

**EHI**

# ENFERMERÍA HISTORIA e INVESTIGACIÓN

VOLUMEN

**4**

No. 1-2 ENERO-DICIEMBRE 2017

ISSNe 2542-3444

## La ENFERMERA

### COMO MAESTRA

### SIEMBRA

### EN SUS

### ALUMNAS

### CONFIANZA Y AMOR AL PROJIMO



UNIVERSIDAD  
DE LOS ANDES  
VENEZUELA

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
MÉRIDA, VENEZUELA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

**AUTORIDADES**

RECTOR

Mario Bonucci Rossini

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

Manuel Aranguren

VICERRECTORA ACADÉMICA

Patricia Rosenzweig

SECRETARIO

José María Andrés

DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Gerardo J. Tovitto Paredes

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

Asdrúbal Velasco

**EQUIPO EDITORIAL**

**DIRECTORA**

Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

**COMITÉ EDITORIAL**

Eduardo Sánchez Uzcátegui, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

María Vega de Peña, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Asdrúbal Velasco Cañas, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

**COMITÉ CIENTÍFICO Y DE ARBITRAJE**

Eduardo Sánchez Uzcátegui, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Karina Díaz Morales, Universidad Autónoma Nuevo León (UANL, México)

Camilo Eduardo Bautista Saavedra, Universidad de Boyacá, Colombia

Viviana Marycel Céspedes, Universidad Nacional de Colombia (UNAL, Colombia)

Olga Osorio Murillo, Universidad Libre, Colombia

María Luisa Molano, Universidad de Carabobo (UC, Venezuela)

Digna Escobar, Universidad de Carabobo (UC, Venezuela)

Ricardo Ruiz, Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL, Venezuela)

Asdrúbal Velasco Cañas, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

María Vega de Peña, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

María Teresa Miralles, Universidad Alcalá de Henares (UAH, España)

**CONCEPTO GRÁFICO Y DISEÑO EDITORIAL** Reinaldo Sánchez Guillén vandrakor@gmail.com

**IMAGEN DE PORTADA** tomada del Periódico SER (1968), publicación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), Caracas, Venezuela

Todos los derechos reservados. El contenido de esta revista está protegido por la Ley.

No puede ser reproducida, ni registrada o transmitida por cualquier medio de recuperación de información sin el permiso previo, por escrito, de los editores.

© 2017. Universidad de Los Andes.

Depósito Legal: ppi201502ME4601. ISSN electrónico: 2542-3444

Este número ha sido publicado gracias al apoyo de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

El Grupo de Investigación «Historia y Pensamiento Enfermero» adscrito al Departamento Médico Quirúrgico de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes (ULA) y reconocido por el Consejo de Desarrollo, Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes (CDCHTA) del Vicerrectorado Académico de la ULA, bajo el código: ZG-HPE-M-01-11-06 de fecha 07/07/11, y el Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería Venezolana, basados en las líneas de investigación: Historia de la Enfermería en Venezuela y Proceso Enfermero, manifiesta crear la revista científica *Enfermería, Historia e Investigación* (EHI), a fin de divulgar artículos originales e inéditos, notas científicas, casos clínicos y revisiones documentales actualizadas de las áreas citadas; siendo estas, aportadas por los investigadores, estudiantes universitarios, profesionales, comunidad y público en general con información científica, humanística y tecnológica; local, regional, nacional e internacional, enfocada en la academia, asistencia y gremio en las Ciencias de la Enfermería.

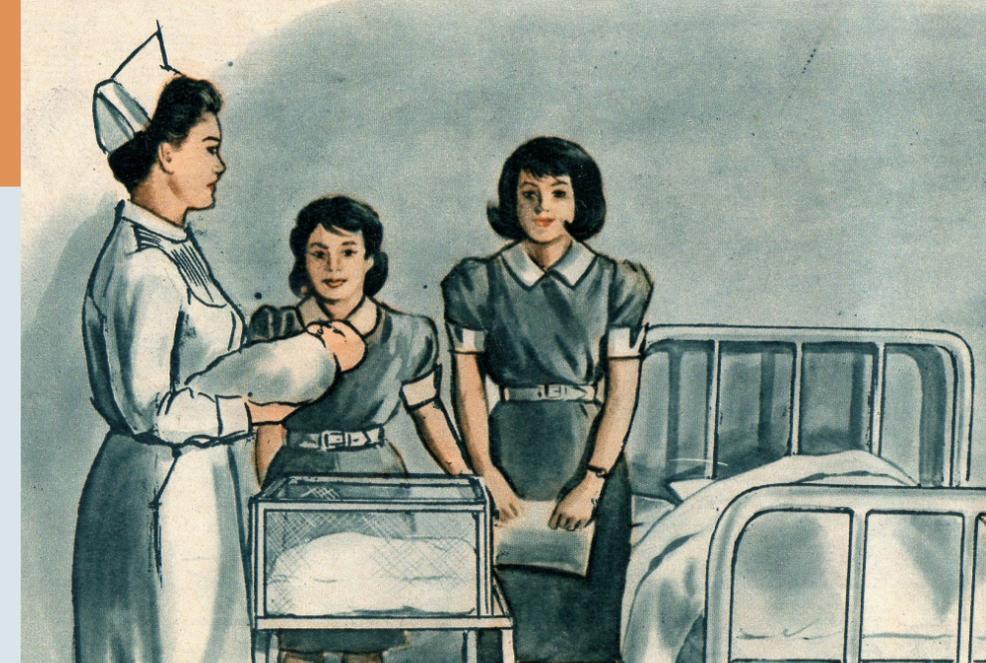
- 6-7** EDITORIAL  
ANA DOLORES GUILLÉN (LOLITA)

## REVISIÓN

- 8-15** El cuidador familiar y la magnitud del cuidado del adulto mayor  
*The family caregiver and the magnitude of care for the elderly*  
ASDRÚBAL VELASCO
- 16-25** Consideraciones éticas y bioéticas relacionadas con la Enfermería  
*Ethical and bioethical considerations related to Nursing*  
EDUARDO SÁNCHEZ
- 26-31** Epidemiología Satelital: una herramienta para el estudio del impacto ambiental sobre la salud en Venezuela  
*Satellite Epidemiology: tool to study the environmental impact on health in Venezuela*  
YORMAN PAREDES MÁRQUEZ y SANDRA LOBO
- 32-39** Estructura de un artículo científico  
*Structure of a scientific article*  
ALBA FERNÁNDEZ

## INVESTIGACIÓN

- 40-52** Efecto de un protocolo de egreso en pacientes con afecciones neurológicas  
*Effect of a discharge protocol in patients with neurological disorders*  
LEIDI MAR SÁNCHEZ QUINTERO y ALBA FERNÁNDEZ



## RESEÑA HISTÓRICA

- 54-61** Revista Enfermería, Historia e Investigación (EHI): origen, diseño e implementación  
*Nursing, History and Research Magazine (EHI): origin, design and implementation*  
ALBA FERNÁNDEZ, EDUARDO SÁNCHEZ, MARÍA VEGA y ASDRÚBAL VELASCO

## ACTIVIDAD CIENTÍFICA

- 62-63** Diplomado en Enfermería Gerontológica

## RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

- 64-65** La enfermería en Venezuela. Historia, organización y lucha colectiva  
EDUARDO J. SÁNCHEZ U., MARÍA G. VEGA DE P., ALBA ROSA FERNÁNDEZ, ASDRÚBAL A. VELASCO C. y JOSÉ GREGORIO NOGUERA V.

# EDITORIAL

POR **Ana Dolores Guillén (Lolita)**

Enfermera Jubilada

Luchadora social por el bien común,  
rescate de valores y progreso de la Enfermería

[adguig35@hotmail.com](mailto:adguig35@hotmail.com)

La Enfermería en Venezuela ha progresado acorde con el adelanto científico, humanístico, tecnológico y sociocultural de las ciencias de la salud, apoyándonos en la historia de la enfermería, la investigación y recomendaciones emitidas por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para actualizar la disciplina y alcanzar nuestro principal objetivo de perfeccionar el “Cuidado de Enfermería”.

Ha sido una lucha generacional constante y sostenida para elevar el nivel hasta obtener el reconocimiento de enfermería como una disciplina, con método propio y una profesión de alto nivel para la toma de decisiones en el cuidado diario, administración, docencia, investigación y gerencia.

El Grupo de Investigación, Historia y Pensamiento Enfermero de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes (ULA), ejecutor de éste proyecto de la Revista Electrónica “Enfermería, Historia e Investigación” (EHI) ha logrado sus metas con el valioso apoyo del Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes (CDCHTA) de nuestra Universidad, para proyectar la Enfermería Venezolana desde un contexto disciplinario.

La IV Edición de la revista EHI representa el interés profesional y valoración que los autores (as) han dado a la investigación para la retro-alimentación del proceso educativo y actualización del personal de Enfermería.

Ha sido de gran valor la constancia, estímulo y apoyo de los coordinadores del Grupo de Investigación para el crecimiento científico y tecnológico de la Enfermería, destacándose la dedicación y aporte significativo de la Dra. Alba Fernández y del Profesor Eduardo Sánchez, respectivamente Directora y Editor de la Revista EHI.

La Escuela de Enfermería no se ha detenido ante la difícil situación que estamos viviendo los venezolanos, ha dado continuidad a los programas, planes y proyectos que la hacen una institución sólida, demostrando su competencia en el desarrollo de un nuevo diseño curricular, obtención del premio “Andrés Bello” de la ULA dentro de los diez programas acreditados, sumado al alto nivel académico de los profesores en los primeros lugares de productividad académica y científica, así como, actividades docentes y de extensión a la comunidad mediante cursos, talleres y diplomados.

Ha sido un trabajo sostenido, innovador y humanizado del personal de la institución con extensión de cobertura a nivel regional y nacional, situación que nos acredita para consolidar el proyecto de “Facultad de Enfermería” lo que nos permitiría expandir nuestro radio de acción con autonomía para la realización de proyectos en pro de la salud.

REVISIÓN

# EL CUIDADOR FAMILIAR Y LA MAGNITUD DEL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR

## THE FAMILY CAREGIVER AND THE MAGNITUDE OF CARE FOR THE ELDERLY

POR **Asdrúbal Velasco**

Profesor Titular a Dedicación Exclusiva.  
Doctor en Ciencias Humanas,  
Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

[asdrubalvelasco49@gmail.com](mailto:asdrubalvelasco49@gmail.com)

### RESUMEN

La población mundial se ha incrementado en el número de envejecientes, quienes plantean diversidad de necesidades acordes a esa etapa de la vida. El envejecimiento individual ha estado presente como objeto de estudio en todas las etapas del desarrollo social, convirtiéndose en un reto para la sociedad, recayendo en el sistema de salud en mayor o menor grado, y repercutiendo en la familia como medio o fuente de cuidado; por lo que cuidar involucra un compromiso ético o moral hacia la protección de la dignidad humana. A tal efecto se presenta una revisión que tiene como propósito mostrar la percepción que posee el cuidador familiar acerca de la práctica del cuidado brindado al adulto mayor. Observación ésta, asumida en las acciones sociales que produjeron los cuidadores familiares incursos durante la práctica del cuidado con el adulto mayor.

**PALABRAS CLAVE:** cuidador familiar, adulto mayor, cuidado.

### ABSTRACT

The world population has increased in the number of the elderly, who pose a diversity of needs according to that stage of life. Individual aging has been present as an object of study in all stages of social development, becoming a challenge for society, relapsing into the health system to a greater or lesser degree, and affecting the family as a means or source of care; so caring involves an ethical or moral commitment towards the protection of human dignity. To such an effect one presents a review that has as intention show the perception that the familiar keeper possesses brings over of the practice of the care offered to the major adult. Observation this one, assumed in the social actions that the familiar keepers produced uncourses during the practice of the care with the major adult.

**KEY WORDS:** family caregiver, elderly, care.

## — INTRODUCCIÓN

La Oficina Panamericana de la Salud (OPS, 2014), en un informe preparado en conjunto con el Instituto Merck para el Envejecimiento y la Salud en América Latina y el Caribe (MIAH), refieren que para el 2025, al menos el 10 % de la población tendrá 60 años o más, y la población de adultos mayores aumentará un 138 %, es decir de 42 millones a 100 millones. Cabe destacar que el aumento de la población adulta mayor en Latinoamérica y el Caribe se remonta al menos en parte, a los descubrimientos revolucionarios en medicina y en salud pública, especialmente a la reducción de la mortalidad infantil, que comenzó después de 1930, y no a las mejoras en los estándares generales de vida.

En Venezuela para el 2011, se registró una tasa de crecimiento interanual de 1,64 %. Entre 1950 y 2011 la población total creció de 5.1 a 27.3 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento media anual de 3,37 %. En estos años las relaciones de dependencia son las más bajas, es decir, las personas en edad para trabajar (15 a 64 años = 25 millones) tendrán a su cargo menos personas dependientes (menores de 15 años = 4,11 millones y mayores de 64 años = 8,61 millones) (Instituto Nacional de Estadística, INE, 2011).

Demográficamente, Venezuela, presenta un cambio progresivo y acelerado de sus grupos poblacionales, observándose la reducción de la base de las pirámides desde 1990 y proyección 2025, indicando una disminución del porcentaje de la población de menor edad, y a su vez un crecimiento del porcentaje de la población adulta. El aumento de la edad media acumulará la mayoría de la población en los grupos que se encuentran en la etapa más productiva de su vida. De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del 2011, en Venezuela se registraron 243.425 personas de 80 años y más, cifra que aumentará a 323.575 para el 2025 (INE, 2011).

La preocupación por el cambio poblacional apunta a considerarlo como uno de los problemas socioeconómicos más trascendentes del siglo XXI. El estado de salud de la población de edad avanzada en su conjunto, tiene un peso específico que recae en el sistema de salud en mayor o menor grado en función de la eficiencia de éste, o directamente en el grupo familiar. En tal contexto de la interdependencia, más que los eventos agudos, es la morbilidad crónico-degenerativa y sus consecuencias no letales, en particular de la dependencia, la esencia de la participación de la familia como los cuidadores principales. En tal sentido, se pretende realizar una revisión que muestre la percepción que posee el cuidador familiar acerca de la práctica del cuidado brindado al adulto mayor.

## — DESARROLLO

El proceso de envejecimiento se está dando sin un desarrollo económico capaz de asegurar los recursos necesarios para proporcionar a los grupos de mayor edad una calidad de vida aceptable. Según el Informe “Género, Salud y Desarrollo en las Américas: Indicadores Básicos del 2017”, la Esperanza de Vida es de 77.5 para las mujeres y de 71.6 para los hombres, lo que significa de alguna manera el mejoramiento de los estilos de vida de la población (OPS, 2017, p. 245).

El adulto mayor es una de las prioridades que deben tener los diferentes organismos y niveles de gobierno de un país. El hecho de implementar políticas a favor de este grupo etario en cada región, implica una serie de adecuaciones y adaptaciones que beneficien la integridad del mismo. En los últimos treinta años del siglo XX, la dinámica demográfica se modificó por el intenso descenso de la fecundidad y como consecuencia, la estructura de las edades de la población también varió (Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela – UNFPA, 2017).

Los factores determinantes y condicionantes de la salud del adulto mayor son a nivel individual, el género, la edad, la economía, la educación y la nutrición; a nivel intermedio están la familia, los servicios médico-sociales, la pobreza, el empleo, la vivienda y las políticas de vejez; y más remoto, se encuentran las políticas de población, el desarrollo y los patrones culturales.

En la sociología de la vejez, los sistemas de cuidados se insertan en el campo más amplio de la discusión académica sobre el apoyo social. En la economía del envejecimiento, sin embargo, los cuidados se ubican en el ámbito de la seguridad económica, puesto que si las personas mayores debieran pagar por los servicios de asistencia que reciben de sus parientes, seguramente sus probabilidades de ser pobres aumentarían notablemente.

## LAS FUENTES DEL CUIDADO COMO PROVISIÓN AL GRUPO FAMILIAR

Existen tres fuentes de cuidado en la vejez: la familia, el Estado y el mercado; ninguna de estas instituciones tiene competencia exclusiva en la provisión de cuidado y, como resultado de ello, no siempre existe una clara división entre la asistencia que presta cada una, aunque sí hay diferencias respecto de la responsabilidad principal que se les atribuye. Es por ello, que la red de apoyo más importante para el anciano está constituida de hecho por la familia y en su rol de cuidador, ha sido señalada por tener como objetivo, mayor seguridad emocional y mayor intimidad, evitando al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización: despersonalización, abandono, negligencia, confusión mental, medicalización exagerada y falta de afecto, entre otros (Placeres, De León y Delgado, 2011).

El cuidado de los familiares a los ancianos enfermos provoca en ellos problemas de diversa índole: influye en el desarrollo normal de sus actividades laborales, conlleva a privaciones en el cónyuge e hijos y restringe su vida social, generando agotamiento físico, estrés y angustia, e incluso disfunciones o desequilibrio en todos los miembros de la familia (León, 2012; García y Vargas, 2012). En este sentido, cobran vida los cuidadores familiares, es decir, “la persona no profesional que ayuda a título principal, parcial o totalmente, a una persona de su entorno que presenta una situación de dependencia en lo que respecta a las actividades de la vida diaria” (p. 2), (Confederación de Organizaciones de la Unión Europea, COFADE, 2009). Esta ayuda regular

puede ser proporcionada de modo permanente o no, y puede adoptar varias formas, particularmente cuidados básicos, ayuda en la educación y vida social, gestiones administrativas, coordinación, vigilancia permanente, apoyo psicológico, comunicación, actividades domésticas, entre otros.

Cuando se trata del cuidado de las personas en el hogar, la responsabilidad recae principalmente en la familia, especialmente en las mujeres (Velasco, 2010), bien sea por asignación sociocultural, elección del enfermo o auto asignación. Sin embargo, existen otros miembros del hogar, vecinos y amigos, que realizan actividades de cuidados adjudicadas a partir de su relación con el adulto mayor, o por la aceptación del mismo, y este se realiza de acuerdo al nivel de responsabilidad asignado y al tiempo disponible del cuidador. De esta manera, las mujeres asumen el liderazgo para la distribución de actividades y realizan las tareas de cuidado directo y los hombres participan activamente en tareas secundarias y/o de apoyo (Isla, 2000).

Así mismo, el primer cuidador familiar suele ser el cónyuge y frente al desborde, los hijos, suelen ser quienes toman a cargo la tarea. En la práctica cotidiana son las mujeres las que cuidan de sus maridos afectados por distintas dolencias y habitualmente una de las hijas del matrimonio, es la que debe continuar con la tarea (si es soltera o viuda suele ser la convocada), los hijos varones en muy pocas ocasiones se hacen cargo del cuidado de sus padres. Estas necesidades específicas son el terreno dentro del cual adquiere relieve la figura del cuidador. Hoy día, el trabajo de cuidador, además de continuar siendo ejercido por miembros de la familia, ha adquirido prácticamente niveles de profesionalización, siendo cada día mayor la demanda de cuidadores capacitados, por lo que el tiempo dedicado al cuidado a la salud y las características de los hogares de los cuidadores y enfermos, son claves para determinar la percepción acerca de la realización del cuidado, visto como la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudar a la otra persona, tratar de incrementar su bienestar, evitar que sufra algún perjuicio. Por lo tanto, es necesario conocer los aspectos socioculturales, la dinámica y las necesidades del hogar, así como la percepción de las instituciones sobre el cuidado de los adultos mayores (Velasco, 2010).

La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG, 2004), considera que los motivos por los que se cuida a una persona mayor, es que la mayoría de las personas que cuidan a sus familiares están de acuerdo en que se trata de un deber moral que no debe ser eludido y que existe una responsabilidad social y familiar, y unas normas sociales, que deben ser respetadas. Sin embargo, no es ésta la única razón que puede llevar a las personas a cuidar a sus familiares. La mayor parte de estos cuidadores principales son, como se ha visto, mujeres: esposas, hijas y nueras. Hasta tal punto es así que ocho de cada diez personas que están cuidando a un familiar mayor son mujeres entre 45 y 65 años de edad.

Una de las principales razones de que la mayoría de los cuidadores sean mujeres es que, a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se

favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa.

Por otro lado, la experiencia de cuidado está muy influenciada por el tipo de relación que mantiene el cuidador y la persona cuidada, antes de que esta última necesitara ayuda para continuar respondiendo a las demandas de la vida cotidiana. El parentesco existente entre el cuidador y la persona cuidada es un factor importante que influye en gran medida en la experiencia de cuidado.

Entre tanto, ocurren diversas situaciones en la vida de los ancianos, tales como la pérdida de la familia, recursos económicos insuficientes, conflictos familiares, y el hábitat en viviendas inadecuadas, que interfieren en el desarrollo de su vida. Esto hace que los cuidados que deban brindarse a los adultos mayores, estén condicionados por ciertas características sociales, económicas, culturales y educativas tanto de la persona cuidada como del cuidador, lo que hace pensar que el conocimiento y la experiencia del cuidador, son herramientas esenciales que permiten la satisfacción de las necesidades de la vida diaria del adulto mayor.

## EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR: OPORTUNIDADES Y EXPERIENCIAS

En este sentido, cuidar a un adulto mayor en el hogar, ofrece una gran cantidad de oportunidades y experiencias para aprender a cuidarlo, siempre y cuando estén dadas las condiciones sociosanitarias, económicas, de relaciones y educativas del cuidador. Asimismo, esta relación permite un aprendizaje y la estructuración de toda una serie de ideas, creencias y conceptos que los cuidadores van desarrollando en relación con el cuidado del anciano, razón por la cual se torna fundamental, rescatar sus opiniones, experiencias, sensaciones y emociones derivadas de su vida cotidiana.

Con base a lo anterior, Pinto (2006), hace referencia de una relación transpersonal “*paciente-cuidador*”, y señala que “el cuidador puede ser el profesional de enfermería, o un miembro de la familia o cualquier otro miembro del equipo de salud y por las acciones para brindar cuidado puede ser un amigo o un vecino” (p. 57), ya que ejemplifica el proceso de cuidado humano a humano y demuestra la mezcla de conocimiento científico de enfermería y el arte de la experiencia interpersonal. El valor del cuidado humano y cuidar implica un nivel más alto del espíritu del ser. Para Watson (1988) en Rivera y Alvarado (2007), el cuidado significa “tratar al individuo como persona, preocupación y empatía, proceso de comunicación y esfuerzo extra, ya que es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal” (p. 5).

Las experiencias se pueden ver reflejadas en las representaciones sociales que estos cuidadores tienen con respecto al envejecimiento y por consiguiente a las acciones para brindar cuidado en esta fase de la vida, y se construyen a partir de la objetivación, es decir de la consistencia dada a las ideas y coherencia entre las acciones y las pala-

bras, y a través de la aplicación de ese esquema conceptual, a la realidad social y la vida cotidiana, es decir, al desarrollo de actos y de actitudes en la sociedad (Moscovici, 1961).

En consecuencia, la percepción del cuidado brindado por los cuidadores familiares se estructura con base a tres dimensiones: la información, la actitud y el campo representacional (Araya, 2002). La información, se relaciona con los conocimientos que los cuidadores tienen acerca del adulto mayor a partir de la comunicación compartida socialmente y del tipo o forma de proveer los cuidados de acuerdo a la capacidad funcional; de la muestra de las emociones y la sensibilidad (actitud) que genera en el cuidador el adulto mayor, y del campo representacional que se refiere al modelo o imagen que el cuidador se hace de la acción del cuidado (Rodríguez, Andrade y Marques, 2011). Se entiende que, cada cuidador es diferente, no puede interpretarse de una manera estática y lineal la transición de la persona cuidadora. A lo largo del proceso de cuidar, se irán manifestando sentimientos y conductas propias de diferentes etapas y se observarán avances y retrocesos.

## — CONCLUSIÓN

Los adultos mayores como parte de su proceso de envejecimiento se tornan más dependientes, lo que hace que necesiten ser cuidados por otras personas, por lo que el interés principal es identificar las representaciones sociales elaboradas por los cuidadores familiares, con respecto a sus experiencias particulares (cuidados), durante sus actividades cotidianas. El adulto mayor al igual que los cuidadores familiares, tienen un sinnúmero de necesidades que deben cubrir. Muchas de ellas son más del ámbito social y emocional que físico, las cuales si son atendidas de manera oportuna, la calidad de vida sería mejor.

## — REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araya S. (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. Cuaderno de Ciencias Sociales 127. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSC). Sede Académica.
- Confederación de Organizaciones Familiares de la Unión Europea (COFADE, 2009). *Carta Europea del Cuidador Familiar*. [Documento en línea]. Disponible: [http://news.designforall.org/publico/index.php?opc=articulo&article=2929&idioma\\_article=es](http://news.designforall.org/publico/index.php?opc=articulo&article=2929&idioma_article=es) [Consulta: 2016, abril 15].
- Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela (UNFPA, 2017). *Día Mundial de la Población 2017: "Planificación Familiar: Empoderando a las Personas, Desarrollando a las Naciones"* [Documento en línea]. Disponible: <http://venezuela.unfpa.org/es/news/d%C3%ADa-mundial-de-la-poblaci%C3%B3n-2017-%E2%80%9Cplanificaci%C3%B3n-familiar-empoderando-las-personas-desarrollando> [Consulta: 2017, enero 17]

- García N. y Vargas T. (2012). *Sobrecarga de roles en el estrés del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia funcional* [Trabajo en línea], Trabajo de grado de pregrado, Universidad Nacional de Trujillo, Escuela Académico Profesional de Enfermería, Perú. Disponible: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5636/1455%20Garcia%20Paredes%20Norma%20Karin%20%2C%20Vargas%20Acate%20Talita%20Alina.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Consulta: 2016, abril 5]
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2011). *Censo de Población y Vivienda*. [Documento en línea]. Disponible: [http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com\\_content&view=category&id=98&Itemid=51#](http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=98&Itemid=51#) [Consulta: 2016, julio 18]
- Isla P. (2000). El Cuidador Familiar: Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los Cuidados*, IV (7 y 8), 87-194.
- León L. (2012). Repercusión psicológica del cuidado de ancianos dependientes en cuidadores informales en la provincia Granma. *Contribuciones a las Ciencias Sociales* [Resumen en línea], 2012-04. Disponible: [https://econpapers.repec.org/article/ervcoccss/y\\_3a2012\\_3ai\\_3a2012-04\\_3a37.htm](https://econpapers.repec.org/article/ervcoccss/y_3a2012_3ai_3a2012-04_3a37.htm) [Consulta: 2016, junio 11]
- Moscovici S. (1961). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul 1979.
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *Informe sobre Envejecimiento y la Salud en América Latina y el Caribe (MIAH)*. Washington D. C: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. [Documento en línea]. Disponible: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf> [Consulta: 2017, febrero 18]
- Partezani R., Guimarães de A. O. y Marques S. (2001). Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Artículo en línea], 9(1), 7-12. Disponible: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n1/11524> [Consulta: 2016, agosto 2].
- Placeres J., De León L. y Delgado I. (2011). La familia y el adulto mayor. *Rev. Med. Electrón.* [Revista en línea], 33(4), 472-483. Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242011000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010) [Consulta: 2016, abril 10]
- Pinto N. (2006). *Hacia un modelo de cuidado en el hogar*. En: Cuidado y práctica de enfermería. Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. pp. 57-71.
- Rivera L. y Álvaro T. (2007). Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. [Artículo en línea]. Disponible: [https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO\\_HUMANIZADO\\_DE\\_ENFERMERIA\\_VISIBILIZANDO\\_LA\\_TEORIA\\_Y\\_LA\\_INVESTIGACION\\_EN\\_LA\\_PRACTICA.pdf](https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf) [Consulta: 2016, marzo 16]
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2004). *Gaceta de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*. Año 3, Número 1. [Documento en línea]. Disponible: [http://www.segg.es/segg/pdf/gaceta/ano3\\_num11.pdf](http://www.segg.es/segg/pdf/gaceta/ano3_num11.pdf) [Consulta: 2016, julio 14].
- Velasco A. (2010). Cuidador familiar del adulto mayor. Características y perfil de salud. *Revista Electrónica de Portales médicos.com* [Revista en línea], V(21) 603. Disponible: [http://www.portalesmedicos.com/revista/vol05\\_n21.htm](http://www.portalesmedicos.com/revista/vol05_n21.htm) [Consulta: 2016, julio 29]

## REVISIÓN

# CONSIDERACIONES ÉTICAS Y BIOÉTICAS RELACIONADAS CON LA ENFERMERÍA

## ETHICAL AND BIOETHICAL CONSIDERATIONS RELATED TO NURSING

POR **Eduardo Sánchez**

Licenciado en Enfermería. Universidad de Los Andes (ULA).  
Magíster en Educación mención Docencia Universitaria.  
Universidad Fermín Toro. Doctorando en Ciencias Humanas (ULA).  
Profesor de la Escuela de Enfermería (ULA). Coordinador General  
del Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero (ULA)

## RESUMEN

En la actualidad, la Enfermería, se encuentra inmersa en una etapa de cambios importantes, tanto en sus bases teóricas como en el replanteamiento de su práctica profesional, lo que obliga tanto a los estudiantes como a quienes la ejercen, el tratar de comprender los diversos aspectos éticos y bioéticos relacionados con la interacción humana en el ámbito del sistema de salud. En el presente artículo de revisión, se pretende abordar desde la perspectiva del autor algunos aspectos relacionados con la ética, la bioética y los valores en Enfermería.

**PALABRAS CLAVE:** ética, bioética, moral, enfermería, salud.

## ABSTRACT

Currently, nursing is immersed in a stage of major changes, both in its theoretical basis and in the rethinking of their professional practice, which forces both students and those who exercise it, trying to understand the various ethical and bioethical aspects related to human interaction in the field of health system. In the present review article, it is tried to approach from the author perspective some aspects related to ethics, bioethics and values in nursing.  
**KEY WORDS:** ethics, bioethics, morals, nursing, health.

## — INTRODUCCIÓN

En la actualidad el ser humano tiene en sus manos un poder impresionante para intervenir en todos y cada uno de los procesos de la vida, desde la manipulación genética hasta la prolongación artificial de la vida, antes de llegar a la muerte. La velocidad con la que estos avances científicos y tecnológicos han logrado abrirse al campo de las ciencias de la salud, ha generado la inquietud de una constante búsqueda de significados para la comprensión de los fenómenos, como también, establecer juicios y tomar acciones que contribuyan en el ámbito de la salud con la interacción humana, resuelvan dilemas y faciliten la toma de decisiones ajustadas a normas, principios y valores.

El abordaje de los aspectos éticos y bioéticos, es conveniente para los profesionales de las ciencias de la salud, pues en nuestro trabajo cotidiano, tenemos que afrontar problemas de naturaleza ética o moral, aunado a los avances en los conocimientos y la tecnología, como también, la dinámica propia de la sociedad que replantea la práctica profesional, incluso, desde una perspectiva postmodernista, compleja y cambiante. El presente artículo de revisión, pretende desde la perspectiva del autor, indagar sobre algunos aspectos relevantes relacionados con la cotidianidad de los enfermeros.

## — LA ÉTICA Y LA MORAL

La palabra ética proviene del griego *Ethos*, que indica un tipo fijo de costumbres y se utiliza a menudo para designar el carácter del ser humano. La palabra latina para costumbre es *Mos*, y su plural, *Mores*, es el equivalente al *Ethos* del griego. De *Mores* se deriva la palabra moral y moralidad. Por derivación de la palabra, pues, la ética es el estudio de las costumbres humanas (Diccionario de la Real Academia Española, 2016).

La ética en este sentido, es la filosofía moral o disciplina filosófica, la cual estudia las reglas morales y su fundamentación. Mientras que la moral tiende a ser particular, por la concreción de sus objetos; la ética tiende a ser universal, por la abstracción de sus principios, por tanto, la ética no es individual, es colectiva. Se entiende también por ética, el razonamiento filosófico que estudia los valores morales del hombre en una sociedad determinada (Giner, 2012).

La ética tiene por objeto explicar la moral, mientras que la moral permite al ser humano formar su estilo de vida en concordancia con las costumbres establecidas por su entorno social. Esta idea es aclarada por Feito (2009), cuando establece la distinción entre moral y ética, considerando la primera, como la que forja el carácter en la vida cotidiana y la segunda, como la dimensión que reflexiona sobre la forja del carácter.

Se considera también a la ética como la reflexión sistemática acerca de la conducta moral, es decir, acerca de las acciones rectas. Es una ciencia normativa que sirve de base a la filosofía práctica. Sin duda alguna, en las ciencias de la salud, la ética y la

moral tienen un amplio campo para su desarrollo en el contexto de la bioética, contando siempre con que cada ser humano posee su propia cosmovisión existencial; es así como, de acuerdo con el pensamiento de Aristóteles, obra moralmente quien elige los medios más adecuados para alcanzar la felicidad, entendida ésta, como la verdadera autorrealización del ser humano (Ayllón, 2014).

Es por ello que, la importancia de la ética deriva de su objeto de estudio: la moral. Ahora bien, desde que el ser humano se agrupó en sociedades, tuvo la necesidad de desarrollar una serie de reglas que le permitieran regular su conducta frente a otros miembros de la comunidad, de manera que la moral es una constante de la vida humana, por tanto, las personas no pueden vivir sin normas ni valores; en consecuencia, la ética ilustra acerca del porqué de la conducta moral (Escobar, 2004). Los problemas de la moral, así como las nociones de lo bueno o malo, resultan difíciles de comprender, más aún, cuando las formas habituales de vida entran en conflicto y se alteran las reglas normales de la práctica social.

Ante la multidiversidad de factores políticos, económicos, culturales, entre otros, las personas pudiesen sentirse desorientadas en sus sistemas de valores, y es entonces cuando la inquietud, busca nuevas formas que le prescriban cómo comportarse (Sánchez, 2013). Como docente universitario considero que es imperante una educación en valores morales (caso de la formación de los profesionales de las ciencias de la salud) y principios, estos deberán ir más allá de lo meramente científico. Al respecto, e interpretando a Giner (2012), el valor moral es un conjunto de normas aceptadas libre y conscientemente, que regulan la conducta individual y social de las personas.

Valiéndose de esta definición, pueden destacarse algunos elementos esenciales de la moral. Ésta contiene, ante todo, un conjunto de normas, sin las cuales no es posible concebirla. Estas normas tienen como propósito, regular la conducta de los seres humanos en la sociedad; además, deben ser realizadas en forma consciente y libre, e interiorizadas por las personas para poder concebir el valor de lo bueno o lo malo.

La moral, representa el marco normativo básico que constituye la vida humana y el cual se proyecta en nuestra individualidad y sociedad en su conjunto; en lo individual se manifiesta en las valoraciones y convicciones personales, mientras que en lo social incide en la comunidad, familia, sistema económico, social, político y cultural que nos rodea. En otras palabras, la moral es adquirida a través de la convivencia social, mediante la enseñanza, el ejemplo, la aprobación y la censura verbal-no verbal, y se refuerza por el hábito o la práctica.

En cuanto al conjunto de normas, reglas o deberes que impone la sociedad, la moral comprende un plano normativo, el cual señala un deber ser. Toda norma, todo imperativo, como su nombre lo indica, da una orden, manda como uno debe comportarse. En moral entran, pues, los actos o conductas aprobatorias (moralmente buenas) y los actos o conductas reprobatorias (moralmente malas).

## — LA ÉTICA Y LA MORAL EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD

Actualmente, las profesiones de las ciencias de la salud, en este caso, enfermería, se encuentran inmersas en una etapa de cambios importantes, tanto en sus bases teóricas como en el replanteamiento de su práctica profesional, que le obligan a consolidarse cada vez más como disciplinas científicas al servicio de la sociedad y a la búsqueda de la excelencia en cada una de las dimensiones de sus quehaceres. En este orden de ideas, se debe rescatar la visión integral de la salud y demostrar que las profesiones inmersas en este campo, tienen un rol único y una alta responsabilidad ética con la sociedad. Por ello, desde el contexto expuesto, es necesario ejecutar acciones concretas a nivel educativo, que conlleven a estos profesionales a reflexionar en función de los diversos temas, problemas y dilemas relacionados con las personas, la salud, el entorno y la sociedad en general.

Por lo tanto, el cuidado humano desde las distintas dimensiones, como acto humano, implica que tanto los estudiantes como profesionales, lleven a cabo un proceso de razonamiento crítico, relacionados con el estudio de la ética, para con ello, poder enfrentar las diversas situaciones en contextos reales. Muchos profesionales en su trabajo cotidiano tienen que enfrentar la naturaleza ética-moral, por tal motivo, y sin el conocimiento de los principios éticos, los mismos se verán limitados en la toma de decisiones que lleven a la resolución de una situación determinada.

Asimismo, es importante resaltar que la formación ética en enfermería, es la que estimula a su colectivo a la exploración de su perfeccionamiento profesional, al seguimiento de la virtud, al desempeño óptimo de sus funciones y al nivel de comprensión tanto para sí mismos, como para las personas que reciben los cuidados.

Al respecto, es necesario considerar el siguiente ejemplo, cuando un profesional de la enfermería se encuentra ante una situación en donde un paciente desconoce su diagnóstico, y éste le pregunta al respecto, el profesional se podría preguntar, si es correcto decírselo, omitir la solicitud, ocultárselo e incluso mentir. En este caso, deberá analizar las consecuencias ético-legales relacionadas con la situación; sabiendo que al revelarlo podría generar respuestas humanas (ansiedad, duelo, temor, dolor, entre otras). Entonces, la decisión que tome, estará influenciada tal vez de forma inconsciente, por las creencias, los valores morales y las responsabilidades ético-legales.

Por otra parte, los avances en las ciencias de la salud y la tecnología, han permitido que el colectivo de profesionales desarrolle competencias, que le permitan realizar algunos cuidados que hace 20 años atrás eran inverosímiles, los cuales están determinados por la globalización, la postmodernidad y sobre todo por un cambio en el sistema de valores y creencias. En consecuencia, la ética simboliza el discernimiento teórico mientras que la moral representa la práctica; la ética es la ciencia de la conducta puesto que deriva de la naturaleza de las personas en razón del fin último del cual debe conformarse y el medio de cómo conseguirlos, mientras que la moral es referida a los deberes

que regulan actos humanos individuales y sociales, teniendo la capacidad de discernir sobre los mismos si estos son buenos o malos (López, 2016). Igualmente, es importante resaltar que los principios éticos establecidos por las teorías morales determinarán el comportamiento de las personas, por tal motivo, no se podría separar la teoría de la práctica, considerando las analogías entre ética y moral.

## — BIOÉTICA Y SUS PRINCIPIOS

El término bioética, se corresponde con todos aquellos aspectos éticos de los profesionales de las ciencias de la salud y su relación con los valores y principios que orientan la conducta de estos, al campo de las ciencias de la vida, la recuperación y la promoción de la salud (Rumbold, 2003 y Sánchez, 2013).

Asimismo, la bioética es un saber interdisciplinario, hermenéutico, en construcción permanente que se ocupa del cuidado del *ethos vital*, de manera holística, que sugiere saber qué es la vida, el tipo y la calidad de vida a compartir con las personas, sin detrimento del entorno y con responsabilidad (Feito, 2009). Así, pues, existen diversos aspectos y acontecimientos que han incidido en este campo, tales como: el avance técnico científico en todos los cuidados de la salud, la renovación y ampliación del concepto de salud, la tendencia hacia la ética de la racionalidad (utilitarista, deontológica, evolucionista, civil) y el desligamiento a la moral religiosa y normas deontológicas particulares.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2016), la bioética es el estudio de los problemas éticos originados por la investigación biológica y sus aplicaciones, como en la ingeniería genética o la clonación. La bioética como corriente ética plantea dar respuesta a la interrogante sobre los fundamentos del deber ser, tratando de justificar la perspectiva moral que delimite el bien y el mal y que prescribe normativamente el deber del obrar en el campo de las ciencias de la salud. Considerando lo expuesto, es importante tener presente todos los aspectos relacionados con la deontología y los principios éticos que permitirán garantizar la calidad del ejercicio operativo y la buena imagen de la profesión.

De tal manera que, la enfermería sin duda alguna debe guiarse por valores morales básicos y los derechos humanos, así como por las leyes y códigos (entre ellos la Ley del Ejercicio Profesional y el Código Deontológico de la Enfermería), cuyos objetivos principales serán conseguir una visión exacta de los hechos, evaluar las principales eventualidades y presentar aquellas verdades y cualidades que deberían ser el fundamento en la toma de decisiones para proporcionar los cuidados.

La perspectiva expresada, conlleva a explicar, por un lado, cómo la bioética intenta conjugar en el plano del deber ser (metabioética), el utilitarismo de la norma; y por otro lado, el denominado deontologismo (teoría deontológica), corriente que se

inspira en Kant, cuyo supuesto implica que la obligación ética se impone a la conciencia como un puro deber; este precepto ético, es relativo sólo a la acción ética en sí misma, sin relación a las consecuencias. En sí, esta corriente intenta pretender disminuir el subjetivismo de otras tendencias (deontología pluralista), haciendo intervenir en las valoraciones éticas algunos principios deontológicos descritos por Beauchamp y Childress (2011), citados por Sánchez (ob. cit.):

**Principio de no maleficencia**, en términos éticos, se refiere a no producir daño a la integridad de las personas que no sea el estrictamente terapéutico. Está estrechamente ligado con el principio del mantenimiento de las funciones fisiológicas, en donde los cuidados se enfocan a la recuperación y restablecimiento de órganos y sistemas corporales; ahora bien, cada intervención llevada a cabo para el mantenimiento fisiológico implica acciones, que pueden llevar consigo algunos efectos que no se desean (acciones con doble efecto), pero que por necesidad son indispensables dentro del ámbito ético-legal.

Por ejemplo, al colocar una sonda vesical en una persona consciente, cuya finalidad sea contribuir a satisfacer la necesidad de eliminación urinaria; el procedimiento en sí, es invasivo y doloroso, ya que la sonda al entrar por el meato urinario y progresivamente por la uretra, podría producir ruptura de vasos en su avance, aunado al dolor, la ansiedad, la angustia y el temor que pueda presentar la persona como respuestas humanas ante el procedimiento.

En otro caso, una persona con quemaduras de segundo grado, que amerite la realización de curas, y en donde el personal de enfermería al realizarlas, podría generar dolor y ansiedad. La realización de la cura en sí (aún con la generación de dolor), no es una acción mala, ya que su finalidad es recuperar la integridad cutánea.

Es así como, se puede llegar a deducir que algunas intervenciones y sus acciones tienen efectos buenos y malos con las siguientes condiciones: que la acción sea buena en sí desde el punto de vista moral, o por lo menos neutro; que el fin del cuidador sea honesto en función de lograr buenos resultados, y que lo malo sea tan solo un efecto secundario; que el efecto bueno siga inmediatamente a la acción, y que exista una causa proporcionalmente grave.

**Principio de beneficencia**, hace referencia a que los cuidados deben desarrollarse en función de hacer el bien y evitar el mal. Hacer el bien implica:

- No se debe causar ningún mal o daño.
- Es preciso evitar el mal o el daño.
- Es preciso dejar de hacer lo que causa mal.
- Es preciso hacer el bien o prometer hacerlo.

En esencia, este principio consiste en hacer el bien, y guarda relación con todos los principios universales, como el de justicia y el de autonomía. Vale la pena preguntarse entonces, hasta donde este principio conlleva a los profesionales a proporcionar cuidados que se consideren moralmente justificados y que a su vez determinen lo mejor para las personas (paternalismo), o entrar en procesos de pensamiento relacionados con dilemas o conflictos, y repensar el ejercicio profesional ante cuestionamientos tales como:

¿Qué ocurre cuando por ejemplo la persona hospitalizada desea algo que el profesional juzga que no es conveniente para él? o ¿cuál es la intervención más justa a considerar? En todo caso, la capacidad de tomar decisiones dependerá del conocimiento y razonamiento ético-legal de cada situación.

Lo anterior, igualmente, conlleva a reflexionar, si este principio se aplicará de manera extrema “por encima de todo hacer el bien y no causar daño”, sería muy difícil realizar procedimientos como por ejemplo, colocar una sonda vesical o administrar fármacos indispensables para tratar un proceso infeccioso, conociendo sus complicaciones potenciales.

De esta forma, al llevar a cabo intervenciones que beneficien a las personas, también se debe asegurar no causar daño a otros, el deber de hacer el bien abarca a todos de manera equitativa, no obstante, es necesario anteponer el deber de hacer lo justo, al deber de hacer el bien.

**Principio de justicia**, implica tratar a todas las personas con la misma consideración, sin hacer ninguna discriminación por algún motivo y guarda relación, con el principio de respeto de la individualidad de las personas y sus derechos humanos. En el contexto descrito, la palabra justicia se podría entender como equidad, y en particular, distribución equitativa. Este principio hace referencia, al bien social, considerando la limitación de recursos y los posibles daños a terceras personas.

Al respecto, vale la pena preguntarse, si un profesional de la salud debería de tratar por igual a un asesino que se encuentre hospitalizado, en relación a las otras personas; cuidarlo y preocuparse por calmar su dolor, o incluso priorizar y anteponer la necesidad de otros pacientes menos graves, ante el uso de un medicamento escaso. La respuesta ante lo planteado, estará en una sólida base de principios éticos y morales que impone la profesión a sus miembros.

**Principio de autonomía**, principio que pone énfasis en la relación del profesional y la toma de decisiones de la persona sobre la enfermedad, su pronóstico y desarrollo; ya que ella es quién decide lo que es conveniente o no, aunado a que es un derecho que, para ser ejercido, requiere de información veraz y pertinente. La autonomía puede definirse como la capacidad de las personas para pensar, decidir y actuar de manera libre e independiente bajo el razonamiento crítico, de tal forma que puedan tomar decisiones (López, 2016).

La autonomía aplicada a las personas que reciben los cuidados, no significa que puedan hacer todo lo que les venga en gana o violar los derechos de otros, inclusive de los mismos profesionales de la salud; representa los conceptos de libertad y autodeterminación, pero únicamente dentro de las restricciones de lo razonable, los derechos, normas sociales y legales vigentes.

## — LOS VALORES EN ENFERMERÍA

La definición de los valores es muy amplia y dependerá de su interpretación por parte de los especialistas y estudiosos del tema. De acuerdo con Martín (2006), los valores son considerados estructuras cognitivas por medio de las cuales la persona, elige y actúa de determinada manera. Son un tipo de creencias localizadas en el centro del sistema total de los seres humanos, acerca de cómo se debe o no comportar, en referencia a algo objetivo en la existencia, que vale o no la pena conseguir.

Los valores en la conducta humana se configuran con las actitudes y actúan como marco preferencial de orientación al sujeto en el mundo en el cual vive. Estos pueden tener un origen subjetivo (afectivo emocional) o social (modos de comportamiento social y cultural). También, pueden trascender ambos condicionamientos y están referidos a ideales de vida o principios morales (Sánchez, ob. cit.).

Los valores son más difíciles de transmitir explícitamente, debido a la ignorancia (en algunos casos) de las personas sobre sus propios valores, y en general a la dificultad para discernir fácilmente. Así, el hecho de imponer reglas: “no toques eso”, “no molestes”, “no mientas”, que solo son reglas, podrían convertirse en valores, dependiendo de quién y cómo se transmita la idea, pero en definitiva, son patrones de conducta compartidos por los miembros de un grupo social (Sánchez, ob. cit.).

En enfermería, es necesario considerar lo relativo a los valores en el desempeño de su práctica, puesto que cada persona, sea cual sea el rol que ocupe, tiene un conjunto de ellos y por ende, guían su actuación. Estos valores personales surgen como resultado de la observación de la conducta y actitudes de figuras importantes durante el proceso de crecimiento y maduración, tales como los padres y educadores; así como también, al interactuar con los entornos cultural, religioso, político, social y tecnológico (Sánchez, ob. cit.).

Como bien puede inferirse, el profesional de enfermería, se incorpora a su quehacer con los valores que guían las acciones personales y los adquiridos mediante el proceso de socialización con el equipo de salud. Ahora bien, como la enfermería es una profesión basada en el cuidado, los valores profesionales se relacionan con la competencia y la compasión, teniendo como basamento los valores morales universales.

## — NOTA FINAL

En el estudio de los aspectos éticos y bioéticos relacionados con la enfermería, es necesario apoyarse en la racionalidad, fundamentada en sólidos valores y principios que guían nuestras acciones, y nos hagan humanos más congruentes en el ejercicio profesional. También que fomenten el trato y el cuidado de las personas en los diferentes contextos. La búsqueda de lo que hay que hacer, de lo que está bien, de lo que hay que investigar y descubrir; con un esfuerzo de reflexión y de creación, exige una decisión, una acción y una opción, y esto, no está reservado a los especialistas, sino que es una responsabilidad ética de cada profesional, de sus procesos reflexivos, de su accionar y sobre todo de su razón de ser en este mundo.

La ética designa las costumbres, la conducta de la vida, las reglas del comportamiento, el análisis de los valores, la sistematización de la reflexión. También, conlleva al estudio del bien y del mal, así como a los diferentes sistemas morales, analizando pensamientos, discutiendo interpretaciones y buscando las fuentes para comprender la conducta humana, la cual expresa una experiencia concreta con esfuerzo de aplicar principios y poner en práctica valores, para con ello llegar a la autenticidad y la coherencia de los actos. Finalmente, considero que los profesionales de enfermería, debemos encontrar el criterio por medio del cual determinemos nuestras acciones, de tal forma que obtengamos la plenitud de nuestro ser humano, la realización personal, el fortalecimiento de la disciplina y una vida plena.

## — REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayllón, J. (2014). *Aristóteles. Ética*. España: Ediciones Palabra S.A.
- Diccionario de la Real Academia Española (2016). [internet] [Consultado 10 de febrero de 2016]; 6(27). Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=bio%C3%A9tica>
- Escobar, G. (2004). *Ética introducción a su problemática y su historia*. México: McGraw Hill.
- Feito, L. (2009). *Ética y enfermería*. España: San Pablo.
- Giner, S. (2012). *El origen de la moral. Ética y valores en la sociedad actual*. España: Península Atalaya.
- López, M. (2016). *El origen de la bioética como problema*. España: Universidad de Barcelona.
- Martín, A. (2006). *Introducción a la ética y a la crítica de la moral*. Venezuela: Vadel Hermanos.
- Rumbold, D. (2003). *Ética en enfermería*. (3a. ed.). México: McGraw-Hill.
- Sánchez, E. (2013). *Enfermería: Historia y aspectos fundamentales*. Mérida, Venezuela: Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes.

REVISIÓN

# EPIDEMIOLOGÍA SATELITAL: UNA HERRAMIENTA PARA EL ESTUDIO DEL IMPACTO AMBIENTAL SOBRE LA SALUD EN VENEZUELA

## SATELLITE EPIDEMIOLOGY: TOOL TO STUDY THE ENVIRONMENTAL IMPACT ON HEALTH IN VENEZUELA

POR **Yorman Paredes Márquez<sup>(1)</sup>**  
**Sandra Lobo<sup>(2)</sup>**

**(1)** Licenciado en Biología, Profesor Instructor del Department de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

**paredesy@ula.ve**

**(2)** Licenciada en Idiomas Modernos. Profesora Instructor del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

**samiwolf\_1@hotmail.com**

## RESUMEN

La epidemiología satelital o epidemiología de paisajes, tiene como propósito estudiar el impacto de las alteraciones del ambiente, incluyendo los seres vivos que lo habitan, sobre la salud de los mismos, de ahí que se estudien las interacciones entre los aspectos temporales y espaciales del paisaje y sus componentes. El presente artículo tiene como propósito revisar la importancia de la epidemiología satelital en la predicción, control y detección de enfermedades, en donde el investigador necesita tener una visión amplia tanto del paisaje como de los problemas de salud que rodean al individuo para mejorar el control, prevención y dar el contexto social de las enfermedades. Por estas razones, es ineludible elaborar un sistema de clasificación de riesgos ecológicos para la población donde se identifiquen potencialidades y problemas en la localidad y de esta manera, proponer un proyecto factible de ordenamiento, zonificación y uso de los recursos para mejorar la salud de los pobladores.  
**PALABRAS CLAVE:** epidemiología satelital, salud, enfermedad, impacto, ambiente.

## ABSTRACT

Satellite epidemiology or landscape epidemiology has the purpose of studying the impact of environmental alterations, including the living beings that inhabit it, on the health of them; hence the interactions between temporal and spatial aspects of the landscape and its components are studied. The purpose of this article is to review the importance of the epidemiology of satellites in the prediction, control and detection of diseases, in researcher needs to have a broad vision of both the landscape and the health problems that surround the individual to improve control, prevention and give the social context of diseases. For these reasons, it is essential to develop a system of classification of ecological risks for the population, where potentialities and problems are identified in the locality and in this way, propose a feasible project of ordering, zoning and use of resources to improve the health of the inhabitants.  
**KEY WORDS:** satellite epidemiology, health, disease, impact, environment.

## — INTRODUCCIÓN

Para el investigador en el área de la salud es necesario adoptar técnicas que recolecten el conjunto de los factores ambientales de manera sencilla y precisa, y que a su vez permitan correlacionar los datos ambientales con los problemas de salud. En tal sentido, es relevante utilizar un método que permita organizar, procesar y presentar el gran contenido arrojado por los datos ambientales y ecológicos, donde se integren nuevas tecnologías que guíen al investigador para presentar de manera práctica los problemas de diagnóstico, tratamiento, prevención y control de enfermedades. El presente artículo tiene como propósito revisar la importancia de la epidemiología satelital en la predicción, control y detección de enfermedades en Venezuela.

## — DESARROLLO

Según Hipócrates en el año 400 A.C. para estudiar las distintas enfermedades adecuadamente, en primer lugar, se deben considerar las condiciones ambientales propias de la localidad, es por esta razón que a lo largo de la historia se ha desarrollado una de las ramas de la medicina llamada epidemiología, la cual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud” (1).

Esta rama de la medicina estudia la salud y la enfermedad de la población humana y aplica diversos métodos para llevar a cabo las investigaciones epidemiológicas, como: la vigilancia, los estudios descriptivos y los estudios analíticos, con el objeto de mejorar la salud colectiva, a diferencia de la medicina clínica cuyo interés se centra en lo individual, por ende, las investigaciones epidemiológicas se sitúan en un contexto multidimensional e interdisciplinario que incorpora distintas herramientas, teorías y métodos de diferentes campos del saber (2).

En los estudios epidemiológicos se debe aclarar la función de los distintos factores en el desarrollo de la enfermedad, la cual viene dada por la investigación etiológica, que estudia la asociación causal que presentan los factores de riesgo con la enfermedad.

Actualmente la epidemiología enfrenta limitaciones teóricas y resultados pocos precisos, debido a que no posee una metodología de investigación para analizar las múltiples relaciones que existen entre la salud y el ambiente (3). Por tanto, es necesario generar en este campo la habilidad para explorar el comportamiento de sistemas complejos y dinámicos, usando modelos y simulación, pero para lograrlo es necesario que la epidemiología se asocie con otras disciplinas.

A pesar de que en los últimos años hemos trabajado en el área de la ecología del paisaje, enfocándonos en la distribución de cultivos, sin tomar en cuenta los problemas

de salud, hemos encontrado que esta disciplina puede ser aplicada en la salud pública y la epidemiología, permitiendo así estudiar los cambios e interacciones ambientales y ecológicas sobre diversas enfermedades. Esta disciplina provee de un marco teórico para el estudio tanto de la ecología del vector como de la epidemiología de la enfermedad transmitida por el vector.

Dentro del componente epidemiológico, la incorporación de elementos ecológicos y nuevas tecnologías da paso a la epidemiología satelital, la cual permite entender las relaciones de la población, la enfermedad y el ambiente, variables en tiempo y en espacio. La epidemiología satelital también llamada epidemiología de paisajes (4), tiene como objeto estudiar el impacto de las alteraciones del ambiente, incluyendo los seres vivos que lo habitan, sobre la salud de los mismos, de ahí que se estudien las interacciones entre los aspectos temporales y espaciales del paisaje y sus componentes.

Para alcanzar los objetivos se deben modelar o simular las relaciones multidimensionales de los sistemas, es decir, que se estudie la estructura compleja y emergente de los diferentes componentes que forman el sistema (5). Esto significa que a futuro la nueva epidemiología ampliará sus perspectivas, apoyándose en las nuevas tecnologías, permitiendo así el entendimiento de la enfermedad como consecuencia de un todo.

En Venezuela, la epidemiología satelital es ampliamente usada por algunos investigadores, ya que el país enfrenta múltiples retos en el campo de la salud pública, donde es complicado analizar estos problemas desde el punto de vista de los modelos lineales o simples.

Al hacer uso de la epidemiología satelital se puede obtener información tanto espacial como asociada a los cambios o impactos. Toda esta información integrada, geográfica, ambiental y ecológica, permite analizar los elementos epidemiológicos asociados a la persistencia de las enfermedades en determinadas áreas geográficas (6) además de ahorrar tiempo, dinero y talento humano.

Esta disciplina hace uso de sistemas de información geográfica permitiendo integrar numerosas variables y diseñar modelos espaciales con la posibilidad de proponer un control y planificación de problemas en el área de la salud pública.

Entre los problemas estudiados en el que se hace uso de la epidemiología satelital en el país, están: zonas de transmisión de enfermedades, modelos de distribución de hábitat de vectores, zonas de riesgo para enfermedades, en muchos de estos casos se estudia malaria, dengue, enfermedad de Chagas, entre otras. Obteniendo como resultados: un modelo de la distribución espacial de la probabilidad del riesgo malárico, zonas de focos de alta transmisión de *Plasmodium vivax* ambos para el Estado Sucre y se estableció un modelo de distribución espacial del hábitat de Triatomíneos y zonas de riesgo de la enfermedad de Chagas en algunos municipios del Estado Lara (7-9).

Otra aplicabilidad de esta tecnología es para proponer, prevenir e identificar problemas en torno a conflictos sociales por los recursos, pero muchas de estas propuestas en Venezuela se han desarrollado para conservar los ecosistemas o algún re-

curso en específico, dejando a un lado los verdaderos problemas de salud, como el caso de Smith en el 2013 que realizó un análisis participativo del uso de la tierra y la calidad de vida de dos páramos en Venezuela, con miras a proponer un diseño de estrategias de conservación de los suelos <sup>(10)</sup>, pero el enfoque de esta investigación es para darle el valor a los servicios ambientales en la calidad de vida, dejando a un lado la causalidad de los problemas de salud pública en las dos localidades.

## — CONCLUSIÓN

La epidemiología satelital puede permitir ayudar a predecir, controlar y detectar tempranamente ciertas enfermedades en el país. Pero integrar la teoría y la práctica, es uno de los principales inconvenientes para el investigador en este campo, encontrando deficiencias en los registros del área de salud y ambiente. Otro inconveniente en este campo es el escaso conocimiento e integración de las nuevas tecnologías en el área, debido a la ausencia de temas en las unidades curriculares de pregrado y postgrado para el área de la salud, lo cual se traduce en poco interés para integrar esta herramienta para abordar problemas complejos en salud pública.

Entonces, para lograr cambios en el estudio epidemiológico, el investigador necesita tener una visión amplia tanto del paisaje como de los problemas de salud que rodean al individuo, esto le permitirá mejorar el control, prevención y dar el contexto social de las enfermedades. Por estas razones, es ineludible elaborar un sistema de clasificación de riesgos ecológicos para la población, donde se identifiquen potencialidades y problemas en la localidad y de esta manera proponer un proyecto factible de ordenamiento, zonificación y uso de los recursos para mejorar la salud de los pobladores.

## — AGRADECIMIENTOS

A todo el Personal del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela.

## — REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: Epidemiología. [Internet] 2015 [Consultado: 24 febrero 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>
2. Londoño J. *Metodología de la Investigación Epidemiológica*. 3a edición. Bogotá: Manual Moderno; 2004. 339 p.

3. Villa A.; Moreno L. y García G. *Epidemiología y Estadística en Salud Pública*. México: McGraw Hill Interamericana; 2012.
4. Rodríguez-Morales A. Ecoepidemiología y epidemiología satelital: nuevas herramientas en el manejo de problemas en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Revista en línea]. 2005; 22:1: 54-63. [Consultado: 2 febrero 2016]. Disponible: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342005000100009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342005000100009&lng=es&tlng=es)
5. Etter A. Introducción a la Ecología del Paisaje. Un Marco de Integración para los Levantamientos Ecológicos. [Internet] Bogotá; 1991. 96 p. [Consultado: 27 febrero 2016]. Disponible: [https://www.researchgate.net/profile/Andres\\_Etter/publication/266391069\\_INTRODUCCION\\_A\\_LA\\_ECOLOGIA\\_DEL\\_PAISAJE\\_Un\\_Marco\\_de\\_Integracion\\_para\\_los\\_Levantamientos\\_Ecologicos/links/543052fb0cf29bbc12771d98/INTRODUCCION-A-LA-ECOLOGIA-DEL-PAISAJE-Un-Marco-de-Integracion-para-los-Levantamientos-Ecologicos.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Andres_Etter/publication/266391069_INTRODUCCION_A_LA_ECOLOGIA_DEL_PAISAJE_Un_Marco_de_Integracion_para_los_Levantamientos_Ecologicos/links/543052fb0cf29bbc12771d98/INTRODUCCION-A-LA-ECOLOGIA-DEL-PAISAJE-Un-Marco-de-Integracion-para-los-Levantamientos-Ecologicos.pdf)
6. Delgado L.; Ramos S.; Martínez N. y García P. Ecología de Paisajes, Sensores Remotos y Sistemas de Información Geográfica: Nuevas Perspectivas para el Manejo de Problemas en Salud Pública, Caso Particular la Malaria en el Estado Sucre, Venezuela. *Acta Cient Estud*. [Revista en línea]. 2003; 1:4:128-142. [Consultado: 27 febrero 2018]. Disponible: [http://izt.ciencs.ucv.ve/ecologia/Archivos/ECOLOGIA\\_DE%20POBLACIONES\\_Hasta%202004/ECOL\\_POBLAC\\_Hasta%202004\\_\(A-G\)/DELGADO\\_&\\_COL-I.PDF](http://izt.ciencs.ucv.ve/ecologia/Archivos/ECOLOGIA_DE%20POBLACIONES_Hasta%202004/ECOL_POBLAC_Hasta%202004_(A-G)/DELGADO_&_COL-I.PDF)
7. Delgado L.; Ramos S.; Martínez N. y García P. Modelo espacial de riesgo malárico para el Estado Sucre, Venezuela. *Revista de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Central de Venezuela*; 2001; 16:2: 15-26.
8. Sulbarán J. Modelo de distribución espacial hábitat de Triatomíneos y zonas de riesgo de la enfermedad de Chagas en los municipios Andrés Bello y Morán del estado Lara, Venezuela. [Internet] 2009 [Trabajo especial de grado para obtener el grado de Magister Scientiae en Ecología Tropical]. Mérida: Instituto de Ciencias Ambientales y Ecológicas (ICAE-ULA). [Consultado: 27 febrero 2018]. Disponible: <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/35449>
9. Grillet M.; Martínez J. y Barrera R. Focos calientes de transmisión de malaria: Implicaciones para un control orientado y efectivo en Venezuela. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental* [Revista en línea]. 2009; 49:2: 193-208. [Consultado: 27 febrero 2018]. Disponible: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-46482009000200003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-46482009000200003&lng=es&tlng=es)
10. Smith J.; Cartaya V.; Llambí L. y Toro J. Análisis participativo del uso de la tierra y la calidad de vida en dos páramos de Venezuela: importancia para el diseño de estrategias de conservación. En: Cuesta F.; Sevink J.; Llambí L.; De Bièvre B. y Posner J. (editores). *Avances en investigación para la conservación de los páramos andinos*. Lima: CondeSAN; 2014. p. 399-420.

REVISIÓN

# ESTRUCTURA DE UN ARTÍCULO CIENTÍFICO

## STRUCTURE OF A SCIENTIFIC ARTICLE

POR **Alba Fernández**

Profesora Titular Jubilada, Escuela de Enfermería,  
Universidad de Los Andes (ULA). Mérida, Venezuela.  
Magíster en Gerencia Educacional. Doctora en Enfermería,  
Universidad Nacional de Colombia (UN). Postdoctora en Gerencia  
para el Desarrollo Humano (ULA). Grupo de Investigación Historia  
y Pensamiento Enfermero (ULA). Investigadora acreditada  
[afernandezx@hotmail.com](mailto:afernandezx@hotmail.com)

## RESUMEN

El objetivo del presente artículo es presentar los elementos que conforman la estructura de un artículo científico. Se propone una serie de elementos que abarcan desde el título hasta los criterios generales que el investigador debe chequear antes de enviar el artículo a la revista de interés, de manera que sea un trabajo con más fluidez, ameno y que disminuya en la medida de lo posible, el rechazo total por parte de los árbitros.

**PALABRAS CLAVE:** artículo científico, enfermería.

## ABSTRACT

The objective of this article is to present the elements that make up the structure of a scientific article. We propose a series of elements that range from the title to the general criteria that the researcher must check before sending the article to the journal of interest, so that it is a more fluent, enjoyable and decreasing work as far as possible, the total rejection by the arbitrators.

**KEY WORDS:** scientific article, nursing.

## — INTRODUCCIÓN

La globalización del conocimiento y de la ciencia es un hecho (Polit y Hungler, 2003). La divulgación de la investigación científica, según Cáceres (2014) mediante artículos, ponencias y conferencias, entre otras formas, es esencial, reconociendo así que la investigación que no se publica no existe. Es decir, que la investigación culmina al ser publicada en una revista científica; solo de esa manera será conocida y discutida por la comunidad académica y general.

Enfermería como disciplina está inmersa en esta globalización del conocimiento, es decir no está aislada en el mundo. Es satisfactorio saber que esta profesión a nivel latinoamericano, desde hace aproximadamente dos décadas, ha estado publicando los resultados de sus investigaciones en revistas indexadas y arbitradas, lo que ha permitido el reconocimiento social y profesional de la disciplina.

Al mismo tiempo, Manzanet y Ribalta (2012) consideran que Enfermería ha dejado de ser desde hace mucho tiempo una simple profesión para convertirse en toda una ciencia del cuidado, pero que, a pesar de esta novedad, se ha observado que no guarda relación el quehacer práctico y los estudios realizados con las publicaciones científicas.

Se entiende que dentro de los medios más poderosos, eficaces y rápidos de visibilizar la disciplina y difundir a la comunidad científica las investigaciones realizadas, es a través de la publicación de un artículo.

Como bien lo expresan Henríquez y Zepeda (2004) “la etapa final de una investigación es comunicar los resultados, de manera que éstos permitan integrar los conocimientos a la práctica profesional, es decir, se basa en los hallazgos de estudios científicos que deben tener validez, importancia, novedad y utilidad para el quehacer profesional” (p. 17).

Pero no es escribir por cumplir con un requisito. La mayoría del personal de Enfermería, al igual que de otras profesiones, no ha contado con la posibilidad de recibir, en sus etapas de estudio, cursos o talleres sobre la redacción o la estructuración de un artículo científico. Las revistas de Enfermería o de otras disciplinas de interés, requieren y seleccionan, para publicación, los trabajos de mayor calidad, pertinencia, aplicabilidad y que resalten la mejor evidencia de las investigaciones realizadas; pero todo esto queda relegado, si no se cumple con una adecuada redacción, de lo contrario, se puede rechazar o retrasar la publicación del artículo.

En tal sentido, el objetivo de este artículo es ofrecer a los estudiantes, profesionales y demás interesados del área de la salud, la estructura que conforma un artículo científico, de manera que puedan, en un futuro cercano preparar el material que ha surgido de una tesis, un trabajo de grado, una revisión, una experiencia, para la posible publicación en la revista seleccionada.

Se aclara que la presente estructura es solo una guía; es difícil dar recomendaciones aceptadas por todas las publicaciones; la persona interesada debe revisar los requisitos exigidos por la revista en cuestión.

## — ELEMENTOS A CONSIDERAR EN LA REVISIÓN DE UN ARTÍCULO CIENTÍFICO

De manera general la estructura de un artículo científico se conforma de los elementos que se presentan en el siguiente formato. Para la elaboración del presente formato se realizó una revisión sobre lo planteado por varios autores (Gennaro, 2012; Socorro, 2012; Camps, 2010; Tigne y Manrique, 2005; Day, 2005; Llanos y Reyes, 2002) y por el material recopilado y ofrecido en la participación y asistencia en diversos eventos, cursos y talleres (Zambrano y Carruyo, 2012; Fernández, 2011, 2012 y 2013; Manrique, 2009).

Igualmente, Manzanet y Ribalta (2012) confirman que “no hay límites para escribir, solo hay reglas para hacerlo y en la medida que estas se cumplan cada una de las contribuciones llegarán a ser verdaderos acervos de la información científica para la disciplina” (s.p.).

En tal sentido, como escritor de un artículo, debe señalar con una equis (X) si el manuscrito presenta o no los elementos mencionados a la izquierda y colocar en la columna de las observaciones lo que le falta o lo que conviene mejorar o completar.

## — FORMATO PARA LA REVISIÓN DE UN ARTÍCULO CIENTÍFICO

NOMBRE DEL ARTÍCULO: \_\_\_\_\_

ELEMENTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>1. TÍTULO</b>			
1. Describe el contenido del artículo en forma clara, específica, exacta, breve y concisa			
2. Sintetiza la idea central del artículo			
3. Estimula a leer y a consultar el artículo (es llamativo)			
4. Permite al lector identificar el tema fácilmente			
5. La extensión es adecuada y la exigida por la revista (entre 5 a 15 palabras)			
6. Utiliza siglas, empieza con un verbo. Si es así, revise el título porque estaría cometiendo un error.			
7. Usa términos específicos y claros			
<b>2. AUTORES</b>			
8. Indica nombres y apellidos completos			
9. Aparecen en orden de acuerdo a la magnitud e importancia de su contribución			
10. Indica los datos profesionales y personales (formación académica, cargo, institución, ciudad, país, teléfono, correo electrónico)			

ELEMENTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>3. RESUMEN (ABSTRACT)</b>			
11. Informa al lector acerca del contenido básico del artículo en forma rápida y exacta			
12. Responde a las interrogantes: ¿qué?, ¿por qué?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿cuáles fueron los resultados y conclusiones más resaltantes?			
13. Incluye información irrelevante o de poca importancia. De ser así, verifique o elimine			
14. Las conclusiones están relacionadas con el texto			
15. Cumple con la extensión indicada en las normas de la revista (120-300 palabras)			
16. Las palabras clave son las adecuadas (2 a 5 palabras)			
17. Las palabras clave se identificaron en los descriptores DeCs (BIREME), según el caso			
18. La versión en español y en inglés (u otro idioma) dicen lo mismo			
<b>4. INTRODUCCIÓN</b>			
19. Explica el problema general			
20. Expone la naturaleza y el alcance del problema de la investigación (manifestaciones, magnitudes, ¿por qué es un problema? ¿a quiénes afecta?)			
21. Incluye antecedentes pertinentes			
22. Los antecedentes son de los últimos cinco (5) años			
23. Define el objetivo o el propósito del estudio			
24. Si la introducción es corta, solo consta de dos (2) párrafos			
25. Si la introducción es extensa, incluye la definición de conceptos o de las variables en estudio con sus respectivas referencias			
26. Los conceptos o las variables están definidas en forma adecuada. En algunos artículos estos elementos se incluyen en un marco teórico.			
<b>5. MATERIALES Y MÉTODOS (METODOLOGÍA)</b>			
27. Refiere la perspectiva epistemológica desde donde se estudia el problema (método cualitativo, cuantitativo, ambos)			
28. Describe el tipo y diseño de investigación			
29. Describe la población y la muestra			
30. Explica el muestreo (si es el caso)			
31. Aclara la manera de selección y asignación de los sujetos a los grupos de estudio (experimental, control, intervención), si es el caso			
32. Aporta argumentos que justifican las decisiones metodológicas			
33. Sigue un orden cronológico del cumplimiento de las actividades			
34. Describe las técnicas e instrumentos utilizados			
35. Explica el procedimiento para la recolección de los datos (trabajo de campo)			
36. Refiere la manera como se realizó el procesamiento de la información (métodos de análisis, estadísticas empleadas, programas utilizados, grabaciones, niveles de análisis de la información)			

ELEMENTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
37. Describe las consideraciones éticas del estudio			
<b>6. RESULTADOS</b>			
38. Se presentan con claridad y precisión			
39. Los datos estadísticos son claros			
40. Presenta los hallazgos en una secuencia lógica			
41. Las variables relevantes del estudio son explicadas			
42. Utiliza cuadros, tablas, gráficos (si son necesarios), siguiendo las normas de la revista			
43. Los cuadros, tablas y gráficos son auto explicativos, sencillos y de fácil comprensión			
44. Los cuadros, tablas y gráficos indican el título resumido y la fuente de origen de la información			
45. Repite con palabras la información contenida en los cuadros, tablas o gráficos			
46. Expresa con interpretaciones y conclusiones claras, sencillas y concretas lo que se deduce de los datos estadísticos			
47. Incorpora fragmentos o testimonios (en caso de tratarse de una investigación cualitativa)			
48. Presenta los hallazgos relevantes, incluyendo los contrarios a las hipótesis o preguntas formuladas			
<b>7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>			
49. Expone los principios, relaciones, generalizaciones que indican los resultados			
50. Señala las similitudes y las diferencias entre los resultados obtenidos, los antecedentes y las bases teóricas			
51. Evalúa las implicaciones prácticas y teóricas de los resultados			
52. Realiza inferencias válidas de los resultados			
53. Señala las tareas o problemas pendientes			
54. Con los resultados se resuelve el problema planteado en la introducción			
55. Las conclusiones se relacionan con los resultados obtenidos y con las hipótesis u objetivos planteados			
56. Formula las conclusiones de una manera clara			
57. Propone nuevas investigaciones			
58. Presenta posibles objeciones y limitaciones			
59. Especifica el aporte a la comunidad, si es el caso			
60. Especifica el aporte a la disciplina			
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y CITAS</b>			
61. Referencia las fuentes utilizadas de acuerdo a la normativa de la revista			
62. En el caso de citas textuales sigue las normas y señala la página			

ELEMENTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
63. Las referencias son actualizadas, de los últimos cinco (5) años. Por supuesto, hay excepciones, donde se citan autores antiguos, debido a su relevancia sobre la temática			
64. Las referencias son pertinentes con el tema estudiado			
65. Todos los autores citados en el texto están en las referencias bibliográficas			
66. En las referencias bibliográficas solo aparecen los autores citados			
<b>CRITERIOS GENERALES</b>			
67. El trabajo es pertinente y actual			
68. Hay coherencia a lo largo del artículo			
69. Está escrito en tiempo pasado			
70. La redacción es clara y precisa			
71. Los elementos que lo componen están organizados en forma adecuada			
72. La información y los datos son de calidad aceptable			
73. Puede contribuir con investigaciones futuras sobre la temática			
74. Utiliza la letra y el interlineado indicado por la revista			
75. La redacción está en tercera persona			
76. Mantiene la ortografía adecuada			
77. Utiliza sinónimos, para evitar palabras repetidas en un mismo párrafo			
78. Cumple con los agradecimientos a las personas e instituciones que ayudaron intelectual y materialmente a concretar el estudio, si es el caso			
81. Cumple con el número de páginas indicadas por la revista			

FUENTE: MATERIAL RECOPIADO POR LA DRA. ALBA FERNÁNDEZ.

## — NOTA FINAL

Es fundamental crear una cultura en la comunidad de Enfermería para publicar artículos científicos, conocer los elementos generales que los conforman y las normas de las revistas de interés. Se puede considerar un reto publicar un artículo, pero no es algo imposible, para lograrlo se requiere disciplina, tiempo y paciencia. Con la práctica, esta actividad puede convertirse en un ejercicio de la disciplina de Enfermería, debido a que se cuenta con suficiente material proveniente de la actividad que se realice: asistencia, docencia, gestión, otras. Publicar es algo posible y se debe romper el mito que lo convierte en un rito sagrado de unos pocos.

## — REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cáceres, G. (2014). La importancia de publicar los resultados de Investigación *Fac.Ing.* [Revista en línea], 23(37), 7-8. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfing/v23n37/v23n37a01.pdf> [Consulta: 2016, febrero 8].
- Camps, D. (2010). The Abstract: The letter of presentation for a scientific paper. *Colombia Médica*, 41(1), 82-84.
- Day, R. (2005). *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*. (3a. ed.). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Fernández, A (2013, abril). *Estructura de un artículo científico*. Primer Foro de Investigación en Enfermería: “La enfermería como herramienta para la transformación del cuidado”, Universidad de Santander, Cúcuta, Colombia.
- Fernández, A. (2012, abril). *Pautas para realizar la publicación de un artículo científico*. II Jornadas Avances de la Investigación en Enfermería en el 45 Aniversario de la Escuela de Enfermería, Universidad de Los Andes, Mérida.
- Fernández, A. (2011, marzo). *Estructura de un artículo científico*. III Evento Científico Nacional del Libro Enfermero, Universidad de Los Andes, Mérida.
- Gennaro, S. (2012). Cinco consejos para obtener investigaciones publicadas. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3), 203-204.
- Henríquez, E. y Zepeda, M. (2004). Elaboración de un artículo científico de investigación. *Cienc. enferm.* [Revista en línea], 10(1). Disponible: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v10n1/art03.pdf> [Consulta: 2016, febrero 14].
- Llanos, G. y Reyes, C. (2002). La alegría de publicar 4. Los cien pecados de la presentación de artículos científicos. *Colombia Médica*, 33(3), 138-140.
- Manrique, F. (2009, Mayo). *Escritura y publicación en revistas científicas indexadas*. Seminario-Taller, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Boyacá.
- Manzanet, J. y Ribalta, M. (2012). *La necesidad de publicar un artículo científico*. [Documento en línea]. Disponible: <http://bvs.sld.cu/revistas/inf/n1412/inf091412.htm> [Consulta: 2016, febrero 16].
- Polit, D. y Hungler, B. (2003). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (6a. ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Socorro, D. (2012). *La investigación en Enfermería*. Venezuela: Imprenta de Mérida.
- Tigne, D. y Manrique, F. (2005). *Herramientas iniciales para la investigación en salud*. Boyacá: Health Care Colombia.
- Zambrano, O. y Carruyo, J. (2012, Mayo). *Diseños en investigación clínica y del proyecto a la publicación*. Curso de actualización de la Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes, Mérida.

## INVESTIGACIÓN

## RESUMEN

# EFFECTO DE UN PROTOCOLO DE EGRESO EN PACIENTES CON AFECCIONES NEUROLÓGICAS

## EFFECT OF A DISCHARGE PROTOCOL IN PATIENTS WITH NEUROLOGICAL DISORDERS

POR **Leidi Mar Sánchez Quintero<sup>(1)</sup>**  
**Alba Fernández<sup>(2)</sup>**

**(1)** Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería en Cuidado al Paciente en Estado Crítico.

**(2)** Profesora Titular Jubilada, Escuela de Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA). Mérida-Venezuela. Magíster en Gerencia Educacional. Doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia (UN). Postdoctora en Gerencia para el Desarrollo Humano (ULA). Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero (ULA). Investigadora acreditada [afernandezx@hotmail.com](mailto:afernandezx@hotmail.com)

**Introducción:** las afecciones neurológicas provocan cambios en las condiciones de vida de los pacientes, en su mayoría manifestadas por la disminución o ausencia de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria (AVD), lo que prolonga su estancia hospitalaria, aumenta la dependencia y las complicaciones. **Objetivo:** determinar el efecto de un protocolo de egreso en pacientes con afecciones neurológicas. **Metodología:** investigación de tipo descriptiva, con diseño cuasi-experimental, preprueba y postprueba, en una población muestral de 16 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Se empleó un instrumento de dos partes, la primera sobre los datos sociodemográficos del paciente y del cuidador, y la segunda con el Índice de Barthel, que mide el nivel de dependencia de las personas para realizar las AVD; quedando conformado por 17 ítems. **Resultados:** el Grupo Experimental (GE) y el Grupo Control (GC) en la preprueba presentaron dependencia total de 50 %. Posterior a la aplicación del protocolo de egreso, en la postprueba, el GE reportó 62,50 % de dependencia moderada y el GC 37,50 % de dependencia total y 50 % de dependencia severa. En la preprueba, en ambos grupos la media fue de 11, ambos con dependencia total; en la postprueba, la media del GE fue 78 en dependencia moderada y del GC fue 55, manteniendo dependencia total. La diferencia de medias del GE entre la postprueba y la preprueba fue 67 y del GC fue 44. La diferencia de medias entre la preprueba y la postprueba del GE y el GC fue 23, a favor del GE. **Conclusión:** se evidenció el efecto positivo del protocolo de egreso en el cuidado de los pacientes con afecciones neurológicas.

**PALABRAS CLAVE:** efecto, protocolo, afecciones neurológicas, enfermería.

## ABSTRACT

**Introduction:** neurological conditions cause changes in the living conditions of patients, mostly manifested by the decrease or absence of the capacity to carry out activities of daily living (ADL), which prolongs their hospital stay, increases the dependence and complications. **Objective:** to determine the effect of a discharge protocol in patients with neurological disorders. **Methodology:** descriptive research, with quasi-experimental design, pre-test and post-test, in a sample population of 16 patients who met the inclusion criteria. A two-part instrument was used, the first on the sociodemographic data of the patient and the caregiver, and the second with the Barthel Index, which measures the level of dependence of people to perform ADLs; being made up of 17 items. **Results:** the Experimental Group (GE) and the Control Group (GC) in the pre-test showed a total dependence of 50 %. After the application of the discharge protocol, in the post-test, the GE reported 62.50 % of moderate dependence and the GC 37.50 % of total dependence and 50 % of severe dependence. In the pre-test, in both groups the average was 11, both with total dependence; in the post-test, the mean of the GE was 78 in moderate dependence and the GC was 55, maintaining total dependence. The mean difference of the GE between the post-test and the pre-test was 67 and the GC was 44. The difference of means between the pre-test and the post-test of the GE and the GC was 23, in favor of the GE. **Conclusion:** the positive effect of the discharge protocol in the care of patients with neurological disorders was evidenced.

**KEY WORDS:** effect, protocol, neurological disorders, nursing.

## — INTRODUCCIÓN

El manejo de personas con afecciones neurológicas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de las diferentes instituciones de salud representa un problema frecuente de discapacidad, donde el afectado pierde su autonomía, lo cual genera un cambio drástico en su vida y la de su familia. Desde la época de Florence Nightingale en 1858 la enfermería ha tenido como objetivo ubicar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él <sup>(1)</sup>. Se puede decir que, el personal de enfermería conforma un pilar fundamental en proveer a la persona enferma las herramientas para ejercer el dominio de su autocuidado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define los trastornos neurológicos como: enfermedades del Sistema Nervioso Central (SNC) y Periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular y los músculos <sup>(2)</sup>. Los identificables con mayor frecuencia en las instituciones hospitalarias son: Traumatismo Craneoencefálico (TCE), Trauma Raquímedular, Enfermedades Cerebrovasculares (ECV) y Lesiones Ocupantes de Espacio (LOE).

El TCE severo principalmente y las otras afecciones neurológicas, son causadas por accidentes automovilísticos y se considera la principal causa de morbimortalidad en personas menores de 40 años oscilando entre 11 a 16 por 100.000 habitantes por año en Iberoamérica. Como se puede inferir, afecta y lleva a la discapacidad a población joven económicamente activa, con una frecuencia mayor en el sexo masculino <sup>(3)</sup>.

Según el reporte de la OMS de las Estadísticas Sanitarias Mundiales del año 2012<sup>4</sup>, los accidentes cerebrovasculares en adultos entre 30 y 70 años por 100.000 habitantes fue para Canadá de 82, España de 68, mientras que en Colombia fue de 152 y en Venezuela de 200. Diferencias que reflejan las condiciones sociales y políticas entre países no solo por dichas estadísticas sino también por tomar en cuenta los gastos de la seguridad social del gobierno general en salud que para el año 2010 según el mencionado reporte, para Venezuela, específicamente, fue de 31,6 % comparada con Colombia que fue de 82,9 % <sup>(4)</sup> conformando una de las más altas de las Américas.

En la actualidad no se cuenta en Venezuela con informes estadísticos sobre la incidencia de afecciones neurológicas, sin embargo es fundamental considerar en el ámbito regional del Estado Mérida al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), donde los ingresos constituyen entre 20 y 30 personas por día con diversas patologías, donde se destaca que 18 % de los pacientes que ingresaron durante el periodo diciembre 2011-octubre 2012 correspondió a trastornos neurológicos <sup>(5)</sup>.

Entre otros antecedentes, se encontró una investigación realizada en el 2012 en el IAHULA, con el objetivo de determinar el nivel de dependencia de pacientes con trastornos neurológicos egresados de la UCI, donde se utilizó como instrumento el Índice de Barthel (IB) el cual es usado para valorar la capacidad funcional de personas con

discapacidad en el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD), específicamente alimentación, deambulación, higiene-vestido y eliminación. Los resultados reflejaron que el 36,7 % egresaron con dependencia total del cuidado de sus familiares, el 30 % con dependencia severa, el 16,7 % con dependencia moderada, el 10% con dependencia escasa y tan solo el 6,7 % fueron independientes para realizar AVD <sup>(5)</sup>.

A partir de este diagnóstico se desarrolló otro trabajo de investigación, en el año 2013, donde se diseñó un protocolo de egreso para el cuidado de pacientes con afecciones neurológicas de la UCI del IAHULA. El protocolo se enfocó en los sistemas de autocuidado de Dorothea Orem, dividido en cuatro partes (cuidados en la alimentación, deambulación, higiene personal y eliminación), en cada una de ellas se desglosó el equipo, procedimiento y fundamento de cada actividad, codificado con números y letras para mayor facilidad de manejo. Se integró en el protocolo al familiar, quien recibía las orientaciones por parte del profesional de enfermería, haciéndolo partícipe en los cuidados del paciente una vez que éste egresara de la UCI <sup>(6)</sup>.

Dentro de la modalidad de diseño del presente estudio, resalta la realizada en Colombia <sup>(7)</sup>, con el objetivo de determinar el efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio, para lo que se desarrolló una investigación del tipo descriptiva, con diseño cuasi-experimental, con preprueba y postprueba, en una muestra de 240 adultos mayores hipertensos (150 para el grupo experimental, GE y 90 para el grupo control, GC). Se estructuró y aplicó un formato de datos sociodemográficos y de salud (DSDS) que conformaron los factores básicos condicionantes según Orem; se modificó y empleó la escala para valorar la agencia de autocuidado (ASA) y se diseñó, aplicó y evaluó una intervención educativa de enfermería, mediante un trabajo sistemático único, orientada por el marco conceptual de la teoría de Orem.

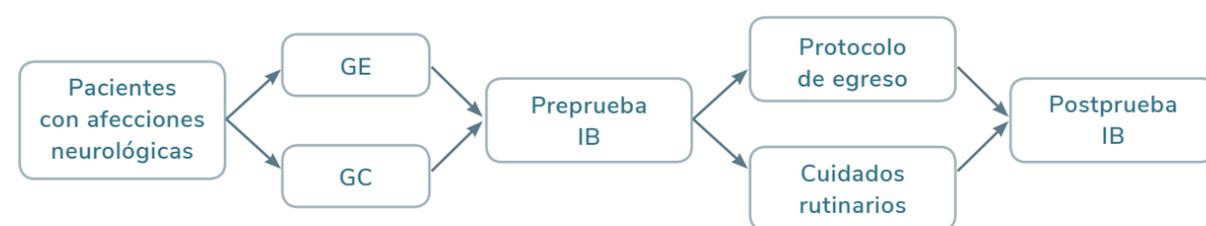
Para el análisis estadístico descriptivo del DSDS se usó el SPSS versión 15.0 y la estadística inferencial para determinar la media de cambio de la escala ASA, usando ANOVA entre la postprueba y la preprueba para evidenciar el efecto de la intervención educativa. Resultados: en la preprueba, la media en el GE fue de 48.86 y la del GC de 43.36, la diferencia de medias entre los grupos: 5.5 puntos. En la postprueba, la media del GE fue de 73.16 y del GC de 43.36, la diferencia de medias entre los grupos: 29.8 puntos. La ganancia neta de la escala ASA entre la postprueba y la preprueba fue de 24.3 puntos; se reportó un ANOVA  $p < 0.05$ , a los 15 días de la intervención.

Se concluyó que la ganancia obtenida entre la postprueba y la preprueba determinó el valor y la significancia clínica de la intervención educativa de enfermería “Yo sí puedo cuidarme” en el efecto sobre el fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Tunja, Colombia. La escala ASA representó un instrumento válido y confiable <sup>(7)</sup>. A pesar de que la población en esta investigación fue diferente en edades, no estaba recluida, ni reportaba el mismo problema de salud, los resultados serán de gran utilidad en el análisis del presente estudio cuasi-experimental.

Es oportuno hacer hincapié que el profesional de enfermería tiene un papel fundamental en la identificación oportuna de la alteración funcional de los pacientes con trastornos neurológicos, de igual manera, como parte activa en la planificación y ejecución de los cuidados inmediatos y mediatos tanto para prevenir complicaciones como para orientar a los familiares durante la preparación del alta del paciente. Este trabajo se realizó con el objetivo de determinar el efecto de un protocolo de egreso en pacientes con afecciones neurológicas.

## METODOLOGÍA

Se trató de un estudio tipo descriptivo, con diseño cuasi-experimental, preprueba y postprueba. Entendiendo que la investigación de tipo cuasi-experimental se compone por el término “cuasi” que significa *como si o casi*, de modo que cuasi-experimento denota un casi experimento verdadero (8), es decir que no es completamente experimental, porque acepta la carencia de un control total de las variables. El diseño de preprueba y postprueba incluyó dos grupos, un Grupo Control (GC) y un Grupo Experimental (GE), a los que se le aplicó la preprueba, que en este caso lo constituyó el IB, que se describe más adelante. Posteriormente, se administró el protocolo de egreso (previa solicitud por escrito a la autora del mismo) (6) solo al GE, mientras que el GC continuó con sus cuidados de rutina. Después se administró la postprueba, nuevamente con el IB, a ambos grupos. A través del siguiente esquema se identifican los elementos que componen el diseño de este estudio.



**ESQUEMA 1.** DISEÑO CUASI-EXPERIMENTAL DEL ESTUDIO. FUENTE: LAS AUTORAS. **LECTURA:** GE: GRUPO EXPERIMENTAL, GC: GRUPO CONTROL, IB: ÍNDICE DE BARTHEL

Se seleccionó una población muestral; cuando se utiliza un diseño de investigación cuasi-experimental, particularmente se maneja un muestreo no probabilístico o intencional, donde no todos los miembros de la población tienen la misma oportunidad de ser incluidos en la muestra. El investigador utiliza sujetos que están accesibles o representan ciertas características (9). También es definido como un procedimiento de muestreo cuantitativo en el que el investigador selecciona a los participantes, ya que están dis-

puestos y disponibles para ser estudiados (9). De acuerdo con lo anteriormente expuesto se plantean los criterios de inclusión relacionados con el paciente y con el familiar.

Con relación al paciente: que tuviera criterios de egreso de la UCI dados por el médico tratante y la valoración previa de enfermería con el IB, con edades a partir de los 16 años, con algunos de los trastornos neurológicos descritos (TCE, ECV, LOE), que requerían de intervenciones de enfermería para la realización de AVD (sistema totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo) y con un nivel de dependencia de acuerdo al IB con una puntuación de 0-99 puntos.

Con relación al familiar o cuidador principal: la persona que permanecía con el paciente (sistema parcialmente compensatorio), mayor de edad, con una capacidad de comprensión que garantizara la aplicación efectiva de los cuidados.

En tal sentido, durante los meses de mayo a agosto 2014, se seleccionaron los pacientes que ingresaron a la UCI del IAHULA de Mérida-Venezuela, a través de un muestreo no probabilístico, que consiste en que el investigador toma la muestra seleccionando los elementos que a él le parecen representativos o típicos de la población, por lo que depende del criterio del mismo. Para ello, se captó un total de 16 pacientes que reunieron los criterios de inclusión nombrados anteriormente. Con el fin de facilitar el diseño del estudio, se decidió conformar al azar el GE y el GC con 8 pacientes en cada grupo.

Para la recolección de la información se utilizó un instrumento conformado por dos partes. La primera parte, constó de 7 ítems correspondientes a datos sociodemográficos tanto del paciente como de su cuidador principal y el diagnóstico médico. La segunda parte, el IB, como se ha señalado con anterioridad, en la presente investigación se empleó el modificado en el trabajo de grado para determinar el nivel de dependencia de pacientes con trastornos neurológicos (previa solicitud de autorización a la especialista) (5), que consta de 10 ítems, de 2, 3 y 4 opciones de respuesta, según la dependencia del paciente para realizar las AVD (5). En total el instrumento estuvo constituido por 17 ítems.

El IB fue diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel, con el fin de ser usado para medir la evolución de individuos con procesos neuromusculares y musculo-esqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland y publicado en 1965 (10). Es un instrumento ampliamente utilizado cuyo objetivo es medir la capacidad de las personas para realizar diez AVD (alimentarse, usar el retrete, contener esfínteres y actividades superiores que son asearse, vestirse, trasladarse, deambular, subir y bajar escaleras), obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto (10).

El IB, se caracteriza por ser un instrumento de medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, ya que consiste en asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar las AVD ya mencionadas, siendo los valores que se asignan a cada actividad dependientes del tiempo y la necesidad de ayuda para llevarlas a término, pudiéndose asignar: 0, 5, 10 ó 15 puntos. La interpretación del IB se realiza de la siguiente manera (5):

- Dependencia total: de 0-20 puntos.
- Dependencia severa: de 21-60 puntos.
- Dependencia moderada: de 61-90 puntos.
- Dependencia escasa: de 91-99 puntos.
- Independencia: 100 puntos.

La fiabilidad se define como la capacidad de la prueba para obtener los mismos resultados dentro de las mismas condiciones (11). La confiabilidad del ÍB fue determinada con el estudio de Loewen y Anderson (1988), para ello entrenaron a catorce terapeutas, que usando grabaciones de video de pacientes calificaron la realización de las AVD. El ÍB resultó con buena fiabilidad interobservador, Índice de Kappa entre 0,47 y 1,00 y con respecto a la fiabilidad intraobservador Índice de Kappa entre 0,84 a 0,97 y en relación a la evaluación de la consistencia interna se observó un alpha de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original (12).

La validez es la capacidad de un instrumento para medir lo que pretende medir (11). El ÍB presenta una validez de constructo o de concepto, que se refiere a una medida compatible con otras medidas a las que de forma hipotética se encuentra asociada, a este respecto el ÍB demostró ser un buen predictor de la discapacidad, la que está asociada fuertemente a la mortalidad.

Con base en las afirmaciones anteriores, el ÍB es un instrumento de gran utilidad en la rehabilitación por su fiabilidad y validez. Su aplicación es de bajo costo, las molestias son escasas pues requiere que el paciente realice actividades que normalmente realiza todos los días o bien que se observe en su quehacer cotidiano. Se completa entre 5 y 10 minutos. De acuerdo con lo planteado anteriormente fue posible argumentar el uso de este instrumento para obtener un valor total en relación a las AVD de los pacientes en estudio, a partir del cual se implementará el protocolo de egreso. Durante el proceso investigativo, se cumplió con las consideraciones éticas de justicia, autonomía, beneficencia y consentimiento informado.

## — RESULTADOS

En cuanto a los datos demográficos y de salud de los pacientes, se evidenció que el 68,75 % pertenecían al género masculino; con el mismo porcentaje (37,50 %) en dos rangos de edades, los que oscilaban entre 16-26 años y los mayores de 60 años; el diagnóstico médico más frecuente en la UCI del IAHULA, fue el TCE con un 50 %. Mientras que, en los datos sociodemográficos del cuidador, se encontró que el género femenino superó al masculino con un 81,25 %; el rango de edad más común estuvo entre 38-47 años (35,29 %); el parentesco más frecuente correspondió al hijo (a), (37,50 %); con un 56,25 % de nivel de instrucción secundario.

**TABLA 1. NIVEL DE DEPENDENCIA DEL TOTAL DE LOS PACIENTES, EN LA PREPRUEBA MEDIANTE EL ÍB.**

NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN IB	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Dependencia total de 0-20 puntos	8	50,00
Dependencia severa de 21-60 puntos	3	18,75
Dependencia moderada de 61-90 puntos	5	31,25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO.

De la **TABLA 1** se infiere que el nivel de dependencia de la muestra general en la preprueba fue de dependencia total para el 50 %, con una media de 10 puntos obtenidos mediante la aplicación del IB.

**TABLA 2. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA DEL GE, POSTPRUEBA MEDIANTE EL ÍB.**

NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN IB	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Dependencia severa de 21-60 puntos	2	25,0
Dependencia moderada 61-90 puntos	5	62,50
Dependencia escasa 91-99 puntos	1	12,50
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO.

Con relación a la **TABLA 2**, se evidencia que posterior a la aplicación del protocolo de egreso (postprueba), el nivel de dependencia fue moderada con un 62,50% y una media de 78.

**TABLA 3. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA DEL GC, POSTPRUEBA MEDIANTE EL ÍB.**

NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN IB	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Dependencia total de 0-20 puntos	3	37,50
Dependencia severa de 21-60 puntos	4	50,00
Dependencia moderada 61-90 puntos	1	12,50
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO.

Se muestra en la **TABLA 3** los resultados obtenidos en la postprueba realizada al GC luego de proporcionar cuidados rutinarios de enfermería a los pacientes incluidos en dicho grupo, donde el 50 % presentó dependencia severa, con una media de 11.

**TABLA 4.** DIFERENCIA DE MEDIAS ENTRE PREPRUEBA Y POSTPRUEBA DE GE Y GC, MEDIANTE EL ÍB.

NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN IB	GE PREPRUEBA	POSTPRUEBA	GC PREPRUEBA	POSTPRUEBA
Dependencia total de 0-20 puntos	11	0	11	55
Dependencia severa de 21-60 puntos	30	30	-	11
Dependencia moderada 61-90 puntos	30	78	55	-

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO.

En la **TABLA 4** se observa que en la preprueba, la media del GE y del GC fue de 11, ambos con dependencia total según el ÍB. En la postprueba, la media del GE fue 78 ubicado en dependencia moderada y del GC fue 55, reportando dependencia total. La diferencia de medias del GE entre la postprueba y la preprueba fue 67, en comparación con la diferencia de medias del GC que fue 44. Al contrastar las medias de la preprueba con la postprueba, la diferencia de medias entre el GE y el GC, fue 23, a favor del GE.

## — DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la primera parte del instrumento de recolección de información, correspondiente a los datos demográficos y de salud de los pacientes, se obtuvo que el género predominante fue el masculino; resultado similar al obtenido por Marcano (2012) <sup>(5)</sup> con 53,3 %; pero diferente a Leno González, et al. (2014) <sup>(13)</sup> con un 65,6 % y Fernández (2010) <sup>(7)</sup> con 78 %, ambos con pacientes del género femenino.

En cuanto a la edad, predominó el rango de 16-26 años, conformada por una población adolescente adulto joven, estudiantil y económicamente activa, por otra parte dentro del mismo ítem en igual proporción resultó el intervalo de mayores a 60 años, es decir, el estudio comprendió a pacientes ubicados en los extremos del ciclo vital, o muy jóvenes o de la tercera edad. El resultado obtenido fue parecido al de Marcano (2012) <sup>(5)</sup>, donde predominó el intervalo entre 10-20 años con un 43,3 %, correspondiente a una población infanto-juvenil; en tanto que en la investigación de Díaz Pérez, et al. (2013) <sup>(14)</sup>, la edad de los pacientes estuvo comprendida entre 36 y 83 años con una media de 63 años. Menéndez Noboa (2010) <sup>(15)</sup> reportó edades que fluctuaron entre 30 y 70 años y Fernández (2010) <sup>(7)</sup> obtuvo una edad media de 72 años. Estos hallazgos guardan relación con el reporte de la OMS donde los accidentes cerebrovasculares ocurren en adultos entre 30 y 70 años por 100.000 habitantes <sup>(4)</sup>.

En lo que respecta al diagnóstico médico específico de los pacientes de la UCI con trastornos neurológicos, el TCE fue el motivo de ingreso más frecuente. Siendo el mismo resultado reportado por Marcano (2012) <sup>(5)</sup>, con un 50 %. Algunos autores enfatizan que principalmente el TEC severo y las otras afecciones neurológicas, son causadas por accidentes automovilísticos y se considera la principal causa de morbimortalidad en personas menores de 40 años oscilando entre 11 a 16 por 100.000 habitantes por año en Iberoamérica. Como se puede inferir, afecta y lleva a la discapacidad a población joven económicamente activa, con una frecuencia mayor en el sexo masculino <sup>(3)</sup>.

Con relación a los datos sociodemográficos del cuidador, el género femenino fue el más frecuente; el rango sobresaliente de edad resultó ser el de adultos jóvenes; la mayoría era el hijo (a) y con un nivel de instrucción de educación secundaria. En tal sentido, en el estudio desarrollado por Marcano (2012) <sup>(5)</sup>, el género que predominó fue el femenino (76,7 %), entre los 27-37 años (33,3 %) y el parentesco con el paciente correspondió a la madre (40 %), siendo este último dato diferente al obtenido en la presente investigación. En este mismo orden de ideas, el estudio realizado por Díaz Pérez, et al. (2013) <sup>(14)</sup> reflejó que el parentesco más frecuente entre el cuidador principal y el paciente era el de la pareja (59 %). Se evidencia en estos estudios, el apoyo social informal aportado por la familia a este tipo de pacientes, aspecto esencial en el fortalecimiento del autocuidado y de la salud en general.

En cuanto al diagnóstico del nivel de dependencia de todos los pacientes, en la preprueba mediante el ÍB, se reportó que la mitad de la población muestral presentaba dependencia total para llevar a cabo las AVD. Marcano (2012) <sup>(5)</sup> obtuvo unos datos diferentes en su estudio, 56,7 % fue independiente para alimentarse y el 63,3 % no necesitó ayuda para el aseo personal; sin embargo, el 36,7 % era incapaz para trasladarse de la silla a la cama; 73,3 % dependiente para el baño y 53,3 % para vestirse y desvestirse; el 56,7 % necesitó ayuda para ir al retrete y el 36,6 % reportó dependencia total de los cuidados.

Con respecto a la evaluación del nivel de dependencia de ambos grupos en la postprueba mediante el ÍB, se evidenció que el GE después de la aplicación del protocolo pasó de dependencia total a moderada; mientras que el GC, que continuó con los cuidados rutinarios de la UCI, se mantuvo en la dependencia total. Igualmente, este reporte se compara con Fernández (2010) <sup>(7)</sup>, donde la media del GE fue 73.16 posterior a la intervención y del GC de 43.36.

La diferencia de medias entre la preprueba y postprueba de ambos grupos, mediante el ÍB, fue favorable para el GE, lo que significa que el protocolo de egreso aplicado a este grupo permitió que éste pasara de una dependencia total a una moderada; mientras que, el GC se mantuvo en la dependencia total. Este resultado evidenció el efecto positivo del protocolo de egreso en el cuidado de los pacientes con afecciones neurológicas.

El hallazgo obtenido es comparable con el estudio realizado por Fernández (2010) <sup>(7)</sup> donde la diferencia de medias entre el GE y el GC fue de 29,8, concluyendo que la ganancia obtenida entre la postprueba y la preprueba, determinó el valor y la signifi-

ficancia clínica de la intervención educativa sobre el fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del GE.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la importancia de la actuación en conjunto, tanto del profesional de enfermería, como del cuidador principal y del paciente. Lo que es confirmado por Menéndez Noboa (2010) <sup>(15)</sup>, al proponer una consejería sobre autocuidado del paciente diabético junto con la participación familiar, con el objetivo de promover la salud y educar sobre diferentes aspectos esenciales que los afectados y sus familiares deben conocer sobre la patología.

De esta manera, se cumplió en este estudio con la aplicación del protocolo, confirmando su beneficio y eficacia en la atención de enfermería junto con el cuidador, a pacientes con afecciones neurológicas recluidos en la UCI del IAHULA de Mérida, considerando la posibilidad de que se convierta en un documento de revisión continua y se logre implementar como referencia a nivel local, regional y nacional.

Un aspecto fundamental, fueron los conceptos aportados por la Teoría de Orem <sup>(16)</sup> que confirman que enfermería puede dar cuidados bajo un componente teórico. Los constructos aportados por Orem poseen congruencia y utilidad en la promoción de la salud y en la práctica de enfermería, verificándose en este trabajo, que es una teoría común a todas las situaciones donde cumple funciones este profesional. Así, estos conceptos dieron concordancia al diseño del protocolo de egreso, elaborado por Rivas Rondón (2013) <sup>(6)</sup>, el mismo plantea el objetivo de incluir al familiar en el cuidado de pacientes con patologías neurológicas próximos a egresar de la UCI, con el propósito de que enfermería ejerza el rol de educador en salud y el familiar a través de la intervención educativa ejerza el rol de cuidador en cuanto a la alimentación, higiene, deambulación y eliminación para así evitar complicaciones que ameriten reingresos a dicha área.

Sobre la utilidad del IB en las investigaciones, Leno González, et al. (2014) <sup>(13)</sup>, concluyó que el mismo, es adecuado, en primer lugar, al ingreso donde puede ofrecer datos relevantes sobre el nivel de dependencia de los pacientes, lo que facilitaría la programación y organización de los cuidados requeridos por aquellas personas con cierto nivel de dependencia para llevar a término AVD necesarias para su autocuidado. En segundo lugar, el IB permite generar planes de alta de acuerdo a las necesidades detectadas, para así concretar las acciones de enfermería y destinarlas al alcance de la independencia del paciente y su reincorporación a la sociedad.

En tal sentido, este trabajo investigativo resultó novedoso e importante para enfermería, usando el IB en pacientes con afecciones neurológicas en la UCI del IAHULA, demostrando ser una escala de medición válida, confiable y útil en la temática estudiada y en futuras investigaciones. Igualmente, lo innovador del estudio, se enmarcó desde lo metodológico, por el hecho de ser un diseño cuasi-experimental, con una intervención (protocolo) al GE, con preprueba y postprueba usando el IB, seleccionando el muestreo por conveniencia, según ciertos criterios de inclusión.

Aunque, como todo estudio, tuvo sus limitantes, que impiden que los resultados sean generalizados, por ejemplo, el hecho de ser cuasi-experimental, donde no hay control absoluto de las variables, se encontraron factores externos que pudieron ser sesgos en la investigación, tales como la dificultad para recolectar la muestra, lo que resultó en una población muestral pequeña; el diagnóstico médico, que fue diferente entre los pacientes influyó en que el tiempo de hospitalización y la evolución clínica fueran variables, el poco tiempo disponible para la aplicación del protocolo; la poca disposición de algunos familiares en participar, la atrición (fallecimiento) de los pacientes debido a su estado crítico, entre otros. Se aclara que estos y otros factores de validación interna y externa, no representaron consecuencias para el desarrollo del proceso investigativo, cuyos resultados fueron presentados y ampliamente discutidos.

## — CONCLUSIÓN

Se evidenció el efecto positivo del protocolo de egreso en el cuidado de los pacientes con afecciones neurológicas en la UCI del IAHULA de Mérida, Venezuela. Las autoras recomiendan incluir al familiar en la práctica de cuidados que impliquen el uso del protocolo en el momento del alta de la persona enferma, generando de esta manera conductas con bases científicas que permitan la recuperación de su autocuidado y prevenir complicaciones y reingresos y, por último, llevar a cabo un seguimiento en el hogar, aplicando el IB, con el fin de continuar la evaluación del nivel de dependencia de estos pacientes.

## — REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández-López G. Historia clínica de enfermería: un instrumento de aprendizaje y mucho más. *Revista Cuidarte* [Revista en línea]. 2011 [acceso 14 de septiembre de 2013]; 2(1): 240-242. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/64/69>
2. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué son trastornos neurológicos? [Internet]. 2014 [acceso 30 de noviembre de 2013]. Disponible en: [www.who.int/features/qa/55/es/](http://www.who.int/features/qa/55/es/)
3. Gamal H. Trauma Craneoencefálico Severo: Parte I. *MEDICRIT Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica* [Revista en línea]. 2005 [acceso 8 de noviembre de 2013]; 2(7): 107-148. Disponible en: <http://www.medicrit.com/rev/v2n7/27107.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. [Documento en línea]. 2012 [acceso 30 de noviembre de 2014]. Disponible en: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2012/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/)

5. Marcano Oriah LI. Nivel de dependencia de pacientes con trastornos neurológicos egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida. Diciembre 2011-Septiembre 2012. [Trabajo de Especialista en Cuidado al Paciente en Estado Crítico]. Mérida: Universidad de los Andes. Escuela de Enfermería; 2012.
6. Rivas Rondón R. Diseño de protocolo de egreso para el cuidado de pacientes con afecciones neurológicas. Unidad de Cuidados Intensivos. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida. Marzo-Septiembre 2013. [Trabajo de Especialista en Cuidado al Paciente en Estado Crítico]. Mérida: Universidad de los Andes. Escuela de Enfermería; 2013.
7. Fernández AR. Efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio de Tunja-Boyacá, Colombia. [Tesis de Doctorado en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2010.
8. Campbell D, Stanley J. *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Argentina: Amorrortu editores; 2001.
9. Pineda E, Alvarado E. *Metodología de la investigación*. 3a ed. Washington: OPS-OMS; 2008.
10. Trigás-Ferrin M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicía Clin*. [Revista en línea]. 2011 [acceso 6 de abril de 2014]; 72(1):11-16. Disponible en: [www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf](http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf)
11. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. 4a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2008.
12. Barrero Solís CL, García Arrijoja S, Ojeda Manzano A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plast & Rest Neurol* [Revista en línea] 2005 [acceso 13 de abril de 2014]; 4(1):81-85. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice\\_de\\_barthel.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf)
13. Leno Gonzáles D, Fernández Mateos M, Leno Gonzáles JL, Lozano Guerrero MJ. Índice de Barthel: ¿Adecuado para planificar necesidades al alta hospitalaria? *Enfermería Global*. [Revista en línea] 2008 [acceso 18 de marzo de 2014]; 14:1-9. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/35901/34411>
14. Díaz Pérez A, Del Toro Rubio M, Zabaleta Torres M. Modelo integral para un programa de intervención educativa en salud: Diabetes Mellitus tipo II. *Revista Ciencia y Salud* [Revista en línea]. 2013 [acceso 12 de febrero de 2014]; 5(1). Disponible en: <http://revistas.curnvirtual.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/331>
15. Menéndez Noboa BE, Naranjo Vives HR. Participación familiar en el autocuidado del paciente diabético, con problemas cardiovasculares y renales crónicos. Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “Dr. Federico Bolaños Moreira”. [Internet] 2010 [Trabajo especial de grado]. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro. Facultad Ciencias de la Salud. [acceso 20 de marzo de 2014]; Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/2268>
16. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. *Modelos y teorías en enfermería*. 7a ed. España: Elsevier; 2011.

RESEÑA HISTÓRICA

# REVISTA ENFERMERÍA, HISTORIA E INVESTIGACIÓN (EHI): ORIGEN, DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

NURSING, HISTORY AND  
RESEARCH MAGAZINE (EHI):  
ORIGIN, DESIGN AND  
IMPLEMENTATION

POR **Alba Fernández**  
**Eduardo Sánchez**  
**María Vega**  
**Asdrúbal Velasco**

Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero.  
Escuela de Enfermería, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela  
[grupohistoriaypensamientoenfer@gmail.com](mailto:grupohistoriaypensamientoenfer@gmail.com)  
[revistaehi@gmail.com](mailto:revistaehi@gmail.com)

## RESUMEN

La revista Enfermería, Historia e Investigación (EHI) es una publicación electrónica avalada por el Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes de la Universidad de Los Andes (CDCHTA-ULA), surgió de la iniciativa de los miembros del Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero de la Escuela de Enfermería de la ULA con el objetivo de presentar una revista digital donde la comunidad de enfermería, profesionales de la salud y otros interesados publiquen y obtengan información sobre diversos tópicos humanísticos, científicos, académicos, asistenciales y gremiales. En su diseño se cumplió con siete fases, mientras que, para su ejecución se ha llevado a cabo cinco etapas. Actualmente, el comité editorial de la revista se encuentra en el proceso de producción y edición de los respectivos números a publicar.

**PALABRAS CLAVE:** Revista electrónica, enfermería, historia, investigación.

## ABSTRACT

The journal Enfermería, Historia e Investigación (EHI) is an electronic publication endorsed by the Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes of the Universidad de Los Andes (CDCHTA-ULA), it emerged from the initiative of members of the Group History and Thought Research Nurse, School of nursing ULA with the aim of presenting a digital magazine where the nursing community, health professionals and other interested parties publish and obtain information on various topics humanistic, scientific, academic, health care and trade. Its design was met with seven phases, while, in its implementation have been five stages. Currently, the magazine editorial committee is in the process of production and editing the respective numbers published.

**KEY WORDS:** Electronic journal, nursing, history, investigation.

## — INTRODUCCIÓN

En la disciplina de enfermería, la investigación es un proceso científico que genera conocimiento y cuyos hallazgos influyen directa o indirectamente en la práctica de la profesión. De Souza (2004) refuerza lo anterior al manifestar que a través de la investigación se logra el cuestionamiento y análisis de la realidad que permite hacer de la práctica cotidiana un acto de creación humana, convirtiéndose así en un elemento esencial en el desarrollo de una ciencia.

Al respecto, Alarcón y Astudillo (2007) refieren que la enfermería ha experimentado un importante desarrollo en los últimos años en Latinoamérica, proceso que se expresa en el aumento progresivo de escuelas de enfermería, diversidad de programas de postgrado, generación de sociedades científicas y una multiplicidad de congresos de divulgación disciplinaria, todas circunstancias que exigen a la enfermería de hoy reflexionar y profundizar acerca de su construcción como ciencia y disciplina.

De la misma manera, para Chaparro y otros (2008) la producción de la investigación en enfermería ha cambiado a la par del desarrollo conceptual y teórico de enfermería como ciencia. La investigación en enfermería cobra vida cuando hay apropiación social del conocimiento, manifestado a través de indicadores como las publicaciones, la formación de recurso humano, la organización y la participación en eventos de carácter académico que posibilitan comunicar y abrir el debate sobre los hallazgos obtenidos.

Sin embargo, en nuestro país, específicamente, la investigación es uno de los pocos campos desarrollados, posiblemente debido a que los trabajos de esta índole se realizan a nivel de pregrado y postgrado, pero por ser una exigencia como producto final para obtener el título universitario. En la mayoría de los casos, estos estudios no se divulgan, aun cuando muchos de ellos reciben el mérito de publicación.

Es lamentable que trabajos con excelente evidencia científica, que apuntan a la solución de diversos problemas de la práctica del cuidado y que pueden trascender a la salud de los usuarios, de la familia y de la comunidad, no formen parte de la contribución a la visibilidad de enfermería ante la sociedad venezolana.

Así que, tratando de transformar esta situación superable, los profesores integrantes del Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes (ULA): Eduardo Sánchez, Coordinador General; Alba Fernández, Coordinadora Científica; María Gregoria Vega de Peña, Coordinadora Administrativa y Asdrúbal Velasco, Coordinador Docente (FIGURA 1), se enorgullecen en presentar la revista *Enfermería, Historia e Investigación (EHI)*, ante la comunidad de la enfermería ulandina, venezolana y del mundo. Se fundamentan en la convicción de que al unir esfuerzos en un conjunto crítico que robustezca la pesquisa, se podrá aumentar la presencia de la disciplina ante el resto de los investigadores y de la sociedad.

Las revistas electrónicas en las ciencias de la salud, representan uno de los principales medios de comunicación científica y humanística. En ellas, los investigadores y los



FIGURA 1. GRUPO DE INVESTIGACIÓN  
HISTORIA Y PENSAMIENTO ENFERMERO

profesionales de esta rama, dan a conocer sus hallazgos o resultados de estudios, a fin de mantener informados a los interesados sobre temas inherentes a las diversas disciplinas.

Autores como Lana (2015) confirman lo expresado cuando mencionan que las nuevas posibilidades tecnológicas con la introducción en gran escala de las redes electrónicas en la comunicación desencadenaron una reconfiguración en este elemento afectando directamente la generación, diseminación y uso de la información científica. Agrega que, concretamente, en este proceso de comunicación por internet, el artículo científico (y su vehículo, la revista), principalmente, a partir de la institucionalización de la ciencia y la especialización de los saberes, se configuró como principal hito en la transferencia de la información en amplia escala. Sin embargo, resalta que, en la actualidad, el artículo científico se viene constituyendo en un recurso más de regulación de las actividades científicas (de los investigadores y de las instituciones) que una forma universal de comunicación del desarrollo de la ciencia.

Por ello, es fundamental entender que el quehacer profesional cotidiano (asistencial, académico, administrativo, investigativo y gremial), forma parte del espacio disponible para investigar. Este espacio se enriquece al estar adscrito a grupos y líneas de investigación, cuando se utilizan las teorías de enfermería, al desarrollar estudios a nivel de postgrado, en el dominio de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC's), así como al cultivo de otro idioma, entre otros aspectos; elementos que concuerdan con Chaparro y otros (2008), nombrados en párrafos anteriores.

En concordancia con lo anterior, la revista **EHI**, está destinada a la difusión del conocimiento generado por los investigadores en enfermería, así como, por otras profesiones vinculadas al cuidado humano, que estén conscientes de la importancia del fortalecimiento de la profesión y de la disciplina en el país. Así que, el objetivo de este artículo es presentar el origen, diseño e implementación de la revista **Enfermería, Historia e Investigación (EHI)**.

## — ORIGEN

El origen de la revista **EHI** parte de la iniciativa del Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero, adscrito al Departamento Médico Quirúrgico de la Escuela de Enfermería de la ULA, reconocido por el Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes de la Universidad de Los Andes (CDCHTA-ULA) como organismo dependiente del Vicerrectorado Académico, bajo el código: ZG-HPE-M-01-11-06 de fecha 07/07/11, y el Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería Venezolana, basados en las líneas de investigación: Historia de la Enfermería en Venezuela y Proceso Enfermero.

La misión del grupo se fundamenta en promover un espacio de encuentro académico que tiene como propósito la reflexión, discusión, diálogo, investigación e intercambio sobre aspectos relativos a la investigación en enfermería. Está dirigido a estudiantes, profesionales y docentes de las diversas instituciones encargadas de la enseñanza de la enfermería y otros interesados en la materia. Su visión es ser líder en promocionar acciones investigativas a nivel nacional e internacional dirigidas a la búsqueda constante del conocimiento sobre la historia de la enfermería, del proceso enfermero, así como, otros temas de interés que fortalezcan la profesión y la disciplina.

Dentro de los objetivos del grupo están:

- Impulsar la investigación de la historia y el proceso de enfermería en Venezuela y el mundo.
- Desarrollar proyectos de investigación e intercambio científico en enfermería con otros centros o instituciones educativas a nivel nacional e internacional.
- Crear un centro de documentación.
- Organizar cursos, talleres, entre otras actividades que fortalezcan la investigación.

A fin de cumplir con algunos de los objetivos expuestos, la revista EHI tiene como propósito, divulgar artículos originales e inéditos, notas científicas, casos clínicos, reseñas históricas, ensayos, revisiones documentales, entre otros; relacionados con las líneas de investigación citadas, aportados por los investigadores, estudiantes universitarios,

profesionales, comunidad y público en general con información científica, humanística y tecnológica; local, regional, nacional e internacional, enfocada en la ciencia de la enfermería y otros ámbitos de interés para la salud.

## — DISEÑO

El diseño de la revista **EHI**, pasó por siete fases.

- La primera fase, consistió en presentar la propuesta mediante una solicitud formal de la conformación de la misma ante el CDCHTA.
- En la segunda fase, se asistió a las asesorías convocadas por el Programa de Publicaciones del CDCHTA relacionadas con el directorio de dependencias, apoyo y edición de revistas digitales; lineamientos básicos para la edición digital; directorio personal y proveedores de la producción editorial; criterios de calidad y edición de revistas científicas, directrices, modelos de evaluación, de tal forma que los editores en su implementación, ejecuten mediante la edición digital el cumplimiento de los estándares de excelencia y calidad de la revista.
- En la tercera fase, se enviaron solicitudes de colaboración en el proceso de arbitraje a profesores de universidades de Colombia, Panamá, México y España. Igualmente, se trabajó con el personal del repositorio institucional de la ULA (SABER-ULA), suministrándole información para el diseño de la versión electrónica (portada, editorial, artículos, normas, entre otros).
- En la cuarta fase, se realizó el trámite del depósito legal ante la Biblioteca Nacional, quedando con el código ppi201502ME4601, bajo la modalidad semestral.
- Durante la quinta fase, fue aprobado el 13 de septiembre del 2015 el proyecto con el aval del Programa de Publicaciones del CDCHTA-ULA para el trámite respectivo acerca de la publicación del primer número.
- En la sexta fase, se revisó la versión final en el sitio web de SABER-ULA, siendo el Volumen 1, N° 1, año 2014 (**FIGURA 2**) conformado por la editorial, los contactos, las políticas, los datos para envíos, otros y cuatro artículos de reseña histórica titulados: *María Baudilia Rivas Belandria “Doña Maruja” (1921-1989). Emérita de la Enfermería venezolana; Amadora Zavala (1919-). Primera Directora de la Escuela de Enfermería, Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela; Ana Dolores Guillén Guillén “Lolita” (1935-). Entre Décadas; La representación de los cuidados enfermeros través del arte.*
- En la séptima fase, se firmó a los 22 días del mes de octubre del 2015, el Contrato de Subvención N° SUB PR 15-009, entre la ULA (Rector Mario Bonucci) y el Editor Subvencionado (Prof. Eduardo Sánchez).

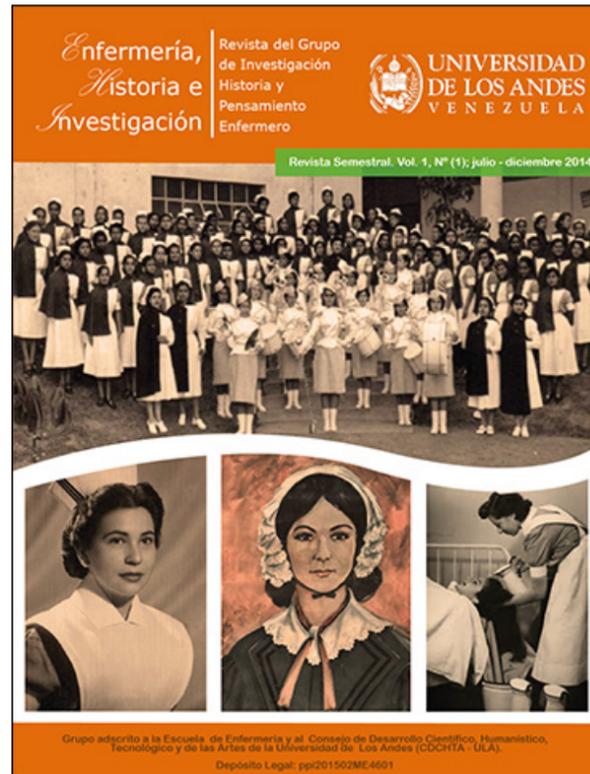


FIGURA 2. PRIMERA EDICIÓN REVISTA EHI

## — IMPLEMENTACIÓN

Asimismo, la implementación de la revista **EHI**, incluyó cinco etapas.

- La primera etapa, consistió en presentarla al público en el III Congreso de Historia de la Enfermería, realizado en la ciudad de Mérida los días 6 y 7 de noviembre del 2015.
- En la segunda etapa, se difundió el enlace de la revista (<http://erevistas.saber.ula.ve/enfermeria>) por diversos medios, entre ellos, correos electrónicos, redes sociales; comunicaciones escritas, entrevistas personales, entre otros.
- La tercera etapa, radicó en la capacitación de la directora y al editor de la revista por parte del personal de SABER-ULA, acerca del manejo de algunas herramientas relacionadas con las futuras ediciones digitales de la revista. Este paso, permitió que el comité editorial maneje la herramienta de software libre, el Open Journal Systems (OJS), las que facilitan realizar toda la gestión editorial en línea, logrando así hacer visible el patrimonio intelectual e investigativo de nuestra disciplina.
- En la cuarta etapa, mediante este taller se realizaron los ajustes a la primera edición y se está trabajando en las ediciones pendientes. Estos próximos números servirán para la gestión del Número Internacional Normalizado de

Publicaciones Seriadas (ISSN, por sus siglas en inglés, International Standard Serial Number) ante la Biblioteca Nacional.

- En la quinta etapa, se bautizó la revista, el 20 de junio del 2016, durante el desarrollo de la programación de la XIX Feria del Libro Universitario (FILU 2016), coordinada por el Consejo de Publicaciones, dependencia adscrita a la Secretaría de la ULA.

Una vez cumplidas estas etapas de diseño e implementación, seguiremos trabajando en las próximas ediciones, con la finalidad de aportar a la difusión del conocimiento de Enfermería, de otras profesiones relacionadas con las ciencias de la salud y demás interesados. Por lo tanto, la invitación está hecha para que los estudiantes y los profesionales difundan lo que están haciendo, lo que se puede lograr con constancia, motivación, perseverancia y teniendo presente las normas exigidas por la revista, en este caso, la **EHI**, para que pueda observar su trabajo publicado en un corto plazo.

## — NOTA FINAL

La revista **EHI**, está destinada a la divulgación del conocimiento generado por los investigadores en enfermería, en trabajos científicos, humanísticos, tesis de pregrado y postgrado, revisiones documentales, entre otros; así como por los productos obtenidos de otras profesiones vinculadas al cuidado humano, que estén conscientes de la importancia del fortalecimiento de la profesión y de la disciplina en el país.

## — REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, A. y Astudillo, P. (2007). La investigación en enfermería en revistas latinoamericanas. *Cienc. enferm.* [Revista en línea], 13(2), 25-31. Disponible:[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532007000200004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000200004) [Consulta: 2015, mayo 10].
- Chaparro, L., Pardo, Y., Céspedes, V., Fernández, A., Salazar, Á., Caro, V. y López, A. (2008). Un análisis de la producción investigativa de la enfermería colombiana: desde la socialización en dos eventos nacionales. *Kaana-úai "Cuidar de la vida"*, 3(2), 9-16.
- De Souza, M. (2004). *El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar.
- Lana, F. (2015). Proceso de comunicación científica en enfermería. *Rev Gaúcha Enferm.* [Revista en línea], 36(3), 12-13. Disponible: [http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n3/es\\_1983-1447-rgenf-36-03-00010.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n3/es_1983-1447-rgenf-36-03-00010.pdf) [Consulta: 2015, mayo 12].

# DIPLOMADO DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

Enfermería constituye, sin duda alguna, el profesional del equipo de salud, que puede impactar más decidida y profundamente en la atención y el cuidado de las personas de edad avanzada, por su gran espíritu de colaboración y sensibilidad humana, cualidades que unidas a la preparación académica, lo capacita para ofrecerle a este grupo, las oportunidades de bienestar y dignidad que se merece dentro de la sociedad. En concordancia con lo expuesto, el Departamento de Enfermería en Fundamentos, Clínica y Quirúrgica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, propone el Diplomado en Enfermería Gerontológica, con la finalidad de aportar los conocimientos al personal de enfermería sobre el envejecimiento y las habilidades en el cuidado integral de los adultos mayores que le permita prevenir los numerosos problemas que más se le presentan, tales como enfermedades crónicas, depresión, limitaciones físicas y mentales, dependencia, entre otros; y se logre el rescate de la dignidad y de la calidad de vida de este importante grupo poblacional.

**Misión:** Capacitar al personal de enfermería en el cuidado integral del adulto mayor tanto en el área intrahospitalaria como en el hogar, asegurando un trato con dignidad y una mejor calidad de vida.

**Visión:** El Diplomado en Enfermería Gerontológica será líder en la constante capacitación del personal de enfermería con elevada calidad en el cuidado integral del adulto mayor a nivel local, regional, nacional e internacional.

**Objetivos:**

1. Desarrollar en los participantes competencias cognitivas, éticas y humanas para ofrecer el cuidado de calidad que amerita el adulto mayor.
2. Actualizar y profundizar los conocimientos acerca del envejecimiento.
3. Mejorar o perfeccionar las habilidades en el cuidado del adulto mayor.
4. Desarrollar habilidades de comunicación con los familiares que propicie la colaboración en la atención del adulto mayor.

**Requisitos de ingreso:**

- Ser Técnico Superior o Licenciado en Enfermería. Extensivo a profesionales de la salud interesados en la temática (Fotocopia del título expedido por una universidad nacional o internacional acreditada).
- Fotocopia de la Cédula de Identidad.
- Una fotografía tamaño carnet.
- Recibo de cancelación de la inscripción.
- Disponer de tiempo para cursar exitosamente el Diplomado.

**Requisitos de egreso:**

- Aprobación del Diplomado con 15 puntos.
- Cumplimiento de la metodología evaluativa.
- Cumplimiento de los trámites administrativos.

**Modalidad:** 1. Presencial (clases teóricas y prácticas). 2. Semipresencial (tres encuentros). 3. A distancia. De acuerdo a la modalidad será la programación de actividades.

**Duración:** 120 horas.

**Título que se otorga:** Diplomado en Enfermería Gerontológica.



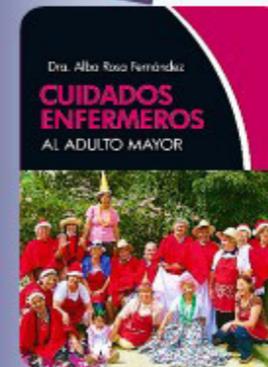
# DIPLOMADO EN ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

Modalidad a distancia

**INCLUYE:** Módulos digitalizados + asesorías+ credencial de 120 horas avaladas por la ULA + libro de la Dra. Alba Fernández (Coordinadora).

**UNIDADES**

- ✓ Aspectos generales sobre el adulto mayor
- ✓ Envejecimiento
- ✓ Cambios asociados al envejecimiento
- ✓ Cuidados al adulto mayor
- ✓ Proceso Enfermero en Gerontología
- ✓ Familia y adulto mayor



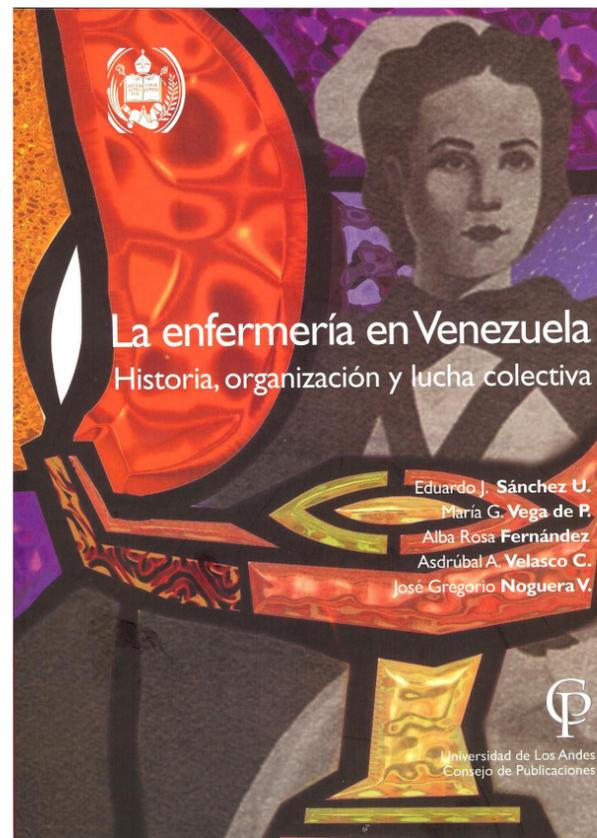
**INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN:**

- ✓ **Duración:** 3 meses (12 encuentros).
- ✓ **Inscripción:** Escuela de Enfermería de la ULA. Departamento de Enfermería en Fundamentos y Clínica y Quirúrgica **Teléf. 0274-2403038 0424-7703689**
- ✓ **Requisitos:** Carpeta con fotografía, fotocopia de cédula, fotocopia de título de TSU o Lcdo. en Enfermería e impresión del primer depósito.

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

# LA ENFERMERÍA EN VENEZUELA. HISTORIA, ORGANIZACIÓN Y LUCHA COLECTIVA

POR EDUARDO J. SÁNCHEZ U., MARÍA G. VEGA DE P.,  
ALBA ROSA FERNÁNDEZ, ASDRÚBAL A. VELASCO C.  
y JOSÉ GREGORIO NOGUERA V.



168 páginas

Editado por el Consejo de Publicaciones

de la Universidad de Los Andes

Colección: Ciencias de la Salud

ISBN: 978-980-11-1441-3

Mérida, Venezuela, 2011

La historia de la enfermería se remonta a las primeras épocas de la humanidad, pero solo hace unos pocos siglos empezó a institucionalizarse la atención al enfermo. Antes se consideraba que las enfermedades se producían por influencia de espíritus malignos. Posteriormente se reflexionó acerca de la necesidad de atender a las personas enfermas en un sitio adecuado. Este paso dio origen a la organización de establecimientos para el cuidado de la salud. La revisión de las investigaciones sobre la temática de la historia de la enfermería, demuestra el interés de la disciplina por estudiar sobre ese aspecto. Sin embargo, hasta el momento, en la búsqueda realizada en Venezuela, existe un vacío al no encontrar textos enfocados en la materia histórica de la profesión. Haciendo una descripción general de la presente obra, en Venezuela los estudios de enfermería estuvieron estrechamente conectados al proceso histórico, social, político, económico propio del país y a la organización del sistema de salud. De esta manera, resulta novedoso e innovador este texto, pues sería la primera que trata sobre la historia, organización y lucha colectiva de la enfermería en el contexto venezolano, sirviendo de consulta y de base para futuras investigaciones. En la recolección de la información cada uno de los autores procedió a la búsqueda minuciosa en diferentes fuentes, tales como: personas, registros de instituciones de educación universitaria, archivos fotográficos, periódicos, libros, artículos de revistas, consulta de páginas Web, entre otros. Esta obra se desglosa en cuatro capítulos. El Capítulo I, comprende desde el inicio de la enfermería en el período precolombino, pasando por su institucionalización, hasta el abordaje de los cambios educativos y su influencia en la profesión. En el Capítulo II, se trata el aspecto relativo a la enfermería comunitaria. Asimismo, el Capítulo III, se enfoca en la actividad gremial de la enfermería y por último, en el Capítulo IV, se aborda la etapa de la profesionalización.

La revista **Enfermería, Historia e Investigación (EHI)**, como órgano divulgativo del Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero, a través de su Comité Editorial considerará como publicable todo artículo original e inédito, producto de investigación científica y tecnológica, notas científicas, reflexiones sobre un problema o tema particular, casos clínicos, resultados preliminares de investigación, revisiones documentales históricas y actualizadas, evidencias y comunicaciones de la práctica, resúmenes de ponencias, reseñas bibliográficas, traducciones o transcripciones de interés y otros que cumplan con los lineamientos establecidos por el Comité Editorial. Para lograr uniformidad en la organización y contenido de los artículos y optimizar el trabajo del Comité Editorial, se deben tomar en cuenta las siguientes normas:

1. Documento digital escrito en formato Microsoft Word, fuente de la letra tipo Arial o Times New Roman, tamaño N° 12, páginas no numeradas, tamaño carta, interlineada a 1,5 espacio, márgenes justificadas. El artículo no debe tener más de quince cuartillas (con excepciones) y se recomienda revisar cuidadosamente el estilo, la ortografía y la sintaxis.
2. Redactar y enviar carta dirigida al Consejo Editorial indicando su interés en publicar en la revista EHI y declarando que el trabajo no ha sido ni será enviado para publicación a otra revista u otro medio de difusión, ni hay conflicto de intereses entre los autores.
3. Todos los artículos enviados al Comité Editorial, deben contener: título en español e inglés, en minúsculas y en negrita; nombres y apellidos del autor (es); abreviatura del grado académico, entre paréntesis. En un párrafo aparte: profesión, institución de origen, ciudad, país y dirección electrónica.
4. Los artículos de investigación científica y tecnológica deben contener un resumen en castellano y en inglés, el cual debe ser de tipo informativo (objetivo, metodología, resultados y conclusiones), en un solo párrafo, a espacio sencillo, en una hoja separada y con no más de 300 palabras; deben incluir de 3 a 5 palabras clave. Si corresponde a otro tipo de artículo, constará de una síntesis del contenido del mismo; con no más de 200 palabras y de 3 a 5 palabras clave.
5. Se recomienda usar el siguiente esquema en la organización del artículo de investigación científica y tecnológica: introducción, objetivo, metodología, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones (opcional) y referencias. Si corresponde a otro tipo de artículo: introducción, contenido, nota final o conclusiones, créditos o agradecimiento (opcional) y referencias.
6. Cuando se requiera el uso de símbolos y abreviaturas, en primera instancia se señala el nombre completo y entre paréntesis se colocan las siglas. Si se incluyen en el artículo nombres de fármacos, se empleará su denominación genérica o química, seguida de la comercial, correctamente escrita entre paréntesis la primera vez que se use en el texto.
7. Las referencias del artículo deben seguir las normas de la American Psychological Association (APA) o Vancouver.
8. Las ilustraciones (fotografías y/o figuras digitales) deben ser enviadas en un formato de imagen de alta resolución, en un archivo adjunto, separadas del contenido del artículo. Las mismas deben estar identificadas con el número y nombre correspondiente y señaladas en el texto.
9. Las tablas y gráficos deben seguir las normas APA o Vancouver y aparecer en el texto.
10. Los artículos sometidos para su aceptación, deben incluir las consideraciones éticas, si fuera necesario. No pueden contener cualquier tipo de ofensas o discriminación a personas, etnias o ideologías.
11. La revista no se hace responsable con lo dicho por los autores en los artículos. El contenido, afirmaciones y recomendaciones realizadas solo son responsabilidad de los autores.
12. Cada trabajo será críticamente revisado por el Comité Científico y de Arbitraje o por especialistas si se considera necesario, usando el sistema doble ciego. En caso de existir observaciones por parte del jurado, el artículo será devuelto al autor o autores para la correspondiente revisión. La aceptación o no del artículo, dependerá del cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Comité Editorial, notificándose la decisión al autor o autores.
13. Para someter su artículo a revisión deberá enviarlo al siguiente correo electrónico: revistaehi@gmail.com a nombre del Comité Editorial EHI.

### Lista de comprobación de preparación de envíos

Como parte del proceso de envío, los autores deben verificar que su envío cumpla con todos los siguientes elementos:

1. El artículo no ha sido publicado previamente, ni se ha presentado para posible publicación a otra revista.
2. El archivo enviado está en formato Microsoft Word.
3. Se han añadido las direcciones web correctamente en las referencias.
4. El texto tiene interlineado 1,5; el tamaño de fuente es 12 puntos, el tipo de letra es Arial o Times New Roman. Usa cursiva en vez de subrayado.
5. Todas las ilustraciones están en un archivo adjunto, separadas del contenido del artículo, identificadas con una numeración y un título.
6. El texto cumple con los requisitos de estilos gramaticales, ortográficos y de redacción. Igualmente, con los elementos bibliográficos según las normas indicadas.

