo lado, con la palma hacia abajo y los dedos extendidos, alcanzando la mitad de la espalda hacia abajo (con el codo dirigido hacia arriba). El participante coloca la otra mano detrás de la espalda, palma hacia fuera, alcanzando tan lejos como le sea posible en un intento para tocar o superponer los dedos medios (o los dedos más largos) extendidos de ambas manos. Sin mover las manos del participante, el evaluador ayuda para ver que los dedos medios de cada mano se dirigen el uno hacia el otro. No se debe permitir que el participante agarre o junte los dedos y tire. El evaluador no puede ayudar al participante (estirando o empujando las manos) durante la ejecución del test.

Puntuación: El participante realizará dos intentos con el mejor lado antes de comenzar con el test y se anotará en la hoja de registro poniendo en un círculo en la mejor de ellas.

Foot Up-and-Go Test (Test de levantarse, caminar y volverse a sentar)

Objetivo: Evaluar la agilidad y el equilibrio dinámico.

Preparación: Colocar la silla pegada a la pared y un cono a 2,44 metros, medido desde la parte posterior del cono hasta el borde anterior de la silla. La prueba comienza con el participante sentado completamente en la silla (posición erguida), las manos en los muslos y la planta de los pies apoyadas en el suelo (con un pie ligeramente adelantado). A la señal de “ya”, el participante se levanta de la silla (se permite empujar los muslos), camina tan rápido como le sea posible alrededor del cono (por cualquiera de los lados), y regresa a la silla. Se debe comunicar al participante que es una prueba cronometrada y que debe realizarse tan rápido como sea posible (sin correr), trasladándose alrededor del cono y regresar a la silla.

El evaluador debe servir como referencia, estando de pie a mitad de la distancia entre la



silla y el cono, listo para ayudar al participante en caso de que pierda el equilibrio. Para que el puntaje sea confiable, el evaluador debe poner en marcha el cronómetro a la señal de “ya” (haya comenzado a moverse el participante o no), y parar el cronómetro en el momento exacto en el que el participante se siente en la silla.

Después de una demostración, el participante realiza dos veces el test. Se debe recordar a los participantes que el cronómetro no se para hasta el momento exacto en que los participantes se sientan en la silla.

Puntuación: La puntuación es el tiempo transcurrido desde la señal “ya”, hasta que el participante regresa a la posición sentada en la silla. Registre la puntuación de ambos test a la décima de segundo más próxima y rodee con un círculo la puntuación mejor (el menor tiempo). La mejor puntuación es utilizada para evaluar el rendimiento.

Height and Weight (peso y talla)

Objetivo: valorar el índice de masa corporal

Procedimiento: Los mayores podrán tener lo zapatos puestos mientras se realiza las mediciones de peso y talla efectuando posteriormente los ajustes oportunos, ya que si no se perdería mucho tiempo. Respecto a la talla, se colocará una cinta métrica pegada a la pared en posición vertical a 20 pulgadas del suelo. El participante se coloca de pie de espaldas a la pared con la parte media de la cabeza sobre la cinta métrica y los ojos mirando al frente, a continuación, se colocará una regla o algo similar encima de la cabeza.

La altura del participante será la puntuación indicada en la cinta métrica más las 20 pulgadas, distancia de la cinta métrica al suelo. Si el participante lleva puesto los zapatos se restará a la medición entre 2 y 4 centímetros. Respecto al peso, el participante se quitará la ropa de mayor peso y se colocará en la báscula. Si pesamos al participante con los zapatos

puestos se restará medio kilo si el calzado es ligero y un kilo se es un calzado pesado (siendo a juicio del examinador).

Tabla 22. Características de los test que se les aplicaron a la población estudio. Media y desviación estándar de la flexibilidad, fuerza extremidad inferior y superior, equilibrio dinámico y resistencia cardiorrespiratoria.

	Media	Desviación estándar
Test Get Up and G (segundos)	9,67	0,812
Test flexión tronco (cm)	10,38	2,84
Test de flexibilidad hombros (cm)	17,16	4,21
Fuerza extremidades superiores 4_kg	12,69	1,70
Fuerza extremidades inferiores repeticiones	9,53	0,78
Test de caminata 6 minutos metros	300,30	78,48

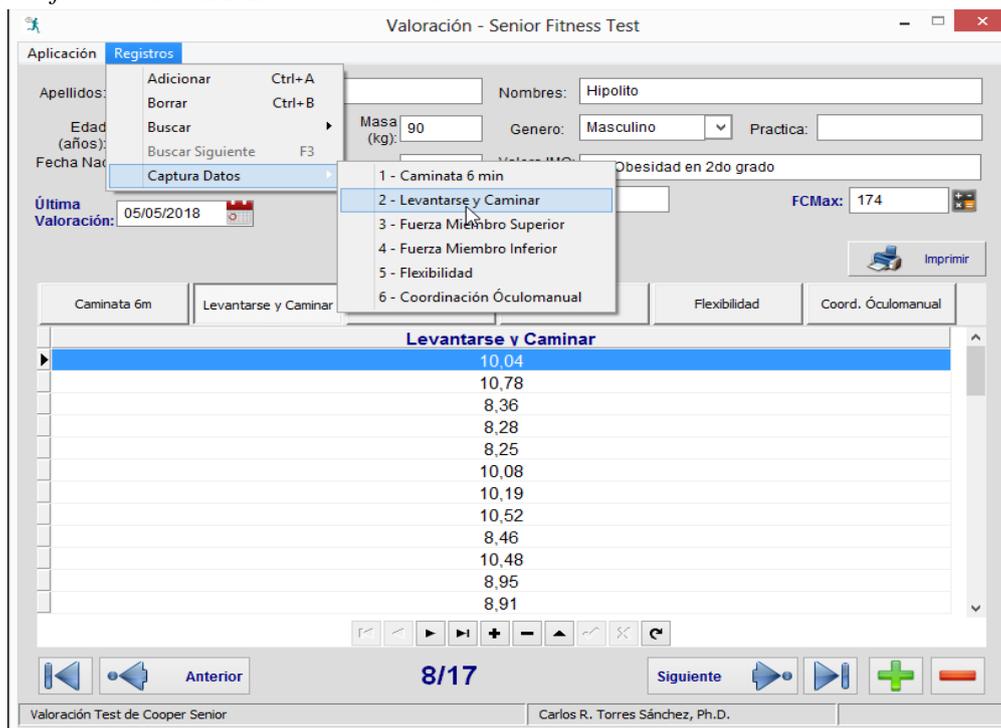
Software

La necesidad de generar diagnósticos sobre el adulto joven y mayor, dio origen al desarrollo actual del sistema personal de control académico (SISVAM) para hacer evaluaciones más objetivas y ágiles de calificar. SISVAM es un aplicativo software, diseñados como aplicación monousuaria, facilitando la labor de recolección, valoración y proyección de los adultos jóvenes y mayores. SISVAM utiliza archivos en formato MDB dada la facilidad de manejo de un modelo relacional desarrollado de datos mediante Microsoft Access®.

Al finalizar la evaluación o registro de cada prueba, SISVAM guarda una observación general de la prueba que ayuda a la interpretación de los resultados.



Figura 1. Software SISVAM. Batería Senior Fitness Test.



Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó en el software SPSS versión 21.0. Se utilizó el nivel de correlación de Pearson, mediante la correlación lineal simple. La cual establece la relación o dependencia que existe entre las dos variables que intervienen en una distribución bidimensional.

RESULTADOS

La edad y los resultados del test levantarse y caminar y volverse a sentar están correlacionados entre sí, $r=-0,205$, $p>0,05$. La correlación es baja y negativa. Con un riesgo elevado de padecer caídas (Bohannon, 2006) (figura 1).

Figura 2. Relación edad y el test de equilibrio dinámico (levantarse, caminar y volverse a sentar) en segundos.

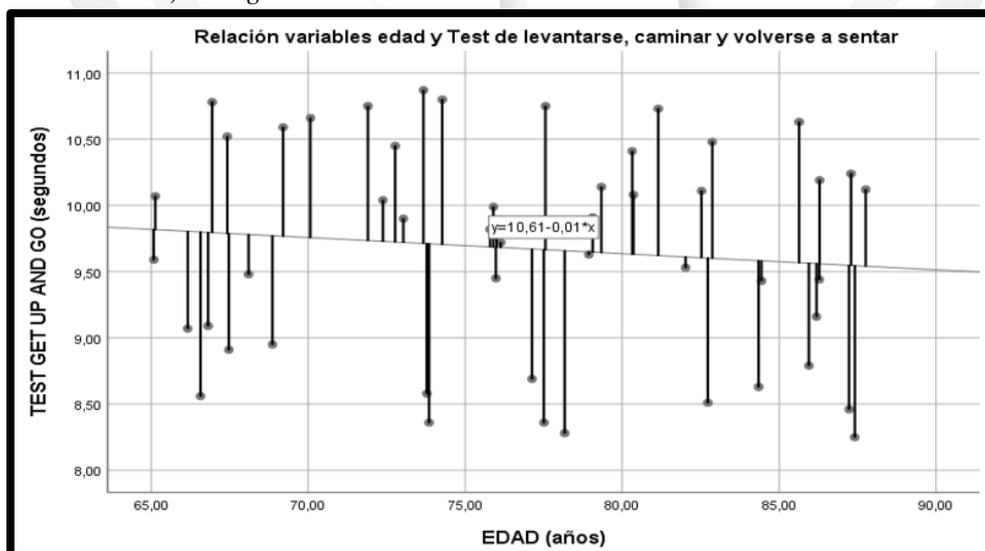
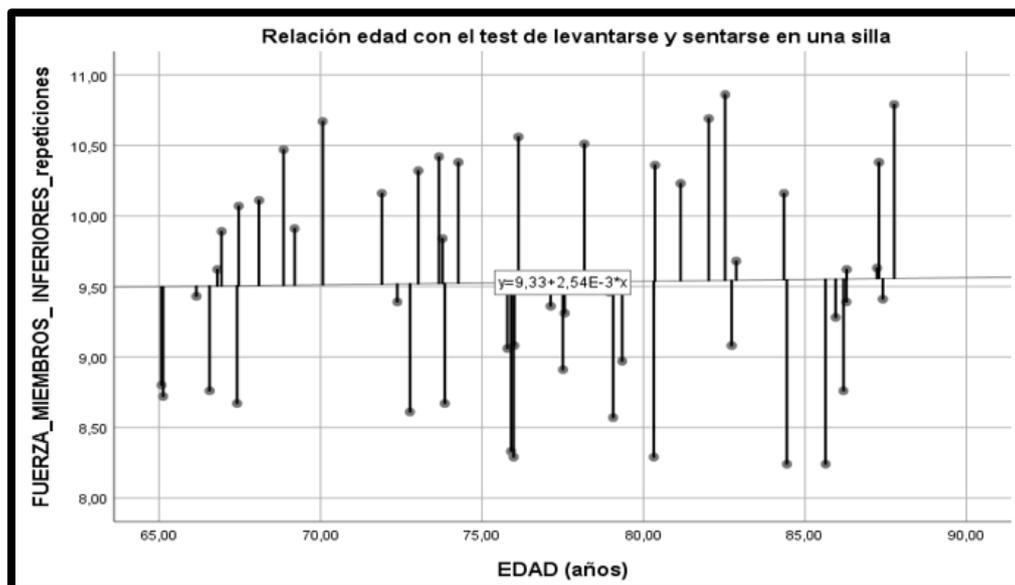




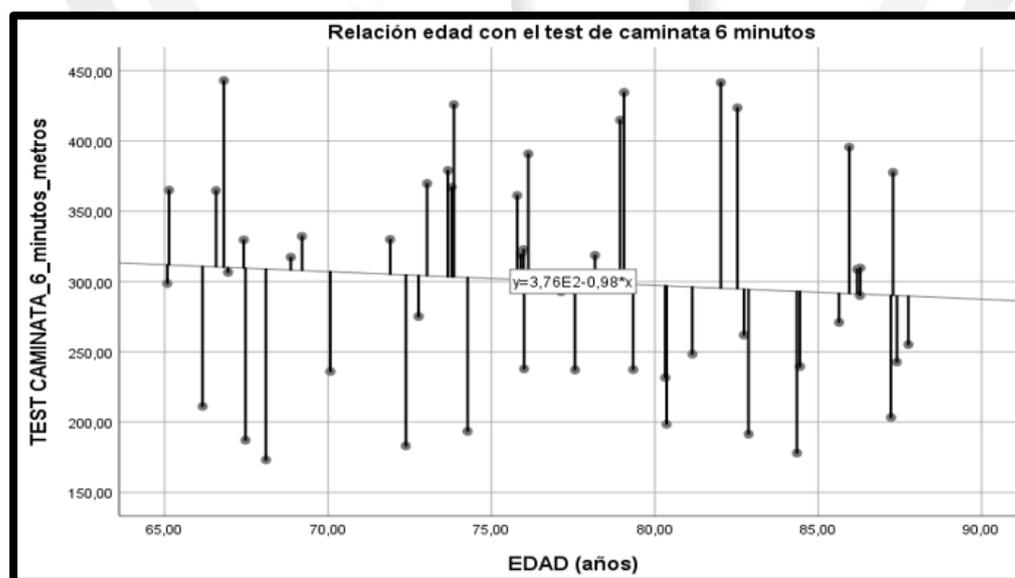
Figura 3. Relación edad y el test de fuerza de miembros inferiores (levantarse y sentarse de una silla) en número de repeticiones.



La edad y los resultados del test sentarse y levantarse de una silla están correlacionados entre sí, $r = -0,23$, $p > 0,05$. La correlación es baja. Con un déficit leve de fuerza, que representa un riesgo bajo de padecer caídas y fracturas de cadera (Bohannon, 2006) (figura 2).

La edad y los resultados del test de caminata de 6 minutos están correlacionados entre sí, $r = -0,88$, $p > 0,05$. La correlación es alta. Con un deterioro severo de la capacidad funcional, que representa un riesgo alto de sufrir fragilidad (Gonzales, 2005) (figura 3).

Figura 4. Relación edad y el test de capacidad funcional (caminata de 6 minutos) en metros recorridos.





CONCLUSIONES

Los individuos frágiles corren un riesgo particular de tener malos resultados, como discapacidad, caída, muerte y hospitalización (Millor et al., 2013). El síndrome de la fragilidad se define como un estado de vulnerabilidad que conlleva un incremento en el riesgo de eventos adversos y discapacidad en los ancianos (Herreo et al., 2015), el diagnóstico de fragilidad se basa en varios dominios de salud, que incluyen discapacidades físicas (p. ej., baja velocidad de marcha, fatiga, baja fuerza de agarre y baja fuerza del tren inferior), pérdida de peso y baja actividad física (Millor et al., 2013).

Los investigadores han indicado que la detección temprana es uno de los métodos más efectivos para reducir la gravedad de la fragilidad física y para mejorar el bienestar del paciente (Millor et al., 2013). Las evaluaciones de la capacidad funcional apuntan a detectar impedimentos de movilidad como la debilidad física para que las intervenciones tempranas sean posibles (Millor et al., 2013).

La prueba de caminata de 6 minutos se usa ampliamente como una medida de la capacidad funcional en adultos mayores y en individuos con algunas patologías crónicas no transmisibles (patología pulmonar, cardiaca, diabetes, sobrepeso y obesidad, entre otras (Bohannon, and Crouch, 2017, Son et al., 2017). La prueba de 6 minutos tiene un valor pronostico importante en sujetos adultos mayores, de hecho, se asocia con un deterioro severo de la capacidad funcional, que representa una mayor tasa de hospitalización y un riesgo elevado de sufrir fragilidad (Uszko-Lencer et al., 2017).

El Test de levantarse, caminar y volverse a sentar es una prueba bien establecida para la población geriátrica, diseñada para proporcionar evaluaciones objetivas de la movilidad funcional, la fuerza, el equilibrio y la agilidad (Vainshelboim et al., 2019). La prueba

tiene una buena sensibilidad y especificidad para detectar individuos ancianos con alto riesgo de caídas, que depende de los factores intrínsecos (relacionados con el sujeto) como la sarcopenia y la dinapenia, que conlleva alteraciones de control, de parámetros de la marcha, y de funcionalidad (Vainshelboim et al., 2019, Cebolla et al., 2015).

La capacidad de pasar de estar sentado a estar de pie se considera una de las actividades más exigentes de las actividades de la vida diaria, requisito previo para la independencia funcional; los ancianos que no pueden levantarse de una silla sin apoyo corren el riesgo de volverse más inactivos y, por lo tanto, de un mayor deterioro de la movilidad (Van et al., 2016).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida, C. A. P. L., de Oliveira Silva, F. N., e Souza, V. A. D. S., de Oliveira Santos, V., Lago, E. C., & Moreira, W. C. (2017). Meanings attributed by health professionals to the aging process of institutionalized elderly people. *Northeast Network Nursing Journal*, 18(5), 639-646.
2. Auyeung, T.W., Lee, J.S., Kwok, T., & Woo, J. (2011). Physical frailty predicts future cognitive decline—a four-year prospective study in 2,737 cognitively normal older adults. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 15(8), 690–694.
3. Bohannon, R. W., & Crouch, R. (2017). Minimal clinically important difference for change in 6-minute walk test distance of adults with pathology: a systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 23(2), 377-381.
4. Cebolla, E. C., Rodacki, A. L., & Bento, P. C. (2015). Balance, gait, functionality and strength: comparison between elderly fallers and non-fallers. *Brazilian journal of physical therapy*, 19(2), 146-151.
5. Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The lancet*, 381(9868), 752-762.



6. Erickson, K.I., Weinstein, A.M., Sutton, B.P., Prakash, R.S., Voss, M.W., Chaddock, L., Kramer, A.F. (2012). Beyond vascularization: Aerobic fitness is associated with N-acetylaspartate and working memory. *Brain Behav.*, 2(1), 32–41.
7. Forman, D. E., Arena, R., Boxer, R., Dolansky, M. A., Eng, J. J., Fleg, J. L., ... & Lewis, E. F. (2017). Prioritizing functional capacity as a principal end point for therapies oriented to older adults with cardiovascular disease: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*, 135(16), e894–e918.
8. Forman, D. E., Rich, M. W., Alexander, K. P., Ziemann, S., Maurer, M. S., Najjar, S. S., ... & Wenger, N. K. (2011). Cardiac care for older adults: time for a new paradigm. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(18), 1801–1810.
9. Herrero, Á. C., Cadore, E. L., Velilla, N. M., & Redin, M. I. (2015). El ejercicio físico en el anciano frágil: una actualización. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 50(2), 74–81.
10. Marqués, E. A., Baptista, F., Santos, R., Vale, S., Santos, D. A., Silva, A. M., & Sardinha, L. B. (2014). Normative functional fitness standards and trends of Portuguese older adults: cross-cultural comparisons. *Journal of aging and physical activity*, 22(1), 126–137.
11. Maslow, A.L., Price, A.E., Sui, X., Lee, D.C., Vuori, I., & Blair, S.N. (2011). Fitness and adiposity as predictors of functional limitation in adults. *Journal of Physical Activity and Health*, 8(1), 18–26.
12. Millor, N., Lecumberri, P., Gómez, M., Martínez-Ramírez, A., & Izquierdo, M. (2013). An evaluation of the 30-s chair stand test in older adults: frailty detection based on kinematic parameters from a single inertial unit. *Journal of neuroengineering and rehabilitation*, 10(1), 86.
13. Moreira, W. C., Damasceno, C. K. C. S., Vieira, S. K. S. F., Campêlo, T. P. T., Campêlo, D. S., & de Carvalho Alencar, D. (2016). Assessment of the public policies to cope with violence against the elderly. *Journal of Nursing UFPE on line*, 10(4), 1324–1331.
14. Olivares, P.R., Gusi, N., Prieto, J., & Hernandez-Mocholi, M.A. (2011). Fitness and health-related quality of life dimensions in community-dwelling middle aged and older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 117.
15. Rosengren, B.E., Ribom, E.L., Nilsson, J.A., Mallmin, H., Ljunggren, O., Ohlsson, C., Karlsson, M.K. (2012). Inferior physical performance test results of 10,998 men in the MrOS Study is associated with high fracture risk. *Age and Ageing*, 41(3), 339–344.
16. Son, K., Twardzik, E., Nabozny, M. L., Strasburg, D., & Alexander, N. (2017). Contribution of obesity and performance factors to 6-minute walk test in older adults with diabetes. *Innovation in Aging*, 1(Suppl 1), 1234.
17. Uszko-Lencer, N. H., Mesquita, R., Janssen, E., Werter, C., Brunner-La Rocca, H. P., Pitta, F., ... & Spruit, M. A. (2017). Reliability, construct validity and determinants of 6-minute walk test performance in patients with chronic heart failure. *International journal of cardiology*, 240, 285–290.
18. Vainshelboim, B., Kramer, M. R., Myers, J., Unterman, A., Izhakian, S., & Oliveira, J. (2019). 8-Foot-Up-and-Go Test is Associated with Hospitalizations and Mortality in Idiopathic Pulmonary Fibrosis: A Prospective Pilot Study. *Lung*, 197(1), 81–88.
19. Van Lummel, R. C., Walgaard, S., Maier, A. B., Ainsworth, E., Beek, P. J., & van Dieën, J. H. (2016). The Instrumented Sit-to-Stand Test (iSTS) has greater clinical relevance than the manually recorded sit-to-stand test in older adults. *PloS one*, 11(7), e0157968.
20. Vicente, J. M., Rodríguez, H. M., Montesinos, J. L. G., Gallardo, P. R., & Camerino, A. A. (2007). Medición del grado de aptitud física en adultos mayores. *Atención primaria*, 39(10), 565–568.



LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN EL DESEMPEÑO DE LOS ESCOLARES BAJO LA METODOLOGÍA DE ESCUELA NUEVA

INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES IN THE PERFORMANCE OF STUDENTS UNDER THE NEW SCHOOL METHODOLOGY

Para citar este artículo:

Quintanilla J., Lizarazo N. (2021). Las tecnologías de la información y la comunicación en el desempeño de los escolares bajo la metodología de escuela nueva. *Revista cuidado y ocupación humana vol.10-II*

Esp. To. Jemy Alexandra Quintanilla*

Asociación hogar para el niño especial sede villa luz Guaymaral santa fe de Bogotá

To. Neyla Andreina Lizarazo Suarez**

Asociación Crecer en la sede Arcoíris Restrepo Meta

RESUMEN

La presente investigación tenía como fin determinar la relación de las tecnologías de la información y la comunicación como un medio de intervención terapéutico en el desempeño de los escolares en la metodología de escuela nueva. Se llevó a cabo en el contexto rural del municipio de Pamplona Norte de Santander, en el centro educativo Rural Chichira como sede principal y cuatro de sus sedes, dentro de las cuales encontramos El Naranjo, Ulaga bajo, El Ají, y Tencala, centros que manejan el modelo pedagógico escuela nueva, distribuidas en diferentes veredas, población de la cual se tomó una muestra de 77 escolares en edades comprendidas de los 6 a los 10 años. La valoración inicial nos indica dificultades en las habilidades de: posición en el espacio, copia, figura, fondo, cierre visual, atención visual y cálculo. De acuerdo a los datos obtenidos se diseñó un plan de acción basado en el uso de software educativos, recursos didácticos y tecnológicos que promueven estas habilidades en los educandos a través de la ejecución de estas estrategias. Se evidenció un impacto positivo y motivacional en la realización de actividades escolares. Los menores inconscientemente potencializaron sus habilidades, según lo referido por sus docentes.

PALABRAS CLAVES: Escuela nueva, tecnologías de la información y la comunicación, habilidades escolares, software.

ABSTRACT

This research project was conducted in the rural context, at school as Rural Chichira headquarters town of Pamplona Norte de Santander and four of its offices, within which we find El Naranjo, Ulaga low, El Aji and Tencala centers that handle the new school pedagogical model, distributed in different villages of the municipality population from which a sample of 77 schoolchildren aged from 6 to 10 years was taken, this study aimed to determine the relationship of technologies of information and communication as a means of therapeutic intervention in the performance of the school in the new school methodology. The initial assessment indicates difficulty skills: Position in space, copy, figure ground, visual closure, visual attention and calculation. According to the data obtained an action plan based on the use of educational software, educational and technological resources that promote these skills in students through the implementation of these strategies are designed, and has evidenced a positive motivational impact on conduct of school activities. Where children unconsciously potentiate their skills, this referred by their teachers.

KEYWORDS: new school, information technology and communication, academic skills, software.



INTRODUCCIÓN

La presente investigación hace referencia al uso de las tecnologías de la información y la comunicación, como medio de intervención en el desempeño escolar en los estudiantes de la metodología de escuela nueva, la cual se desarrolló en el Centro educativo Rural Chichira y cuatro de sus sedes, El Naranjo; Ulaga Bajo, El Ají, Tencala, ubicadas en diferentes veredas del municipio de Pamplona Norte de Santander.

Al realizar un primer encuentro con la población objeto de estudio se logró evidenciar, que las instituciones cuentan con los recursos tecnológicos, incluso con recursos educativos interactivos pero estos no son empleados por los docentes en el proceso de enseñanza aprendizaje que llevan a cabo con los escolares, dado a la metodología de escuela nueva, y manejo de aula multigrado, les dificulta el traslado a la sala de informática, por tal motivo se hace necesario reforzar los conocimientos previos de los menores en el uso del ordenador, como lo fue su encendido y apagado, manejo del mouse y el teclado.

Posteriormente en la primera fase se realizó la valoración de los educandos empleando el SOFTWARE DE VALORACION PARA LAS HABILIDADES ESOLARES, encontrándose dificultades en las habilidades de: Posición en el espacio, seguimiento de instrucciones, conteo, cálculo mental, copia, figura fondo, cierre visual, atención visual.

Desde el quehacer del terapeuta ocupacional, en el área de educación, siendo la actividad con propósito nuestra principal herramienta de intervención, se quiso innovar queriendo estar a la vanguardia de las exigencias de la sociedad actual, promoviendo estas habilidades en los escolares a través de la aplicación de diferentes software educativos, las intervenciones no solo fueron encaminadas a superar las dificultades, sino también se fortalecieron las destrezas con

las cuales contaban, según las habilidades valoradas, destacando, coordinación ojo mano, velocidad visomotora, constancia de forma, memoria visual. A través de la ejecución de estas estrategias, se evidencio un impacto positivo y motivacional en la realización de actividades escolares. Donde inconscientemente los escolares promovieron sus habilidades, manejando con mayor agilidad el computador, en los aplicativos, superaban los retos que se les plantearon.

La investigación durante el semestre en curso, se da por terminada en la ejecución del plan de acción, debido a que se sugiere dar continuidad, con el fin de obtener mejores resultados y mayor impacto en la población.

MATERIALES Y METODOS

De acuerdo a la metodología planteada, podemos determinar que el tipo de investigación es exploratoria, descriptiva y correlacional. Exploratoria ya que se pretende examinar un tema de investigación poco estudiado y no ha sido abordado antes, para lo cual se relaciona con el proyecto de investigación y la necesidad de incursionar en nuevas tecnologías de la información y la comunicación que faciliten el quehacer de Terapia Ocupacional en el área de educación en el contexto rural, y su efectividad en el desempeño escolar, debido a que el uso de estas tecnologías generalmente se ha dado en el ámbito clínico.

Descriptiva, debido a que se busca especificar las propiedades importantes de la comunidad educativa, evaluar y analizar diversos aspectos, dimensiones o componentes a investigar, seleccionando los más relevantes de cada uno de los instrumentos de valoración, para ser medidos independientemente, logrando así describir cada una de las características de los mismos de manera cualitativa a través de la evaluación del plan de acción. Este tipo de investigación tiene como objetivo indagar la



relación de los niveles de una o más variables en la población (uso de las TIC y el desempeño ocupacional). El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de escolares; y así proporcionar su descripción, mediante un estudio de correlación.

La investigación es de tipo mixta debido a que se utilizan las adaptaciones de los instrumentos de valoración de la percepción visual y evaluación neuropsicológica infantil, los cuales son estadísticos y se dará una visión porcentual y conclusiones teóricas de carácter cuantitativo y cualitativo para cada una de ellas, según las edades cronológicas de los escolares. Es cualitativa ya que el método empleado se adapta en razón a las características particulares del desempeño ocupacional en el centro educativo rural, la recolección de los datos se da a través de la observación directa del estudiante en el proceso de valoración, y se describen los resultados de manera descriptiva, analizando la función o disfunción en cada uno de los componentes de ejecución dados en el concepto ocupacional.

Es cuantitativa ya que la recolección de algunos datos de los instrumentos de valoración se da de forma estadística o numérica, en el cual cada puntuación cruda pasa a representar un percentil o puntuación estándar que delimita la calificación para cada una de las subpruebas valoradas y en coherencia al equivalente de edad.

La muestra está establecida por 77 estudiantes del nivel de primaria entre los rangos de edades de 6 a 10 años, de los cuales 16 pertenecen a la sede principal Chichira, 31 que corresponden a la subselección el Naranjo, 18 de la subselección Ulaga bajo, 9 de la subselección el Ají, 3 de la subselección Tencala.

RESULTADOS

De acuerdo a la valoración efectuada a los usuarios a través del software de valoración para habilidades escolares se obtuvieron

resultados, los cuales nos indican dificultades en las habilidades de posición en el espacio, copia, figura fondo, cierre visual y atención visual.

Dado lo anterior se elabora un plan de acción acorde a las dificultades evidenciadas por los escolares, a través del cual se logró evidenciar un impacto positivo y de motivación en la realización de actividades, puesto que el computador como una herramienta más didáctica favorece los procesos de enseñanza – aprendizaje y por ende su desempeño ocupacional.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos de esta investigación se basaron en el uso o relación de las tecnologías de la información y la comunicación como un medio de intervención en el desempeño de los escolares, ya que al ir más allá en este proceso de integración de las nuevas tecnologías en el aula, favoreció los procesos de enseñanza – aprendizaje, volviéndolos más interactivos y de accionar de los estudiantes, que los motivara intrínsecamente a desarrollar tareas o procesos cotidianos de la escuelas e ir auto aprendiendo, y así tender hacia un mayor aprovechamiento de sus funcionalidades.

A nivel estadístico podemos afirmar que las habilidades con mayor dificultad están relacionadas con la posición en el espacio, copia, figura fondo, cierre visual y atención visual, por lo cual es evidente en tareas escolares la dificultad para la comprensión de los conceptos de dentro, fuera, arriba, abajo, delante, tamaños, magnitudes, distancias, volumen, orden, tiempo, número y letras, dificultad en la solución de problemas matemáticos, dificultad para la utilización de signos de puntuación, omisión de porciones o detalles de objetos y símbolos; y problemas para completar o ensamblar puzles, lo cual hace



que presente disfuncionalidad en las área del desempeño humano de la escuela.

Al presentarse estas dificultades, la intervención desde Terapia Ocupacional es plantear una serie de actividades como plan de acción, encaminadas a promover las habilidades perceptivo cognitivas de cada uno de los escolares, mediante las cuales los resultados fueron notables, al ver como los usuarios mostraban su interés frente al ordenador y cumplían con las actividades que allí se presentaban, por lo tanto potenciaban sus habilidades y reforzaban aquellas que no presentaron dificultades durante el proceso de valoración.

CONCLUSIONES

Para la valoración de la población se empleó el SOFTWARE DE VALORACIÓN PARA HABILIDADES ESCOLARES, encontrándose en los educandos, dificultades en cuanto a sus habilidades de: Posición en el espacio, seguimiento de instrucciones, conteo, cálculo mental, copia, figura fondo, cierre visual, atención visual, el déficit en estos componentes influyen para que se vea afectado desempeño de los escolares, presentando problemas, en cuanto al proceso de lecto escritura, matemáticas, manejo del espacio, imposibilidad de identificar las letras de similar apariencia, manejo del renglón, omisión, y sustitución de palabras.

De acuerdo a las dificultades encontradas en los escolares a través de valoración, se realizó el diseño de un plan de acción, que buscaba promover las habilidades cognitivas, perceptivas y motrices en las cuales obtuvieron menor calificación y potencializar las que no se evidenciaron mayores alteraciones.

Las actividades planteadas para las intervenciones con los usuarios, tuvieron como base la implementación de las tecnologías de la información y la comunicación, haciéndolas

más llamativas para los menores permitiendo su participación activa.

Se evidencio que a través de la aplicación de los diferentes softwares educativos, los menores, mostraban un mejor desempeño que con pruebas escritas o en sus clases magistrales.

Para el quehacer profesional de los terapeutas ocupacionales, en el área de educación a la hora de promover el desempeño escolar, las tecnologías de la información y la comunicación, son una herramienta de intervención muy eficaz dado a que los educandos presentan un gran interés por estar en contacto con ellas.

A través de la implementación de las tecnologías de la información y la comunicación, en los procesos de enseñanza aprendizaje se logró evidenciar que el uso de herramientas innovadoras, genera mayor motivación en los educandos en la participación de actividades académicas.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación, nos permiten conocer las diferentes habilidades que poseen los estudiantes, que no se pueden apreciar en el trascurso de las clases, su forma de interpretar, de aprender a través de los errores, la lógica que emplean, para el desarrollo de las actividades.

La creación de espacios lúdicos pedagógicos, apoyados en las tecnologías de la información y la comunicación, es un reto para los docentes del siglo XXI, su implementación permite, facilitar el aprendizaje en todas las áreas del saber.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carnoy, M. (2004). Las TIC en la enseñanza: posibilidades y retos. Lección inaugural del curso académico 2004-2005.



2. Fagnilli, J., Farias, L. (2010). Sistematización de las experiencias del curso en línea "Nuevas tecnologías y Terapia Ocupacional": Nuevas competencias para la Terapia Ocupacional.
3. Hurtado, G., Vélez, R. (2010). El papel de las TIC en la transformación del modelo Escuela Nueva de la Institución Educativa Octavio Calderón Mejía. Trabajo de investigación, Universidad De San Buenaventura.
4. Marqués, P. (2012). Impacto de las TIC en la educación: funciones y limitaciones. Revista de investigación Editada por Área de Innovación y Desarrollo, S.L.
5. Martínez, E. (2003). Estudios de la integración de los medios informáticos en los currículos de educación infantil y primaria. Tesis de la Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación.
6. Villar, R. (2010). El programa Escuela nueva en Colombia. Revista Educación y Pedagogía Nos. 14 y 15.



Revista Cuidado y Ocupacion Humana
ISSN 2322-6781