



REVISTA
Cuidado & Ocupación Humana

VOL. 8-II 2019



ISSN 2322-6781



Facultad de Salud
Universidad de Pamplona
Pamplona, Colombia
ISSN 2322-6781.
Volumen 8-II
2019

RECTOR

PhD.IVALDO TORRES CHÁVEZ

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN

PhD. OSCAR EDUARDO GUALDRÓN GUERRERO

VICERRECTORA ACADÉMICO

PhD. LAURA PATRICIA VILLAMIZAR
CARRILLO

DECANO FACULTAD DE SALUD

Dr. RAÚL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

**DIRECTORA DE DEPARTAMENTO DE
TERAPIA OCUPACIONAL**

Dra. MAGDA MILENA CONTRERAS J.
dto@unipamplona.edu.co

**DIRECTORA DE DEPARTAMENTO DE
ENFERMERÍA**

Mg. JUDITH PATRICIA MORALES V.
dcuidados@unipamplona.edu.co

EDICIÓN Y COORDINACIÓN GENERAL
DEPARTAMENTOS DE TERAPIA OCUPACIONAL
Y ENFERMERÍA.

HECHO EN COLOMBIA

Made in Colombia
Revista Cuidado y Ocupación Humana
Versión digital – ISSN- 2322-6781
rcoh@unipamplona.edu.co

PAGINAS WEB

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

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

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
CIUDADELA UNIVERSITARIA
PAMPLONA, NORTE DE SANTANDER
COLOMBIA
TELÉFONO
5685303B5685304B -5685305FAX: 5682750
3186516054

www.unipamplona.edu.co

COMITÉ EDITORIAL

Esp. CARLOS ALBERTO YAÑEZ SERRANO

Esp. ANDREA PEDRAZA MENDOZA

COMITÉ CIENTÍFICO

PhD. MAGDA MILENA CONTRERAS JAUREGUI
Universidad de Pamplona

Dra. SANDRA VERÓNICA VALENZUELA SUAZO
Universidad de Concepción - Chile

Dra. OLIVIA INÉS SANHUEZA ALVARADO
Universidad de Concepción - Chile

Dra. MARÍA NELCY MUÑOZ ASTUDILLO
Fundación Universitaria del Área Andina

Dra. JOSÉ GERARDO CARDONA TORO
Fundación Universitaria del Área Andina

Dr. MARCO FREDDY JAIMES L.
Docente Unipamplona

Mg. MARTHA JUDITH ARISMENDI
Magisterio docente, grupo CISMAG.

Mg. EDGAR MARTÍNEZ ROSADO
Grupo salud Santander – UIS

Mg. JENNIT LORENA CÓRDOBA CASTRO
Universidad de Pamplona

Mg. JAVIER MARTÍNEZ TORRES
Universidad de Antioquia

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

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en los artículos son propiamente de
los autores, y no coinciden necesariamente con las de
editores y/o directores de la revista.



Presentación

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

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

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



Editorial

Los Departamentos de Terapia Ocupacional y Enfermería de la Universidad de Pamplona en su trayectoria académica e investigativa desde el año 2005, han hecho hincapié en la formación de profesionales en las áreas de salud, educación, industria, rehabilitación psicosocial y comunitaria así dando abordaje total a las áreas diversas áreas y profesiones del ejercicio profesional, permitiéndonos ser programas innovadores y con trabajo interdisciplinario, que trascienden en la historia profesional de la región y del País.

La revista de Cuidado y Ocupación Humana, es una revista de divulgación digital de acceso libre, que anualmente publica un volumen con artículos inéditos, cuyo objetivo principal es hacer circular y visibilizar en el menor tiempo posible trabajos recientes evaluados anónimamente por pares científicos y metodológicos que ratifican la calidad de la información publicada, siendo este un medio de exaltación y reconocimiento al trabajo de investigadores externos, docentes y estudiantes, que alimenten la academia y las disciplinas científicas, para mantener en pie una idea que surgió de la necesidad de crear un medios de divulgación científica regional de estos programas, y que hoy por hoy se posiciona como una herramienta trasdisciplinaria facilitando una mayor visualización.

Es así como en concordancia con el currículo y el proyecto educativo de la Universidad de Pamplona y los programas, se facilita a todos los posibles autores, la divulgación de su gestión en la investigación formativa, y procesos prácticos ligados a la complejidad de la generación de productos finales innovadores como artículos, cartillas, protocolos, guía, relatorías, estudios de caso, protocolos, teorías, etc. Es allí en donde la revista se dirige prioritariamente a los investigadores del sector salud, educación y a fines, interesados en el estudio y mejora de los procesos de salud integral, rehabilitación y el desarrollo humano integral; desde una perspectiva abierta a la innovación, con fundamento científico, crítico e investigativo; así mismo a la comunidad académica estudiantes y docentes, que quieran dar mayor visualización a los resultados de sus proyectos, con la intención de brindar información técnica veraz, que facilite la adquisición de competencias investigativas básicas para realizar el tránsito del conocimiento, lo que facilita la incursión en el mundo investigativo y de profundización profesional; impactando el desarrollo de las ciencias, propendiendo la evolución técnica y científica del área disciplinaria, para facilitar la trasdisciplinariedad y generar impacto a nivel local, regional, nacional e internacional en el desempeño ocupacional.

Es por esto que a través de este medio de divulgación del conocimiento científico y técnico profesionales, estudiantes y docentes, del área de la salud, la educación, las ciencias sociales, desarrollo humano y áreas a fines, pueden compartir sus experiencias investigativas, dando una visibilidad nacional e internacional, a sus trabajos de campo, investigaciones, estudios de caso y demás producciones científicas, con énfasis en las nuevas tendencias de la investigación parametrizados por los entes de creación del conocimiento.

Comité Editorial
Revista Cuidado y Ocupación Humana UNIPAMPLONA



Contenido

- **Entorno social y sentimientos de soledad en adultos mayores institucionalizados**
Hernández V.*; Solano N.**; Fernández R.***

- **Interculturalidad y la identidad ocupacional en migrantes venezolanos**
Rodríguez W.*; Torres A.**; Duque F.***

- **Prescripción de tecnología, competencia del terapeuta ocupacional**
Duarte S.*, Mendoza L.**, Tinoco M.***, Yaima J.****

- **El arte como instrumento para el desarrollo de las habilidades sociales en niños pertenecientes a la fundación cultivarte**
Bonilla P.*; Posada C.**

- **Vulnerabilidad familiar en salud**
Rodríguez C.*; Serrano M.**; Urbina L.***; Vélez W.****; Almeida Y.*****; Herrera K.*****; Parra M. *****

- **Medidas de comodidad que brinda la enfermera al adulto con deterioro de la ambulación**
Garcez G.*; Galvis N.**

- **Hábitos de vida saludable y participación socio-ciudadana en barrios sub-urbanos del perímetro rural**
Chacón L.*, Velandia D.**, Monroy A.***



ENTORNO SOCIAL Y SENTIMIENTOS DE SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

SOCIAL ENVIRONMENT AND FEELINGS OF LONELINESS IN INSTITUTIONALIZED OLDER ADULTS

Para citar este artículo:

Hernandez V.; Solano N.; Fernandez R.(2019). Entorno social y sentimientos de soledad en adultos mayores institucionalizados. *Revista Cuidado y Ocupación Humana Vol.8-II*.

Viviana Karina Hernández Vergel*

Natalia Solano Pinto**

Raquel Fernández Cézar***

RESUMEN

El envejecimiento se caracteriza por la sucesión de diferentes cambios físicos, mentales, individuales y colectivos. Sin embargo, se asocia específicamente con la persona de edad mayor, quien experimenta una serie de vivencias que pueden conducir a la soledad. El ambiente donde se desenvuelven y las relaciones con los demás son factores primordiales en el desarrollo socio-afectivo. Esta investigación evaluó la relación existente entre los sentimientos de soledad en la familia y del ambiente social de las personas de la tercera edad institucionalizados desde un enfoque descriptivo, cuantitativo, a partir de una muestra no probabilística, mediante la aplicación de dos instrumentos, uno de medición de soledad social y el registro de observación única del Modelo de la Ocupación Humana que evalúa la participación ocupacional de la persona dentro del entorno social. Al validar la posible relación entre estas variables se concluyó que diversos aspectos físicos muestran la vulnerabilidad de las personas mayores desencadenando en ellos sentimientos de dependencia y soledad.

PALABRAS CLAVE: sentimiento de soledad, entorno social, adulto mayor.

ABSTRACT

Aging is characterized by the succession of different physical, mental, individual and collective changes. However, it is specifically associated with the elderly person, who experiences a series of experiences that can lead to the appearance of the loneliness effect. The environment where they develop and relationships with others are key factors in socio-affective development. This research seeks to evaluate the relationship between feelings of loneliness at the family level and the social environment of institutionalized senior citizens from a descriptive approach at a quantitative level, from a non-probabilistic sample, through the application of two instruments, one measuring social solitude and the other, the single observation record of the Human Occupation Model that evaluates the occupational participation of the person within the social environment. From the results it is concluded that by validating the possible relationship between these variables, it was determined that diverse physical aspects show the vulnerability at this age, triggering feelings of dependence and loneliness, due to the context where it is found.

KEYWORDS: Feelings of loneliness, social environment, older adult.



INTRODUCCIÓN

La evolución vital de las personas en la etapa del envejecimiento, no se reduce solo a un proceso biológico, sino que implica una serie de factores psicológicos, sociales e incluso culturales (Alvarado García y Salazar Maya, 2014). Por eso se encuentra muy seguido en los adultos con igual de edad, pero cuyo proceso general de salud y estado de bienestar ante la vida hace en las personas que se sientan más jóvenes que otras. En este sentido, el envejecimiento debe analizarse en el contexto total en el que se produce, pues la naturaleza humana es compleja y abarca dimensiones tales como la biológica, cultural, social, mental y espiritual. Igualmente, complejas son las sociedades en las que habitan, que integran factores ecológicos, ambientales y económicos (Rosa et al., 2003).

Por otra parte, es preciso recordar que el envejecimiento no es una enfermedad, aunque con frecuencia el estado de salud se resienta o las personas mayores sea vuelvan más vulnerables a sufrir dolencias (González César y Ham Cahnde, 2007). También hay que considerar la relación entre salud y bienestar, pues ese último tiene un importante componente subjetivo que influye sobre la primera (Villar et al., 2003). El bienestar, como resultado, esta relaciona con la percepción positiva de la vida de una persona y las características de su entorno, y aunque está relacionado con aspectos externos tales como independencia económica, autonomía funcional o asistencia sanitaria adecuada y oportuna, también se vincula con la satisfacción de la vida social, la participación en actividades con personas y espacios diferentes del entorno familiar y tener motivación para emprender nuevos proyectos (Meléndez et al., 2009).

En relación con lo anterior, puede afirmarse que el envejecimiento es un proceso individual y colectivo a la vez, tal como lo menciona Triadó, Osuna, Resano y Villar (2003) “en el sentido que se produce en la persona, pero está estrechamente vinculado a la sociedad en que ella vive, e influido por la calidad de vida, por los modos de vida y por la valoración social que se hace de las personas a partir de una

determinada edad” (p. 155). En este mismo sentido, el trabajo de Terracciano et al. (2008) resaltan la importancia de los roles sociales que desempeña el ser humano en cada fase de su vida.

Una de las circunstancias que con frecuencia se hace presente durante el envejecimiento es la soledad o el sentimiento de soledad, que no es exactamente lo mismo. Tal como lo afirma Puig Llobet et al. (2009): “La soledad es la experiencia subjetiva que se produce cuando no se está satisfecho o cuando las relaciones de una persona con otras son insuficientes. Por ello se puede distinguir la soledad objetiva (falta de apoyo y compañía) de la soledad subjetiva (percepción de sentirse solo)”.

En un sentido objetivo, la soledad es la falta de compañía, lo cual no es necesariamente negativo. Todo el mundo tiene necesidad de enfrentarse a sí mismo de vez en cuando, bien sea para reflexionar privadamente sobre determinados asuntos (toma de decisiones trascendentales o evaluación de situaciones complejas), bien para resolver tareas que deben desarrollarse individualmente (preparar un examen o la lectura de una obra literaria). También ciertos oficios y profesiones requieren de momentos y temporadas de soledad (como los períodos creativos de los artistas) o incluso de la mayor parte del tiempo (religiosos de clausura). En todos estos casos, se trata de una soledad elegida. Por otra parte, la necesidad de compañía de otra persona no siempre es la misma: hay quienes no soportan estar solas y en consecuencia deben ir acompañadas hasta para las tareas más simples y hay quienes, aun siendo individuos perfectamente sociales y adaptados al entorno, eligen pasar horas del día (e incluso varios días) sin compañía, o si les toca por alguna circunstancia, tampoco les pesa. Ir al cine o viajar solos no les representa un problema, aunque tampoco les resulte desagradable hacerlo con amigos, pareja o parentes.

En un sentido individual, la soledad es un sentimiento apesadumbrado de exclusión, de estar al margen del mundo de la interactividad social. Es, en palabras de Madoz (1997) “una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para



las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales, o para lograr intimidad emocional". En este sentido, es un lastre, porque no ha sido el producto de una decisión y la persona desearía no hallarse en esta situación. Las consecuencias de este estado son muy negativas, y van desde la depresión (en todos sus grados) hasta el extremo de la enfermedad física terminal (Arranz et al., 2009).

La soledad del anciano puede venir dada por distintas causas. La principal suele ser la muerte de la pareja, pero también porque los hijos se han hecho mayores y viven sus propias vidas con independencia, porque el trato con ellos y el resto de la familia se ha hecho menos frecuente, porque la salud (sobre todo si hay limitaciones de movilidad) dificulta la vida social (Cardona, 2006) o porque con la edad las personas se jubilan o ya no encuentran trabajo.

Por otra parte, la soledad puede ser fundamentalmente una percepción, y en este sentido es experimentada por personas que aun estando con otras se reconocen solas porque se sienten incomprendidas, porque según su opinión no se las escucha, no se les presta atención ni se les dedica tiempo, y cuya opinión, incluso en asuntos que les conciernen directamente, es con frecuencia ignorada. En el caso de los ancianos, esta sensación de soledad puede sucederse incluso en el entorno familiar y viviendo bajo el mismo techo con parientes (Ferrari, 2015). Por una parte, los horarios y la dedicación a la convivencia familiar no coinciden. En efecto, la falta de tiempo de los miembros de la familia que trabajan o estudian contrasta con el número de horas ociosas de la persona mayor. Además, los intereses tienden a ser cada vez más distantes: las personas que se encuentran en activo están en interacción constante con la realidad cambiante; las personas que están limitadas por la enfermedad o la discapacidad, aunque sea parcial, se van quedando desfasadas de las innovaciones. Por ello, las conversaciones de los mayores se concentran con frecuencia en la queja acerca de lo mucho que ha cambiado (para mal, porque no lo comprenden bien) el mundo actual o en el estado de su propia y frágil salud.

Como es natural, estos temas no interesan especialmente a la gente más joven y la brecha

generacional se ensancha. A ello hay que sumar que parte del envejecimiento tiene que ver con la ralentización de las capacidades físicas, pero también mentales, con lo cual un adulto mayor precisa a menudo de mayor tiempo para tareas incluso simples y se hace menos flexible en sus opiniones y juicios. Obviamente, todo lo anterior desencadena con relativa frecuencia conflictos familiares de distinta naturaleza que aíslan a al anciano dentro de su propia familia y le hacen experimentar sentimientos de soledad.

Esta situación se agudiza si el adulto mayor es internado en una institución destinada al cuidado de personas de la tercera edad. En efecto, frente a la costumbre de numerosos países europeos, en el ámbito hispanoamericano no existe tradición de institucionalizar a las personas mayores. Y cuando se hace, los mayores suelen sentirse como una carga de la que sus parientes desean deshacerse y estos parientes, culpables por no ocuparse personalmente de quienes cuidaron de ellos en su infancia (Estrada Restrepo et al., 2013).

En este contexto, el propósito de esta investigación ha consistido en evaluar la relación existente entre los sentimientos de soledad a nivel familiar y el ambiente social de las personas mayores institucionalizados en la ciudad de Cúcuta, Colombia.

METODOLOGÍA

Naturaleza del estudio

El presente estudio investigativo es de naturaleza cuantitativa con un enfoque descriptivo. Los datos se recolectaron mediante observación sistemática en el lugar donde viven cotidianamente los adultos mayores; se destaca que la investigación adopta un diseño de estudio de campo. En primer término, se analizan las características de los participantes en función de las variables principales del estudio: sentimientos de soledad y entorno social. El análisis descriptivo conlleva a la evaluación de posibles relaciones de dependencia entre los distintos indicadores asociados a las variables de interés. Dada la naturaleza de los datos y el tamaño de la muestra se hace uso de estadísticos adecuados



para variables categóricas que adoptan técnicas no paramétricas de análisis estadístico.

Participantes

Con el fin de delimitar un contingente abarcable, se ha determinado como población el conjunto de adultos mayores institucionalizados en el Hogar Geriátrico Almax, ubicado en la ciudad de San José de Cúcuta. Se trabajó con la mayor cantidad posible de adultos institucionalizados. En consecuencia, la muestra se tomó de forma no probabilística recurriendo a la técnica de muestreo por conveniencia, dado que el investigador ha establecido como criterio de inclusión seleccionar aquellos adultos mayores que garanticen la obtención de testimonios consistentes y confiables. La muestra definitiva del estudio estuvo conformada por 26 adultos mayores a los que se le aplicaron los instrumentos elegidos por su idoneidad para observar los sentimientos de soledad y las variables asociadas al entorno social de cada uno de los participantes.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La aplicación y adaptación de escalas psicométricas y de variables asociadas a la salud física y mental ha cobrado gran interés en el ámbito colombiano, desarrollando aplicaciones a nivel laboral, educativo y en el ambiente de las personas mayores de edad (Pinilla et al., 2015; García y Vélez, 2018; Ramírez et al., 2008). Para este estudio, los datos se han recolectado por medio de dos instrumentos: el registro de observación única (MOHOST) y la escala de ESTE-R.

El registro de observación única está basado en el modelo de la ocupación humana (MOHOST) cuyos autores son Sue Parkinson, Kirsty Forsyth y Gary Kielhofner (2004; 2006). Este registro ha sido incluido en el manual del MOHOST en respuesta a la demanda creciente de los terapeutas ocupacionales de contar con un protocolo que los ayudara a obtener información acerca de sus pacientes. Esta escala mide mediante 14 ítems el entorno social, evaluado a través de dos dimensiones: habilidades de comunicación e interacción (8 ítems) y las condiciones de infraestructura del entorno o ambiente (6 ítems). Se trata de un instrumento que solo requiere de observación y

puede ser completado después de una sola intervención, concentrándose en los comportamientos del individuo que son representativos de los ítems. El MOHOST solo se puede cumplimentar si se observa al paciente mientras participa en actividades de terapia ocupacional. La información que entregan los cuidadores y el equipo multidisciplinario puede confirmar estas observaciones, pero el contacto directo dentro de un contexto ocupacional es indispensable.

La escala ESTE-R, fue elaborada en la Universidad de Granada con el fin de revisar los niveles de soledad en adultos mayores. En el año 1999, se diseñó la Escala Este I, que fue revisada por expertos en el adulto mayor en 2009. Esta escala se ha creado para determinar primordialmente los problemas existentes en el ambiente social del sujeto (como familiar, conyugal y social), además como el efecto que puede provocar estas situaciones (dificultades existenciales). De estas cuatro dimensiones de la soledad que mide la escala, esta investigación se concentra en la soledad familiar.

El contenido que se establece en la escala provienen de anteriores instrumentos objetivas y de comprobada vigor tales como la UCLA, la ESLI, la SELSA y la escala de Satisfacción moral de Philadelphia, los cuales se seleccionan sobre la premisa de la capacidad para demostrar la varianza de encadenamiento de indicadores intrínsecos de soledad como lo son “la autopercepción del nivel de soledad, la percepción del nivel de soporte social recibido y el nivel de satisfacción con los ambientes sociales”.

La escala está constituida por 34 ítems con calificación de Likert de 5 opciones de respuesta, donde la puntuación oscila entre 1 y 5 (1=Totalmente en desacuerdo, 2=Parcialmente en desacuerdo, 3=No tiene una opinión definida o depende de las circunstancias, 4=Parcialmente de acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo). Los agregados de la escala comprenden diferentes aspectos de la percepción de la soledad, como la adquisición de amigos, los sentimientos de pertenencia a la familia o de amor por el cónyuge.



Durante direcciones previas del instrumento, se evidenciaron déficit debidos a una confusa comprensión de algunos ítems o a interpretaciones erradas que provocaban puntuaciones erróneas. Por tal razón, se cambiaron algunos ítems que presentaban mayor probabilidad de generar fallas durante la administración a fin de prevenir en la medida de lo posible que las puntuaciones obtenidas por los sujetos de la muestra reflejaran estos errores en lugar de diferencias individuales entre ellos.

De igual forma, se ejecutó un cambio en las afirmaciones del instrumento en la puntuación: en vez de preguntar el acuerdo o desacuerdo con la afirmación del ítem, se pregunta por la frecuencia, de tal modo que ahora las opciones de respuesta son: 1=Nunca, 2=Rara vez, 3=Alguna vez, 4=A menudo y 5=Siempre. El estudio factorial de la Escala ESTE- R mostró los cuatro factores con igual análisis que su versión anterior y la consistencia interna, medida mediante Alfa de Cronbach, indica una elevada consistencia interna y fiabilidad ($\alpha=0.915$).

Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Al obtener los datos mediante la aplicación de los instrumentos se analizan inicialmente a nivel descriptivo y luego se correlacionan las dimensiones principales de los constructos sentimientos de soledad familiar y entorno social a través de tablas de contingencia y pruebas de independencia basadas en el estadístico Chi-cuadrado de Pearson. Los datos obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos han sido vaciados en hojas de Excel y se han analizado mediante el software estadístico SPSS versión 24.0.

RESULTADOS

El cuadro 1 refleja los resultados de la aplicación del ESTE-R considerando los tipos de soledad que evalúa esta escala. Los valores más representativos del conjunto se relacionan con la soledad familiar y social, que alcanzan en cerca del 80% niveles medios y altos de sentimientos de soledad. Un valor de Chi-Cuadrado de 23.28 con un p-valor asociado de $0.00<0.05$ indica que hay una relación entre el tipo de soledad evaluado por el ESTE-R y el

nivel de soledad reflejado por los adultos mayores.

Cuadro 1. Niveles de Sentimientos de Soledad ESTE-R

		Nivel de Soledad			Total
		Baja	Media	Alta	
Familiar	Frec.	3	14	9	26
	%	11.5%	53.8%	34.6%	100%
Conyugal	Frec.	17	3	6	26
	%	65.4%	11.5%	23.1%	100%
Social	Frec.	7	7	12	26
	%	26.9%	26.9%	46.2%	100%
Existencia	Frec.	7	12	7	26
	%	26.9%	46.2%	26.9%	100%

Fuente: Elaboración propia

Aunque esta relación permite reforzar la tesis de que los sentimientos de soledad se manifiestan en la esfera socio-familiar del adulto mayor, cabe preguntarse ¿qué nivel de relación existe entre los sentimientos de soledad familiar y las variables que describen el entorno social de los pacientes? Al respecto se evalúan las dimensiones del entorno social de la escala MOHOST y posteriormente se evalúan las relaciones con el nivel de soledad familiar.

El cuadro 2 presenta las distribuciones de frecuencias de la muestra correspondientes a las habilidades de comunicación e interacción de la escala MOHOST y cada grado de sentimiento de soledad familiar.

Cuadro 2. Habilidades de comunicación e interacción de la escala MOHOST



		Porcentaje del Nivel Item MOHOST				
		Facilita	Permite	Restringe	Inhibe	Total
1. Habilidades no verbales	Alta	0.0%	23.1%	11.5%	0.0%	34.6%
	Media	0.0%	34.6%	19.2%	0.0%	53.8%
	Baja	0.0%	11.5%	0.0%	0.0%	11.5%
	Total	0.0%	69.2%	30.8%	0.0%	100%
2. Conversación	Alta	7.7%	11.5%	11.5%	3.8%	34.6%
	Media	3.8%	23.1%	23.1%	3.8%	53.8%
	Baja	3.8%	3.8%	3.8%	0.0%	11.5%
	Total	15.4%	38.5%	38.5%	7.7%	100%
3. Expresión Verbal	Alta	7.7%	11.5%	11.5%	3.8%	34.6%
	Media	3.8%	23.1%	23.1%	3.8%	53.8%
	Baja	3.8%	3.8%	3.8%	0.0%	11.5%
	Total	15.4%	38.5%	38.5%	7.7%	100%
4. Relaciones	Alta	0.0%	14.3%	14.3%	3.6%	32.1%
	Media	0.0%	21.4%	21.4%	7.1%	50.0%
	Baja	0.0%	7.1%	7.1%	3.6%	17.9%
	Total	0.0%	42.9%	42.9%	14.3%	100%
5. Usa expresiones verbales no adecuadas	Alta	3.8%	15.4%	11.5%	3.8%	34.6%
	Media	7.7%	23.1%	15.4%	7.7%	53.8%
	Baja	0.0%	3.8%	7.7%	0.0%	11.5%
	Total	11.5%	42.3%	34.6%	11.5%	100%
6. Se comunica en forma adecuada	Alta	7.7%	7.7%	11.5%	7.7%	34.6%
	Media	3.8%	26.9%	19.2%	3.8%	53.8%
	Baja	3.8%	3.8%	0.0%	3.8%	11.5%
	Total	15.4%	38.5%	30.8%	15.4%	100%
7. Usa expresiones verbales adecuadas	Alta	7.7%	3.8%	15.4%	7.7%	34.6%
	Media	7.7%	19.2%	26.9%	0.0%	53.8%
	Baja	3.8%	0.0%	3.8%	3.8%	11.5%
	Total	19.2%	23.1%	46.2%	11.5%	100%
8. Se relaciona y coopera con otros	Alta	19.2%	11.5%	3.8%	0.0%	34.6%
	Media	30.8%	0.0%	7.7%	15.4%	53.8%
	Baja	0.0%	0.0%	7.7%	3.8%	11.5%
	Total	50.0%	11.5%	19.2%	19.2%	100%

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las habilidades no verbales, se observa que aproximadamente el 70% de los adultos evaluados realizan manifestaciones o actuaciones que permiten constatar la permanencia en ellos de la habilidad para comunicar mediante gestos, mientras que el 30% las restringen. En cuanto al establecimiento de conversaciones, cerca de un 15% del grupo las facilita y un 38,5% las permite. Sin embargo, una proporción considerable, de aproximadamente un 46%, las restringe o las inhibe.

En el 54% de los casos se observó que a los adultos mayores se les facilita la expresión verbal de frases adecuadas (ítem 5); en menos proporción (42%) adoptan expresiones no adecuadas (ítem 7). Un porcentaje similar (54%) reporta una comunicación adecuada al facilitar o permitir este proceso (ítem 7). En cuanto a la evaluación de las relaciones, el 67% de las observaciones indican que los participantes restringen o se inhiben al establecer relaciones interpersonales. Sin embargo, la mitad del grupo está dispuesta a cooperar con otros. En referencia a los ítems relacionados con el ambiente (cuadro 2) los resultados concuerdan con el indicador de establecimiento de relaciones de los aspectos de comunicación, pues aproximadamente el 58% de los participantes facilita o permite la

adhesión a grupos sociales. En un porcentaje más alto, aproximadamente el 70%, se observa que el ambiente favorece la interacción social.

Por otra parte, de la información mostrada en el cuadro 3 se observó que un 73% el ambiente no satisface las demandas ocupacionales de los internos, pues las condiciones del entorno físico restringen o inhiben la realización de oficios acordes a sus necesidades. En una proporción similar (en un 61% de los casos) se evidenció que el ambiente restringe o impide el desarrollo de actividades compatibles con las necesidades de los clientes. Sin embargo, la ergonomía y estímulo del ambiente permite moderadamente el desenvolvimiento de los pacientes en sus actividades en aproximadamente el 47% de los casos.

Cuadro 3. Ítems del Ambiente de la escala MOHOST

		Porcentaje del Nivel Ítem MOHOST				
		Facilita	Permite	Restringe	Inhibe	Total
9. Grupos Sociales	Alta	11.5%	19.2%	0.0%	3.8%	34.6%
	Media	23.1%	3.8%	23.1%	3.8%	53.8%
	Baja	0.0%	0.0%	7.7%	3.8%	11.5%
	Total	34.6%	23.1%	30.8%	11.5%	100%
10. Demandas Ocupacionales	Alta	3.8%	7.7%	23.1%	0.0%	34.6%
	Media	7.7%	7.7%	30.8%	7.7%	53.8%
	Baja	0.0%	0.0%	7.7%	3.8%	11.5%
	Total	11.5%	15.4%	61.5%	11.5%	100%
11. El espacio ofrece estímulo y seguridad	Alta	0.0%	15.4%	15.4%	3.8%	34.6%
	Media	0.0%	26.9%	23.1%	3.8%	53.8%
	Baja	0.0%	3.8%	7.7%	0.0%	11.5%
	Total	0.0%	46.2%	46.2%	7.7%	100%
12. Los recursos permiten seguridad	Alta	0.0%	11.5%	19.2%	3.8%	34.6%
	Media	0.0%	19.2%	34.6%	0.0%	53.8%
	Baja	0.0%	3.8%	3.8%	3.8%	11.5%
	Total	0.0%	34.6%	57.7%	7.7%	100%
13. Interacción Social	Alta	19.2%	7.7%	3.8%	3.8%	34.6%
	Media	26.9%	15.4%	11.5%	0.0%	53.8%
	Baja	0.0%	0.0%	3.8%	7.7%	11.5%
	Total	46.2%	23.1%	19.2%	11.5%	100%
14. Las actividades son compatibles con habilidades e intereses	Alta	7.7%	19.2%	3.8%	3.8%	34.6%
	Media	0.0%	11.5%	30.8%	11.5%	53.8%
	Baja	0.0%	0.0%	3.8%	7.7%	11.5%
	Total	7.7%	30.8%	38.5%	23.1%	100%

Fuente: Elaboración propia

Los cuadros 4 y 5 exponen los resultados de la Prueba de Independencia Chi-Cuadrado. El uso de la prueba tuvo el objeto de demostrar la posible relación entre los distintos componentes del entorno social (evaluados mediante la escala MOHOST) y los niveles de soledad familiar. El análisis consiste en probar la hipótesis nula para cada par de variables categóricas, esto es, cada variable del



MOHOST y cada uno de los niveles de soledad familiar manifestado por los clientes.

Cuadro 4. Resultados de la prueba de independencia de la dimensión habilidades de comunicación e interacción de la escala MOHOST

Dimensiones	Chi-Cuadrado	Significancia
1. Habilidades no verbales	1.52	0.47
2. Conversación	2.20	0.90
3. Expresión verbal	2.20	0.90
4. Relaciones	0.21	1.00
5. Usa expresiones verbales no adecuadas	1.99	0.92
6. Se comunica en forma adecuada	5.22	0.52
7. Usa expresiones verbales adecuadas	6.65	0.36
8. Se relaciona y coopera con otros	14.04	0.03

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 5. Resultados de la prueba de independencia de la dimensión ambiente social de la escala MOHOST

Dimensiones	Chi-Cuadrado	Significancia
9. Grupos Sociales	13.83	0.03
10. Demandas ocupacionales	3.65	0.73
11. El espacio ofrece estímulo y seguridad	0.84	0.93
12. Los resultados permiten seguridad	4.21	0.38
13. Interacción Social	12.65	0.05
14. Actividades compatibles con habilidades e intereses	12.98	0.04

Fuente: Elaboración propia

Un valor de Chi-Cuadrado de 14.04 con un p valor asociado de $0.03 < 0.05$ permite rechazar la hipótesis de independencia y concluir que en la dimensión de habilidades de comunicación las variables de *relaciones* y *coopera con otros* están relacionadas con el nivel de soledad familiar experimentado por el paciente.

Por otra parte, valores de Chi-Cuadrado de 13.83, 12.65 y 12.98 con p-valores asociados de 0.03, 0.05 y 0.04 (todos menores que 0.05), permiten rechazar la hipótesis de independencia y concluir que los niveles de soledad familiar están asociados a la participación en grupos sociales, un ambiente de interacción social y la participación en actividades compatibles con los intereses de los internos.

DISCUSIÓN

La evaluación preliminar relacionada con los indicadores del ambiente en el entorno físico de los adultos mayores dejó en evidencia que existen diferentes barreras arquitectónicas en la

institución sin las respectivas adaptaciones al ambiente, convirtiéndose en un factor de riesgo constante para ellos.

De acuerdo con el entorno social, se observa que existe en gran porcentaje comunicación asertiva entre pares, lo cual desde luego constituye un factor favorable. Por el contrario, se observa que existen poca reciprocidad con el ambiente familiar. Cuando se relacionan los datos obtenidos sobre el entorno social y físico se evidencia la existencia de factores que hacen vulnerables a los adultos mayores, lo cual conlleva a afecciones en la autoestima y autonomía dentro de la institución que derivan en sentimientos de soledad familiar en niveles de medio a alto.

En el entorno se constatan barreras arquitectónicas que dificultan la autonomía para la movilidad. Por ello se debe evaluar y detectar las situaciones que generan riesgos, con el fin de mejorar la seguridad y disminuir la dependencia de los adultos mayores dentro del hogar geriátrico, todo ello en consideración de los cambios físicos y cognitivos que van ocasionando el envejecimiento.

En el ambiente evaluado se evidenciaron limitaciones relacionadas con adaptaciones de infraestructura tales como ayudas técnicas dentro de los baños y dentro del hogar que faciliten la movilidad de los adultos mayores. Estas ayudas tienen que ver especialmente con las necesarias adaptaciones de rampas y material antideslizante en los suelos (el piso que se evidencia en el hogar geriátrico es de cemento, tableta y baldosa). Estas ayudas deben ser incorporadas plenamente por cuanto facilitan la independencia funcional máxima y compensaciones de las dificultades que surgen en la vida diaria del adulto mayor.

Se pudo corroborar la existencia de la posible asociación entre los sentimientos de soledad familiar con algunos indicadores del entorno social determinantes en el nivel de satisfacción de los adultos mayores. En esta dirección, autores como Celis y Padilla (2006) y Córdoba, Rueda y Aparicio (2013) consideran que los sentimientos de soledad familiar son un constructo complejo y multifactorial en el cual inciden varios componentes que afectan el hecho de que una persona se encuentre



satisfaga y se sienta productiva en los ámbitos social, físico y psíquico, y se vea impactada positivamente.

Entre los factores encontrados en esta relación se hallan los relacionados con las habilidades de comunicación, tales como las relaciones interpersonales y la cooperación con otros, y en relación con el ambiente, la interacción social, la posibilidad de participar en grupos sociales y la realización de actividades compatibles con los intereses de los clientes. La limitación de participación en estas actividades y espacios inciden en la baja autonomía del adulto mayor en las actividades de la vida diaria, de ocio y tiempo libre, el grado de inactividad y aburrimiento por la falta de participación en las actividades sociales o la ausencia de tareas útiles que acostumbraba a realizar con anterioridad a la jubilación. Asimismo, el sentimiento de abandono de la familia o personas cercanas, el descontento y la poca confianza en sí mismos contribuyen de manera significativa en el establecimiento de sentimientos de soledad.

En cuanto a la motivación por la ocupación (volición) observada en las instalaciones del centro, resultó moderada según la escala MOHOST y los patrones establecidos por Parkinson, Forsyth y Kielhofner (2006). Puesto que el contexto promueve la participación y el desarrollo ocupacional de los internos, resulta evidente la necesidad de que se establezcan procesos adecuados para la toma decisiones a nivel macro y gubernamental, con el fin de promover la adultez mayor activa y con ello la calidad de vida de este grupo etario tal y como lo plantean Alegria et al. (2013); y no solo en el entorno físico, sino también en otras dimensiones, tales como el desarrollo de la espiritualidad (Rivera y Montero, 2007; San Martín, 2008).

En definitiva, el envejecimiento es un proceso natural e inevitable, pero que no debería estar ligado a estereotipos, pues se trata de otra etapa de la vida igualmente apta para crecer y continuar aprendiendo. Si bien es cierto que desde la perspectiva biológica los sistemas fisiológicos disminuyen su capacidad y las facultades intelectuales, cognitivas y psicológicas empiezan a declinar, nada de esto significa que una persona en la adultez mayor

no pueda sentirse plenamente satisfecha social y afectivamente.

En este sentido, la soledad es con frecuencia el resultado de una percepción, de un sentimiento de minusvalía y menosprecio. Por ello es esencial atender el bienestar material de las personas en esta edad; pero, además, facilitar el fortalecimiento de sus redes sociales y la ocupación de su tiempo en actividades gratas, que resulten estimulantes y de su interés y le permitan desarrollar o mantener las habilidades adaptativas requeridas para soportar los roles vitales. En consecuencia, como líneas futuras de investigación se plantea la necesidad de evaluar cuáles son los factores que influyen de forma negativa en la salud de los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alegria, P., Castillo, N., del Solar, P., Varas, J., Gómez, S., y Gutiérrez, P. Factores que inciden en la participación social de los adultos mayores en actividades físicos recreativas. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 2013; 13(1):59-73.

Alvarado García, A. M. y Salazar Maya, Á. M. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014. [citado en 03 julio 2019]; 25 (2):57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision_1.pdf

Arranz, L., Giménez-Llort, L., De Castro, N.M., Baeza, I. y De la Fuente, M. El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 2009; 44(3):137-142.

Cardona J, Villamil M. El sentimiento de soledad en el adulto mayor. *Revista de la Asociación Colombiana de Geriatría*, 2006; 20(2):930-938.

Cardona Jiménez, J. L.; Villamil Gallego, M. M.; Henao Villa, E. y Quintero Echeverri, Á. El sentimiento de soledad en los adultos. *Medicina UPB*. 2013. [citado en 03 julio 2019]; 32:9-19 Disponible en:



<https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/viewFile/2122/1919>

Córdoba, A. M.; Rueda, M. K. y Aparicio, M. J. Juliana. Validación de constructo de la escala ESTE-R para medición de la soledad en la vejez en Bucaramanga, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2013; 9(1), 45-53.

Estrada Restrepo, A.; Cardona Arango, D.; Segura Cardona, A.; Ordóñez Molina, J.; Osorio Gómez, J. y Chavarriaga Maya, L. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 2013; 12 (1):81-94.

Ferrari, V. Soledad en la vejez: el adulto mayor y su entorno social como agentes de cambio [Internet]; Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología; 2015. Disponible

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/6332/1/Ferrari%20Valentina.pdf>

García, M. y Vélez, H. Exploración de las características psicométricas del inventario de estrés ocupacional OSI para el contexto colombiano. *Psicogente*. 2018. [citado en 03 julio 2019]; 21(39), 140-161. Disponible en <http://doi.org/10.17081/psico.21.39.2828ISSN0124>

González A. y Ham-Chande, R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*. 2007. [citado en 03 julio 2019]; 49(4): 448-458. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-3634200700100003&lng=es

Celis, A. L. G., & Padilla, A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica*. 2006;5(3):501-509.

Madoz, V. (1997). Diez palabras clave sobre los miedos del hombre moderno. Madrid: Verbo Divino.

Meléndez, J.C., Tomás, J. y Navarro, E. Envejecimiento y bienestar: Avances en investigación. *Persona*. 2009; 12:83-103.

Parkinson, S.; Forsyth, K. y Kielhofner, G. Perfil de la participación ocupacional del modelo de ocupación humana (MOHOST) (Versión 2.0). *The Model of Human Occupation Clearinghouse*, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago. 2006. [citado en 03 julio 2019] Disponible en: <http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx>.

Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhofner, GA user's manual for the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). *Model of Human Occupation Clearinghouse*, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. 2004.

Pinilla, V. E., Montoya, D. M. y Dussán, C. Caracterización del autoconcepto en una muestra de estudiantes universitarias del Programa de Desarrollo Familiar de Manizales, Colombia. *Psicogente*. 2015. [citado en 03 julio 2019];18(33):141-156. Disponible en: <http://doi.org/10.17081/psico.18.33.62>

Puig Llobet. M.; Lluch Canut. M. T. y Rodríguez Ávila, N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*. 2009;20(1):9-14.

Ramírez-Vélez, R.; Agredo, R. A.; Jerez, A. M., y Chapal, L. Y. Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia. *Revista Salud Pública*. 2008;10(4):529-36.

Rivera Ledesma, A. y Montero López, L. Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud mental*. 2007;30(1):39-47.

Rosa, T.; Benício, M. H.: Latorre, M. y Ramos, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 2003;37(1):40-48.



San Martín, C. La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. *Hologramática*. 2008;8(1):103-120.

Terracciano, A., Löckenhoff, C.E., Zonderman, A.B., Ferrucci, L. y Costa, P.T. Jr. Personality predictors of longevity: Activity, emotional stability, and conscientiousness. *Psychosomatic Medicine*. 2008;70(6):621-627.

Triadó, C., Osuna, M. J., Resano, C. S., & Villar, F. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista multidisciplinar de gerontología*. 2003;13(3):152-162.

Villar, F., Triadó, C., Solé, C. y Osuna, M.J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 2003;13(3):152-162.





INTERCULTURALIDAD Y LA IDENTIDAD OCUPACIONAL EN MIGRANTES VENEZOLANOS

INTERCULTURALITY AND OCCUPATIONAL IDENTITY IN VENEZUELAN MIGRANTS

Para citar este artículo:

Rodríguez W.; Torres A.; Duque F. (2019). Interculturalidad y la identidad ocupacional en migrantes venezolanos. *Revista Cuidado y Ocupación Humana* Vol.8-II.

T.o. Wendy Melissa Rodríguez Carrillo
Mg. T.o. Adriana Edelmira Torres Contreras
Esp. Ft. Francjul Ricardo Duque Carreño

RESUMEN

A lo largo de la crisis venezolana se ha podido evidenciar altas cifras de migración, sin embargo, se han obviado aspectos que incluyen y condicionan el desempeño ocupacional de estas personas al abandonar sus contextos y ocupaciones. Por tal motivo surgió este tema de investigación, el cual se interesó en identificar de qué forma influye la interculturalidad en la identidad ocupacional de los migrantes venezolanos, teniendo en cuenta el evento crítico de vida por el cual debieron abandonar sus costumbres y estilos de vida para desenvolverse en contextos culturalmente diversos, los cuales en muchos casos no propician su desarrollo personal u ocupacional. Durante la ejecución de esta investigación se empleó el enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo – exploratorio, correlacional, utilizando los instrumentos de recolección de información escala de sensibilidad intercultural adaptada y la entrevista histórica del desempeño ocupacional, que resultaron en un coeficiente de correlación alto.

PALABRAS CLAVE: competencia cultural, occupational therapy, migrante

ABSTRACT

Throughout the Venezuelan crisis it has been possible to show high migration figures, however, aspects that include and condition the occupational performance of these people have been overlooked by abandoning their contexts and occupations. For this reason, this research topic arose, which was interested in identifying how interculturality influences the occupational identity of Venezuelan migrants, taking into account the critical life event for which they had to abandon their customs and lifestyles, to function in culturally diverse contexts, which in many cases do not favor their personal or occupational development. During the execution of this research, the quantitative approach, of a descriptive - exploratory type, was used, using the tools for collecting information, scale of adapted intercultural sensitivity and the historical interview of occupational performance, resulting in a high correlation coefficient.

KEYWORDS: Competency intercultural, Occupational therapy, transients and migrant.



INTRODUCCIÓN

La crisis en Venezuela se agudizó aproximadamente en el año 2015, tiempo después de las de controversias que existieron alrededor de las elecciones presidenciales de ese año; como inicio a estas dificultades, el gobierno comenzó a deportar miles de colombianos ⁽¹⁾. Lo cual dio paso a que muchos de estos extranjeros retornaran a su país, para posteriormente dar paso al éxodo de venezolanos con destino hacia diferentes países (en su mayoría Latinoamérica), debido a la escasez de los productos alimenticios y largas filas para comprar en los lugares que aún vendían algún elemento de la canasta familiar, en los cuales, se debía racionar lo poco que se ofertaba al público, a esto se le añadía los elevados precios de los mismos.

Según la agencia de la Organización de las Naciones Unidas para los refugiados (ACNUR) y la organización internacional para las migraciones (OIM) (2019), se estima que 695.000 venezolanos salieron a fines del año 2015 y, del mismo modo, la cifra de refugiados y migrantes, se disparó a más de 4 millones a mediados del año 2019, estos se direccionaron hacia diferentes ciudades de Latinoamérica ⁽²⁾; razón por la cual, el migrante venezolano ha sido mayormente visible en los contextos cotidianos, teniendo en cuenta que se encuentran en una búsqueda de mejores oportunidades de vida. Considerando lo anterior, se buscó determinar cómo esos cambios han afectado a los migrantes venezolanos en la forma como se perciben y estructuran su propia idea de identidad ocupacional, inmersos en aspectos interculturales que afectan su desenvolvimiento personal.

Actualmente la cifra de migrantes venezolanos que vive en Colombia ya supera los 1,6 millones de personas, correspondiendo al 3,4 % de los 48,2 millones de habitantes del país, según los datos entregados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el 17 de septiembre del 2019 ⁽³⁾. Lo cual denota que la población

venezolana cada día va en aumento y constituye un gran número de personas que impactan en el clima laboral, económico y social de los colombianos. Para efectos de esta investigación se retoma la problemática migratoria en la ciudad de San José de Cúcuta, teniendo en cuenta que ha sido uno de los departamentos de Colombia más afectado por la crisis venezolana debido a su cercanía demográfica con la frontera colombia – venezolana.

De esta forma, posterior a la crisis venezolana se ha observado afectación en las necesidades ocupacionales de esta población, considerando que esta problemática supone dificultades para trazar y plantear desde una perspectiva personal metas y proyectos, identificar estilos de vida ocupacional, esperar el éxito, tener en cuenta habilidades y limitaciones personales e incluso, aceptar responsabilidades propias de la ejecución de sus roles, para de esta forma comprometerse en actividades significativas, valorando la ejecución de las mismas, interesándose en nuevas oportunidades que permitan el crecimiento personal en su contexto inmediato. Sin embargo, estos componentes se retoman teniendo en cuenta las afectaciones de la identidad ocupacional desde las dificultades en los sentimientos de efectividad, satisfacción personal y elecciones ocupacionales en el pasado.

El proceso investigativo aquí presentado se origina desde los aportes teóricos expuestos en la disciplina de terapia ocupacional, razón por la cual otorga importancia al entorno y contexto en el que una persona se desenvuelve, considerando la amplia variedad de condiciones interrelacionadas tanto internas como externas, que influyen en el desempeño ocupacional ⁽⁴⁾; de esta manera, Gunter Dietz, señala que la interculturalidad se compone de relaciones que existen dentro de la sociedad, con una característica de mayoría-minoría, y éstas se definen no sólo en términos de cultura, sino también en términos étnicos, de lengua, denominación religiosa y/o nacionalidad ⁽⁵⁾.



Del mismo modo, Gary Kielhofner se convierte en un referente esencial para esta investigación, pues es quien define la identidad ocupacional como el sentido de quién es uno y los deseos de llegar a convertirse en un ser ocupacional generado por una historia personal de participación ocupacional⁽⁶⁾ y, es bajo su concepción teórica que se plantean los argumentos a través de este estudio.

Por tal motivo, se plantea una pregunta de investigación que pretende determinar cómo influye la interculturalidad en la identidad ocupacional de migrantes venezolanos residentes en la ciudad de San José de Cúcuta, resaltando los procesos interculturales que pueden llegar a predisponer la disfunción ocupacional en aspectos relacionados con la percepción de vida y participación. De manera que, en la medida que se desarrolle estos procesos de intervención con esta población, se podrán incorporar diferentes estrategias que permitan favorecer el desempeño competente de los migrantes en diversas esferas de su vida, pues no es posible cambiar la crisis de su país de origen, pero si, facilitar y fortalecer su desarrollo socio-cultural al interactuar en contextos culturalmente diversos.

METODOLOGÍA

La presente investigación se ejecutó a través de un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo – exploratorio, correlacional, considerando que es una problemática que no había sido abordada desde la disciplina de terapia ocupacional, de la misma forma se incluye que fue una investigación de campo, puesto que el acercamiento con la población muestra se realizaron en los contextos y realidades inmediatas de los usuarios.

Para esta investigación se utilizaron tres instrumentos de recolección de información, los cuales permitieron medir y determinar aspectos significativos en la población, estos fueron: Ficha sociodemográfica (construida previo al proceso de recolección de datos), escala de sensibilidad intercultural adaptada de Chen & Starosta, en su versión adaptada por Ruth Vilá en el 2006⁽⁷⁾, compuesta por 5 dimensiones y la entrevista histórica del desempeño ocupacional, propuesta a partir de la concepción del modelo de la ocupación

humana de Gary Kielhofner OPHI II⁽⁸⁾. Cabe señalar que para este estudio participó una muestra de 50 migrantes venezolanos residentes en la ciudad de San José de Cúcuta, caracterizados en la base de datos entregada por parte de la secretaría de salud municipal y determinados bajo la categoría de trabajadores informales.

Estos instrumentos de evaluación se retomaron teniendo en cuenta las variables planteadas en esta investigación; por un lado, la variable independiente, interculturalidad, la variable dependiente, identidad ocupacional y la variable ajena, el perfil sociodemográfico. A su vez, en cuanto a la entrevista histórica OPHI II, se retomó solamente la escala de identidad ocupacional, con el objetivo de facilitar y permitir el cruce de relación entre un instrumento y otro, considerando que la escala de sensibilidad intercultural se compone por 24 ítems, calificados por medio de una escala tipo Likert, donde uno (1) en el resultado menos favorable y para la escala de identidad ocupacional se mantuvo una calificación de 1 a 4, manteniendo calificativos de favorabilidad numérica similares a la escala de sensibilidad.

En cuanto al análisis de correlación entre variables, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 23, en el cual se introdujeron los datos recolectados a partir de los acercamientos con la población objeto, para posteriormente realizar un análisis de los datos estadísticos presentados.

RESULTADOS

Posterior a la aplicación y recolección de información a través de los instrumentos de evaluación, se pudo establecer que, la mayor parte de las personas abordadas fueron mujeres y prevaleció el trabajo sexual, frente a la venta ambulante, teniendo en cuenta la condición de migrante irregular que mantienen estas personas, es decir aquellos que permanecen sin ningún permiso legal en Colombia⁽⁹⁾. Del mismo modo, a través de la ficha sociodemográfica se constató que no hubo tasas de analfabetismo entre la población abordada, si no, que eran personas que en su mayoría contaban con un nivel básico de educación media y un gran porcentaje de estos



se encontraban estudiando un siguiente nivel de educación.

Por otro lado, cabe resaltar que en un 80% los participantes fueron jóvenes y adultos jóvenes, evidenciando rangos de edad entre los 18 – 32 años, correspondiendo con las cifras nacionales, en la que se demuestra que la población venezolana que ingresa a Colombia, en su mayoría mantienen rangos comprendidos entre las edades antes mencionadas ⁽¹⁰⁾. Así mismo, los resultados encontrados dieron cuenta que, el 62% de los migrantes partícipes, pertenecían a las regiones culturales llanera, central y occidental, considerando la cercanía territorial de estos municipios con la ciudad de Cúcuta.

Por otra parte, en la tabla 1. se reflejan los resultados con mayor relevancia durante la aplicación de la escala de sensibilidad intercultural, teniendo en cuenta las dimensiones que esta contempla (implicación en la interacción, respeto ante las diferencias culturales, grado de disfrute en la interacción, confianza en la interacción y atención en la interacción), indicando que, a estas personas no les agrada trabajar con personas de otras culturas, y, con frecuencia logran desesperarse cuando por una razón deben compartir espacios laborales con colombianos. Al mismo tiempo, manifestaron estar más alerta cuando se relacionan con personas de otras culturas, es decir ciudadanos cucuteños.

Así mismo, las respuestas entregadas dieron cuenta que están de acuerdo con la afirmación “me cuesta más aceptar las opiniones de personas extranjeras”, debido a que en ocasiones las diferencias culturales dificultan la interacción con los colombianos, lo cual genera que tengan una actitud más observadora cuando se relacionan con personas de otras culturas, que cuando lo hacen con personas de su propia cultura.

En relación con la identidad ocupacional, se observa en la tabla 2. que se presentó dificultad para el planteamiento y reconocimiento de metas y proyectos personales (70%), identificar un estilo de vida ocupacional (68%), esperar el éxito (78%), valorar capacidades y limitaciones (76%) y tener intereses personales, reflejando disfunción ocupacional en los aspectos que

conforman, construyen y estructuran su propia idea de identidad ocupacional; sin embargo, en cuanto a las percepciones y elecciones en el pasado, los usuarios reflejaron satisfacción con el estilo de vida que llevaban y las actividades que desempeñaban, esto, teniendo en cuenta el evento crítico de vida por el que atraviesan.

Con relación al análisis y relación entre variables, en la tabla 3. refleja que, durante la aplicación del índice de correlación de Karl Pearson, se encontró un resultado de 0,937, indicando que existe una correlación directamente proporcional (positiva muy alta) es decir, que a medida que el primer instrumento (escala de sensibilidad intercultural) aumente en puntuación, el segundo (entrevista histórica del desempeño ocupacional) también aumenta de puntuación; en otras palabras, si la percepción personal de los migrantes venezolanos mejora en relación a los cambios culturales (de acuerdo a las afirmaciones de la escala) del mismo modo mejora la función en su percepción de identidad ocupacional.

Tabla 1. Resultados significativos, escala de sensibilidad intercultural

Ítem	Categoría	Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
No me agrada trabajar con personas de otras culturas	Implicación en la interacción	12%	28%	16%	40%	4%
Con frecuencia me desespero cuando trabajo con personas de otros países	Respeto ante las diferencias culturales	8%	30%	18%	40%	4%
Estoy más alerta cuando me relaciono con personas de diferentes culturas	Implicación en la interacción	2%	22%	18%	46%	12%
Me cuesta más aceptar las opiniones de personas extranjeras	Implicación en la interacción	6%	28%	10%	48%	8%
Tengo una actitud más observadora	Atención en la interacción	12%	10%	12%	44%	22%



cuando me relaciono con personas de otras culturas, que cuando lo hago con las de mi propia cultura						
---	--	--	--	--	--	--

Fuente: Rodríguez W., 2019

Tabla 2. Resultados escala de identidad ocupacional

Ítem	Extrema disfunción ocupacional	Algo de disfunción ocupacional	Función ocupacional buena	Función ocupacional competente
Tiene metas y proyectos personales	2,0%	68,0%	28,0%	2,0%
Identifica un estilo de vida ocupacional deseado	0,0%	68,0%	32,0%	0,0%
Espera el éxito	2,0%	78,0%	20,0%	0,0%
Acepta responsabilidades	0,0%	46,0%	54,0%	0,0%
Valora capacidades y limitaciones	0,0%	76,0%	22,0%	2,0%
Tiene compromisos y valores	0,0%	32,0%	36,0%	0,0%
Reconoce identidades y obligaciones	2,0%	48,0%	50,0%	0,0%
Tiene intereses	2,0%	58,0%	40,0%	0,0%
Se sintió efectivo (pasado)	2,0%	22,0%	76,0%	2,0%
Encontró sentido y satisfacción en su estilo de vida pasado	0,0%	20,0%	76,0%	4,0%
Hizo elecciones ocupacionales en el pasado	0,0%	14,0%	86,0%	0,0%

Fuente: Rodríguez W., 2019

Tabla 3. Correlación de variables

		Escala de identidad ocupacional	Escala de sensibilidad intercultural
Escala de identidad ocupacional	Correlación de Pearson	1	,937
	Sig. (bilateral)		,063
	N	4	4
Escala de sensibilidad intercultural	Correlación de Pearson	,937	1
	Sig. (bilateral)	,063	
	N	4	5

DISCUSIÓN

Considerando los resultados sociodemográficos, se presentó un mayor porcentaje de población joven y adulto joven, teniendo en cuenta que estos representan vitalidad y resistencia en relación a el trabajo y las largas jornadas laborales por las atraviesan debido a la condición de migrante venezolano irregular; por otro lado, para las ocupaciones

principales, prevalece el trabajo sexual, teniendo en cuenta que para la ejecución de esta actividad productiva existe una preferencia de edad y género, considerando el servicio para el cual estas personas son contratadas, de igual forma, esta ocupación y la condición de migrantes irregulares otorgan a la mujer venezolana un aumento de su vulnerabilidad, partiendo del hecho del acceso a ocupaciones significativas que el entorno les provee.

Por otro lado, el trabajo ambulante obtuvo un porcentaje significativo entre la población abordada debido a que este requiere de largas jornadas laborales e implica demandas y restricciones en cuanto a alimentación y estadía en el territorio colombiano, por lo cual, es ejecutado en su mayoría por jóvenes venezolanos que deciden migrar y de cierto modo, mantener a sus familiares con el producto de esta ocupación. Así mismo, predominaron respuestas encaminadas hacia la secundaria completa, sin embargo, también demostraron una alta frecuencia para la secundaria, técnico y profesional incompleto, reflejando que se encontraban en un momento de vida en el cual se estaban formando y construyendo proyectos personales, razón por la cual sentían satisfacción con su estilo de vida y las elecciones ocupacionales.

Teniendo en cuenta lo especificado en la escala de sensibilidad intercultural, se corroboran los resultados obtenidos en un estudio realizado en Chile con estudiante de educación superior, en el que se encontró que la muestra de investigación se comportaba con un nivel de sensibilidad intercultural que demostraba una actitud desfavorable para trabajar con personas de otras culturas y les costaba más aceptar las opiniones de personas extranjeras, que cuando eran de personas de su propia cultura ⁽¹¹⁾. En vista de esto, es posible analizar que los porcentajes significativos aquí presentados (tabla 1.) son la consecuencia de la predisposición que se presenta con relación a los migrantes y los aspectos de inclusión social que actualmente se manejan en el territorio de la ciudad de Cúcuta.

Por lo tanto, se percibe al migrante como una persona que llega a “sustituir” y ocupar lo que “pertenece a la población colombiana” (referenciado por la población mediante



entrevista informal), con lo cual se refieren mayormente a las áreas laborales, culturales y emocionales, demostrando las percepciones y estereotipos que una parte de la sociedad colombiana ejerce sobre quienes tienen deseos de surgir posterior a la crisis venezolana, todo esto referenciado por la población objeto de estudio mediante entrevista informal, y enmarcando aspectos de su relación a través de las concepciones o imaginarios sociales que sostienen en torno a estas personas.

Debido a esto, se genera que estas personas no logren adaptarse, ni generen comportamientos que les permitan participar y reorganizar su historia de vida ocupacional a partir del evento crítico que desestabilizó su historia de participación ocupacional, rompiendo lazos familiares, socio culturales y emocionales, los cuales inciden durante la toma de decisiones en entornos que en muchas ocasiones no les provee formas de participación que no vulneren su identidad personal u ocupacional.

En cuanto a los resultados encontrados a través de la escala de identidad ocupacional (tabla 2.), se observa que los comportamientos y percepciones ocupacionales de la población muestra dieron cuenta de la presencia de problemas para identificar un estilo de vida, dudando de la significancia de sus ocupaciones y, evidenciando insatisfacciones en las actividades que desempeñan. Igualmente, se les dificulta mantenerse confiados respecto a las limitaciones u obstáculos personales por vencer, dudan de sus capacidades personales y presentan sentimientos de inseguridad; también subestiman sus capacidades y se les dificulta reconocer y compensar sus habilidades, por lo cual desarrollan ocupaciones inadecuadas.

Todo lo anterior, teniendo en cuenta que, la situación relacionada con la crisis venezolana se encuentra normalizada e instaurada en la sociedad y al mismo tiempo genera resignación en los migrantes venezolanos, generando que dejen de percibirse como seres ocupacionales, inmersos en diferentes acciones que construyen y dan significado a sus vidas; lo cual implica importancia desde la intervención de terapia ocupacional, teniendo en cuenta el valor a la resignificación de los aspectos relacionados con la identidad ocupacional, considerando ambas partes,

frente a la forma en la que existe relación intercultural con la población venezolana, reflexionando a partir de los aspectos relacionados con la migración, segregación ocupacional y social de estas personas.

Considerando los aspectos de correlación, se comprueba que existe una alta dependencia entre los aspectos que generan la relación intercultural con las elecciones y percepciones ocupacionales de los migrantes venezolanos, es decir, el contexto no está favoreciendo el desenvolvimiento de estas personas que en su mayoría se sentían satisfechas con sus estilos de vida ocupacional en el pasado, realizando elecciones de vida; teniendo en cuenta todo esto como consecuencia de la crisis venezolana, se vieron obligados a abandonar las formas ocupacionales que les generaban satisfacción personal, por lo cual se evidencia que a partir del momento crítico de vida empezaron a percibirse de una forma que demuestra disfunción en su comportamiento y participación ocupacional, reflejando de esta forma, que sus metas se encuentran por debajo de la estimación de sus habilidades y se les dificulta pensar en ellas.

CONCLUSIONES

Para finalizar este proyecto de investigación se concluye que en el perfil sociodemográfico la población se comportó con edades que demostraban la relación frente a la principal actividad laboral en la que se desempeñaban (trabajo sexual), pues en su mayoría fueron mujeres jóvenes; por lo tanto, la vulnerabilidad que existe alrededor de la migración venezolana entre las mujeres y los contextos socio-culturales, se constituyen en un factor predisponente para la ejecución de actividades que no generan un significado ni satisfacen sus estilos de vida personal u ocupacional.

Con relación a la identificación y evaluación de la interculturalidad en la población migrante, es posible concluir que la sensibilidad intercultural restringe la participación y percepción ocupacional en el contexto cultural que se desenvuelven estas personas, generando que se sientan con tensión al relacionarse con personas de diferentes culturas, estén más alertas durante la relación intercultural y dificultad para aceptar las opiniones de personas de otras culturas; sin embargo, le gusta conocer en ocasiones acerca



otros aspectos culturales y se les facilita la comprensión durante el acto comunicativo.

Según lo descrito, se evidencia que el proceso de interacción intercultural de la población objeto de estudio limita aspectos relacionados con el desenvolviendo y participación al interior de un grupo social, teniendo en cuenta que estas personas no se adaptan ante las costumbres y formas ocupacionales debido a las múltiples circunstancias y percepciones que rodean la migración, las cuales dificultan los procesos de toma de decisiones, identidad personal, afectividad y el enriquecimiento mutuo, propiciando que existan conflictos que alrededor del diálogo, la escucha mutua, el acceso equitativo y oportuno a ocupaciones significativas.

En relación con la identidad ocupacional, los migrantes presentan una disfunción para la elección de metas y proyectos personales, por consiguiente, estos se encuentran por debajo de sus habilidades y no están muy motivados para trabajar en los mismos; del mismo modo, tienen problemas en identificar el tipo de estilo de vida ocupacional que desean, presentando fuertes dudas o insatisfacciones con las actividades ocupacionales que desempeñan y dificultando la estructuración de su tiempo al dudar de la significancia de los mismos⁽¹²⁾.

Por otro lado, cabe resaltar que tenían una dudosa capacidad para enfrentar los obstáculos, limitaciones o fracasos, sintiéndose inseguros ante la posibilidad de tener éxito, evidenciando problemas para mantenerse confiados, afectándose con mayor proporción cuando llegan a enfrentar un desafío; a su vez, subestiman sus capacidades, desarrollando ocupaciones inadecuadas, lo que impide compensar las limitaciones o situaciones que se les presentan a través de sus capacidades o habilidades personales, por último, se evidenciaron problemas identificar intereses, teniendo una limitada atracción hacia ocupaciones que puedan llegar a relacionarse con sus habilidades personales⁽¹³⁾.

Por lo cual, se comprueba que si existe influencia de la variable intercultural en los aspectos y percepciones personales que enmarcan la identidad ocupacional de los

migrantes venezolanos residentes en la ciudad de San José de Cúcuta

Agradecimientos

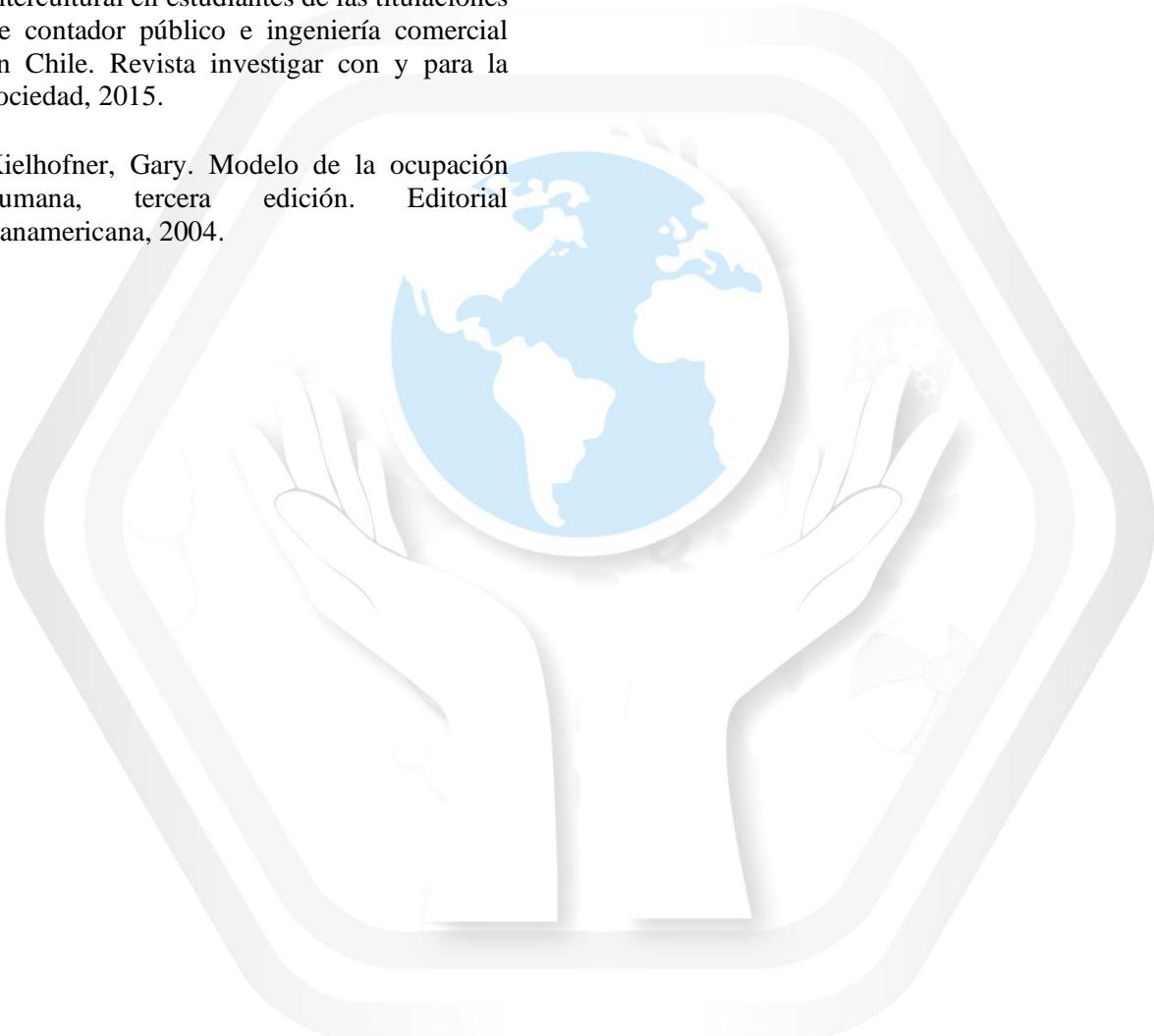
Para efectos de esta investigación no se contó con ningún tipo de financiamiento económico, sin embargo, se llevó a cabo en el marco del programa de terapia ocupacional de la universidad de Pamplona (Colombia), para efectos del proyecto de investigación ejecutado en el décimo semestre y denominado campo de acción profesional; a ellos, gracias por permitirnos llevar a cabo este proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez, Raúl. Venezuela (2015), un régimen híbrido en crisis. *Revista ciencia política*, 2016
2. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, (2019). Refugiados y migrantes de Venezuela superan los cuatro millones: ACNUR y OIM. Página web, 2019
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Informe estadístico sobre migración venezolana, 2019
4. Asociación Americana de terapia ocupacional AOTA. MARCO DE TRABAJO PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL: Dominio y Proceso. 2010.
5. Dietz, Gunther. México. Interculturalidad: una aproximación antropológica. *Revista perfiles educativos*, 2017
6. Kielhofner, Gary. Modelo de la ocupación humana, tercera edición. Editorial Panamericana, 2004
7. Santander, Valentín; García, Leidy; Sanhueza, Susan. España. La sensibilidad intercultural en estudiantes de las titulaciones de contador público e ingeniería comercial en Chile. *Revista investigar con y para la sociedad*, 2015.
8. Kielhofner, Gary. Modelo de la ocupación humana, tercera edición. Editorial Panamericana, 2004



9. Ministerio de relaciones exteriores. Colombia. Migración Colombia, 2017
10. Ministerio de relaciones exteriores. Colombia. Migración Colombia, 2019.
11. Santander, Valentín; García, Leidy; Sanhueza, Susan. España. La sensibilidad intercultural en estudiantes de las titulaciones de contador público e ingeniería comercial en Chile. Revista investigar con y para la sociedad, 2015.
12. Kielhofner, Gary. Modelo de la ocupación humana, tercera edición. Editorial Panamericana, 2004.
13. Kielhofner, Gary. Modelo de la ocupación humana, tercera edición. Editorial Panamericana, 2004





PRESCRIPCIÓN DE TECNOLOGÍA, COMPETENCIA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

PRESCRIPTION OF TECHNOLOGY, COMPETENCE OF THE OCCUPATIONAL THERAPIST

Para citar este artículo:

Duarte S.; Mendoza L.; Tinoco M.; Yaima J.(2019). Prescripción de tecnología, competencia del terapeuta ocupacional. *Revista Cuidado y Ocupación Humana Vol.8-II*.

T.o. Sylvia Cristina Duarte Torres*
T.o. Lorena Beatriz Mendoza Rodríguez**
T.o. Maura Alejandra Tinoco Ramos***
T.o. Jessica Tatiana Yaima Gómez****

RESUMEN

Desde finales de la década de 1980, los terapeutas ocupacionales han aprendido a usar la tecnología para ampliar las capacidades de las personas de todas las edades y con grados variables de funcionalidad (Buning & Schmeler, 2005); la tecnología, como en cualquier área de especialidad, se basa en el cuerpo de conocimiento de la Terapia Ocupacional profesional, esta puede hacer posible el desempeño de diversas actividades para muchas personas cuando tiene como base buenos fundamentos terapéuticos; no obstante, en esta área se denotan mínimas investigaciones y antecedentes dirigidas a comprender los requerimientos necesarios para hacer uso de la tecnología. En el presente artículo se presentan los resultados obtenidos en el proceso de investigación llevado a cabo durante el último semestre del 2016 y el primer semestre del 2017, la cual es de tipo descriptiva y tiene como objetivo reconocer las competencias del Terapeuta Ocupacional en el proceso de prescripción de tecnología en Colombia. La recolección de información se realizó a través de la aplicación de dos encuestas aplicadas a 84 estudiantes y 54 profesionales de terapia ocupacional. Los resultados obtenidos acerca de las competencias en el proceso de prescripción de tecnología se clasificaron en tres ejes principales: conocimientos, habilidades y actitudes. Se evidenció la necesidad de fortalecer y/o reestructurar los programas de las asignaturas del área de tecnología, las cuales desde la percepción de los estudiantes son las que menos se desarrollan durante la formación.

PALABRAS CLAVES: competencias, terapia ocupacional, tecnología, Colombia.

ABSTRACT

Since the late 1980s occupational therapists have learned to use technology to expand the capabilities of people of all ages and with varying degrees of functionality; the technology, as in any area of specialty, is based on the body of knowledge of Occupational Therapy Professional, this can make it possible to perform various activities for many people when it is based on good therapeutic grounds; However, in this area minimal research and background are denoted to understand the necessary requirements to make use of the technology by Occupational Therapists. This research is descriptive and aims to recognize the competencies of the Occupational Therapist in the process of prescribing technology, through the application of two surveys applied to 84 students and 54 Occupational Therapy professionals. The research ends with the results obtained on the competencies in the process of prescribing technology, covering three main axes: knowledge, skills and attitudes.

KEY WORDS: skills, occupational therapy, technology, Colombia.



INTRODUCCIÓN

El Terapeuta Ocupacional colombiano realiza su ejercicio profesional a partir de lo estipulado en la ley 949 de 2005 la cual establece que se encuentra en capacidad de identificar, analizar, evaluar, interpretar, diagnosticar, conceptuar e intervenir sobre la naturaleza y las necesidades ocupacionales de individuos y grupos poblacionales de todas las edades en sus aspectos funcionales, de riesgo y disfuncionales. Respecto al uso de tecnología el Terapeuta Ocupacional podrá autónomamente prescribir, diseñar, elaborar o adaptar las ayudas técnicas que requieran los usuarios de los servicios para su adecuada prestación.

Las competencias según Lourido y Rondón (2010) “son un conjunto de conocimientos, procedimientos y actitudes combinados, coordinados e integrados, en el sentido que el individuo ha de saber hacer y saber estar para el ejercicio profesional. El dominio de estos saberes le hace capaz de actuar con eficacia en situaciones profesionales.”

Es por lo anterior, que la tecnología en los Estándares Mínimos para la Educación de Terapeutas ocupacionales, se evidencia que es comprendida desde “la competencia de ocupación como una habilidad, en el marco del análisis, adaptación y graduación de la ocupación, la cual es mencionada como el alcance y uso de la tecnología asistida.” Los cuales establecen la perspectiva de educación de los terapeutas ocupacionales para prepararlos para una comunidad profesional global, en donde se establecen tres ejes: conocimientos, habilidades y actitudes.

A partir de la revisión literaria realizada acerca de las competencias profesionales necesarias para el Terapeuta Ocupacional durante del proceso de prescripción de tecnología, se evidencia que diferentes autores plantean ideas relacionadas con el tema, exponiendo en primera medida el uso de tecnología en Terapia Ocupacional y relacionando esto con las competencias necesarias en los profesionales para hacer uso de la misma.

En primer lugar, Flores, De Moraes, Tapia & Vargas (2004), presentan áreas de competencias y las características de las mismas, dichas áreas son: Asistencial, administrativa, gestión, docencia, investigación y consultorías, los cuales comprenden características como el liderazgo, razonamiento clínico, trabajo en equipo, conocimiento legal y dominio técnico. Dentro de las competencias que se presentan en el artículo, se establece la asistencial, la cual comprende una tarea la cual comprende una actividad que incluye el área de tecnología y se denomina como la definición de procedimientos, como la realización de órtesis y adaptaciones, diseño de elementos y definición de medidas y materiales con lo cual se realizará, no obstante, deben determinar la manera en que se confeccionará y cuál será su forma de adquisición. Esta información plantea que los terapeutas ocupacionales egresados universidades adscritas al colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile A.G. deben comprender las competencias profesionales para realizar la prescripción y elaboración de tecnología de asistencia.

Así mismo, Rodger, Clark, Banks, O’ Brien & Martínez (2009) realizaron una búsqueda en línea acerca de las normas nacionales (Australia) de competencias de Terapia Ocupacional, dentro de las cuales se encontraron 10 documentos, dichas competencias establecen que se deben integrar los valores nacionales, culturales y políticos según las perspectivas de los sistemas de atención en salud, específicas de cada país. En concordancia con lo anterior, si se tienen en cuenta las características nacionales, diferentes estudios por autores ratifican la importancia de intervención desde la tecnología en Terapia Ocupacional y el reconocimiento de las habilidades y capacidades de los profesionales para hacer uso de esta; es así como Ospina (2015) indagó sobre la necesidad de intervención desde Terapia Ocupacional en los procesos de rehabilitación de usuarios del servicio de cirugía de mano de la red hospitalaria Mederi, por lo cual expone la importancia del terapeuta ocupacional en la área de rehabilitación de mano, resaltando las competencias en realización de órtesis, férulas y aditamentos ya que el profesional idóneo



para encargarse de la prescripción, diseño, elaboración y adaptación es el terapeuta ocupacional.

Del mismo modo, los autores Martínez, Torres & Gómez (2010), realizaron una investigación la cual contó con la participación de aquellos profesionales quienes trabajan en conjunto con el Terapeuta Ocupacional, dentro de estos profesionales se encuentran: cirujanos plásticos, fisiatras, ortopedistas, fisioterapeutas, reumatólogos y pediatras, estos profesionales reconocieron y asignaron un papel fundamental al terapeuta ocupacional, ya que es el profesional idóneo, en cuanto al diseño y fabricación de férulas. Por otro lado, se destaca importancia de la intervención en los procesos de tratamiento y rehabilitación. Los autores recomiendan que desde la academia se cuente con mayor tiempo para el entrenamiento del terapeuta ocupacional (manejo de materiales, diseño, fabricación, entre otros).

Jarvis, Clemson & Mackenzie (2016) realizaron una encuesta en línea a 85 terapeutas ocupacionales de Australia y Nueva Gales del Sur, la cual buscaba reconocer las actitudes y prácticas de los profesionales para el suministro de tecnología para personas con demencia, la encuesta incluía 25 ítems sobre la demografía, frecuencia de uso y evaluación de la tecnología de asistencia. Dentro de los resultados se destaca que más de la mitad nunca había prescrito cualquiera de los dispositivos de ayuda presentados en la encuesta; con mayor frecuencia se prescriben elementos de baja tecnología, los cuales se encuentran disponibles libremente para los cuidadores y otras profesiones. Finalmente, el artículo destaca la importancia de contar con acceso a la educación específica y recursos en línea para los terapeutas ocupacionales, para que ellos puedan proporcionar un mejor conocimiento de los tipos de tecnología de asistencia disponibles y así ayudar a las personas con demencia y sus cuidadores.

Por otro lado, estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia del programa de Terapia Ocupacional, Rincón, Ríos, & Romero (2014), investigaron sobre las ayudas técnicas en alimentación, las autoras contaron con 3 grupos poblacionales, dentro de los cuales se

quiere destacar que los profesionales idóneos para la prescripción de ayudas técnicas son Terapeutas Ocupacionales, Fisiatras, Reumatólogos, Ortopedistas y Fisioterapeutas. De los cuales el 49% realiza prescripción de las mismas, los profesionales que más prescriben son médicos especialistas en fisiatría, reumatología y Terapeutas Ocupacionales, una de las razones para no realizar la prescripción es el tiempo reducido de la consulta, además de referir que los proveedores de ayudas técnicas son quienes dan las indicaciones de uso. Igualmente, a partir de la investigación, las autoras generaron la Guía para la Prescripción de ayudas técnicas para la alimentación y la ruta de los mismos, lo cual busca orientar a profesionales y estudiantes, con el fin de fomentar las buenas prácticas de prescripción y minimizar los errores que pueden afectar directamente a los usuarios. Además, permite dar a conocer las ayudas técnicas a los profesionales que desarrollan la prescripción y promover futuras investigaciones que reafirman la importancia y rol del terapeuta ocupacional durante este proceso.

Según Gerard & Mackenzie (1999), afirman que existe un papel importante por parte de los terapeutas ocupacionales enfocado principalmente en la prestación de servicio a domicilio de atención en salud, donde el profesional proporciona a los clientes prescripción, fabricación, demostración, consejos, recomendación, asesoría e instalación de equipo de adaptación, equipos y ayudas, aparatos ortopédicos, soportes, collarines y férulas.

Objetivo

El objetivo de la investigación fue reconocer las competencias del Terapeuta Ocupacional en el proceso de prescripción de tecnología.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cuantitativo y cualitativo, donde se tuvo como población de estudio a profesionales (quienes ejercían en diferentes áreas) y estudiantes de Terapia Ocupacional (de universidades públicas y privadas de todo el país). Como instrumento de recolección se realizó dos



encuestas, una para cada grupo de estudio. La difusión se realizó por medio de redes sociales como Facebook y WhatsApp, correo electrónico y fue enviada a todos los programas de Terapia Ocupacional de carácter público y privado del país. Adicionalmente, la investigación fue avalada por el comité de ética de la Facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia en el acta N° 022293-16 del 12 de diciembre de 2016, asimismo, el estudio cuenta con la aprobación del comité asesor del Departamento de la Ocupación Humana de la Universidad Nacional de Colombia.

A continuación, se presenta la descripción del contenido de las dos encuestas aplicadas:

Teoría y práctica en el uso de tecnología:

Encuesta realizada a estudiantes de Terapia Ocupacional, la cual buscaba conocer la percepción de los estudiantes acerca de la teoría y práctica en el componente de tecnología de cada universidad, la encuesta estaba conformada por:

- Información para caracterizar la población: preguntas sobre el nombre de la universidad donde estudia, el semestre que está cursando y el género del participante.
- Conocimiento teórico: preguntas sobre el nombre de las asignaturas, total de créditos y tema central de las mismas.
- Conocimiento práctico: preguntas relacionadas con la utilización de tecnología en las prácticas estudiantiles.

Competencias profesionales en el uso de tecnología como medio de intervención:

Encuesta dirigida a profesionales de Terapia Ocupacional, la cual tuvo como fin recolectar información sobre el uso de tecnología como medio de intervención en las diferentes áreas del ejercicio profesional; además, buscaba indagar acerca del conocimiento por parte de los Terapeutas Ocupacionales sobre las competencias de formación para el uso de tecnología, la encuesta estaba conformada por:

- Caracterización: preguntas sobre el lugar de residencia, universidad donde cursó el

pregrado, año en el que egresó y sí cuenta con estudios postgraduados.

- Experiencia profesional: preguntas acerca del área en el que ejercen, años de experiencia en la misma y el tipo de población con la que trabajan.
- Uso de tecnología como medio de intervención: se indagó acerca de lo que han utilizado, realizado y en que se han basado en términos de tecnología como medio de intervención.
- Competencias: preguntas sobre el conocimiento de las competencias profesionales, sí la respuesta es afirmativa el profesional debía mencionar cuales son dichas competencias.

Los criterios de inclusión propuestos en el estudio para ambos casos son los siguientes: 1. ser mayor de edad, 2. ser estudiante o profesional de Terapia Ocupacional, 3. diligenciamiento del consentimiento informado 4. Encontrarse en Colombia.

Cabe resaltar que para la presente investigación se tomará la palabra prescripción como un proceso el cual incluye las siguientes etapas: valoración, formulación, diseño, elaboración, entrenamiento y seguimiento. Cada una de las etapas comprende una definición generada por las autoras, las cuales son presentadas a continuación:

Valoración:

Etapa en la cual el terapeuta ocupacional identifica las necesidades de la persona por medio de la aplicación de evaluaciones que corresponda a las condiciones de la persona. A partir de la valoración se determina el concepto ocupacional, el cual se transforma a lo largo de la intervención.

Formulación:

Etapa en la cual el terapeuta ocupacional realiza un análisis comparativo entre las necesidades y condiciones de la persona, a partir de ello genera propuestas de intervención basadas en tecnología con base en su razonamiento profesional. En esta etapa el terapeuta ocupacional deberá proporcionar a la persona la formulación de manera escrita y



dejarlo establecido como reporte en la intervención que se esté llevando a cabo.

Diseño:

Etapa en la cual el terapeuta ocupacional debe planear y analizar aspectos como costos, materiales, funcionalidad, estética y generar el prototipo o plantilla teniendo en cuenta, las medidas antropométricas y las habilidades de la persona.

Elaboración:

Etapa en la cual el terapeuta ocupacional debe basarse en la plantilla o prototipo planteado en la anterior etapa para fabricar el dispositivo que requiera el usuario.

Respecto al proceso de fabricación de ayudas técnicas, el Servicio de información sobre la discapacidad (2003) menciona que “existe una clasificación de las Ayudas Técnicas que diferencia los productos en función del proceso de fabricación al que han sido sometidas hasta llegar a su usuario final”.

Entrenamiento:

Etapa en la cual el terapeuta ocupacional debe enseñar a la persona a realizar una o varias actividades utilizando un dispositivo tecnológico, con el fin de generar la experiencia que le permita desempeñarse en las mismas actividades en su contexto real. Adicionalmente, el profesional deberá denotar si su proceso de prescripción fue assertivo, realizar ajustes o adaptaciones o iniciar de nuevo el proceso.

Seguimiento:

Etapa en la cual el terapeuta ocupacional debe verificar el asertividad del proceso de prescripción a corto y mediano plazo, teniendo en cuenta el contexto en el cual desempeña las ocupaciones la persona.

RESULTADOS

En esta sección se presentan los resultados más relevantes del estudio; inicialmente se encontrará la información correspondiente a

estudiantes y finalmente lo referido a profesionales.

Población estudiantil participante

Respecto al tipo de universidades los participantes se encuentran distribuidos de la siguiente manera: el 88% son universidades a nivel nacional, de estas el 55% son privadas y el 33% públicas. El 12% de los participantes son de universidades internacionales.

Tipo de universidades



Ilustración 01. Gráfica distribución de universidades

Género de los participantes

Se evidencia que el género de los participantes se encuentra distribuido así: A nivel nacional el 82% son de género femenino y el 18% de masculino.

Prácticas de formación profesional

Práctica	Total	Porcentaje
Educación	11	15%
Clínica	34	46%
Laboral	8	11%
Psicosocial	5	7%
Biopsicosocial	4	5%
Otros	7	9%
Ninguno de los anteriores	25	34%

Tabla 01. Prácticas de Universidades nacionales donde se ha realizado algún paso del proceso

Respecto a los resultados encontrados al indagar en los estudiantes de universidades nacionales acerca de las prácticas de



formación profesional donde hayan utilizado tecnología, se evidencia que la de mayor selección es clínica con 46%, seguida de la opción ninguna de las anteriores con el 34%, posteriormente la práctica educativa representa el 15% de selección, seguido de esto se encuentra la práctica laboral con el 11%, otras con el 9%, el 7% en la práctica psicosocial y finalmente la práctica biopsicosocial con el 5% de selección.

A continuación, se presenta los resultados de los conocimientos teóricos y prácticos:

Pasos del proceso de prescripción

Paso	Total	Porcentaje
Prescripción	12	16%
Diseño	21	28%
Elaboración	25	34%
Entrenamiento	12	16%
Recomendaciones y/o asesorías	17	23%
Seguimiento	5	7%
Todas de las anteriores	13	17%
Ninguna de las anteriores	27	36%

Tabla 02. Pasos del proceso de prescripción utilizados durante las prácticas en las universidades nacionales

Acerca de los pasos del proceso de prescripción que han realizado los estudiantes de universidades nacionales en las prácticas de formación profesional se denota que: el de mayor selección es ninguna de las anteriores con 37%, esto debido a que estas respuestas fueron proporcionadas por estudiantes de primeros años (primer y segundo año). Posteriormente se encuentra elaboración con un 34%; seguido de diseño con un 28%, recomendaciones y asesorías con un 23%, todas las anteriores con un 17%, después se encuentran las opciones de entrenamiento y prescripción con un 16% respectivamente y finalmente la opción de seguimiento con un 7%.

Tema central de las asignaturas

Tema	Total	Porcentaje
Férulaje	50	68%
Ayudas técnicas	59	80%
Adaptaciones	45	61%

Órtesis y prótesis	30	40%
Modelos sobre tecnología	31	42%
Otros	5	7%
No reporta	1	1%

Tabla 03. Tema central de las asignaturas en universidades nacionales

Tal como lo presenta la gráfica, el tema central de las asignaturas en las universidades nacionales seleccionadas por los participantes se divide de la siguiente manera: el 68% seleccionó la opción de ayudas técnicas, el 80% la opción de férulaje, el 61% adaptaciones, el 40% órtesis y prótesis, el 42% modelos sobre tecnología, el 7% otros (los estudiantes refirieron en esta opción accesibilidad en la ciudad y ciencias básicas), finalmente, el 1% seleccionó la opción de ninguno.

Número de créditos



Ilustración 02. Número de créditos en las universidades

La gráfica muestra el número de créditos que reportan cursar los estudiantes en asignaturas relacionadas con tecnología.

Se evidencia que el 23% de los estudiantes reporta ver menos de 3 créditos, el 51% mencionan que ven entre 3 y 6 créditos, el 19% ven entre 7 y 10 créditos y el 7% reportan ver más de 10 créditos.

Población profesional participante



A continuación, se describen los resultados de los profesionales:

Años de experiencia profesional de los participantes

A partir de los resultados acerca de los años de experiencia de los participantes se denota que: la mayor experiencia se encuentra entre los 0-05 años con el 54%, seguido de 16-20 años con el 13%, posteriormente, de 06-10 años y 11-15 años con el 11%, cada uno, por último, de 21-25 años con el 9% y de 26-30 años con el 2%.



Ilustración 03. Distribución por años de experiencia profesional de los participantes

Área	Total	Porcentaje
Educación	29	64%
Clínica	30	67%
Psicosocial	10	22%
Laboral	8	18%
Comunitaria	13	29%
Otras	3	7%

Tabla 01. Distribución por área de ejercicio profesional de los participantes

La tabla anterior, presenta el área de ejercicio profesional de los participantes, se evidencia que el 64% se desempeñan en el área educativa, el 67% refieren la clínica como su área de intervención, el 22% se encuentran dentro del área psicosocial. Respecto al área laboral, el 18% la refieren, y finalmente se denota la comunitaria con 29% y otras con 7%. No obstante, todos los participantes marcaron como mínimos una de las opciones y como máximo cuatro.

Tecnología como medio de intervención en Terapia Ocupacional

El 100% de los participantes indicaron haber utilizado dentro de sus intervenciones al menos 1 y máximo 6 de las opciones presentadas. Los terapeutas ocupacionales reportaron que han utilizado adaptaciones (71%), modificaciones al ambiente (accesibilidad) (67%), aditamentos (59%), ayudas técnicas (57%), férulaje (50%) y en menor proporción órtesis y prótesis (24%).

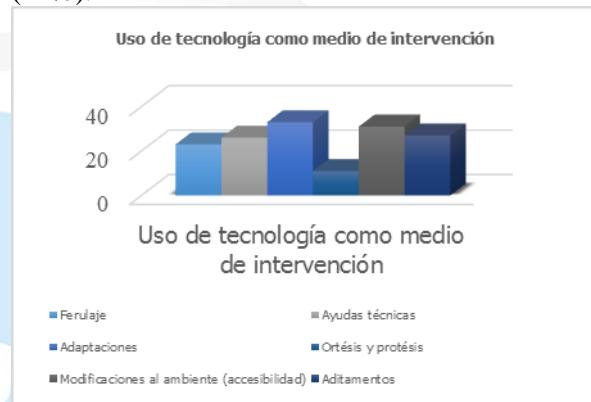


Ilustración 04. Distribución del uso de tecnología como medio de intervención en Terapia Ocupacional por los profesionales participantes

Respecto a la pregunta ¿Conoce las competencias profesionales de Terapia Ocupacional?, el 29% respondió que no las conoce, mientras que el 71% respondió que, si las conoce, las respuestas dadas por los Terapeutas Ocupacionales fueron clasificadas en tres ejes conocimientos, habilidades y actitudes, a continuación, se presenta la clasificación:

Conocimientos

Respecto a esta categoría se evidencia los siguientes conocimientos mencionados por los profesionales

Conocimientos	Frecuencia
Funcionalidad	8
Ánalisis del contexto	6
Áreas del desempeño ocupacional	4
Áreas del ejercicio profesional	3
Componentes del desempeño	5
Conocimientos teóricos sobre los pasos del proceso de prescripción	8



Conocimiento normativo	1
Planeación de intervención y seguimiento	7
Software de apoyo educativo	1
Comprensión de la relación discapacidad – tecnología de asistencia	4
Conocimiento acerca de tecnología de asistencia	9
Conocimiento acerca de la ocupación humana	3
Conocimientos teóricos de fisiología humana	2
Conocimientos acerca de modelos de intervención	1

Tabla 05. Distribución de competencias profesionales en el uso de tecnología por conocimientos de los profesionales

Habilidades

Habilidades	Frecuencia
Creatividad	1
Innovación	1
Destrezas prácticas para realizar tecnología	1
Trabajo interdisciplinario y/o multidisciplinario	1
Razonamiento clínico	1

Tabla 06. Distribución de competencias profesionales en el uso de tecnología por habilidades de los profesionales

Actitudes

Actitudes	Frecuencia
Ética	2
Profesionalismo	1

Tabla 07. Distribución de competencias profesionales en el uso de tecnología por actitudes de los profesionales

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en las encuestas “Competencias profesionales en el uso de tecnología como medio de intervención”, dirigidas a profesionales, y “Teoría y práctica en el uso de tecnología” dirigidas a Terapeutas Ocupacionales en formación se seleccionaron las siguientes variables:

- Años de experiencia profesional
- Áreas de ejercicio profesional y prácticas de formación profesional

- Pasos del proceso de prescripción en profesionales y Terapeutas Ocupacionales en formación.
- Tecnología como medio de intervención y tema de las asignaturas
- Competencias en tecnología referidas por los profesionales y cantidad de créditos de las asignaturas

Las anteriores variables fueron escogidas debido a que presentan información relevante para generar análisis acerca de las competencias necesarias en el área de tecnología; así mismo, estas fueron seleccionadas a través de una perspectiva comparativa entre preguntas de las dos encuestas aplicadas.

Respecto al razonamiento clínico/ profesional, autores como Montaldo L. & Herskovic L. (2013) y Gormaz B. (2012), lo describen como el proceso cognitivo o varios procesos mentales, el cual permite elaborar un diagnóstico, tomar decisiones respecto al estudio y tratamiento, elaborar un pronóstico, y resolver el problema (por medio de los planes de manejo) de salud del paciente. Adicionalmente, autores de Terapia Ocupacional, como Boyt Schell (2011) y Labrador Toribio (2001) le suman a lo anterior, que es un proceso reflexivo que realiza el terapeuta ocupacional acerca del cuidado para el usuario, además de recalcar que se “desarrolla e integra mediante la experiencia y práctica”. Teniendo en cuenta lo mencionado por los autores, los profesionales participantes se encuentran en diferentes etapas de evolución del razonamiento clínico/profesional, referido por Dreyfuss (1986), las cuales se desarrollan desde la experiencia estudiantil hasta el ejercicio profesional con 10 o más años de experiencia, estas se presentan a continuación:

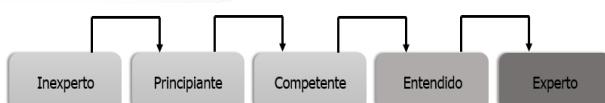


Ilustración 05. Etapas de evolución del razonamiento clínico (Dreyfus, 1986)

Para dicho comparativo se van a utilizar tres de las etapas las cuales son; competente que comprende un periodo de 0 a 5 años de experiencia, entendido 6 a 10 años de



experiencia y experto con más de 10 años de experiencia.

Con la encuesta se pudo evidenciar que el 54% los participantes son competente según la clasificación de Dreyfuss, el 11% se encuentran en entendido y el 35% en expertos. Se entiende que a medida que los profesionales van transitando entre cada una de las etapas adquieren e integran nuevas habilidades, además de ampliar y agudizar la visión acerca de la mejor manera de realizar la intervención. Sin embargo, en cuanto al tema de tecnología como medio de intervención, todos los profesionales (sin importar la etapa en la que se encuentren), mencionaron realizar algún paso del proceso de prescripción y utilizar algún tipo de tecnología, por lo que se puede considerar que, al estar en una etapa igual o mayor a competente, se poseen competencias profesionales en esta área. No obstante, lo anterior no significa que los profesionales deberían identificar las competencias para el área de tecnología, ya que el 29% refirió no conocerlas. De acuerdo al anterior porcentaje (el cual será asumido como el 100%) el 38% se encuentran en la etapa de razonamiento clínico/profesional competente, el 15% en entendido y el 47% en expertos.

Trujillo (2002), presenta 7 campos de acción los cuales son: académico, salud, educación, trabajo, ejercicio en la comunidad, justicia y bienestar social, de las cuales en las prácticas académicas se toman salud, educación, trabajo, ejercicio en la comunidad y como eje transversal el bienestar social.

Aunque las otras áreas no se mencionan explícitamente en las mallas curriculares de los programas académicos de las universidades en Colombia, sí se menciona la docencia como una de las áreas de ejercicio profesional de la disciplina, lo cual permite inferir que durante la formación académica se manejan competencias para todas las áreas/campos de acción del ejercicio profesional.

Desde la mirada del desempeño ocupacional se puede evidenciar que la tecnología es una herramienta que busca fomentar autonomía, independencia, accesibilidad y la participación de las personas con limitaciones en su desempeño ocupacional, por lo que el

terapeuta ocupacional podría usarlas dentro de su intervención en los diferentes campos y poblaciones de ejercicio profesional. Igualmente, es considerado como el profesional idóneo para el proceso de prescripción, ya que dentro de sus competencias de formación profesional se evidencia como criterio de desempeño evaluar, formular, diseñar, elaborar, entrenar y hacer seguimiento de aditamentos y tecnología necesaria para un desempeño ocupacional óptimo y significativo.

Teniendo en cuenta lo anterior, dentro de los resultados se encontró una muestra significativa de profesionales en cada una de las áreas del ejercicio profesional, estos seleccionaron más de una opción y todos mencionaron haber realizado por lo menos una en el uso de tecnología como medio de intervención. A partir de esto, se podría inferir que las competencias sobre tecnología que adquirieron los profesionales durante su formación de pregrado y/o a nivel posgrado se están utilizando en todas las áreas de ejercicio profesional, además, en los resultados de los estudiantes que se encuentran en los años donde se han realizado prácticas académicas, se evidencia una muestra en cada una de las prácticas en cuanto al uso de tecnología. Debido a lo anterior, se determina que no debería ser necesario contar con estudios posgraduales en el área de tecnología para tener las competencias necesarias para hacer uso de ella, debido a que desde el pregrado se adquieren competencias teórico-prácticas, las cuales son transversales en el quehacer del Terapeuta Ocupacional.

En la presente investigación se visualizó la palabra prescripción como un proceso el cual incluye las siguientes etapas: valoración, formulación, diseño, elaboración, entrenamiento y seguimiento, esta ruta se determina por un concepto ocupacional inicial, el cual va evolucionando y transformándose a medida que avanza el proceso de intervención.

Respecto a esto se denota que los estudiantes seleccionaron en mayor medida la opción de elaboración (34%) como la que más realizan; respecto a la de menor selección refirieron el seguimiento (7%). Con lo anterior, se evidencia que a partir de lo que refieren los



estudiantes, la formación se encuentra enfocada en enseñar destrezas de tipo manual (habilidad práctica) que permitan al estudiante elaborar diferentes tipos de tecnología que respondan a las necesidades de los usuarios.

Así mismo, respecto a la opción de mínima selección, se puede inferir que el tiempo que los estudiantes permanecen en las prácticas es aproximadamente de 3 meses y medio lo cual no permitiría en muchos de los casos realizar un proceso continuo con las personas.

Adicionalmente, en contraste a esta información los profesionales refieren que el seguimiento y el entrenamiento (85%, 83%, respectivamente), son los pasos que más realizan en el ejercicio profesional, lo cual difiere de lo referenciado por los estudiantes acerca de lo impartido en las asignaturas y las práctica de formación profesional, con lo cual surge el cuestionamiento acerca de ¿cuál es el sustento teórico-práctico para realizar estos pasos del proceso de prescripción?, además ¿cómo los profesionales están fortaleciendo dicha competencia para ponerlo en práctica en la vida laboral?. No obstante, respecto a los demás pasos del proceso, se evidencia que en los dos tipos de población encuestada no se evidencian diferencias significativas respecto a la realización de los pasos del proceso de prescripción.

Respecto al tema central de las asignaturas se formularon dos preguntas relacionadas específicamente, la primera, mencionar dentro del programa cuáles asignaturas están relacionadas con el área de tecnología y la segunda, seleccionar entre las opciones férulaje, ayudas técnicas, adaptaciones, órtesis y prótesis, modelos sobre tecnología y otros, contemplando la opción de selección desde ninguna o todas.

A partir de los resultados se evidencia que en las universidades los nombres de las asignaturas referidos por los estudiantes comprenden términos como: tecnología y ocupación (69 y 27 menciones, respectivamente); además, dos estudiantes mencionaron que dentro de sus programas consideran que no existen asignaturas relacionadas con tecnología. Respecto a la segunda pregunta se evidencia que las de

mayor selección son: ayudas técnicas (80%), férulaje (68%), adaptaciones (61%). Respecto a los profesionales, se evidencia que la opción de mayor selección es adaptaciones (71%), modificaciones al ambiente (67%) y aditamentos (59%).

Con lo anterior, es necesario realizar un análisis comparativo, ya que se evidencia que todos los profesionales indicaron haber utilizado por lo menos una de las opciones (adaptaciones, modificaciones al ambiente, aditamentos, ayudas técnicas, férulaje y órtesis y prótesis), lo cual se encuentra en concordancia con lo referido por los estudiantes.

Adicionalmente, se denota que no existe una similitud respecto a las temáticas impartidas en las universidades y las demandas laborales referidas por los profesionales, debido a que los conocimientos impartidos referidos por los estudiantes no son los mismos que los profesionales refieren realizar en su ejercicio profesional.

Por lo anterior, es importante mencionar que se evidencia que dentro de lo referido por los profesionales se encuentran intervenciones centradas en gran parte en el entorno, por el contrario en los estudiantes, se denota una perspectiva de intervención desde el individuo; por lo cual es importante conocer el proceso de razonamiento clínico/profesional que llevan a cabo los profesionales para utilizar este tipo de tecnología en sus intervenciones, ya que según los estudiantes estos conocimientos son impartidos en mínima medida en las universidades, no obstante, desde la percepción de los estudiantes es importante destacar que se evidencia que la formación se encuentra centrada en algunos aspectos y no presenta cobertura a todos los conocimientos necesarios para hacer uso de la tecnología en el ejercicio profesional.

Con relación a las competencias del terapeuta ocupacional en la prescripción de tecnología, se evidencia que un 29% desconoce las competencias en esta área, no obstante, los participantes que afirmaron conocerlas refirieron que son necesario conocimientos como el desempeño ocupacional y sus áreas, análisis del contexto, áreas del ejercicio



profesional y conocimientos sobre los pasos del proceso y modelos sobre tecnología. Respecto a las habilidades los terapeutas refirieron la creatividad, innovación, destrezas prácticas de elaboración de tecnología, trabajo inter y multidisciplinario y el razonamiento clínico y la transversalidad del tiempo como fortalecedor de habilidades.

En cuanto a las actitudes, fueron mencionados el profesionalismo y la ética. Del mismo modo, en relación a los créditos de las asignaturas con los cuales se evidenciaría el tiempo para adquirir las competencias mencionadas por los profesionales, fue realizada una búsqueda online que permitió evidenciar en las páginas de las universidades las cantidades de créditos destinados a generar aprendizaje de temas tecnológicos, dentro de lo que se encontró que 6 de las universidades refieren contar con mínimo 96 y máximo 480 horas durante la formación, de un promedio aritmético de 7.728 horas de los programas curriculares revisados; con lo cual es necesario plantearse el interrogante acerca de si los créditos y horas destinados a la categoría de tecnología en la formación es necesaria para adquirir los tres ejes de conocimientos, habilidades y actitudes (propuestos por la WFOT, en los Estándares Mínimos para la educación de Terapeutas ocupacionales, 2016) en las diferentes áreas de la profesión.

CONCLUSIONES

El eje transversal de la presente investigación consiste en reconocer las competencias de los terapeutas ocupacionales colombianos en el proceso de prescripción de tecnología; a partir de los resultados y la discusión, se evidencia la necesidad de fortalecer y/o reestructurar los programas de las asignaturas del área de tecnología, debido a que en el ejercicio profesional se reporta la necesidad de competencias para el proceso de prescripción de tecnología, las cuales desde la percepción de los estudiantes son las que menos se desarrollan durante la formación.

Del mismo modo, se denota desconocimiento relacionado con las competencias profesionales en el área de tecnología por parte de las profesionales, por lo cual es imprescindible cuestionarse cómo se está realizando el

ejercicio de la Terapia Ocupacional, ya que estas terapeutas afirman hacer uso de la tecnología en sus intervenciones, pero algunas no reconocen aquellos conocimientos, habilidades y actitudes utilizadas durante el proceso.

Adicionalmente, se evidencia que existe un vacío en la literatura nacional e internacional, lo que dificulta que el profesional pueda encontrar de manera clara las competencias en el área de tecnología.

En la formación de pregrado se evidencia que el tiempo que los estudiantes refieren para aprender contenidos relacionados con tecnología es de 288 horas, por lo cual, es de vital importancia que cada programa de Terapia Ocupacional genere un análisis exhaustivo acerca de la metodología y el tipo de pedagogías que se están llevando a cabo en las asignaturas, ya que los resultados de la presente investigación evidencian el desequilibrio en el aprendizaje de los pasos del proceso de prescripción y las temáticas abordadas (modelos, razonamiento clínico, asesorías, entre otros). Así mismo, es imprescindible generar dos enfoques, los cuales apunte a proveer una formación teórica que permita a los estudiantes realizar óptimos procesos evaluativos o una formación práctica en la cual se puedan realizar propuestas de tecnología respecto a la intervención.

Por último, la presente investigación se establece como un insumo para incentivar a futuras investigaciones en donde el eje central sea la tecnología en Terapia Ocupacional desde varias perspectivas como la historia, la evolución y transformación, la importancia y relevancia de la misma en la ocupación humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, f (1970). Andragogía ciencia de la educación de adultos universidad nacional experimental simón rodríguez. Publicaciones de la presidencia. Caracas, Venezuela.
- Albuquerque, a; Cesar da Cruz, d; & Jesús, a. (2010). Tecnología asistida en Brasil: reflexiones. 7 (12). Recuperado de:



- <http://www.revistatog.com/num12/pdfs/original5.pdf>
- Alcantud, f. (1999). Las tecnologías de ayuda: un modelo de intervención.
 - Alves, a; & Simões, t. (2014). Revisão sobre avaliações para indicação de dispositivos de tecnologia assistiva. *Revista de terapia ocupacional de la universidad de são paulo*, 25(2), 199-207. Doi:dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i2p199-207
 - Bain, b. (2005). Tecnología de asistencia en terapia ocupacional. En e. Crepau, e. Cohn, & b. Boyt, *terapia ocupacional* (10 ed., pág. 659). Médica panamericana.
 - Baos, v. (1999). La calidad en la prescripción de medicamentos. *Información terapéutica del sistema nacional de salud*, 23(2), 45-54.
 - Bermejo, b. (2006). La formación a lo largo de la vida: exigencias sociolaborales-desarrollo persona. *Educar*, 15-32. Obtenido de: <http://ddd.uab.cat/pub/educar/0211819xn38/0211819xn38p15.pdf>
 - Buning, m. Schmeler, m. (2005). Modificación contextual y tecnología de asistencia. En crepau, e. Cohn, b. Schell b. Willard & spackman terapia ocupacional. Madrid: Panamericana.
 - Buning, m; hammel, j; schmeler, m. & doster, a. (2004). Assistive technology within occupational therapy practice (2004). *The american journal of occupational therapy*, 58 (6), 678-680.
 - Carpio brenes, m. (2012). La tecnología asistiva como disciplina para la atención pedagógica de personas con discapacidad intelectual. *Revista electrónica "actualidades investigativas en educación"*, 12(2). Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/447/44723437018.pdf>
 - Carswell; a. (2009). Minimum standards for the education of occupational therapists: building occupational therapy communities in wfot member countries. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/asiajot/7/1/7_1_23/_article
 - Cesar da cruz, d; & guillaumon, m. (2016). Assistive technology accessibility and abandonment: challenges for occupational therapists. *The open journal of occupational therapy*.
 - therapy. Doi:/dx.doi.org/10.15453/2168-6408.1166
 - Christie, l; bedford, r; & mccluskey, a. (2011). Task-specific practice of dressing tasks in a hospital setting improved dressing performance post-stroke: a feasibility study. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/th/terapeuta%20ocupacional_octubre2014.pdf
 - Colegio colombiano de terapia ocupacional. (2014). *Ministerio de salud*. Obtenido de perfil profesional y competencias del terapeuta ocupacional
 - Comité de expertos de la organización mundial de la salud. (1993). *Rehabilitación después de las enfermedades cardiovasculares, con especial atención a los países en desarrollo*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41777/1/trs831_spa.pdf
 - Congreso de colombia. (2005). Ley 949 por la cual se dictan normas para el ejercicio de la profesión de terapia ocupacional en colombia, y se establece el código de ética profesional y el régimen disciplinario correspondiente. Disponible en: http://www.secretariosenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0949_2005.html
 - Cook, a. & hussey, s. (2002). Assistive technologies. Principles and practice. Estados unidos: mosbt, inc.
 - Fen-lin, l; & hsueh-shen. (2014). Activity limitations, use of assistive devices or personal help, and well-being: variation by education. Oxford university press on behalf of the gerontological society of america. Doi:10.1093/geronb/gbu115
 - Flores, m. &galarza, a. (2013). Productos de apoyo para paciente con amputación transmetacarpiana. *Revista chilena de terapia ocupacional*, 13(2). Recuperado de: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/rto/article/viewfile/30219/31993>
 - Garazi, c. (2013). Programa de promoción, información, asesoramiento y de las ayudas técnicas para personas con discapacidad física, sus familiares y profesionales de navarra. Obtenido de: <http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/7812/master%20salud%20publica%20garazi%20urteaga.pdf?sequence=1>



- Gerard, k & mackenzie, l (1999), factors affecting the establishment of occupational therapy services in retail pharmacy: the pharmacist's perspective. *Australian occupational therapy journal*. Recuperado el 2016
- Gómez, g. (2016). Caracterización de la tecnología de asistencia en pacientes adultos con lesiones de mano. Revista facultad de medicina, 64(1), 67-74. Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n1.51915>
- Gray, m; clark, m; penman,m; smith,j; bell,j; thomas, y & trevan-hawke,j. (2012) new graduate occupational therapists feelings of preparedness for practice in Australia and aotearoa/new zealand
- Guillam, r. (1970). *Fundamentos del diseño*. Vícto leru. Obtenido de: https://eacvvcae.files.wordpress.com/2014/02/1-fundamentos-disec3b1o_scott.pdf
- Guillaumon, m; caires, d; cezar da cruz, d., & agostini, r. (2013). Catálogos de productos de tecnología asistiva para adaptaciones de la vida diaria: utilización de los terapeutas ocupacionales. 10(17), 1-18. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/original8.pdf>
- Hernández, l. O. (2013). Tecnología asistiva: propuesta de terapia ocupacional para aumentar el desempeño ocupacional de un usuario con parálisis cerebral. *Revista chilena de terapia ocupacional*, 37-39. Obtenido de: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/rto/article/viewfile/30213/31987>
- Hernández, l. O. (2013). Tecnología asistiva: propuesta de terapia ocupacional para aumentar el desempeño ocupacional de un usuario con parálisis cerebral. *Revista chilena de terapia ocupacional*, 37-39. Obtenido de: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/rto/article/viewfile/30213/31987>
- Hernández, o. (2013). Tecnología asistiva: propuesta de terapia ocupacional para aumentar el desempeño ocupacional de un usuario con parálisis cerebral. *Revista chilena de terapia ocupacional*, 33-43. Disponible en: http://mobiroderic.uv.es/bitstream/handle/10550/23763/tecnologias_de_ayuda.pdf?sequenc e=1&isallowed=y
- Holm, m., rogers, j., & stone, r. (2005). Intervenciones persona- tarea- ambiente: una guía para la toma de decisiones. En e. Crepeau, e. Cohn, & b. Schell, *willard & Spackman terapia ocupacional*. Madrid: panamericana.
- Laserna, r; & sánchez, c. (2002). Catálogo de dispositivos de tecnología de asistencia de baja complejidad para la atención de personas con discapacidad en la comunidad. Bogotá.
- Lenker, j; harris, f; taugh, m; & smith, r. (2013). Consumer perspectives on assistive technology outcomes. *Disability and rehabilitation: assistive technology*. Doi:10.3109/17483107.2012.749429
- López, h. (2001). Investigación cualitativa y participativa un enfoque histórico-hermenéutico y crítico-social en psicología y educación ambiental. Medellín.
- Lourido, d; rondón w. .investigación sobre relación entre currículo teórico y práctico del programa de terapia ocupacional para la construcción de un currículo basado en competencias. Revista criterios. Universidad mariana de pasto. 2010. Disponible en: <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/criterios/article/view/285>
- Martínez; c, torres; c, gómez; l. (2010). Conocimiento de los profesionales de la salud acerca del rol del terapeuta ocupacional en la implementación de férulas de miembro superior en hospitales de bogotá.
- Maywald, a., & stanley, m. (2015). Prescribing mobility scooters in australia: occupational therapists' narratives. *Australian occupational therapy journal*. Recuperado el 2016
- Nascimento, f; & fernandes, s. (2014). Proposta de um fluxograma para o processo de desenvolvimento de produtos de tecnologia assistiva. *Cadernos de terapia ocupacional*, 22(3), 561-567. Doi:doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2014.078
- Organización mundial de la salud (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Obtenido de: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
- Ospina, j. (2015). Terapia ocupacional y articulación de los servicios de rehabilitación de mano con cirugía de mano en la red hospitalaria méderi. Bogotá: universidad colegio mayor nuestra señora del rosario facultad de terapia ocupacional.



- Pereira, a; ruiz, m; suarez, d. (2009). Propuesta de equipos, materiales e instrumentos básicos para el funcionamiento de los servicios de terapia ocupacional en ámbitos hospitalarios en el área de disfunciones físicas.
- Polonio, l. B., duarte, m. P., & noya, a. B. (2001). *Conceptos fundamentales de la terapia ocupacional*. Madrid: panamericana.
- Rincón, d; ríos, j; & romero, m. (2014). Guía para la prescripción de ayudas técnicas de baja complejidad en la actividad de alimentación. (tesis de terapia ocupacional). Universidad nacional de colombia, bogotá d.c.
- Rincón, d; ríos, j; & romero, m. (2014). Tecnología en discapacidad: una aproximación en la terminología. *Revista ocupación humana*, 14 (1) pp.29-44.
- Ríos, a. (2007).caracterización de las ayudas técnicas para actividades de la vida diaria. *Revista de la ocupación humana*. Doi:0.15446/revfacmed.v64.n1.51915.
- Roca dorda, j., roca gonzález, j., & campo, m. (s.f.). *De las ayudas técnicas a la tecnología asistiva*. Obtenido de http://sid.usal.es/idocs/f8/fdo22197/de_las_ayudas_tecnicas.pdf
- Rodger,s; clark,m; banks,r; o'brien, m & martinez, k. (2009) a comparison of international occupational therapy competencies: implications for australian standards in the new millennium servicio de información sobre la discapacidad. (2003).obtenido de: http://sid.usal.es/idocs/f8/fdo9275/capitulo2_1.pdf
- Rodrigues, c; rodrigues, f; bortolus, m; & reis, m. (2015). Dispositivos de tecnología assistiva: fatores relacionados ao abandono. *Cadernos de terapia ocupacional*, 23(3), 611-624. Doi.editoracubo.com.br/10.4322/0104-4931.ctoar0544
- Salinas, f; & cohí, o. (2009). En zambudio, r. (2009). Prótesis, órtesis y ayudas técnicas. Barcelona: elsevier masson.
- Sanz, d. M. (2013). *Competencias cognitivas en educación superior*. Bogotá d.c: narcea.
- Soler, c. (1998). Marcado ce y declaración de conformidad de ayudas técnicas para personas con discapacidad y productos ortopédicos a medida. 8-13.
- Townsend, k., & watson, a. (2013). Competent use of a motorised mobility scooter – assessment, training and ongoing monitoring: a vital role for occupational therapy practice. *Australian occupational therapy journal*, 4.
- Trujillo rojas, a. (2002). *Terapia ocupacional: conocimiento y práctica en colombia*. Bogotá: universidad nacional de colombia.
- Trujillo, a; torres, m; méndez, j & carriosa, l. (2011) terapia ocupacional conocimiento y compromiso social.
- Vergara, l. (2010). Desarrollo de la medicina física y rehabilitación como especialidad médica. *Rev hosp clín univ chile*. Obtenido de: https://www.redclinica.cl/portals/0/users/014/14/14/publicaciones/desarrollo_med_fis_y_reh.pdf
- Villafaña, á. (2007). La tecnología convertida en asistencia tecnológica: una herramienta para aumentar, mantener o mejorar las destrezas o capacidades funcionales de los estudiantes universitarios con impedimentos. Griot, 32-40. Obtenido de: <http://revistagriot.uprrp.edu/archivos/2007121206.pdf>
- Wilson, j; mccracken, e & cummings, y. (1999) assistive devices: an audit of waiting times. *British journal occupational therapy*. 62 (6), 269-271. Doi: 10.1177/030802269906200612





EL ARTE COMO INSTRUMENTO PARA EL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN NIÑOS PERTENECIENTES A LA FUNDACIÓN CULTIVARTE

ART AS AN INSTRUMENT FOR THE DEVELOPMENT OF SOCIAL SKILLS IN CHILDREN BELONGING TO THE CULTIVARTE FOUNDATION

Para citar este artículo:

Bonilla P.; Posada C. (2019). El arte como instrumento para el desarrollo de las habilidades sociales en niños pertenecientes a la fundación Cultivarte. *Revista Cuidado y Ocupación Humana Vol.8-II*.

Ps. Paola Estefanía Bonilla Meneses*
Mg. Claudia Patricia Posada Benedetti3**

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el fin de identificar la relación entre las habilidades artísticas y el desarrollo o fortalecimiento de las habilidades sociales. La investigación fue cualitativa con un diseño descriptivo, aplicada en la población perteneciente a la escuela de formación Cultivarte, donde se pueden encontrar programas de música, teatro, danza y artes plásticas. Entre los resultados más representativos se puede resaltar el entendimiento del arte como un lenguaje simbólico que ayuda a facilitar los procesos comunicativos en los participantes, así mismo se identificaron diferentes conceptos de bienestar expresados a lo largo del documento, que dan cuenta de la evolución de habilidades sociales e inteligencia emocional mediante el uso del arte. Se concluyó que las actividades artísticas hacen parte del estilo de vida de los participantes e influencian sus ocupaciones y roles diarios.

PALABRAS CLAVE: arte terapia, habilidades sociales, lenguaje artístico, destrezas artísticas, autoesquemas, motivación.

ABSTRACT

This research was carried out with the aim of identifying the relationship between artistic skills and the development or strengthening of social skills. In this way, a qualitative research with a descriptive design is approached, applied in the population belonging to the Cultivarte training school, where music, theater, dance and plastic arts programs can be found. Among the most representative results we can highlight the understanding of art as a symbolic language in a way that helps to facilitate the communicative processes in the participants, likewise we identified the development of different concepts of well-being expressed throughout the document, being able to identify what the evolution of artistic skills through the use of art is a potentializing agent, concluding that with the creation and application of didactic material that allows children and their caregivers a greater understanding of the subject and at the same time facilitates the constant use of art as therapy.

KEY WORDS: art therapy, social skills, artistic language, artistic skills, self-schemes, motivation.



INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objeto de estudio el uso de las habilidades artísticas como mecanismo para el desarrollo de habilidades sociales, para tal fin se seleccionó una muestra de niños pertenecientes a la escuela de formación artística “cultivarte” los cuales se encuentran entre los 5 y 14 años de edad. Se toma en consideración que se trabajara con las diferentes áreas que representan las habilidades artísticas, como lo es la danza, el teatro, las artes plásticas y la música.

Con el fin de identificar en qué forma se ve influenciado la evolución de habilidades artísticas mediante el uso del arte como potencializador, se pretende trabajar una metodología cualitativa basándose en la psicología educativa, de esta forma se concluye con la creación y aplicación de material didáctico que permita a los niños y a sus cuidadores un mayor entendimiento sobre la temática y a su vez les facilite el uso constante del arte como terapia.

Dentro la investigación se podrán apreciar diferentes temáticas relacionadas con la influencia de las destrezas artísticas en función de la estimulación de las habilidades sociales, un ejemplo de este proceso se desarrolla en profundidad en el capítulo de arte terapia, donde se mencionan autores como Vygotsky afirmando que la función biológica de la interpretación y expresión artística es un desarrollo simbólico en donde la comprensión de diferentes patrones a través del arte se presenta como un tipo de lenguaje, de esta forma se hace expreso la relación directa entre el arte como lenguaje simbólico y las habilidades sociales como facilitadores para la construcción y fortalecimiento de dicho lenguaje simbólico.

Adicionalmente se puede hacer énfasis en la función evaluativa que tuvieron las diferentes técnicas de medición, entrevista semiestructurada, grupo focal, observación participante, todo ello con la finalidad de lograr una triangulación efectiva que permita realizar un análisis constructivo para la investigación. Para realizar la categorización se recurrió a aspectos como la pertenencia y apropiación, el interés y los gustos, las emociones generadas a

través de la música, el bienestar percibido, la motivación generada, el progreso percibido en las relaciones sociales, la autoestima y la autopercepción, entendiendo los autoesquemas como punto primordial para facilitar la adecuada adaptación de un individuo a un entorno social.

Algunos de los beneficios percibidos se hicieron evidenciar en aspectos que puntualmente no se esperaba medir, un ejemplo claro de ello recae sobre la orientación vocacional, temática que a pesar de no corresponder a la presente, de igual forma se hizo manifestar notoriamente, se pudo identificar que la exposición temprana a los intereses de un individuo, permite la consolidación de su proyecto de vida y por tal el desarrollo temprano de las habilidades pertinentes y necesarias para la construcción de dicho proyecto de vida. De esta forma se hace fácil apreciar que los beneficios adquiridos con el arte no se limitan a una sola área como puede ser el de habilidades sociales.

METODOLOGÍA

La presente investigación se fundamenta en un estudio cualitativo con diseño descriptivo mediante el cual pretende Identificar y describir las habilidades sociales de los niños pertenecientes a la Fundación Cultivarte.

Población

300 niños, niñas y adolescentes de 7 a 14 años pertenecientes a la fundación Cultivarte de la ciudad de Pamplona, debido a la cantidad de niños presentes en el programa y la amplia gama de horarios, el número exacto de la población es variable, de forma que no todos asisten de forma continua a los grupos artísticos.

Muestra

Las escuelas de formación artística corresponden a 4; danza, arte gráfica, teatro y música. Se considera la utilización de una muestra probabilística tomando un niño de cada escuela de formación artística.



Técnicas

Como mecanismo de triangulación vemos la viabilidad en la aplicación de técnicas como la entrevista semiestructurada, el grupo focal la observación participante para permitir la triangulación de los datos.

Entrevista semiestructurada

Corresponde a un espacio en el que un entrevistador y un entrevistado intercambian ideas y se aclaran inquietudes, de esta manera se puede presentar bajo el análisis del discurso expresado por el entrevistado, todo ello con la finalidad de obtener resultados que aporten a la temática investigada. “presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados” (Díaz, Torruco, Martínez, & Varela, 2013) En esta ocasión se trabajara con una entrevista semiestructurada que permita indagar en la temática, pero a la vez que los entrevistados expresen sus ideas de forma menos formal.

Grupo Focal

Son espacios grupales en los que se pretende identificar el sentir, pensar y vivir de los individuos (Hamui & Varela, 2012) cumple la función de dialogo socrático, en donde tanto los investigadores como los participantes buscan una conclusión común que sirva como base para las afirmaciones obtenidas en la construcción de la investigación.

Observación participante

La observación se desarrolla como una actividad ejercida por diferentes seres vivos, en ella implica analizar, detectar y asimilar la información que los rodea, de allí parte el uso de la observación participante como técnica de medición, esta misma se basa en recolectar información a profundidad en una relación entre investigador e investigado y a partir de dichas conductas observadas, se realiza un análisis en contraste con lo que se desea medir para concluir en criterios específicos. En ella se resalta el papel activo que sostiene el investigador dentro de la población investigada, explorando el conocimiento sobre la temática y aportando de forma significativa para que ese

conocimiento se vea incrementado. (Fagundes, y otros, 2014)

RESULTADOS

Análisis por participantes

Participante 1:

El participante numero 1 sostiene haber pertenecido a la escuela de formación artística en su sección de música sinfónica por aproximadamente poco más de un año, tiempo suficiente para establecer relaciones de amistad con la mayoría de sus compañeros, construir un horario de estudio en casa y ensayo en el programa, pero no es suficiente para considerar la música con su principal opción tratándose de proyecto de vida sin que ello implique la desclasificación total de dicha probabilidad. A pesar de ello el participante se encuentra en capacidad para identificar la práctica artística como una responsabilidad en lugar de un simple pasatiempo, lo que no solo fortalece sus destrezas intelectuales, estructura de personalidad y además valores desarrollados en el programa de arte.

Refiere que la música ha capturado su atención desde antes de ingresar al programa, por lo que su pertenencia y mantenimiento está definido por su propio interés, esto implica que la motivación se realiza de una forma intrínseca haciendo más perdurable el tiempo que pertenezca al programa y a su vez que el aprendizaje se afiance de una forma más efectiva, no solo se limita a la escuela de música, sino que además disfruta el dibujo desarrollando así sentimientos por la actividad como son “relajado”.

Desde la perspectiva de las relaciones interpersonales sugiere que ha presentado facilidad para hacer amigos, las relaciones de amistad dentro del grupo son esenciales y desde cierto punto disfruta de practicar la música sinfónica ya que es una oportunidad para estar con sus amigos, afirma que el tiempo en la escuela de arte le ha permitido “entender que la vida no es solo juegos y tecnología, sino que la cultura nos hace evolucionar” de esta forma se evidencia un compromiso por parte del participante ante el arte que practica por sobre los deberes con la escuela de formación



artística, acompañado del apoyo familiar se denota la influencia que ha tenido la música en sus diferentes macro sistemas.

El participante hace énfasis en que el desarrollo dentro de la escuela de música lo ha hecho sentirse importante y mejorar procesos relacionados con su autoestima, mejoras significativas en las relaciones sociales y un aumento en la capacidad de resiliencia permitiendo así tener mayor autocontrol sobre sus pulsiones agresivas. La perspectiva propia del participante no se ve denigrada ni afectada negativamente por su proceso en el grupo, caso contrario se ve reforzada a la aceptación y exaltación de los patrones positivos, dando como resultado una marcada seguridad emocional y una autoestima significativamente alto.

Participante 2

El participante numero 2 inicio perteneciendo a la escuela de artes plásticas debido a que era su principal gusto, posteriormente se interesó por la danza haciendo que decidiera participar en ambas escuelas de formación, en la entrevista se especificó por el arte plástica. Debido a su continuidad en el programa se ha generado un horario haciendo que la escuela de formación forme parte de su rutina diaria. Ello lo ha llevado a considerar el arte plástica como un posible proyecto de vida, no necesariamente como profesión, pero si como la base para una profesión en donde pueda implementar sus habilidades artísticas, se puede identificar que no asigna el dibujo o las habilidades artísticas dentro de sus actividades de ocio por lo que el participante las interpreta como una responsabilidad más, adquiriendo formación que repercute en su personalidad y no simplemente como un mecanismo de escape para la sintomatología negativa del día a día.

Afirma ejercer el arte por las sensaciones que recibe más que por el aprendizaje académico implícito en ella, eso significa que la motivación para continuar se enfoca en las emociones generadas por el arte, sumado además la posibilidad de generar nuevas relaciones interpersonales durante el proceso, sostiene que la escuela de arte mediante sus diferentes facetas le han brindado seguridad, permitiéndole sentirse cómodo consigo mismo,

permitiéndole relacionarse mejor con los compañeros dentro y fuera de la escuela, permitiéndole además entablar una mejor relación con los padres quienes lo influenciaron para asistir al programa de arte. Expresa mejorar conductas que para su percepción se consideraban incorrectas para un niño de 11 años, por lo que el arte le ha influenciado a terminar con dichas conductas, no especifica exactamente que conductas son.

Considera que el arte le puede ayudar a desarrollar mayor motricidad fina, teniendo implicaciones en su letra y por consiguiente en las calificaciones escolares. Narra además que el control de impulsos ha mejorado notablemente, relatando que antes de ingresar a la escuela se manifestaba mediante conductas agresivas llegando incluso a recurrir a la violencia física contra otros. Se debe resaltar la seguridad que le ha brindado desarrollar ambos tipos de arte, influenciando sobre su autoestima y el manejo de sus emociones y apropiación tanto de sus valores como de sus habilidades permitiendo sacar mayor provecho de las capacidades artísticas.

Participante 3

El participante numero 3 pertenece a la escuela de formación de música, aclarando tocar el clarinete soprano, asiste a la escuela de forma recurrente logrando incluir dicha actividad en sus responsabilidades diarias, a ello se suma la duración en el programa la cual se ha prolongado por un año y medio, desde esta perspectiva se puede interpretar el compromiso que posee el participante con el arte que practica denotando incluso su deseo por continuar ejerciendo la música como proyecto de vida desde una perspectiva profesional por tal motivo no identifica la música como un pasatiempo, diferenciando las actividades de ocio de las responsabilidades artísticas, adicionalmente sus gustos no se limitan a la práctica musical, sino por el contrario se extienden a las cualidades gráficas demostrando cualidades favorecedoras en ambos campos.

Desde la perspectiva emocional, son considerables los sentimientos de tranquilidad, felicidad y despreocupación que refiere el participante, reforzando así el gusto implícito por el arte que de forma inconsciente se sigue



condicionando. La motivación se deriva de la pasión creada hacia la práctica musical, dando como resultado una motivación intrínseca que permite al individuo mantenerse por más tiempo en la práctica y poseer un aprendizaje más significativo, además el sujeto infiere que el transcurso de la práctica le ha permitido mejorar de forma significativa en aspectos como el académico, y en funciones comportamentales identificando así una marcada indisciplina previa a la práctica musical, beneficios que repercuten en sus relaciones interpersonales, en los horarios de estudio, las responsabilidades y en mejoras significativas con su microsistema familiar.

Desde la perspectiva del autocontrol no se evidencia mucha mejora, esto no se debe a que el proceso artístico no favorezca el control de impulsos, sino que por el contrario el participante no muestra indicios de agresividad por lo que no se ha visto afectado por la práctica, caso contrario sucede con los autoesquemas, los cuales se han visto beneficiados con el desarrollo artístico al cual se ha visto sometido el participante, ello se hace notar cuando se indagan la percepción propia, en donde se encuentra mayor seguridad en comparación con los autoesquemas previos a la música llegando a describirse actualmente con los valores de “tolerancia” “respeto”, “responsabilidad” y “disciplina”.

Participante 4

El participante 4 pertenece a la escuela de artes plásticas, en ella se ha desarrollado desde hace 6 meses por lo que se puede identificar su compromiso con la práctica artística, pese a ello no posee una apropiación personal sobre el arte como proyecto de vida, presenta ausencia de caridad sobre sus metas y proyectos a mediano y largo plazo por lo que aún no se atreve a incluir las habilidades artísticas como una posibilidad profesional.

Dentro de sus intereses se puede identificar que para el participante el arte se desarrolla como un pasatiempo, al igual que lo es jugar o realizar cualquier actividad de ocio, es así como se asume la postura motivacional que presenta, en la cual solo se puede usar el arte como mecanismo de extraversion, adicionalmente, teniendo en cuenta que el participante afirma no

poseer interés por las diferentes escuelas que ofrece el programa cultívarte, se puede establecer poca motivación interna que permita mantenerse en el programa, contrario a ello la motivación presente es la extrínseca, reforzada por la interacción entre sus compañeros y sus padres. A pesar de lo anterior, los beneficios obtenidos se hacen evidentes, permitiendo que el participante haya mejorado la calidad de sus relaciones sociales con compañeros y familia.

Desde la perspectiva de los autoesquemas los cambios también son notorios, iniciando por el autocontrol, el paciente argumenta que su control de impulsos ha mejorado, no se considera igual que antes de pertenecer a la escuela sino que se encuentra en capacidad de mantener mayor control sobre sus acciones, menos impulsividad y mayor búsqueda de soluciones asertivas, la resiliencia también ha mejorado significativamente, mientras que desde el autoestima se aprecia seguridad en cuanto a sus capacidades y habilidades. Esto se debe en gran medida al andamiaje que se realiza en ella escuela y en parte a la frecuencia con la se acude a clases.

Análisis por subcategorías

Asistencia

La asistencia o permanencia de los participantes en el programa de música y artes plásticas, corresponde a un proceso motivacional impulsado en este caso por el deseo de aprender y a su vez factores referentes a la personalidad y sus preferencias, esto hace que los participantes lleven de 6 meses el que menos tiempo ha sido parte de la escuela hasta los dos años de forma ininterrumpida.

Es así como lo menciona Duarte, A en su investigación Educación por medio del arte (2016) educar por medio del arte beneficia de muchas maneras el desarrollo de los niños resaltando la expresión de ideas, el compromiso, intereses particulares en general lo relacionado a decisiones propias ya que el arte genera que exista un desarrollo cognitivo conllevando a una mayor comprensión frente a su entorno.



Intereses

En cuanto a los intereses se evidencia una marcada posición que difiere tanto de los participantes de música como los de artes, este resultado se le puede atribuir a la percepción social que estereotipa a las artes plásticas como una profesión poco rentable en comparación con la música, de la misma forma puede suceder en otros campos como puede ser la concepción social de la poca rentabilidad de música en contraste con profesiones más lucrativas como podría ser alguna ingeniería por citar alguna, es importante resaltar que ello se debe a la inferencia social, mas no a estudios metodológicos.

Benavides, M., Azucena, L., Pérez Castellanos, E., & Ramírez Torres, C. E. (2015) las destrezas artísticas se clasifican de 3 formas, la creatividad, el conocimiento y el placer, por tales aspectos se puede definir hacia qué tipo de arte se ven influenciados los participantes.

Emociones

Es referido por los participantes que las emociones producidas en el desarrollo de la práctica artística son netamente positivas, de esta forma los participantes concuerdan en concluir el arte como un filtro que les permite evadir las situaciones o emociones negativas, recurriendo inconscientemente al arte como una terapia de relajación y estimulación sensitiva favorecedora para el desarrollo estable de una inteligencia emocional.

En el texto “Arteterapia, conocimiento interior a través de la expresión artística” Fernández & Martínez (2006) se describe que los trabajos artísticos, dibujo, pintura, fotografía, modelado, video, ayudan a las personas en su autoexpresión, dándoles la oportunidad de plasmar de una forma creativa sus sentimientos, sus temores, sus inquietudes, sus dificultades.

Bienestar

Dentro de los beneficios encontrados se logra identificar la contribución que propone el arte no solo a la práctica dentro de la misma sino, además a la vida social, académica, emocional y a su estructura de personalidad. Ello se debe a que, en palabras de los participantes, hacerse

más disciplinado en los ensayos les permite sostener mayores responsabilidades tanto en el estudio como en las labores de casa.

La arteterapia puede verse como un tipo especial de aprendizaje que trata tanto con el mundo interno de las personas como con su mundo social inmediato. Ayuda a desarrollar y valorar todos aquellos aspectos que consideramos de gran importancia en la educación integral: las relaciones interpersonales, el bienestar personal, la autoestima, la comunicación, el autoconocimiento. Fernández & Martínez (2006).

Motivación

En este caso la motivación se ve influenciada por dos aspectos clave, el aprendizaje (refiriéndose tanto al aprendizaje académico, como al autodescubrimiento) y el segundo aspecto refiere ser la mejora en las relaciones sociales. De esta forma los participantes se sostienen en el programa debido a los buenos resultados que han evidenciado, resaltando alguno como mayor sociabilidad o apropiación de las responsabilidades.

Menciona Caballo, E (2005) en su libro *Habilidades sociales*, el buscar actividades que alimenten las capacidades físicas como realizar algún deporte, viajar, hacer recorridos al aire libre; capacidades culturales como visitar museo, leer, ver películas; o en este caso capacidades sociales como realizar actividades que implique tener encuentros con personas nuevas permitirá que den fruto a medida que se realicen generar incentivar y motivar a la realización de las mismas.

Relaciones

Los participantes concuerdan en afirmar que de cualquier forma han podido evidenciar cambios drásticos en la forma de cómo se relacionan con los demás, a pesar de ello no todos lo utilizan para los mismos fines, algunos de ellos recurren a la práctica artística porque encuentran en la escuela de arte una oportunidad para ampliar su círculo social, mientras que otros describen que el compromiso con las prácticas les ha permitido remplazar dificultades sociales con buenas prácticas.



Vygotsky en su teoría dentro de sus afirmaciones establece que las habilidades cognoscitivas se originan en las relaciones sociales y en la cultura. Planteo el desarrollo del niño como algo inseparable de las actividades sociales y culturales (Holland y colaboradores, 2001; Rowe y Wertsch, 2004)

Autoestima

Referente a este apartado, la práctica continua y la disciplina ejercida sobre cada participante permite que cada uno de ellos se encuentre en la seguridad de afirmar poseer habilidades positivas que le favorecen en el desarrollo del arte, en otras palabras, la constancia hace que se sientan seguros de sí mismos y sus destrezas, recayendo así en una mejora significativa de la autoestima, Sánchez & Solís, (2010) sostiene que el autoestima es el grado de satisfacción que el niño tiene consigo mismo, de forma que a mayor satisfacción propia mejores serán los niveles de autoestima.

Auto percepción

Se puede evidenciar que la facilidad para identificar sus cualidades está influenciada por la cantidad de tiempo que han pertenecido a la escuela de formación artística, la cual, como se mencionó anteriormente facilita el proceso de autodescubrimiento, incidiendo de forma positiva en el fortalecimiento de los auto esquemas de los participantes.

“Cuando hablamos de la “persona”, hablamos de una identidad de un nombre que la designa, de un conjunto de características, creencias, ideales y valores que la identifican; hablamos de una personalidad, de un Yo, que implica una afirmación de sí mismo frente a los otros, una historia, una memoria, un proyecto de vida. Pero esta identidad, como sabemos, se va formando mediante un lento proceso de construcción que opera en el ámbito de relaciones afectivas desde el mismo momento del nacimiento, e incluso antes, porque cuando nacemos, ya estamos colmados de los deseos de nuestros padres, de sus anhelos, y de la idea de hijo que quieren que seamos, lo cual va a influir en nuestra forma de pensar, de ser y de sentir (Flores, E 2006)”

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la existencia de habilidades sociales, como lo son los auto esquemas, presentes en la población de niños pertenecientes a la escuela de formación artística cultivarte, para ello se recurrió a la aplicación de diversos mecanismos de triangulación como lo fue una entrevista semiestructurada, con el fin de identificar la existencia de dichas habilidades, un grupo focal para identificar cuáles son las perspectivas de los participantes y una observación no participante mediante la cual se pudo inferir comportamientos y posibles conclusiones previas sobre las conductas adquiridas dentro del entorno artístico. Entre los posibles resultados se pudo identificar lo siguiente.

Tal cual como lo plantea a Vygotsky citado por Marty G. (1997), el arte se comprende como uno de los sistemas de símbolos comunicativos más complejos, desde esa perspectiva la investigación inicio planteando la pregunta de si las habilidades artísticas influyen en el desarrollo de las habilidades sociales. Para ello se identificó que en la mayoría de los casos los participantes demostraron una evolución significativa desde el área de las relaciones sociales, llegando a afirmar que “desde que pertenecen al programa se han vuelto menos tímidos”.

Bajo un análisis teórico esto se puede deber a la función comunicativa que desarrolla el arte, al trabajar con representaciones simbólicas de la realidad como es el caso de las artes plásticas se está reforzando la capacidad de abstracción de la realidad, al mismo tiempo que se fomenta la necesidad de hacer entender a los posibles espectadores, un sentimiento, una idea, un lugar o una emoción. En el caso de la música se hace más evidente el desarrollo simbólico, ya que la música maneja su propio lenguaje, tanto escrito como sería el caso de las partituras, como verbal siendo este el caso de interpretar un instrumento. En escuelas como el teatro o las danzas se refleja más el lenguaje kinésico, recurriendo al cuerpo como comunicador.

Adicionalmente se pudo identificar la forma en que el compromiso con el arte y la perspectiva de cada participante sobre su práctica artística permiten desarrollar rasgos de personalidad que



no se poseían antes, entre ellas se resalta la disciplina, la pasión, la resiliencia, el control de impulsos, asertividad entre otros, esto parte desde la postura que plantea (Calero, A 2016), las emociones contribuyen a la adaptación social, implicando así que ante mayor control de las mismas, el individuo se verá beneficiado con cualidades de interacción social que a su vez le brindan mayor comprensión sobre su entorno, permitiendo tener mayor capacidad analítica sobre las experiencias, de ahí que se puedan evidenciar cambios comportamentales en aspectos como el control de impulsos, la asertividad o la resiliencia.

Se observó además los aportes que sostienen las artes a las áreas de ajuste como es el proyecto de vida, desde este punto se infiere que, a mayor compromiso presentado por el individuo con el arte practicada, a ello sumándole el interés y el tipo de motivación que sostenga, de esta forma se hace notaria una predisposición para que los individuos identifiquen desde tempranas edades el plan de vida y orientación profesional. Permitiendo que desde sus inicios se pueda formar una estructura de personalidad más sólida.

Por otra parte, como lo siguieren Gasca & Aguilar, (2007) es ampliamente considerable el uso del arte como terapia, en este caso se encontró que los participantes recurren al arte para disminuir tensiones emocionales causadas ya sea en el entorno familiar o en su vida privada, afirmando la posibilidad de expresar durante los ensayos aquellos sentimientos recluidos en momentos estresores, o incluso la eliminación de conductas que ellos mismos catalogan como socialmente inaceptadas. En un caso específico, el participante afirma poseer conductas que no corresponden a su edad, y mediante el uso del arte fue extinguiendo la conducta hasta que ya no se presentó de nuevo.

Sin embargo la percepción propia de cada participante se vio afectada positivamente, ya que se hace evidente la seguridad que poseen al hablar tanto de sus habilidades, capacidades y metas como la conformidad con su apariencia física, se puede inferir que ello responde a procesos de condicionamiento, debido a que la práctica constante sirve como reforzador para permitir al individuo encontrar la capacidad para afirmar en igualdad de condiciones las

obras realizadas como las ideas, pensamientos o gustos, a ello se debe sumar la posibilidad que les ofrece estar agrupados con pares que poseen los mismos intereses, permitiendo así compartir con los demás sin miedo a ser rechazados.

Por último se debe mencionar que en los casos donde se pudo identificar mayor compromiso con el arte por parte de los participantes, estaba relacionado con la perspectiva del desarrollo artístico como proyecto de vida y por tal motivo se recurría a motivación intrínseca para lograr esta inferencia, mientras que en los casos que no había consideración del arte como proyecto de vida, se pudo identificar que el compromiso era menor y por lo tanto la motivación a la que se recurría era en su mayoría extrínseca, recurriendo a aspectos como la necesidad de socializar o la aceptación social mientras que en el primer caso se habla de necesidad de aprendizaje e intereses.

CONCLUSIONES

A partir de la investigación realizada con los niños inscritos a la fundación cultívarte del municipio de pamplona, se analizaron las habilidades sociales en niños con destrezas artísticas mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada, grupo focal y observación no participante, donde se llegó a las siguientes conclusiones, en primera instancia se logra reconocer en los niños que participaron durante el proceso de investigación las diferentes habilidades artísticas que poseen y como estas a su vez influyen de forma significativa en los diferentes ámbitos o roles que desempeñan dentro de la sociedad.

Se evidencia que todos los participantes al iniciar su práctica artística la percibían como un hobby, pero con el transcurso del tiempo los niños refieren como estas actividades en la actualidad se han convertido en un estilo de vida.

Según los resultados se puede resaltar, como dos de los niños que participan en la investigación al verse tan identificados con su arte perciben que esta práctica sería una buena opción, para ser un profesional a futuro.

Se puede inferir como la práctica de una habilidad artista influye de manera positiva a la



hora de contribuir en la disciplina de cada uno de los niños, ya que adquieren mayor responsabilidad hacia el desarrollo del arte, y por tanto favorece que su comportamiento sea más organizado y comprometido en las diferentes actividades en las que se desenvuelve diariamente.

El interés y pasión por las habilidades artísticas que desarrollan los niños es de suma importancia ya que esto facilita que el aprendizaje se adquiera con mayor facilidad.

generan que el niño tenga mayor desenvolvimiento y seguridad de sí mismo en el momento de expresar sus diferentes percepciones.

Se ve reflejado como el apoyo familiar es de vital importancia y fuente de motivación en los niños, ya que esto permite que aumente los lazos afectivos y su desempeño en la escuela de arte y los diferentes ámbitos sea más satisfactorio.

A partir de la investigación que se realizó, se puede comprobar que el pertenecer a una escuela de arte si logra repercutir de forma significativa en las diferentes habilidades sociales con las que cuentan los niños, ya que al adquirir mayor disciplina, responsabilidad y motivación trae consigo la modificación de cogniciones y comportamientos negativos.

Los diferentes impulsos sin duda son una de las problemáticas que más se ven reflejadas en esta etapa de la niñez, pero se resalta como a través de las habilidades artísticas éstas disminuyen o son más controladas debido a que existe mayor tolerancia frente a la opinión de los demás y por estas razones se expresan comportamientos más adecuados ya que existe un gusto en común esto hace que el crecimiento personal sea interés mutuo.

La percepción o el concepto que se tiene de sí mismo es fundamental el en desarrollo psíquico del niño, es por esto que se demuestra como la práctica de una habilidad artística hace que los individuos incrementen la capacidad de imaginar y de esta manera transformen los sentimientos negativos incluso en piezas musicales u obras de arte fortaleciendo de esta manera la seguridad personal.

Se pudo comprobar como las diferentes habilidades artísticas logran en un alto grado la estimulación de la inteligencia emocional incentivando que los niños tengan más control de sus impulsos y de esta manera busque la solución de sus conflictos de forma más racional.

El fortalecimiento de las relaciones interpersonales se logra identificar en este caso a través del gusto que se tienen en común hacia las habilidades artísticas y como estas a su vez

El arte como medio de expresión verbal o no verbal hace que el ser humano se arme de valor enfrentando sus miedos y transformándolos en piezas de admiración por diferentes públicos, es por esto que se ve reflejado como las habilidades sociales toman un papel importante como estrategias para eliminar o hacer más gradual la timidez.

Sin duda alguna la práctica de las diferentes destrezas artísticas, fomentan en los niños un estilo de vida diferente el cable de ello es la disciplina, responsabilidad y los valores que se adquieren, esto hace que a través de la investigación se halla comprobado que efectivamente las habilidades sociales se ven fortalecidas favoreciendo de esta manera las estrategias para el desenvolvimiento en el entorno psicosocial.

Se puede concluir que el arte desde su función simbólica se desarrolla en la compresión humana como un lenguaje, de la misma forma que se presenta un idioma en un individuo, con sus diferentes expresiones, se le puede atribuir un significado a partir de las experiencias que posea tanto el creador de la obra (o emisor del mensaje) como el espectador (o receptor del mensaje), partiendo de este enunciado, es comprensible entonces la manera como un individuo que recurre frecuentemente a entornos artísticos puede usarlos como base para desarrollar habilidades de carácter social. En base a ello se puede aportar como primera conclusión que las habilidades sociales en efecto se ven potencializadas mediante el uso de prácticas artísticas.

El bienestar percibido al participar de un grupo de expresión artística no se limita a aspectos



como los sociales, a ello se debe sumar el patrón de desarrollo en la estructura de personalidad altamente marcado por refuerzos positivos en los auto esquemas y las áreas de ajuste. Pero además se debe considerar como beneficio la consolidación de nuevas capacidades cognitivas, el afianzamiento de conocimientos que se realiza de forma más efectiva y la permisión por parte del individuo para expresarse de forma libre en cuanto a pasiones y gustos.

Un par de mecanismos que no se pretendían medir con la actual investigación, fueron; la eficiencia de los tipos de motivación para reforzar el proyecto de vida y la estimulación temprana como mecanismo para facilitar el proceso de orientación profesional, con ellos se puede concluir una estrecha relación, por su parte la motivación intrínseca permite que los procesos vocacionales se desarrollen más temprano y eficientemente, mientras que la exposición temprana a las posibles prácticas vocacionales permiten que el individuo se enfrente con mayor seguridad a sus metas ya sean a corto, mediano o largo plazo. Fomentando así el desarrollo de auto esquemas y permitiendo una estructura de personalidad más estable.

Se evidencia que se establece un pensamiento equitativo por parte de los niños que participaron en la investigación en cuanto a que todos refieren que la práctica de un arte ha mejorado sus vidas significativamente porque los ha ayudado a crecer como personas desarrollando mecanismos más adaptables dentro de la sociedad.

Se resalta que los niños que inicia una práctica temprana en relación a las destrezas artísticas logran tener mayor facilidad en el momento de acatar órdenes y aceptar críticas ya que esto lo relacionan al crecimiento como futuros profesionales lo que hace que su desempeño sea más adaptativo y adecuado en los diferentes ámbitos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ardila, Y., & Bohórquez, P. (2012). Habilidades sociales dentro del contexto de los niños con síndrome de Down del instituto la

esperanza sede internado Cúcuta norte de Santander. pamplona: universidad de pamplona.

Betina, A., & Contini, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. argentina: universidad nacional de san Luis.

Caballo, V. (2005). manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales . siglo.

Covarrubias, E. (2006). Arte Terapia Como Herramienta De Intervención Para El Proceso De Desarrollo Personal. Santiago de chile: universidad de chile.

Diaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. México D.F: Universidad Autónoma De México. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci_arttext

Dowmat, L. (2000). tres aproximaciones al arteterapia. arte, individuo y sociedad, 311-319.

Fagundes, V., Magalhães, A., dos Santos, C., Garcia , A., Ribeiro, M., & Mendes, M. (2014). Hablando de la Observación Participante en la investigación cualitativa en el proceso salud-enfermedad. Index de Enfermería, 23(1-2), 75-79.

Fernández, E. (2007). Aplicaciones del Arteterapia en aula como medio de prevención para el desarrollo de la autoestima y el fomento de las relaciones sociales positivas. arteterapia, 275-291.

Gardner, H. (2012). Escrituras de la mente, teoría de las inteligencias múltiples (Vol. III). (f. d. México, Trad.) New York: Harper Collins Publisher Inc.

Gasca, B., & Aguilar, S. (2007). La terapia del arte como herramienta psicoterapéutica en pacientes con cáncer. México: universidad nacional autónoma de México.

González , F. (2008). Psicología y arte: razones teóricas y epistemológicas de un desencuentro . Tesis Psicológica, 140-159.



González, C., Martín, C., García, G., Ortín, M., Canal, M., Martín, D., & Ceprià, J. (2018). Educación musical y visual. *Educación*, 19.

Gutiérrez, E. (2000). Arte-Terapia para grupos de personas sin hogar. *Arte, Individuo y Sociedad*, 301-309.

Hamui, A., & Varela, m. (2012). La técnica de grupos focales. México D.F.: universidad autónoma de México. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000100009

Heidegger, M. (2005). *EL ORIGEN DE LA OBRA DE ARTE*. Madrid: UDESC.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.

Marty, G. (2000). Los problemas de una Psicología del Arte. *5598Arte, Individuo Sociedad*, 61-69.

Pérez, P. (2014). Diagnóstico de habilidades sociales en estudiantes en situación de discapacidad cognitiva del grado tercero de la sede la esperanza del instituto técnico Guaimaral de Cúcuta. Cúcuta: Universidad De Pamplona.

Ruiz, M., Aceituno, D., & Rada, G. (2017). Arteterapia, ¿es efectiva en la esquizofrenia? *Medwave*, 17(Suppl1).

Sánchez, B., & Solis, J. (2010). Autoestima en niños.

Vinaccia, S., Quiceno, M., Fernández, H., Calle, L. A., Naranjo, M., & Osorio, J. (junio de 2008). Autoesquemas y habilidades sociales en adolescentes con diagnóstico de labio y paladar hendido. *pensamiento psicológico*, 4(10), 123 - 135.



VULNERABILIDAD FAMILIAR EN SALUD

FAMILY HEALTH VULNERABILITY

Para citar este artículo:

Rodríguez C.; Serrano M.; Urbina L.; Velez W.; Almeida Y.; Herrera K.; Parra M. (2019). Vulnerabilidad familiar en salud. *Revista Cuidado y Ocupación Humana Vol.8-II*.

Dra. Claudia Milena Rodríguez Lizcano*

Mónica Liceth Serrano Alvarado **

Leidy Sofia Urbina De La Cruz ***

William Andrés Vélez Chávez ****

Yuliet Andrea Almeida Ramírez *****

Kelly Johana Herrera Blanco *****

María Camila Parra Flores*****

RESUMEN

El presente documento es el análisis de una revisión bibliográfica de artículos de investigación asociados a la vulnerabilidad familiar que afecta la salud dentro de las familias, así como la susceptibilidad y factores de riesgo que pueden ocasionar la desorganización dinámica y familiar durante el ciclo vital de las personas. Factores de riesgo como pobreza, estrés, exclusión social, morbilidades y dificultades en la resiliencia, influyen en la salud familiar. Los resultados obtenidos de la revisión son útiles en el momento de planear y desarrollar estrategias de salud familiar desde el ámbito de enfermería; debido a que la familia es considerada como una institución fundamental, donde las personas se desarrollan como entes socioculturales y elementos insustituibles. Asimismo, el estudio contribuye a obtener explicaciones de cambios sociales, de fenómenos de adaptación y resistencia cultural, esto desde un punto antropológico.

PALABRAS CLAVE: Resiliencia de la familia, Vulnerabilidad de la salud, Riesgo, Familia, Vulnerabilidad de la familia

ABSTRACT

This document is the analysis of a bibliographic review of research articles associated with family vulnerability that affects health within families, as well as the susceptibility and risk factors that can cause dynamic and family disorganization during the life cycle of individuals, leading to the creation of a changing scenario. Risk factors such as poverty, stress, social exclusion, morbidity and resilience difficulties influence family health. The results obtained from the review are useful when planning and developing family health strategies from the nursing field; The family is considered a fundamental institution where people develop as sociocultural entities and irreplaceable elements to obtain explanations of social changes of phenomena of adaptation and cultural resistance, this seen from an anthropological point of view, and shaping the term of social vulnerability from a wider and polysemic perspective, which adheres to individuals, families and social groups; taking as factors the social determinants, which influence health determining the risk of acquiring problems or damages to it.

KEYWORDS: Family Resilience, Health Vulnerability, Risk, Family, Family Vulnerability



INTRODUCCIÓN

El presente artículo se enmarca dentro de una línea investigativa que se realizó con recopilación de evidencia científica, para la reflexión de vulnerabilidad en salud familiar, el cual permitirá el aporte a la formación académica y a la formulación de hipótesis respecto a la vulnerabilidad de las familias. El término vulnerabilidad viene del latín de verbo *vulnherare* lo que significa “provocar un daño, una injuria”, el cual es designado para nombrar las susceptibilidad de las personas a daños o problemas, de distintos tipos como los son sociales, económicos, ambientales, culturales o de salud; de igual manera se puede deducir que una persona vulnerable no solo es aquella que se encuentra expuesta a un riesgo, sino que también incluye a aquellas que no cuentan con la capacidad de resiliencia para afrontar resistir o sobreponerse.

Así mismo, la vulnerabilidad familiar significa estar necesitado de cuidado, por lo tanto, la familia es quien facilita los cuidados del miembro que lo requiere; por esto, gran parte de la actividad en la familia se centra en definitiva en cuidar de sus miembros; por lo tanto, los individuos en cualquier etapa de sus vidas pueden ser vulnerables ya sea por alguna enfermedad o porque simplemente no se sienten satisfechos con lo que han logrado en la vida; sin embargo, las etapas más susceptibles a la vulnerabilidad son los longevos y los niños, los cuales requieren de mayor cuidado brindado principalmente por la misma (Zárate, B y Gas, M., 2015).

La vulnerabilidad familiar en salud en muchos países es determinada por las condiciones o circunstancias por las cuales pasan las familias, teniendo este una implicación de varios factores. Para Ramasco la vulnerabilidad es multidimensional y dinámica, la cual remite a una zona intermedia entre la integración (trabajo estable, pilares sociales y familiares sólidos) y la exclusión social (carencia de trabajo y aislamiento social o familiar). Se relaciona con la inseguridad y la indefensión que experimentan algunas familias en sus condiciones de vida a consecuencia de eventos traumáticos y con su capacidad para manejar recursos y movilizar estrategias para afrontar sus efectos. En toda sociedad hay comunidades

familias e individuos cuya probabilidad de morir enfermar o accidentarse es mayor que la de otros. Se ha dicho que tales grupos son especialmente vulnerables lo que implica que tienen mayor exposición al riesgo, el cual, es designado para referirse a la circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer enfermedad o cualquier otro problema de salud (Gonzales R., 2015).

También, surge la importancia de abordar la vulnerabilidad en el ámbito familiar y asociarlo a factores protectores y de riesgo que aporte análisis crítico a la temática en estudio, para conocer el nivel de vulnerabilidad familiar en salud y sus implicaciones en el estado de salud, la pobreza y los factores inminentes que propician riesgos que acarrean muertes y disfuncionalidad en los procesos familiares.

METODOLOGÍA

Este artículo de reflexión se enmarca en el desarrollo de una investigación riesgo 1, no experimental que se basa en el código deontológico de enfermería que expresa en el artículo 35 (investigación) que: “la enfermera en su función investigadora”, se asegura tanto de los proyectos propios como de los que participe, se cumplen los requisitos legales y éticos exigidos por el comité correspondiente (Colegio Oficial de Enfermería de Navarra, 2017). Así mismo la ley 911 de 2004, expresa en cuanto a las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia, decreta en el capítulo 1 artículo 2, los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, que formulan la obligación moral de accionar a beneficio de los demás (Ley N.º 911, 2004).

Por otra parte, según la Ley 266 de 1996, el profesional de enfermería fundamenta su práctica en los conocimiento sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en su propias teorías y tecnologías ejerciendo su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, que aporta en el trabajo sectorial e intersectorial los conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y actualizada,



mediante la experiencia, la investigación y la educación continua apoyados en el consejo técnico nacional de enfermería, quien dictamina dentro de sus funciones los lineamientos para el desarrollo de la investigación en enfermería (Ley N.º 266, 1996) (Colegio Oficial de Enfermería de Navarra, 2017).

Extrapolando las consideraciones éticas ya mencionadas el enfermero(a) tendrá una actitud positiva para participar en investigaciones que contribuyan en los avances de la ciencia y la mejora de los cuidados, en la medida en que se le informe con claridad sobre los objetivos y beneficios, que de la propia investigación se derivaran, así como, de los riesgos que asume si los hubiese; deberá conocer la responsabilidad concreta que implica en su participación en el proceso de investigación (Galván, 2017).

Por esta razón, este artículo de reflexión consistió en una revisión científica seleccionando material de interés para el tema estudiado en las diferentes bases de datos con orientación en enfermería, tales como: PubMed, El Sevier, Redalyc y Enfermería 21, teniendo en cuenta que la bibliografía para la recolección de datos fuese de los últimos ocho años.

Se hallaron 20 piezas científicas relacionadas con los patrones de búsqueda que fueron sometidos a una evaluación de datos por medio de una selección que diera respuesta al tema de interés, con el acompañamiento de la docente-tutor profesional de enfermería Claudia Milena Rodríguez Lizcano, Enfermera profesional, Especialista en Gerencia de Servicios de Salud, Magíster en Ciencias de la Enfermería. Se lograron, así, seis artículos científicos en idioma español que fueron analizados desde el contenido con una lectura crítica, organizando y agrupando la información en una ficha bibliográfica y documental que expresa claramente palabras claves, idea central, argumento de mayor relevancia, comentario del investigador, sugerencias y observaciones, que permitió una interpretación ordenada de los resultados.

Dentro de los criterios de inclusión se tuvo presente que los artículos fuesen menor a ocho años de publicación y los resultados de la

búsqueda se relacionaran con el tema de investigación planteado. Como criterio de exclusión se destacan los artículos mayores a ocho años de publicación y artículos que no respondiera al objeto de estudio.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La familia es considerada como una institución fundamental donde las personas se desarrollan como entes socioculturales y elementos insustituibles para llegar a obtener explicaciones de cambios sociales de fenómenos de adaptación y resistencia cultural, esto visto desde un punto antropológico; el parentesco es indispensable para el estudio y el análisis de la familia con el fin de visualizar los cambios y transformaciones con adaptaciones a través del tiempo al igual que el matrimonio.

En concordancia con lo dicho anteriormente Gutiérrez (2016) considera que la familia es la institución base de cualquier sociedad humana, la cual da sentido a sus integrantes y a su vez los prepara para afrontar situaciones que se presenten y están unidos por vínculos de sangre que viven bajo el mismo techo o en un mismo conjunto de habitaciones, con una comunidad de servicios entrelazados por un grupo de parentesco transmisores de tradición y se aceptan ciertas actitudes y otras se rechazan.

Además, para una perspectiva más amplia acerca del concepto, la OMS señala que la familia es constituida por los miembros emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio constituido por la pareja y su descendencia. Se considera que los padres están presentes a lo largo del desarrollo de los niños, de este modo, es uno de los factores más importantes en su crecimiento y su desarrollo.

Por otra parte, se estima que la vulnerabilidad según Yasuko (2008) es la susceptibilidad de las personas a problemas y daños de la salud, la relación que existe entre la intensidad del daño y la magnitud; la vulnerabilidad social se refiere a la estructura económica, políticas públicas en especial de educación y salud, la cultura, ideología y relaciones de género. Ahora bien, la vulnerabilidad individual se relaciona a los procesos de discriminación,



exclusión o debilitamiento de los grupos sociales y su capacidad de reacción. Una amplia cantidad de estudios de enfermería enfocan la vulnerabilidad en aquellos grupos que se encuentran con alguna deficiencia y es referida más a la dimensión del individuo, familia y comunidad.

Por lo tanto, para hablar de vulnerabilidad y familias, Bayon (2010) resalta su estrecha relación e indica que esta permite dar cuenta a la incapacidad de una persona u hogar para aprovechar las oportunidades disponibles en distintos ámbitos socioeconómicos para mejorar su situación de bienestar o impedir su deterioro; la capacidad de un individuo y hogares para hacer frente a las situaciones de riesgo donde la familia puede constituir a un frente de recursos activos humanos, sociales y emocionales, dependiendo de la composición, estructura, ciclo vital y relaciones intrafamiliares.

Desde nuestro punto de vista en relación con lo descrito por el autor, se considera que la familia es el pilar fundamental para satisfacer las necesidades individuales y colectivas, de manera que permite un factor protector a los miembros del núcleo familiar ante sistemas de vulnerabilidad tanto sociales como de salud que emanan la pobreza, enfermedad y exclusión social; esto repercute en las familias mejorando el bienestar de cada uno de los integrantes de la misma.

La familia tiene una función esencial que es el cuidado y la educación de las vidas que genera. En ella es donde se proporcionan de modo insustituible y eficaz el cuidado y la atención a cada miembro, tareas para las que el cariño y la cercanía son elementos esenciales. La familia tiene este deber de asistencia desde el primer momento de vida de sus componentes; en el desarrollo de estas competencias no hay etapas de olvido o ausencia. Esta siempre puede apoyar y asistir a sus miembros, incluso a los que están independizados.

El cuidar dentro de la familia, desde su origen hace referencia a continuar la vida y mantenerla apartando o evitando el mal, además de los cuidados de reparación, restableciendo la salud o combatiendo la enfermedad. El cuidado es una actividad de

extraordinaria densidad antropológica y moral, donde la familia ejerce esta tarea de cuidado especialmente cuando uno o varios integrantes de la misma se encuentra vulnerable a cualquier situación que cause daños o problemas para su salud o bienestar en general, estos daños en salud tienen distintos factores que inciden en el mismo, donde encontramos que la vulnerabilidad social es un determinante importante que influye en la salud (Zárate y Gas, 2015).

La vulnerabilidad social es aquella que no únicamente emana a la pobreza, sino que también a la disminución de la posibilidad de organización para mejorar la calidad de vida. El individuo se integra en la sociedad a partir de dos ejes principales, los cuales son el trabajo y la disposición de establecer relaciones familiares y comunitarias; la vulnerabilidad sociodemográfica es una dimensión de la vulnerabilidad social, por tanto, la vulnerabilidad sociodemográfica contiene los datos demográficos de una población como lo son edad, sexo, morbilidad, mortalidad, etc. De la misma manera, se evidencia que un hogar es vulnerable socialmente, el índice de pobreza tiene una relación con los datos sociodemográficos como lo es el numero incrementado de hijos en una familia de estrato bajo o individuos en edad no productiva. La relación existente entre vulnerabilidad social y vulnerabilidad sociodemográfica, está marcada por los pasivos y activos demográficos; llamamos a activos al trabajo, la migración debido al estado de pobreza crea situaciones donde el individuo debe viajar y buscar sustento económico, y por último la nupcialidad se refiere a la generación de población activa; dentro de los pasivos sociodemográficos encontramos la sobre mortalidad y la sobre fecundidad ya que esto incluye gastos monetarios y crea dificultad para la adquisición de activos (Gonzales, 2015).

De acuerdo con lo anterior descrito por autor, la vulnerabilidad se enmarca en la exposición al riesgo y la disponibilidad de recursos para contrarrestar situaciones adversas, contraer algún tipo de problema o enfermedad. Existen múltiples factores que determinan la vulnerabilidad en salud; como el ambiente, sistema de alcantarillado, control sanitario,



sistema de vacunación, conocimiento sobre manejo de enfermedades crónicas.

El riesgo relativo permite identificar la población expuesta y la no expuesta al riesgo, la reducción absoluta del riesgo define la eficacia de un tratamiento de modo que las personas, adultos mayores o niños, que padecen bronquitis, cardiopatía, o algún tipo de enfermedad crónica son más vulnerables a daños. La salud está determinada por factores sociales, de modo que las personas con un alto nivel económico están menos propensas a adquirir daños o enfermedades, debido a que poseen mejores posibilidades de calidad de vida en cuanto a sistemas de alcantarillado, servicio sanitarios y conocimientos en salud, mientras que las personas con bajos niveles de economía están más propensas de adquirir cualquier problema.

Cabe resaltar que en las familias influyen diferentes factores que pueden generar un desequilibrio en el proceso salud- enfermedad, siendo vulnerados desde distintos puntos de vista anteriormente mencionados, otros de ellos y de gran importancia son los determinantes en salud, los cuales representan distintas inequidades sanitarias que generan una vulnerabilidad en la salud familiar de forma significativa. Los determinantes en salud según el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), son un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o las poblaciones (Berenguer, Dávila y Sánchez, 2017).

Ante esto es de vital importancia resaltar que estos comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos, la posición social, la educación, el trabajo (condiciones laborales), el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos a los que pueden acceder las familias a diario; generando distintas condiciones de vida que repercuten un claro impacto sobre la salud. Es por este motivo que las familias día a día se deben enfrentar a las diferentes oportunidades e inequidades del entorno social, como empresas generadoras de trabajo, instituciones gubernamentales que ofrecen algún beneficio a los más desfavorecidos, pues las ayudas no son suficientes para las familias vulnerables, puesto

que muchas están guiadas por corrupción, sin tener en cuenta que estos beneficios generan una vida digna para las familias. De la misma manera, la falta de acceso a un contrato de trabajo con derecho a las prestaciones de servicios (salud, pensión, cajas de compensación), vulnera el derecho de estas familias a un trabajo digno.

Todo esto causa un impacto significativo en el nivel de vida de los mismos, que no solo subyacen a consecuencias físicas sino también al desarrollo psicológico de los miembros desencadenando estrés, ansiedad y depresión.

Por tanto, la vulnerabilidad en salud familiar se puede evitar por medio de aplicación de diferentes estrategias que promuevan la salud y prevengan la enfermedad, por ejemplo, en Colombia es a través del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que tiene como fin en uno de sus enfoques el modelo de DSS (Determinantes Sociales en Salud) y a partir de él se soportan dos de los tres objetivos estratégicos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente (Colegio Oficial de Enfermería de Navarra, 2017).

La aplicación de esta política está dada a estrategias dirigidas a los Determinantes Sociales de la Salud como la Red Unidos, que se enfoca en la superación de la pobreza extrema y las desigualdades sociales mediante la coordinación de la acción de más de 26 entidades del estado. El acompañamiento de las familias del programa es realizado por cogestores sociales encargados de orientarlas en el cumplimiento de 45 logros básicos en nueve dimensiones, como salud, educación, nutrición, habitabilidad entre otros. Ante esto es importante el seguimiento para que estos beneficios lleguen a las familias que lo necesitan, disminuyendo la desigualdad y vulnerabilidad familiar en salud, generando un mejor bienestar y calidad de vida de los integrantes.

Por otra parte, se reconoce que las familias con ancianos presentan índices altos de pobreza, cuando estos encabezan el hogar, aumentando el riesgo familiar (Velásquez y



Gutiérrez, 2007). Así mismo el aumento en las tasas de morbimortalidad en la población más vulnerable como los niños menores de cinco años y los adultos mayores de sesenta, debido a la carencia de programas en promoción de la salud (29%), combinada con la subutilización de servicios disponibles (28%), ausencia de información (24%) e inaccesibilidad a los servicios (21%), lo que incrementa el riesgo de salud de estas familias, donde los adultos mayores están altamente expuestos a la percepción de enfermedad por cambios propios del envejecimiento; los servicios que deben desempeñar un papel importante en la resolución de estas problemáticas en salud no son percibidas totalmente efectivas. Por ende, es inminente el riesgo individual como colectivo, por los que atraviesa esta población debido a las carencias económicas, saneamiento nefasto, conocimientos deficientes de salud, y una autoridad principalmente patriarcal, dictada por personas mayores.

Esto da lugar a conflictos familiares intergeneracionales, puesto que la distribución de recursos de la sociedad en la práctica tiene un referente etario y está determinada por la limitación de la riqueza dada por la actividad económica, violencia familiar y aumento de enfermedades, lo que pone en riesgo a la población en general, disminuyendo su calidad de vida y por lo tanto su bienestar integral (Velásquez y Gutiérrez, 2007).

En general, amplios grupos de la población en todo el país presentan dificultades en el acceso a los servicios de salud, educación, protección social y vivienda que en últimas son factores subyacentes que emergen problemáticas de salud en la familia. Al respecto Grosman (2008, 17), afirma que “las carencias socioeconómicas afectan el desarrollo intelectual en forma múltiple; ellas se vinculan con la dieta, el cuidado de la salud y el contexto familiar. En cuanto al tema de la salud, a pesar de ser reconocida constitucional y legalmente como derecho, aún existen varias personas que no pueden acceder a este servicio, principalmente por la falta de recursos económicos, la cual es responsabilidad del sector público por la baja generación de empleos y la presencia de informalidad. Además, menciona que los

indicadores dicotómicos como el de la pobreza o las NBI (Necesidades básicas insatisfecha) no son suficientes para discernir las causas profundas de los fenómenos sociales.

Los grupos en situación de riesgo social están conformados por individuos que son más propensos a presentar conductas anómicas (por factores propios de su ambiente doméstico o comunitario), lo que conlleva a sufrir diversos daños por acción u omisión de terceros, o a tener desempeños deficientes en esferas claves para la inserción social.

La CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2002,11-14) refiere que Kaztman y Moser, a través de una extensa revisión bibliográfica presentan los conceptos de vulnerabilidad social y vulnerabilidad socio demográfica, quienes las definen como la escasa capacidad de respuesta individual o grupal ante riesgos y contingencia y también como la predisposición a la caída del nivel de bienestar, derivada de una configuración de atributos negativa.

Esto se puede deber a distintos factores, uno de ellos es que las familias no cuentan con sus necesidades básicas satisfechas, como segundo aspecto, la poca capacidad de la comunidad para reaccionar ante la pobreza, en la búsqueda y construcción de alternativas, en donde se aprovechen los activos físicos representados en su tierra y los intangibles expresados en el saber que tienen para su aprovechamiento. Se considera insoslayable garantizar como primera medida, el derecho al acceso de la información, es decir, este podría constituir un punto de partida ineludible, el cual, lograría convertirse en un conjunto de oportunidades que permitirían dar visibilidad a las políticas económicas que determinan el conjunto de oportunidades de los hogares y el rango de actividades que pueden llevar a cabo para enfrentar los riesgos.

La función del Estado es detectar las necesidades sociales y crear las instituciones que respondan a esa demanda. Así la sociedad ha ido facultando a cada institución con una función social específica. En el caso particular de la educación se le ha delegado el proceso de formación permanente, personal, cultural y social; además, que esta responda a los



principios de integralidad de la persona humana, de su dignidad, sus derechos, y de sus deberes. El problema aparece cuando la división de las riquezas inadecuadas a los países evidencia el notable subdesarrollo en nuestro país, que es, finalmente donde subyacen las causas de la pobreza y desigualdad. En concordancia el manifiesto de corrupción y mandatarios encaminados a la satisfacción de intereses propios enmascarados en fachadas que divultan intereses colectivos inexistentes.

La Constitución Política de Colombia aprobada en 1991 otorga el derecho a la educación que tiene toda persona, en las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra y en su carácter de servicio público; pese a ello es posible constatar que estos derechos son vulnerados ya que todos los ciudadanos no cuentan con igualdad de oportunidades sociales, las cuales se dan según la posición social o estrato económico, es decir, se excluye a un gran porcentaje de la población. Sin embargo, puede convertirse en el inicio de un camino para que el estado pueda hacer de la educación en las familias un ejercicio incluyente que ofrezca oportunidades que posibiliten una opción real a mejorar el nivel de vida y las condiciones de salud en las familias.

Por lo tanto, la igualdad de condiciones debe ser equitativa para todas las personas, independientemente de sus creencias, religión, política, raza, sexo y a su vez el estado deberá proteger especialmente a aquellas personas vulnerables, mejorando así su calidad de vida.

El desarrollo humano y los derechos humanos se refuerzan mutuamente, ayudando afianzar el bienestar y la dignidad de todas las personas construyendo el respeto por sí mismos y por los demás, según IIDH (Instituto Interamericano de Derechos Humanos) (2007, 23) “Este enfoque contribuye a ampliar los derechos y cumplir con las obligaciones, así como a identificar no únicamente las carencias, sino también las posibilidades para superarlas en el mediano y largo plazo, ayudar a establecer prioridades y estrategias de trabajo compartidas y complementarias entre los diversos actores del escenario social”. Este desarrollo tiene como compromiso de incorporar la participación popular y promover

el empoderamiento de los grupos más desfavorecidos como un derecho. Por tanto, habrá que analizar las relaciones desiguales de poder, las barreras que impiden a los más excluidos reclamar sus derechos e identificar los medios para hacer frente a esta desigualdad. Entender la participación como un derecho y no como un instrumento para aumentar la eficacia de la ayuda externa, significa pasar de un entendimiento técnico a un empoderamiento práctico.

Un estudio realizado a estudiantes de básica primaria de un Centro Educativo rural, al que asisten niños y niñas de diversos grupos étnicos entre los que se encuentran indígenas (guambiamos y paeces), afrodescendientes y mestizos, evidencio que el 94,2% de las familias consultadas, pertenecen al régimen subsidiado; sin embargo, expresan tener muchos inconvenientes con el servicio; por ejemplo: deben esperar mucho tiempo para asistir a médicos especialistas, realizar un sin número de trámites, demora para la entrega de medicamentos, órdenes de apoyo, es decir, pese a contar con el régimen subsidiado las barreras de acceso al servicio de salud son muchas.

Foschiatti. A (2007,17) refiere a la salud como uno de los principales componentes del capital humano con una clara diferencia por estratos sociales, lo que constituye un rasgo más de la vulnerabilidad de ciertos sectores de la población, esto constata que las problemáticas en salud de las familias emergen de diversas situaciones, entre ellas, la poca atención que se le brinda a ciertas poblaciones para salvaguardar sus derechos y necesidades básicas lo que desencadena finalmente problemas de salud vistos desde todos los ámbitos, físicos, sociales, emocionales y mentales (Mosquera, Rengifo y Vidal, 2012). Por ende, la salud debe ser igualitaria e indispensable para todas las personas, garantizando su calidad de vida y bienestar integral del individuo como el de su familia, lo que permitirá el crecimiento personal del núcleo familiar.

Ante estas diferentes situaciones, la resiliencia es una estrategia eficaz en función de estas familias vulnerables, pues estas permiten la capacidad de adaptación ante cualquier



adversidad que se le presente. La resiliencia familiar hace parte de un factor protector, lo cual es entendida y aplicada por medio de tres periodos: Desorganización (como momento de crisis), recuperación (medios de enfrentamiento a la adversidad) y reorganización (medio del cual se deja atrás la crisis).

Referente a lo anterior, es importante destacar que existen factores protectores también llamado “escudo” que tiene como fin mantener el funcionamiento familiar para preservar un estado saludable y competente de las familias bajo condiciones de estrés; ejemplo de estas encontramos, las celebraciones familiares o tradiciones, actividades recreativas, vacaciones, entre otros, en las que se comparte un tiempo de calidad mejorando las relaciones afectivas y de comunicación. Esto actúa neutralizando el impacto de los factores de riesgo sobre el desarrollo evolutivo familiar, identificándose, así como un proceso de recuperación, en el que se establece un equilibrio y crecimiento de cada uno de sus miembros ante el impacto desestructurante durante la crisis.

Existen unos modelos significativos de familia que innova a ser resilientes, lo cual permite construir un sistema de creencias compartido o esquema familiar, donde las orienta hacia la recuperación. Este primer proceso conlleva a normalizar y contextualizar la adversidad y el estrés, generando un sentido de coherencia que redefine la crisis como un desafío manejable.

En segundo lugar, el modelo propuesto por Walsh (2003, 2004) destaca la fuerza protectora de los patrones organizacionales de la familia, que actúan como absorbentes de las conmociones familiares. La capacidad de reorganización familiar tras la crisis se sustenta en lo que Walsh (2003, 2004) denomina conexión familiar, pero que Olson (1989, en Kalil, 2003) y otros han nombrado cohesión familiar, lo cual implica apoyo mutuo y compromiso hacia metas colectivas.

En tercer lugar, los procesos de resiliencia familiar se sustentan en la comunicación y habilidades para la resolución de problemas, esta variable ha sido muy trabajada por los terapeutas familiares, quienes han concordado en que debe ser clara, favorecer la expresión

emocional abierta y la búsqueda colaborativa de soluciones. Así mismo, se requiere que los miembros de la familia puedan compartir un amplio rango de emociones; como alegría y dolor, esperanzas y temores, éxitos y frustraciones; siendo esta una forma de definir pasos concretos hacia una meta construida, avanzando sobre pequeñas conquistas personales y colectivas a nivel familiar (Gómez y Kotliarenco, 2010).

En síntesis, la familia debe tener resistencia familiar, siendo capaz de mantener el funcionamiento familiar ante los factores de riesgo y crisis significativas que atraviesa, todo esto conllevara al crecimiento de la familiar, y a la adecuada resiliencia de la misma. De acuerdo con lo anterior, para la disciplina de enfermería es necesario conocer las problemáticas actuales de familia en nuestro país, los cambios que la familia ha tenido a lo largo del tiempo, las nuevas tipologías familiares que han dejado atrás las familias tradicionales y los determinantes sociales que las hace más vulnerables y que influyen en la salud familiar. Por esto, desde el enfoque de enfermería, nuestras intervenciones deben ir orientadas a: fortalecer la resiliencia familiar, normalización familiar, el apoyo familiar, orientar la toma de decisiones, la integridad familiar, motivar la participación familiar en la asistencia sanitaria, funcionamiento de la familia, estado de salud de la familia, afrontamiento de los problemas de la familia (Moorhead, Swanson, Johnson M y Maas, 2019). A través de estas, podemos cumplir los siguientes objetivos:

Integridad familiar, mantenimiento de procesos familiares, asesoramiento, la normalización y la resiliencia familiar (Herdman, H. y Kamitsuru, S. 2018), con el fin de evitar la desintegración y disfuncionalidad de la familia. Es entonces, cuando la integridad familiar se verá reflejada mediante la participación de los miembros de la familia en actividades en conjunto dentro de las cuales están implícitas la toma de decisiones, la resolución de conflictos y la forma en la que cada miembro de la familia cumple con su rol y su responsabilidad.

Utilizar la educación en las familias para proporcionar el máximo de información, cuando corresponda: para esta intervención se



puede dar uso de sesiones educativas, en las cuales se proporcione la promoción de la salud por medio de la educomunicación con la familia, siendo esta una forma de fomentar y orientar acerca de recursos sanitarios a los que pueden acceder y lo cual tienen derecho por medio del decreto de la 3280 de 2018 establecido en Colombia, donde permite el amparo de toda la familia en sus diferentes ciclos vitales, llevado a través de las rutas integrales que permiten una mejor calidad de vida de los mismos.

CONCLUSIONES

La familia entendida como "núcleo fundamental de la sociedad", por su carácter dinámico presenta cambios originados por las tendencias demográficas, epidemiológicas, sociales y económicas, que pueden causar diferentes efectos en la salud de las familias e individuos, conllevando al deterioro del bienestar integral de los mismos.

El término de vulnerabilidad social es un término amplio y polisémico que se adhiere a las personas, familias y grupos sociales; tomando como factores los determinantes sociales, los cuales influyen en la salud determinando el riesgo de adquirir problemas o daños para la misma. De igual manera la relación entre el riesgo y la vulnerabilidad se hacen evidentes ya que si se presenta el riesgo están más vulnerables a adquirir cualquier tipo de enfermedad.

La importancia del estudio de vulnerabilidad en las familias para el profesional de enfermería es un instrumento esencial para la ejecución de intervenciones pensadas en mitigar riesgos que afecten la salud de sus miembros, por esto es necesario el estudio basado en articulación teórica que consolide bases conceptuales que brinden herramientas para trabajar desde un enfoque holístico y diferencial que aporte al bienestar de las familias.

Los determinantes en salud generan gran impacto sobre las familias, pues de estos dependen que mantengan un equilibrio entre el proceso salud-enfermedad, llevando a cabo una interacción constante con su entorno para minimizar las vulnerabilidades. Es por esto que

las políticas de un país deben ir enfocadas a gozar y aumentar el buen acceso a estos determinantes, manteniendo así el desarrollo constante de la familia, y gozar del derecho a la salud mejorando su calidad de vida.

El asumir las edades de las personas y sus etapas de desarrollo vital nos aporta una perspectiva importante de la convivencia humana. El ritmo del niño, adulto y el anciano nunca será el mismo, es por eso que debemos ajustarnos a sus dinamismos y así ofrecer cuidado de calidad en poblaciones vulnerables. El gran reto para todos es la conciliación entre la vida personal y el proyecto familiar ya que se considera un gran dilema para cada individuo, al cumplir la vida personal se podrá elaborar el proyecto familiar del que todos hablan para así, fortalecer la integración de la misma por un mismo propósito.

La resiliencia familiar se centra especialmente en las relaciones de los miembros de la familia, la cual contribuye a la creación y obtención de la capacidad de adaptación que genere tranquilidad, lo que desencadena un factor protector para contrarrestar los cambios que se presentan a través de los ciclos familiares.

El estudio y conocimiento científico acerca de las causas subyacentes que conllevan a las familias a experimentar estadios vulnerables es crucial para el enfermero debido a que este debe visualizar a la familia como unidad de atención que requiere cuidado humanizado orientado a la mitigación de los riesgos a los que se pueden encontrar expuestos, teniendo en cuenta, los distintos contextos en que se puede desenvolver la familia. Así mismo el personal de enfermería debe fomentar desarrollo de mecanismos de afrontamiento, resiliencia y adaptabilidad como factor protector del bienestar de todos sus miembros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berenguer GMdC, Pérez RA, Dávila FM y Sánchez JI. Determinantes sociales en la salud de la familia cubana (2017). Scielo MEDISAN. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1029-30192017000100008



Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., y Wanger, C., *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (2018). Recuperado de <https://pronto.vitalsource.com/print/9788491134756?brand=Bookshelf&f>

Colegio Oficial de Enfermería de Navarra. Código de Ética y Deontología de la Enfermería de Navarra (2017), pp. 10-25. Recuperado de <https://www.enfermerianavarra.com/codigo-deontologico>

Congreso de Colombia (6 de octubre de 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la Profesión de Enfermería en Colombia; se estable el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones [Ley 911 de 2004], DO. 45.693.

Congreso de Colombia (5 de febrero de 1996). Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones [Ley 266 de 1996], DO 42.710.

Herdman, H. y Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos enfermeros (definiciones y clasificación)*. Recuperado de <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/physicians-and-surgeons.htm>

Galván T. *La humanización del cuidado en el currículo del programa de enfermería, una apuesta de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud* (2016). Una puesta de la FUCS, pp. 1-28. Recuperado de <https://repositorio.fucsalud.edu.co/bitstream/001/436/1/REDI-FCA-2016-5.pdf>

Gómez, E. Esteban y Kotliarenco, M.A. (2010). Resiliencia familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*. vol.19. Universidad de Chile Santiago, Chile. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26416966005>

Gonzales R. (2015). Vulnerabilidad y riesgo en salud: dos conceptos concomitantes, [citado el 10 de mayo de 2019]; recuperado de www.novpob.com

Mosquera, N., Rengifo, N. y Vidal Z. (2012). Análisis de factores familiares y sociales asociados a vulnerabilidad. recuperado defile:///C:/Users/USER/Downloads/ARTICULO%20FINAL%20ANALISIS%20DE%20ACTORES%20DE%20VULNERABILIDAD%20(4).pdf

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. y Maas, M. (2019). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Medición de resultados en salud*. El Sevier, Sexta edición. Recuperado de <https://pronto.vitalsource.com/print/9788491134756?brand=Bookshelf&f>

Velásquez, C y Gutiérrez, V. (2007). Caracterización del riesgo familiar total en las familias con adultos mayores funcionales, sector de Patio Bonito, Bogotá, 2005. *Av. enferm.*, vol. 25(2), pp. 10-21; [citado el 10 de mayo 2019]. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12805/13625>

Zárate, B. y Gas, M. (2015). Vulnerabilidad y ética del cuidado. El papel de la familia. *Revista de Institut d'Estudis Superiors de la Família*.



MEDIDAS DE COMODIDAD QUE BRINDA LA ENFERMERA AL ADULTO CON DETERIORO DE LA AMBULACIÓN

COMFORT MEASURES PROVIDED BY THE NURSE TO THE ADULT WITH AMBULATORY IMPAIRMENT

Para citar este artículo:

Garcéz G.; Galvis N.(2019). Medidas de comodidad que brinda la enfermería al adulto con deterioro de la ambulación. *Revista Cuidado y Ocupación Humana Vol.8-II*.

Gina Lisbeth Garcez Ramírez*
Nelly Yeribeth Galvis Monsalve**

RESUMEN

El trabajo esta basado en un estudio de caso de una paciente de 68 años de edad, quien sufrió una caída desde su propia altura, ocasionándose una fractura de cadera y cabeza del femur derecho; por lo que es tratada quirúrgicamente, y en cuyo tratamiento se le prescribió el uso de andador y terapia física. El objetivo de la investigación fue diseñar actividades de enfermería dirigidas al sujeto de cuidado que vivencia un proceso de rehabilitación con reemplazo de cadera y manejo de múltiples patologías asociadas, a través del Proceso de Atención de Enfermería PAE. El estudio se realizó con una metodología investigación de tipo descriptivo, con abordaje cualitativo cuyo método es estudio de caso observacional, orientado en la teoría de mediano rango “Teoría del confort” de Katharine Kolcaba. Se concluyó que la teoría es aplicable al presente estudio de caso ya que permitió diseñar las intervenciones óptimas en medidas de confort, que favorecieron la satisfacción de las necesidades de comodidad de la paciente en al menos tres contextos: físico, social y ambiental.

PALABRAS CLAVE: enfermería, confort, comodidad, ambulación, cuidado

ABSTRACT

Nursing theories give assertiveness to the work to be developed with each of the collaborative problems present in the patients, this work based on a case study, takes a female patient, 68 years old, who suffered a fall from her own height, causing a fractured hip and head of right femur; Therefore, she is treated surgically, and also contemplates a treatment from the management of mobility prescribed with a walker and physical therapy, it is proposed as an objective to estimate a number of nursing activities aimed at the subject of care who experiences a rehabilitation process with hip replacement and management of multiple associated pathologies, through the process of nursing care PAE during the outpatient practice of nursing care in the adult in control in the IPS UNIPAMPLONA, Through a descriptive research methodology, with a qualitative approach whose method is an observational case study, oriented in the medium range theory "Theory of Comfort" by Katharine Kolcaba, we can conclude that this theory is applicable to the present case study since it allowed the design of optimal interventions in comfort measures, which favored the satisfaction of the comfort needs of the patient under care, in at least three contexts: physical, social and environmental that improves comfort with the respective application and empowerment of the activities taught by the nurse.

KEY WORDS: nursing, comfort, convenience, ambulation, care



INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería con los años ha dado pasos agigantados que conmemoran el trabajo realizado por el talento humano en enfermería, el cual con su pertinencia y conocimiento científico de cada uno de los temas a tratar dan respuestas y colaboran en el establecimiento de diagnósticos y intervenciones eficaces para la adecuada y satisfactoria recuperación del estado de salud de cada uno de los pacientes.

El apoyo de las teorías de enfermería da asertividad al trabajo de enfermería a desarrollar con cada uno de los problemas colaborativos presentes en los pacientes. El cuidado de enfermería en esta clase de pacientes requiere de una visión de cuidado integral que representa la motivación del paciente y la implicación familiar en el proceso de la enfermedad; este estudio de caso representa el cuidado de enfermería que se brinda al paciente con una depresión e intento suicida relacionado con el afrontamiento ineficaz el cual presenta antecedentes clínicos como: revascularización miocárdica, hipertensión y colelitiasis, el cual requiere de la aplicación del proceso de atención de enfermería en la cual se identifiquen las necesidades presentes en el paciente teniendo como base los diagnósticos de enfermería NANDA, las intervenciones de enfermería NIC, los objetivos y resultados de enfermería NOC. Garcez, G. (2013).

Este artículo busca crear un modelo estandarizado del proceso de atención en enfermería en el paciente adulto con rehabilitación de reemplazo de cadera con múltiples patologías, el cual refleje el conocimiento, las destrezas, las habilidades, el conocimiento científico y la pertinencia adquirida por parte del estudiante de enfermería de la Universidad de Pamplona de la asignatura de cuidado de enfermería en el adulto logrando describir las pautas y los cuidados integrales para la paciente. Garcez, G. (2013). Los diagnósticos de enfermería representan un ámbito de eficacia que se relaciona con las intervenciones para el afrontamiento del proceso de la enfermedad y así mismo la capacidad de adoptar medidas

que proporcionen la recuperación y el mantenimiento del estado de salud adecuado.

El estudio de caso hace parte de una forma de investigar que realiza la recopilación de datos objetivos y subjetivos para lograr describir y generar conocimiento con base en los datos analizados; La presentación de un estudio de caso en enfermería tiene varios fenómenos de conocimiento como lo son la interpretación de los datos adquiridos, la interrelación del caso con una teoría de enfermería, la descripción de los resultados encontrados con referencia al caso estudiado y analizado desde perspectivas teóricas y científicas. Garcez, G. (2013).

La osteoporosis requiere de un trabajo arduo en el cual se establezcan actividades específicas que den un avance importante en la evolución del proceso de restauración física de la paciente para así contribuir a nivel fisiológico a disminuir los signos y síntomas de las patologías de base que presenta la paciente. Garcez, G. (2013).

Objetivos

- Aplicar el proceso de valoración de enfermería por taxonomía NANDA en el paciente adulto con múltiples patologías.
- Definir los diagnósticos de enfermería encontrados en el adulto sujeto de cuidado.
- Describir los resultados de enfermería en el paciente adulto sujeto de cuidado
- Citar las intervenciones de enfermería desarrolladas en el paciente adulto sujeto de cuidado.
- Llevar a cabo las actividades de enfermería planteadas en el sujeto adulto de cuidado.
- Evaluar los resultados obtenidos al finalizar las intervenciones de enfermería en el adulto valorado.
- Correlacionar los hallazgos encontrados en la valoración del sujeto de cuidado con la teoría de mediano rango de Katharina Kolcaba.

Bases conceptuales

Teoría del confort: Katharine Kolcaba

En la teoría del confort de Kolcaba, los receptores de las medidas de confort tienen diferentes orígenes tales como: pacientes,



estudiantes, prisioneros, trabajadores, ancianos, comunidades e instituciones.

Necesidad de cuidados en la salud

Kolcaba define las necesidades de cuidados a la salud como necesidades para conseguir la comodidad, a partir de situaciones estresantes de cuidado para la salud que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer. Incluyen necesidades físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales, que se observan a través del seguimiento y de los informes verbales y no verbales, así como necesidades relacionadas con los parámetros fisiopatológicos, educación, apoyo, asesoramiento e intervención financiera.

Medidas de confort

Pueden definirse como intervenciones enfermeras las diseñadas para satisfacer necesidades específicas de comodidad de las personas receptoras de cuidados, por ejemplo, necesidades fisiológicas, sociales, económicas, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas.

Variables de intervención

Las variables de intervención pueden definirse como fuerzas de interacción que influyen en la percepción por parte de los receptores de la comodidad total. Estas variables pueden ser las experiencias pasadas, edad, actitud, estado emocional, sistema de apoyo, el pronóstico, economía y la totalidad de elementos de la experiencia de los receptores.

Confort

El confort o comodidad se define como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad. Consistente en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de los tres tipos de comodidad son: alivio, tranquilidad y trascendencia que se definen como:

- **Alivio:** el estado de un receptor que ha visto cumplida una necesidad específica, se refiere a la satisfacción de necesidades; es

decir, se deben aliviar malestares en los pacientes.

- **Tranquilidad:** el estado de calma o satisfacción, hace referencia a la persona entera, a la comodidad en la mente y cuerpo, estado de satisfacción y positivo.
- **Trascendencia:** estado en el cual un individuo está por encima de sus problemas o dolor. (Kolcaba 2003), es independiente y se refiere a las medidas de comodidad que fortalecen y engrandecen a una persona. La persona surge por encima del dolor o problemas se describió con los contextos sobre holismo, como: Los cuatro contextos de la experiencia (físico, psicoespiritual, social y ambiental) (Kolcaba, 1994; Kolcaba & Fox, 1999). Los tipos de comodidad pueden definirse como (Kolcaba, 2001):
 - **Físico:** perteneciente a las sensaciones corporales.
 - **Psicoespiritual:** perteneciente a la conciencia interna del yo, como: autoestima, autoconcepto, sexualidad, y el significado de la vida, en relación con un orden o estado superior.
 - **Social:** se refiere a las relaciones interpersonales, familiares y sociales.
 - **Ambiental:** perteneciente al entorno y condiciones e influencias externas como: luz, ruido, temperatura, entre otros, y como se interrelacionan los sentidos con los contextos surgiendo una estructura taxonómica, en la cual la comodidad de los pacientes es experimentada contexto y sentido específico. Dicha estructura taxonómica permitió a Kolcaba el desarrollo del Cuestionario General de Comodidad (GCQ).

METODOLOGÍA

Paciente de género femenino, de 68 años de edad, con antecedentes de hipotensión, Hipotiroidismo, hiperlipidemia y osteoporosis. Se manejo con tratamiento antiagregante plaquetario junto con analgésicos. Fue estudiada mediante una serie de exámenes de



laboratorio: Leucocitos de 4000 mm³, linfocitos de 31,6%, Eosinofilos de 0,5%, hemoglobina de 11,4 gr/dl, hematocrito 32,2%, plaquetas de 268000 mm³, exámenes de química sanguínea del 14 de abril de 2014, glicemia de 72mg/dl, creatinina de 1,8mg/dl, transaminasas ALT 20 u/l, amilasa 83 U/L, bilirrubina total 1,9 mg/dl, Bun 43 mg/dl, colesterol total de 222 mg/dl, colesterol HDL 50,1 mg/dl y colesterol LDL 128,6 mg/dl, triglicéridos 330 mg/dl, ácido urico de 7,82 mg/dl y ecografías que evidencio ambos riñones de forma, tamaño y ecoestructura conservada, con buena relación corticosinusal y sin dilatación de los sistemas pielocaliciales, ecografía dentro de los valores normales.

El 3 de Marzo de 2014 ingresó al servicio de urgencias de la IPS UNIPAMPLONA por cuadro clínico de 1 hora de evolución por caída desde su propia altura con fractura de cadera y cabeza de femur derecho a lo cual se traslada la paciente al servicio de cirugía 3 piso de la IPS UNIPAMPLONA para manejo de reemplazo de cadera derecha, se tomó rayos X en cadera pos control. Fue internada en el 4 piso en donde se manejo con ranitidina 50mg iv c/8 horas, metoclopramida 10 mg iv c/8 horas, oxacilina 2 gramos cada 6 horas iv, Dipirona 2,5 gr cada 6 horas durante 7 días en donde fue dada de alta a casa con cita control y recomendaciones de curaciones diarias y administración de medicamentos de control para sus patologías de hipotiroidismo, hipotensión, hiperlipidemia y osteoporosis. Quien se maneja por control con ortopedista y terapia física para el 20 de Mayo de 2014.

Presentación del caso:

Nombre: a.c.s.v.

Edad: 68 años

Sexo: femenino

Grado de escolaridad: primaria

Estado civil: casado.

Motivo de consulta

Paciente quien fue intervenida quirúrgicamente de reemplazo de cadera derecha, presenta tensiones bajas, mareos en manejo con cafespirina, glucosamida, tiroxina y eritropoyetina. "Estoy en control con el ortopedista en la IPS UNIPAMPLONA, quien

me está revisando la recuperación de la cirugía de la cadera".

Ampliacion del motivo de consulta

Paciente de sexo femenino, de 68 años de edad, con cuadro clínico de reemplazo de cadera derecha el 6 de Marzo de 2014 en la IPS UNIPAMPLONA quien a su evolución se recupera en casa con cita control el 23 de abril quien ordena terapia física para rehabilitación, quien asiste a control de hipertensión, de hipotiroides y de hiperlipidemia a la medico preventiva desde hace dos años.

Antecedentes

Farmacológicos

Tiroxina 100 mg cada día antes del desayuno, cafespirina 500 mg cada noche, glucosamida 1 tableta en la noche, Calcio osteomin D,

Quirúrgicos

Osteosíntesis de cabeza de femur derecho y reemplazo de cadera derecha.

Personales

Hipotensión arterial, osteoporosis, hiperlipidemia, tiroides, colitis.

Diagnosticos

Hipotensión arterial, osteoporosis, hiperlipidemia, tiroides, colitis.

Signos vitales

T/A: 92/61 mmhg

F/C: 66 por minuto

F/R: 18 por minuto

T°: 36.6

Glasgow: 15/15

Evoluciòn

Paciente con control de POP de reemplazo de cadera derecha hace 13 días, buena movilidad de miembro inferior derecho, cicatriz en buen estado sin signos de infección, realizando movimientos con caminador, con apoyo moderado, cita control en 6 semanas, con reporte de rx de control. Paciente de sexo femenino de 68 años de edad, de nombre A.C.S.V biotipo brevilíneo, constitución endomorfa, con facies de tranquilidad, posición sentada, postura pobre, movimientos voluntarios lentos, coordinados y con apoyo de caminador para el movimiento, lenguaje fluido y coherente de tono de voz moderado,



presentación personal adecuada para la ocasión, coopera con el examen y la información aparentemente es confiable. Paciente con antecedentes de Hipotensión arterial, osteoporosis, hiperlipidemia, hipotiroides y colitis.

RESULTADOS

Diagnóstico de enfermería 1

Gestión ineficaz de la propia salud **R/C** déficit de conocimientos **E/P** Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria, fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo, expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos.

Clase 2: Gestión de la salud.

Dominio 1: Promoción de la salud.

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Diagnóstico de enfermería 2

Riesgo de estreñimiento **R/C** ingesta insuficiente de líquidos.

Clase 2: Función gastrointestinal.

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

Definición: Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

Diagnóstico de enfermería 3

Deterioro de la ambulación **R/C** miedo a las caídas **E/P** Deterioro de la habilidad para subir escaleras, deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares, deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.

Clase 2: Actividad / ejercicio

Dominio 4: Actividad / reposo

Definición: Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.

Diagnóstico de enfermería 4

Deterioro de la movilidad física **R/C** Conocimientos deficientes sobre el valor de la actividad física **E/P** Limitación de la amplitud de los movimientos, temor inducido por el movimiento, enlentecimiento del movimiento.

Clase 2: Actividad / ejercicio

Dominio 4: Actividad / reposo

Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Diagnóstico de enfermería 5

Deterioro de la habilidad para la traslación **R/C** conocimientos deficientes **E/P** Incapacidad para trasladarse de la silla al suelo, incapacidad para trasladarse entre superficies de diferente nivel, incapacidad para agacharse hasta el suelo.

Clase 4: Actividad/Ejercicio

Dominio 4: Actividad / reposo

Definición: Limitación del movimiento independiente entre dos superficies.

Diagnóstico de enfermería 6

Disposición para mejorar el autoconcepto

Clase 1: Autoconcepto

Dominio 6: Autopercepción

Definición: Patrón de percepciones o ideas sobre uno mismo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Diagnóstico de enfermería 7

Riesgo de caídas **R/C** falta de material antideslizante en la ducha.

Clase 3: Lesión física

Dominio 11: seguridad / protección

Definición: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.

Diagnóstico de enfermería 8

Riesgo de traumatismo **R/C** falta de material antideslizante en la ducha.

Clase 2: Lesión física

Dominio 11: Seguridad / protección

Definición: Riesgo de lesión tisular accidental (p. ejm; herida, quemadura, fractura).



Diagnóstico de enfermería 9

Discomfort **R/C** falta de control de la situación **E/P** temor, inquietud, expresa sentirse incomodo.

Clase 1: confort físico

Dominio 12: confort

Definición: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.

Diagnóstico de enfermería 10

Dolor agudo **R/C** recuperación de la movilidad física **E/P** expresa dolor, escala visual del dolor con puntaje de 3, postura para evitar el dolor.

Clase 1: confort físico

Dominio 12: confort

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

Fase de priorización

- Deterioro de la ambulación.
- Desequilibrio nutricional:
Ingesta superior a las necesidades
- Riesgo de caídas.
- Discomfort.

Relación teórica

Triangulación en la teoría del confort de Kolcaba.

	Alivio	Tranquilidad	Trascendencia
Físico	Dolor por movilización de cadera y asentamiento del miembro inferior derecho.	Tensión muscular y dolor leve.	Paciente expresa optimismo por el estado de recuperación de su salud.
Psicoespiritual	Miedo e inquietud por la movilización sin ayuda.	Disposición para mejorar la esperanza.	Disponibilidad e interés en la adquisición de conocimientos en salud.
Ambiental	Habitación con adecuada iluminación y ventilación.	Goza de un espacio poco confortable para su movilización con el caminador, con presencia de escaleras cercanas.	Realiza prevención de caídas, apoyo de su esposo e hijas para la deambulación en las escaleras.
Sociocultural	Presencia de su esposo y empleada doméstica que le proporciona los cuidados necesarios de movilidad y demás.	Disposición para la el fomento del ejercicio y realización de terapia de movilidad física.	Entorno propicio para la realización de terapia de relajación y movilización en pro de recuperación de la movilidad.

DISCUSIÓN

En anteriores resultados relacionados con el estudio de casos desde la teoría del confort, el principal uso que se le ha seleccionado ha sido para el confort físico, que está basado en las intervenciones de enfermería diseñadas en el estudio de las necesidades de comodidad de los sujetos de cuidado, como intervenciones fisiológicas, ambientales y físicas.

Según la autora, es en el contexto en donde se desarrolla el confort y este proviene del producto del arte holístico de la enfermera, sin embargo observando los componentes de la teoría podemos citar que esta teoría no solo es aplicable en el caso de esta paciente con necesidad de confort físico, sino también esta teoría de Kolcaba es aplicable a diversos ámbitos en investigación lo cual resalta el uso de esta teoría en todos los ámbitos de cuidado por el personal de enfermería, existiendo mejor calidad en la comodidad del sujeto de cuidado.

No obstante, se encuentra en otros estudios que, con el uso de las variables de intervención de la teoría del confort, hace al sujeto de cuidado una persona inherente al uso de cada una de las acciones planeadas, así como en este caso es el paciente quien con el tiempo mejora la eficacia de la comodidad con la respectiva aplicación y potencialización de las actividades enseñadas por la enfermera.

La experiencia que queda con el manejo de la enfermedad y el mantenimiento de la salud, traspasa la relación existente entre los paradigmas contenidos en la teoría del confort, de la misma forma se observa en otros estudios que no existen lapsos de tiempo únicos en los que se dé un solo paradigma, sino que se interrelacionan todos en un mismo momento.

CONCLUSIONES

Un espacio de acompañamiento e instrucción para cada el cuidador y sujeto de cuidado, diseñada para satisfacer las necesidades de confort más relevantes identificadas en la literatura y contextualizadas en la teoría de Kolcaba, contribuiría a implementar cuidado avanzado en enfermería, rescatando la esencia de la enfermería en el servicio de enseñanza y cuidado en casa.



Esta teoría es aplicable al presente estudio de caso ya que permite diseñar las intervenciones óptimas en medidas de confort, que favorezcan la satisfacción de las necesidades de comodidad de la paciente, sujeto de cuidado, en al menos tres contextos: físico, social y ambiental. Además, brinda la oportunidad a sus familiares (cuidadores) de fortalecerse con la experiencia vivida durante el cuidado en casa del sujeto de cuidado.

La teoría de confort de Katherine Kolcabanos plantea un numero de cuidados de enfermería, por medio de los cuales se logró mejorar el conocimiento en salud de la sujeto de cuidado, en donde adquirió confort y autoconfianza para la asimilación del proceso de su enfermedad desde un punto de vista positivo que le proporcionó la potencialización de la trascendencia emotiva y favorable tanto física como espiritual y así de forma eficaz la paciente obtuvo comodidad y tranquilidad en el proceso de manejo en las múltiples patologías que padece. De esta forma se puede decir que en la teoría se hayo concordancia con el plan de cuidados de enfermería que se estableció en la misma, ya que la teoría del confort coloca al ser humano como portador de respuestas holísticas ante estímulos complejos y a la enfermera como aquella persona con la capacidad de hacer sentir cómoda física y mentalmente al sujeto receptor de cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abreu, M. et al. (2010). Validación del mapeo de cuidados de enfermería prescritos para pacientes ortopédicos con la clasificación de las intervenciones de enfermería. Revista latinoamericana Enfermagem 18 (1). Tomado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_18.pdf

Bagur, A. et al. (2013). Guías 2012 para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la osteoporosis. Medicina, Buenos Aires. 73: 55 – 74. Tomado de: http://www.osteoporosis.org.ar/pdf/Schurman_2013.pdf

Bustos, C. et al. (2012). Revista de enfermería Cyl. Volumen 4 numero 2. Tomado de: <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=14&ved=0CDYQF>

jADOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.revistaenfermeriacyl.com%2Findex.php%2Frevistaenfermeriacyl%2Farticle%2Fdownload%2F83%2F61&ei=mt5uU8nEKNPQsQSi1YGwDA&usg=AFQjCNFY_NOBJHtgxP-mt3gj6sFJtw6Fgg

Bustos, R. et al. (2012). Plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera. Revista electrónica de enfermería global, numero 26. Tomado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200021&script=sci_arttext

Ceballos, P. (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Ciencia y enfermería XVI (1): 31 – 35. Tomado de: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf

Cerda, L. (2014). Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. Revista médica clínica CONDES. 25 (2). 265 – 275. Tomado de: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/2%20marzo/10-Dra.Cerda.pdf

Cristina, M. (2012). Plan de cuidados de fractura de cadera. Reduca 4(1). Tomado de: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/908/922>

Fraile, M. et al. (2012). Madrid. Prevención de caídas en la población geriátrica. Revista de fisioterapia sexta edición. Tomado de: <http://www.efisioterapia.net/articulos/prevencion-caidas-poblacion-geriatrica>

García, C. (2013). Enfermedades endocrinas en el adulto mayor. Revista médica clínica CONDES (24), 5. Tomado de: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/5%20septiembre/18_Garcia.pdf

Gavaldon, E. et al. (2011). La atención al paciente geriátrico con artrosis desde atención primaria. Propuestas de intervención. Revista iberoamericana de enfermería comunitaria. Volumen 4, numero 1. Tomado de: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/34256>



Gómez, L. (2010). Chile. Equilibrio y organización de la rutina diaria. Revista de terapia ocupacional. Tomado de: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/111/96>

Gracia, M. (2010). México. Investigación formativa: Una búsqueda permanente en el pensamiento crítico y enseñanza por investigación. Revista de enfermería neurológica. Volumen 9, numero 2: 81 – 82. Tomado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102f.pdf>

Landinez, N. et al. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista cubana de salud pública. 38(4). Tomado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21425049008>

Manrique, A. et al. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Revista enfermería global numero 19. Tomado de: <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDUQFjAB&url=http%3A%2F%2Frevistas.um.es%2Feglobal%2Farticle%2Fdownload%2F107281%2F101941&ei=Kt1uU-rDJpSvsASho4D4Bg&usg=AFQjCNHZyEzNQcnwpkXpdONoY159XIKBaw&bvm=bv.66111022,d.cWc>

Molina, A. et al. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte- vol. 10 - número 40. Tomado de: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista40/artbeficios181.htm>

Nava, G. (2010). Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharina Kolcaba teoría de rango medio del confort. Revista de enfermería neurológica, volumen 9, volumen 2. Tomado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>

Navarro, D. et al. (2011). Intervenciones de enfermería en rehabilitación a una persona con prótesis de cadera por tumor de células gigantes. ENEO UNAM. Volumen 8, numero

4. Tomado de: http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unam.mx%2Findex.php%2Freu%2Farticle%2Fdownload%2F33250%2F30429&ei=6NpuU_5FhewBJvBvgvO&usg=AFQjCNHidWES4WIOI8ipbJBZDD958mAhww&bvm=bv.66111022,d.cWc

Orozco, R. (2012). Ejercicio físico y entrenamiento del equilibrio en el mayor como estrategia de prevención en las caídas. Revista de fisioterapia volumen 2. Tomado de: <http://www.efisioterapia.net/articulos/ejercicio-fisico-entrenamiento-equilibrio>

Oviedo, Y. et al. (2013). La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. Intersedes, Vol. XIV. Numero 27. Tomado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66627452009>

Paul, M. (2012). Revista de enfermería volumen 4 numero 2. Tomado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol_4_2_12/mfr06212.htm

Romero, J. et al. (2010). La cultura física como complemento de una buena salud física y mental en los círculos de abuelos. Revista de fisioterapia. Tomado de: <http://www.efisioterapia.net/articulos/la-cultura-fisica-como-complemento-una-buena-salud-fisica-y-mental-los-circulos-abuelos>

Santos, R. et al. (2010). Visión del profesional de enfermería sobre el entorno como parte integrante del metaparadigma. Revista electrónica Enfermería Global numero 18. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24424/1/Vision%20del%20profesional%20de%20enfermeria%20sobre%20el%20entorno%20como%20parte%20integrante%20del%20metaparadigma.pdf>

Segovia, M. et al. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. GEROKOMOS, 22 (4). 162 – 166. Tomado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003



Uribe, A. (2012). Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía. Revista ciencia y cuidado, volumen 9, numero 2. Tomado de: <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4114496.pdf&ei=O8tuU-DuO9TLsAS204GgCw&usg=AFQjCNHEQArZAG4P9Fu0LH5qiwrN3ght2w&bvm=bv.66111022,d.cWc>

Zamora, S. (2011). Beneficios de la Actividad Física Aeróbica en Pacientes Geriátricos entre 65 - 85 años, del Grupo de Gimnasia de Jubilados del Hospital del IESS del Cantón Ibarra / Provincia De Imbabura. Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y el deporte. Tomado de: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1135/2/06%20TEF%200021%20ART%C3%8DCULO%20CIENT%C3%8DFICO.pdf>





HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE Y PARTICIPACIÓN SOCIO-CIUDADANA EN BARRIOS SUB-URBANOS DEL PERÍMETRO RURAL

HEALTHY LIVING HABITS AND SOCIAL PARTICIPATION IN SUBURBAN NEIGHBORHOODS OF THE RURAL PERIMETER

Para citar este artículo:

Chacon L.; Velandia D.; Monroy A. (2019). Hábitos de vida saludable y participación socio-ciudadana en barrios sub-urbanos del perímetro rural. *Revista Cuidado y Ocupación Humana Vol.8-II*.

Esp. Ps. Lizeth Karina Chacón Rodríguez*
Esp. Ps. Diana María Velandia Hernández**
Esp. T.o Audry Nataly Monroy Pérez***

RESUMEN

Este proyecto indagó sobre las diferentes problemáticas que se presentan en comunidades sub-urbanas del perímetro rural del municipio de Pamplona, teniendo como referente las dimensiones prioritarias que integra el Plan Decenal de Salud Pública colombiano “Vida saludable libre de enfermedades”, “Salud mental” y “Convivencia ciudadana”. Se realizó con una metodología descriptiva y exploratoria ya que, mediante el registro, el trabajo de campo, análisis e interpretación de la naturaleza del problema se comprende el fenómeno. También se aplicó el Cuestionario Conductas de Participación (CCP), a una muestra de 30 habitantes de un Barrio sub-urbano del perímetro rural, en edades productivas de 20 a 40 años, retomando específicamente las dimensiones partidaria, asociativa-opinativa y cívica, así mismo se aplicó una ficha de tamizaje de condiciones iniciales salud; de lo cual se determina que la salud, es enmarcada en percepciones y participaciones sobre la vida pública y la participación social, y repercute en los hábitos de vida saludable; asimismo existe una baja creencia en los servicios, programas, instituciones y representantes del sector público, poco acceso y uso del espacio público para actividades recreativas o saludables. Finalmente, se concluyó que al materializar el derecho de vivir libre de enfermedades las personas pueden participar socialmente en todos los actos de la vida cotidiana mediante modos, condiciones y estilos de vida saludable.

PALABRAS CLAVE: hábitos de vida saludable, participación social, psicología, terapia ocupacional.

ABSTRACT

This project sought to investigate the different problems that arise in sub-urban communities in the rural perimeter of the municipality of Pamplona, taking as a reference the priority dimensions that integrate the ten-year plan of Colombian public health, referring to healthy life free of disease, mental health and citizen coexistence; under a descriptive and exploratory methodology, since through the registration, field work, analysis and interpretation of the nature of the problem, the phenomenon is understood, drawing as a dominant conclusion the reality that by materializing the right to live free of diseases, it is possible to socially participate in all acts of daily life through modes, conditions and styles of healthy living in the environments in which people perform and develop, In this case, based on the specific conditions of the population, the Behavior Participation Questionnaire (CCP) was applied to a sample of 50 inhabitants of a suburban neighborhood in the rural area, with productive ages between 20 and 40 years; From this it is determined that health is framed in perceptions and participations on public life and social participation, and it has repercussions on healthy life habits; likewise a low belief in services, programs, institutions and representatives of the public sector; likewise the little access and use of public space for recreational or healthy activities.

KEY WORDS: healthy living habits, social participation, psychology, occupational therapy.

INTRODUCCIÓN



El eje de esta investigación busca diferir e indagar sobre las diferentes problemáticas que se presentan la comunidad de un barrio sub-urbano del perímetro rural del municipio de Pamplona Norte de Santander, y del mismo modo buscar posibles soluciones en pro de la comunidad. A través de diferentes métodos se pudo corroborar la información sobre el estado y las distintas problemáticas que se presentan en el sector; según el Ministerio de salud Colombiana, 2019; la participación social dentro de la salud pública es concebida como el proceso de gestión que “pretende lograr que la ciudadanía, familias y comunidades se organicen e incidan en las decisiones públicas que afectan la salud, aportando a la consecución de los objetivos de la Política de Atención Integral en Salud” lo que promueve la identificación de los factores y conductas desde los comportamientos en salud, puesto que, como profesionales de esta área se debe abarcar conceptos generales, como hábitos de vida saludable.

En consecuencia, más que de una vida sana hay que hablar de un buen estilo de vida del que forman parte la alimentación, el ejercicio físico, la prevención de la salud, el trabajo, la relación con el medio ambiente y la actividad social, Sanitas, 2019; a través de la interdisciplinariedad psicología y Terapia Ocupacional, en base a los conocimientos adquiridos se decide investigar sobre los determinante y condiciones de salud de poblaciones ubicadas geográficamente en un sector vulnerable como una comunidad enmarcada en bajos estratos o condiciones socioeconómicas bajas, ligados al sector rural; así mismo mediante entrevistas estructuradas identificar como la salud trasciende a afectar sobre la participación social y ciudadana.

El trabajo comunitario dentro de la salud pública en primera instancia se enmarca en el acercamiento a la población para el reconocimiento de cada una de las problemáticas desde el trabajo de campo sectorizado; para posteriormente fomentar la participación activa de la ciudadanía, familias y comunidades; con el fin último como lo mencionan Suárez B., Flórez I., 2018 se busca “que los habitantes puedan identificar los diferentes factores que los rodean para que se concienticen y después de la intervención

puedan adoptar conductas que aporten a buen estilo de vida” para poder así incidir en las decisiones públicas que afectan la salud y la calidad de vida.

El interactuar con los miembros del sector y afianzar los lazos de comunicación entre ellos es unos de fundamentos del plan decenal de salud pública de Colombia, que enmarca los roles de los profesionales de salud dentro de las dimensiones prioritaria, enfocando específicamente en los hábitos de vida saludable, que tradicionalmente han sido definidos como todas aquellas conductas que promueven la ausencia de enfermedad o dolencia; sin embargo, según la organización mundial de la salud (OMS), es un concepto mucho más amplio, es: un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Puesto que la salud es uno de los elementos más relevantes para el desarrollo de una vida plena, larga y de calidad, en este sentido, la importancia de la salud reside en permitir que el organismo de una persona, mantenga buenos estándares de funcionamiento y pueda así realizar las diferentes actividades que están en su rutina diaria.

Por ende, es allí en donde entra a jugar un papel importante la participación social, desde la dimensión de convivencia ciudadana; por lo que se retoma la investigación bajo una metodología de investigación de tipo cualitativa, según Hernández Sampieri, 2016; para la construcción de datos, y posterior análisis; además la comprensión profunda y cabal de los fenómenos explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto, en donde es aplicado el Cuestionario Conductas de Participación (CCP), a una muestra de 50 habitantes de un Barrio sub-urbano del perímetro rural, en edades productivas de 20 a 40 años, retomando específicamente las dimensiones partidaria, asociativa-opinativa y cívica, así mismo se aplica una ficha de tamizaje de condiciones iniciales salud; de lo cual se determina que la salud, es enmarcada en percepciones y participaciones sobre la vida pública y la participación social, y repercute en los hábitos de vida saludable; así mismo una



baja creencia en los servicios, programas, instituciones y representantes del sector público; así mismo el poco acceso y uso del espacio público para actividades recreativas o saludables, así mismo encontrando inconformidades del estado en general de su comunidad y restricción con una baja participación de convivencia ciudadana.

Por ende, se propone un programa de hábitos de vida saludable y convivencia socio-ciudadana, que se enfocó en brindar espacios de información y comunicación en salud, con pautas de autocuidado y arreglo personal, como partida para actividades de integración comunitaria colectiva y participación en actividades sociales, que buscaban el bien de la comunidad, impulsando a las destrezas colaborativas y comunicativas de la comunidad.

METODOLOGÍA

Este proyecto se realizó en la comunidad del barrio nuevo amanecer el cual pertenece a la zona suburbana del perímetro rural del municipio de Pamplona; en donde se realiza el acercamiento población para realizar un trabajo de campo desde la indagación con los directos implicados de la convivencia social según sus condiciones socio-económicas y la ubicación geográfica, permitiendo así establecer objetivos de la investigación

Objetivo general

Identificar la influencia de los hábitos de vida saludable y condiciones de salud, sobre la participación social y ciudadana de los habitantes de un barrio Sub-urbano del perímetro rural del municipio de Pamplona

Tipo de investigación

La investigación es de tipo cualitativa, esta tiene como propósito el manejo de la información que permite la construcción de datos, y esto se llama análisis. Además busca que el investigador logre una comprensión profunda y cabal de los fenómenos a estudiar; es así como esta investigación se enfocó en comprender los fenómenos de las condiciones de salud y hábitos de vida saludable de la población, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural y en

relación con su contexto por lo que se aplica la el Cuestionario Conductas de Participación (CCP), evidenciando que es de suma importancia la participación, como concluyen Gaventa y Barret, 2010 “el compromiso cívico y la participación aportan al proceso democrático: a) la construcción de ciudadanía; b) el fortalecimiento de las prácticas participativas; c) el fortalecimiento de estados más responsables y transparentes y d) el desarrollo de sociedades más inclusivas y cohesionadas.

Así mismo según lo referido por Rueda, 2007; define la investigación como “un proceso en donde intervienen varias visiones que tienen como objetivo dividir los fenómenos y determinar las relaciones que existen entre sus componentes, lo que conlleva a indagar dentro de toda la comunidad para retomar percepciones y vivencias en salud y sociedad

Diseño de investigación

Bajo un diseño descriptivo, esta investigación se ancla a lo referido por Tamayo y Tamayo M. (1991); quien establece que la metodología descriptiva “comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o proceso de los fenómenos” lo que permite sacar conclusiones dominantes, de cómo los hábitos en el cuidado de la salud se interponen sobre un grupo de personas y conduce a una realidad social, que según Sabino (1986) permite presentar una interpretación correcta de la relación de las variables.

En relación a esto se hace énfasis en la observación y descripción a fondo sobre las problemáticas asociadas a promoción y prevención de hábitos y estilos de vida saludable y la participación en la comunidad, describiendo y mencionando aquellos factores que de alguna forma influyen a que se desarrolle esta problemática.

Población

Se realiza caracterización de la cabecera principal del barrio nuevo amanecer del municipio de Pamplona, en donde se establece una población de 180 habitantes; incluyendo niños, adultos, adultos mayores, discapacitado y migrantes, que viven en una zona sub-urbana del perímetro rural, la cual, a la anualidad del



2018, se encuentran distribuidas en 52 viviendas con las que cuenta este sector.

Muestra

Se retoma un muestreo probabilístico, que según López, 2010; cada elemento del universo tiene una probabilidad conocida y no nula de figurar en la muestra, es decir, todos los elementos del universo pueden formar parte de la muestra; para esta investigación como es un proyecto de inclusión se trabajó con 30 habitantes del barrio nuevo amanecer comprendidos entre 20 y los 40 años incluyendo adultos jóvenes, y adultos maduros, sin distinción; hombres, mujeres, personas con discapacidad y migrantes.

Técnicas e instrumentos

Se realizó una observación participante y el trabajo de campo, en los cuales para obtener los datos las investigadoras se incluyen en el grupo, hecho o fenómeno observado para conseguir la información “desde adentro”. Según Lidia D. Sanjuán, 2011; este tipo de observación proporciona descripciones de los acontecimientos, las personas y las interacciones que se observan, pero también, la vivencia, la experiencia y la sensación de la propia persona que observa.

Es así como se recolecta la información y caracterización inicial de la población mediante ficha socio demográfica, en compañía de la líder comunitaria. Quien a su vez suministra información acerca de la dinámica de participación en actividades sociales y ciudadanas de su comunidad. Identificando puntos claves que ayudan a abordar las dificultades que presentan los habitantes de este sector.

Posteriormente se procede a realizar entrevistas semiestructuradas y la aplicación del cuestionario mediante la interacción directa con la muestra de habitantes de la comunidad, mediante el Cuestionario de Conductas de Participación (CCP) para medir conductas y determinar niveles de participación, retomando sus cuatro dimensiones de la participación (electoral, partidaria, asociativa-opinativa y cívica)

RESULTADOS

En primera instancia, se observa mayor prevalencia de adultos mayores; así mismo el género femenino, donde se evidencia que el nivel educativo no es mayor que el de básica primaria. Dentro de las condiciones de salud prevalentes se encuentra, la hipertensión, la diabetes mellitus, patologías articulares, enfermedades respiratorias y cardiovasculares; que al contemplar factores de sedentarismo e inactividad física, se relacionan directamente como agentes causales de afecciones en salud; así mismo son contempladas como razones para la inactividad dentro de actividades sociales, es allí en donde se plasma lo referido en el cuestionario en donde el 83% de la comunidad refiere nunca haber tenido contacto durante los tres últimos años, con organizaciones comunales, vecinales; lo que conlleva a analizar que predomina los intereses individuales y no comunitarios.

En cuanto la participación o vinculación con organizaciones de autoayuda o grupos de personas con alguna enfermedad, se esclarece la ausencia de estos; dentro de la participación y convivencia ciudadana se manifiesta en gran medida la escasa higiene en algunos de los habitantes por lo que constantemente presentan quiebres en las relaciones interpersonales a causa de las percepciones personales, así mismo inconformidades en la comunidad acerca del mal uso los espacios públicos y la baja realización de actividades recreativas, sociales y saludables, todo esto enmarcado en condiciones socio-demográficas precarias, ausencia de calles pavimentadas, y limitados espacios públicos.

Por otra parte, es notable la presencia pocos agentes comunitarios motivados, quienes son a menudo los promulgadores de acciones comunitarias para el desarrollo social, así mismo son quienes articulan la comunidad con los entes territoriales y lideran las asociaciones o comités de desarrollo comunitario, asumiendo la vocería, el liderazgo y la responsabilidad del programa, articulándose en diversas instancias para lograr el apoyo y acceso a los servicios necesarios mediante la movilización de recursos humanos, económicos e institucionales.

Se logra generar una alianza comunitaria que promovió la creación de estrategias para el



desarrollo comunitario, fomentando hábitos de vida saludable y a su vez el mejoramiento de las relaciones interpersonales, la participación social y la convivencia ciudadana, consensando la importancia de implementar hábitos y estilos de vida saludable para así tener un adecuado estado tanto físico como mental y ante todo mantener una buena actitud hacia sí mismos y hacia los demás.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Por medio de actividades que promovieran los cuidados de la salud, hábitos, estilos de vida y comunicación saludable lograron afianzar los lazos interpersonales entre sus familias y vecinos, mediante la participación social se dio reconocimiento de las problemáticas latentes desde una perspectiva colectiva.

Se genera la priorización de acompañamiento por parte de entes e instituciones que promuevan programas de hábitos y estilos de vida saludable, por medio de actividades psicoeducativas y de actividad física, se continúa la concientización de comunidades sobre la importancia de los cuidados en salud tanto física como mental.

La participación ciudadana está enmarcada en las vivencias personales y colectivas desde los estados de salud individuales, que parametrizan las conductas de los integrantes de una comunidad; siendo necesario a su vez una co-ayuda de la misma comunidad en la motivación al mejorar la calidad de vida, es así como se evidencia la sinergia mutua de las variables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chaves MP, Felipe A, Zapata R, Arteaga IH. Investigación Cualitativa: Una Reflexión Desde La Educación Como Hecho Social. Año. 2014;3:86–100.

Coldeportes. Hábitos y Estilos de Vida Saludable HEVS - Coldeportes [Internet]. [citado 2019 Mar 15]. Available from: <http://www.coldeportes.gov.co/?idcategoria=72135>

Figueroa S. (2015). Definiciones de salud

publica. Univ san carlos [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 14];1(1):63. Available from: https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_defsalu.pdf

Gestiopolis. Muestreo probabilístico y no probabilístico. Teoría - GestioPolis [Internet]. [cited 2019 Mar 15]. Available from: <https://www.gestiopolis.com/muestreo-probabilistico-no-probabilistico-teoria/>

Guías para la RBC: Componente de Salud [Internet]. Retomado de: www.who.int

Martínez M., (2008). Hacia una comunicación efectiva y humanista en ámbitos de salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2008;7(1):0–0. retomado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100002

Ministerio de salud y protección social (2013). Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021. [Internet]; Retomado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/4.1.3%20EPALES_Pedag%C3%B3gico_28_08_2014_Crediti.pdf

Moreno C.; Siachoque J. (2014). Qué es el Plan Decenal de Salud Pública [Internet]. Así vamos en salud. retomado de: <https://www.asivamosensalud.org/actualidad/que-es-el-plan-decenal-de-salud-publica>

Psicología Activa. Comunicación afectiva y Comunicación No Verbal - | Psicología Activa| Psicología Activa [Internet]. [cited 2019]. Retomado de: <http://www.psicologiaactiva.es/?p=447>
Relaciones interpersonales: quiebre comunicacional. [cited 2019 Mar 9]; retomado de: <https://eltrampolin.es/relaciones-interpersonales-quiebre-comunicacional>.

Sanitas. Hábitos de vida saludable [Internet] (2019). Retomado de: https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/estilos-vida/prepro_080021.html

Sanjuán L. (2011). La Observación [Internet]. 2011 [cited 2019 Mar 15]. Retomado de:



http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf

Start here. Capitulo III | Metodología de la Investigación [Internet]. 2013 [cited 2019 Mar 15]. Available from: <https://bianneygiraldo77.wordpress.com/category/capitulo-iii/>

Suarez B., Flórez I. (2018). Salud comunitaria aplicación del proceso de atención de enfermería. Revista Cuidado y Ocupación Humana Vol.7-II retomado de: http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceindex.php/COH/article/view/3905/2142.

Tamayo y Tamayo, M.(1994). El proceso de la investigación científica. 3a edición. México, Limusa.





Revista Cuidado y Ocupacion Humana
ISSN 2322-6781