

COLECCIÓN  
INVESTIGACIÓN

# Evidencias: de la teoría a la práctica de enfermería

**Lina Fernanda Barrera Sánchez**  
**Fred Gustavo Manrique Abril**

**Compiladores**

## **Julián Andrés Barragán Becerra, Ph. D.**

Enfermero, Magister en Enfermería. Doctor en Educación. Profesor Asociado Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Sede Tunja; Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería.

ORCID: 0000-0002-6132-8558

[julian.barragan@uptc.edu.co](mailto:julian.barragan@uptc.edu.co)

## **Lina Fernanda Barrera Sánchez, MSc**

Enfermera, Magister en Salud Pública. Profesora Asistente Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Sede Tunja; Grupo de Investigación en Enfermería y APS

ORCID: 0000-0002-0211-8155

[lina.barrera01@uptc.edu.co](mailto:lina.barrera01@uptc.edu.co)

## **Daniel Casas Ureña, MSc**

Enfermero, Magister en Enfermería. Asesor Secretaría de Salud Ibagué.

ORCID: 0000-0002-4167-0321

[daniel.casas@unal.edu.co](mailto:daniel.casas@unal.edu.co)

## **Mayra Solanye Galindo Huertas, Ph. D.**

Enfermera, Magister en Salud sexual y reproductiva. Doctora en Estudios Sociales. Ph.D. Investigación Crítica Hermenéutica. Profesora Asistente Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Sede Tunja. Investigadora. Grupo de Investigación Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud

ORCID: 0000-0002-2769-858X

[mayra.galindo@uptc.edu.co](mailto:mayra.galindo@uptc.edu.co)

## **Giomar Maritza Herrera Amaya, Ph. D.**

Enfermera, Magister en Investigación en Atención Primaria, Ph. D. Ciencias de la Enfermería. Profesora Asociada Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Sede Tunja, Grupo de Investigación Enfermería y APS, Grupo de Investigación en Salud Pública GISP.

ORCID: 0000-0003-0344-8882

[giomar.herrera@uptc.edu.co](mailto:giomar.herrera@uptc.edu.co)

## **Fred Gustavo Manrique Abril, Ph. D.**

Enfermero, Abogado. Especialista en Gerencia Social, Magister en Salud Pública. Magister en investigación en atención primaria en salud. Doctor en Salud Pública. Ph. D. en Gerencia Pública y Política Social; Ph. D. Investigación en medicina clínica. Profesor Titular Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja; Grupo de Investigación en Salud Pública.

ORCID: 0000-0002-0723-3240

[fred.manrique@uptc.edu.co](mailto:fred.manrique@uptc.edu.co), [fgmanriquea@unal.edu.co](mailto:fgmanriquea@unal.edu.co)

## **Claudia Moreno Mojica, MSc**

Enfermera, Magister en Enfermería, Magister en Pedagogía. Profesora Asistente Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja. Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería.

ORCID: 0000-0003-3772-7396

[claudiamaria.moreno@uptc.edu.co](mailto:claudiamaria.moreno@uptc.edu.co)

**Evidencias:**  
**de la teoría a la práctica de enfermería**

**Compiladores**

Lina Fernanda Barrera Sánchez  
Fred Gustavo Manrique Abril

2023



Evidencias: de la teoría a la práctica de enfermería / Evidence from theory to nursing practice / Barrera Sánchez, Lina Fernanda; Manrique Abril, Fred Gustavo (Compiladores). Tunja: Editorial UPTC, 2023. 182 p.

ISBN (impreso) 978-958-660-741-4

ISBN (ePub) 978-958-660-742-1

Incluye referencias bibliográficas.

1. Investigación en enfermería. 2. Atención de enfermería. 3. Atención en salud. 4. Educación en enfermería. 5. Enfermería basada en la evidencia. 6. Docentes en Enfermería.

(Dewey 658.4 /21) (Thema MQC - Enfermería)



Primera Edición, 2023

100 ejemplares (impresos)

Evidencias: de la teoría a la práctica de enfermería

Evidence: from theory to nursing practice

ISBN (impreso) 978-958-660-741-4

ISBN (ePub) 978-958-660-742-1

Colección Investigación UPTC N.º 265

Proceso de arbitraje doble ciego

Recepción: agosto de 2022

Aprobación: diciembre de 2022

© Lina Fernanda Barrera Sánchez, 2023

© Fred Gustavo Manrique Abril, 2023

© Giomar Maritza Herrera Amaya, 2023

© Daniel Casas Ureña, 2023

© Jhoanna Carolina Núñez Narváez, 2023

© Julián Andrés Barragán Becerra, 2023

© Laura Camila Vanegas Pulido, 2023

© Claudia María Moreno Mojica, 2023

© María Ángela Algarra López, 2023

© Yina Lorena Cardenal Tibatá, 2023

© Anyi Natalia Hernández Hernández, 2023

© Duván Andrey Parra Duarte, 2023

© Yancy Yulieth Padilla González, 2023

© Nelson Piamba González, 2023

© Tatiana Andrea Avella Cantor, 2023

© Mayra Solanye Galindo Huertas, 2023

© Carol Pinzón Jaimés, 2023

© Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2023

#### Editorial UPTC

Edificio Administrativo – Piso 4

La Colina, Bloque 7, Casa 5

Avenida Central del Norte No. 39-115, Tunja, Boyacá

comite.editorial@uptc.edu.co

www.uptc.edu.co

Libro financiado por la Vicerrectoría de Investigación y Extensión - Dirección de Investigaciones de la UPTC. Se permite la reproducción parcial o total, con la autorización expresa de los titulares del derecho de autor. Este libro es registrado en Depósito Legal, según lo establecido en la Ley 44 de 1993, el Decreto 460 de 16 de marzo de 1995, el Decreto 2150 de 1995 y el Decreto 358 de 2000.

Impreso y hecho en Colombia - Printed and made in Colombia

Libro resultado de investigación del proyecto con SGI: Capítulo II: SGI2930, SGI2365; Capítulo III SGI2348

Citar este libro / Cite this book

Barrera Sánchez, L.E Manrique Abril, F. (Comps.) (2023). *Evidencias: de la teoría a la práctica de enfermería*. Editorial UPTC.

doi: <https://doi.org/10.19053/9789586607414>



#### Rector, UPTC

Enrique Vera López

#### Comité Editorial

Dr. Carlos Mauricio Moreno Téllez

Dr. Jorge Andrés Sarmiento Rojas

Dra. Yolima Bolívar Suárez

Mg. Pilar Jovanna Holguín Tovar

Dra. Nelsy Rocío González Gutiérrez

Dra. Ruth Maribel Forero Castro

Dr. Óscar Pulido Cortés

Mg. Edgar Nelson López López

#### Editor en Jefe

Ph. D. Witton Becerra Mayorga

#### Coordinadora Editorial

Mg. Andrea María Numpaque Acosta

#### Corrección de Estilo

Liliana Muñoz Gómez

#### Imprenta

Búhos editores Ltda



## RESUMEN

El libro *“Evidencias: de la teoría a la práctica de enfermería”*, es un documento resultado de procesos de investigación; su desarrollo se hace a través de un escalonamiento capítulo a capítulo, que contiene diferentes metodologías utilizadas para abordar las preguntas de investigación; a partir de la presentación de una fase exploratoria fundamental en investigación, como son las revisiones de literatura que surgen desde las ideas; posteriormente, se identifica la sistematización de experiencias que permiten lograr una interpretación crítica de las vivencias prácticas en enfermería. A partir del reordenamiento y reconstrucción, se utilizan procesos lógicos de pensamiento de los involucrados en la experiencia; luego, se expone el desarrollo de procesos de investigación retomados desde el paradigma cualitativo, en el que se evidencia cómo el análisis de los fenómenos sociales expresados no solo en la práctica académica sino a través de las tecnologías de la información, propician investigaciones que generan conocimiento divulgable a la comunidad general. Para finalizar, las guías de práctica, se encuentran fundamentadas en evidencias, una investigación documental con herramientas metodológicas rigurosas para la lectura crítica de los resultados de investigaciones, las cuales garantizan la generación de recomendaciones con una base científica confiable, apropiada y adaptada a los diferentes ámbitos del ejercicio profesional.

**Palabras clave** (fuente DeCS): Investigación en enfermería; Atención de enfermería; Atención a la salud; Educación en enfermería; Enfermería basada en la evidencia; Docentes de Enfermería.





## ABSTRACT

The book "Evidence: From theory to nursing practice", is a document resulting from research processes; its development is done through a chapter by chapter staggering, which contains different methodologies used to address the research questions; from the presentation of a fundamental exploratory phase in research, such as literature reviews which arise from the ideas; subsequently, the systematization of experiences that allow to achieve a critical interpretation of practical experiences in nursing is identified. From the reordering and reconstruction, logical processes of thought of those involved in the experience are used; then, the development of research processes taken from the qualitative paradigm is exposed, in which it is evidenced how the analysis of social phenomena expressed not only in the academic practice but also through the information technologies, propitiate researches that generate knowledge that can be divulged to the general community. Finally, the practice guidelines are based on evidence, a documentary research with rigorous methodological tools for the critical reading of research results, which guarantee the generation of recommendations with a reliable scientific basis, appropriate and adapted to the different areas of professional practice.

**Keywords (Fuente MeSH):** Nursing Research; Nursing Care; Health care; Education nursing; Evidence-Based Nursing; Faculty nursing.



# Contenido

## CAPÍTULO 1: REVISIONES SISTEMÁTICAS

*Calidad de atención de Enfermería en Colombia: Una revisión integrativa*  
*Giomar Maritza Herrera Amaya, Daniel Casas Ureña; Fred Gustavo Manrique Abril. 15*

*Revisión narrativa Intervención parental en la enseñanza de hábitos saludables en los niños(as): aspectos a tener en cuenta*  
*Jhoanna Carolina Núñez Narváez ..... 55*

## CAPÍTULO 2: PRESENTACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

*Sistematización de experiencias educativas en salud y comunidad como estrategia de aprendizaje*  
*Laura Camila Vanegas Pulido; Julián Andrés Barragán Becerra ..... 89*

*Percepción del padre con pérdida perinatal frente a la atención del equipo de salud*  
*María Ángela Algarra López, Yinna Lorena Cardenal Tibatá, Anyi Natalia Hernández Hernández, Duván Andrey Parra Duarte; Claudia María Moreno Mojica .. 111*

## CAPÍTULO 3: ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CON ENFOQUE CUALITATIVO

*Violencia obstétrica, en la sombra de la cotidianidad*  
*Tatiana Andrea Avella Cantor, Yancy Yulieth Padilla González, Nelson Piamba González; Mayra Solanye Galindo Huertas ..... 135*

## CAPÍTULO 4: GUÍA DE PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA

*Guía de práctica clínica basada en evidencia para toma de decisiones al retirar sonda vesical permanente*  
*Carol Pinzón Jaimes; Lina Fernanda Barrera Sánchez ..... 161*







## **Autores**

### **Julián Andrés Barragán Becerra, Ph. D.**

Enfermero, Magíster en Enfermería. Doctor en Educación. Profesor Asociado Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Sede Tunja; Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería. [julian.barragan@uptc.edu.co](mailto:julian.barragan@uptc.edu.co)

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-6132-8558>

### **Lina Fernanda Barrera Sánchez, MSc**

Enfermera, Magíster en Salud Pública. Profesora Asistente Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Sede Tunja; Grupo de Investigación en Enfermería y APS [lina.barrera01@uptc.edu.co](mailto:lina.barrera01@uptc.edu.co)

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-0211-8155>

### **Daniel Casas Ureña, MSc**

Enfermero, Magíster en Enfermería. Asesor Secretaría de Salud Ibagué. [daniel.casas@unal.edu.co](mailto:daniel.casas@unal.edu.co)

### **Mayra Solanye Galindo Huertas, Ph. D.**

Enfermera, Magíster en Salud sexual y reproductiva, Doctora en Estudios Sociales. Ph. D. Investigación Crítica Hermenéutica. Profesora Asistente Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Sede Tunja. Investigadora. Grupo de Investigación Exclusiones y Resistencias en el cuidado de la salud. [mayra.galindo@uptc.edu.co](mailto:mayra.galindo@uptc.edu.co)

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-2769-858X>

### **Giomar Maritza Herrera Amaya, Ph. D.**

Enfermera, Magíster en Investigación en Atención Primaria, Ph. D. en Ciencias de la Enfermería. Profesora Asociada Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Sede Tunja, Investigadora Enfermería y APS, GISP. [giomar.herrera@uptc.edu.co](mailto:giomar.herrera@uptc.edu.co)

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-1878-8129>



**Fred Gustavo Manrique Abril, Ph. D.**

Enfermero, Abogado. Especialista en Gerencia Social, Magister en Salud Pública. Magister en Investigación en Atención Primaria en Salud. Doctor en Salud Pública. Ph. D. en Gerencia Pública y Política Social; Ph. D. en Investigación en Medicina Clínica; Ph. D. Ciencias de la Enfermería. Profesor Titular Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja; Grupo de Investigación en Salud Pública. fgmanriquea@unal.edu.co, fred.manrique@uptc.edu.co

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-0723-3240>

**Claudia Moreno Mójica, MSc**

Enfermera, Magister en Enfermería, Magister en Pedagogía. Profesora Asistente Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Sede Tunja. Investigadora Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería. claudiamaria.moreno@uptc.edu.co

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-3772-7396>

**Jhoanna Carolina Núñez Narváez, Esp.**

Enfermera, Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria. Profesora Asistente Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Sede Tunja. Investigadora Grupo de Investigación Municipio Saludable para la Paz. jhoanna.nunez@uptc.edu.co

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-2750-6792>

**Carol Pinzón Jaimes, MSc**

Enfermera, Especialista en Cuidado Crítico del Adulto, Magister en Pedagogía. Profesora Asistente Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Sede Tunja. Investigadora Grupo de Investigación Enfermería y Atención Primaria en Salud. carol.pinzon@uptc.edu.co

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-4366-8866>

## **EX- SEMILLEROS DE INVESTIGACIÓN**

**Algarra López María Angela\***

Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería.  
maria.algarra@uptc.edu.co

**Avella Cantor Tatiana Andrea\***

Grupo de Investigación Exclusiones y Resistencias en el cuidado de la salud.  
tatianandrea201@gmail.co

**Cardenal Tibatá Yina Lorena\***

Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería.  
yina.cardenal@uptc.edu.co

**Hernández Hernández Angie Natalia\***

Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería.  
anyi.hernandez01@uptc.edu.co

**Padilla González Yancy Yulieth\*.**

Grupo de Investigación Exclusiones y Resistencias en el cuidado de la salud.  
yancy.yuly16@gmail.com

**Parra Duarte Duván Andrey\*.**

Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería.  
duvanandrey742@gmail.com

**Piamba González Nelson\*.**

Grupo de Investigación Exclusiones y Resistencias en el cuidado de la salud.  
nelg461@gmail.com

**Vanegas Pulido Laura Camila\*.**

Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería.  
laura.vanegas04@uptc.edu.co

\* Profesionales de Enfermería Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.



## Presentación

El libro *“EVIDENCIAS: de la teoría a la práctica de enfermería”*, es resultado de procesos de investigación, con el que se plasman las diferentes formas en las que esta se realiza en el programa de Enfermería-Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia – UPTC, por los docentes y grupos de investigación, acompañado de sus semilleros. La investigación es parte de las labores que como unidad académica, se fortalece para contribuir al desarrollo disciplinar, consolidar la acción interdisciplinar y transdisciplinar; el abordaje realizado por los profesionales de Enfermería a las diferentes problemáticas sociales visibiliza las fortalezas y necesidades de las personas, familias y comunidades que se encuentran ligadas a los procesos de educación, docencia, investigación, extensión y proyección social, que, se desarrollan alrededor de la formación de enfermeros y enfermeras realizada por la Escuela de Enfermería de la UPTC.

El desarrollo del documento cuenta con un escalonamiento capítulo a capítulo en las diferentes metodologías utilizadas para abordar cada una de las preguntas de investigación. El primer capítulo, inicia con los resultados de una fase exploratoria fundamental en investigación, como son las revisiones de literatura que, surgen desde las ideas de investigación; las revisiones permiten el perfeccionamiento de la investigación y, la actualización en los conocimientos; puesto que, se analiza el fenómeno de interés, se profundiza en el marco teórico, epistemológico y paradigmático, y de esa manera, determinar la pregunta de investigación, su originalidad, actualidad, aporte al conocimiento, viabilidad, factibilidad, pertinencia, precisión, interés y el manejo ético de la investigación a realizar, así como establecer el proceso de investigación acorde a lo identificado y el posible avance en los niveles

de evidencia. Estos documentos se encuentran estructurados con una parte introductoria, una explicación de la forma de identificación de las fuentes secundarias de información, metodología utilizada, resultados y análisis de la información recopilada y, finalmente, las conclusiones.

El segundo capítulo contiene presentación y sistematización de experiencias, las cuales han venido en auge como un método importante de investigación; estas, ofrecen una interpretación crítica de las experiencias prácticas; a partir del reordenamiento y reconstrucción. Utiliza procesos lógicos de pensamiento de los involucrados en la experiencia que brinda una construcción de conocimiento colectivo y consistente entre la teoría y la práctica, la reflexión analítica, la interpretación de lo sucedido para comprenderlo; al mismo tiempo, implica la aplicación de una buena dialéctica para transformar la realidad, es un proceso de reflexión que se hace a través de las acciones objetivas y subjetivas que intervienen en la experiencia. Este tipo de métodos, fortalecen el ejercicio docente, pues, extraen aprendizajes que contribuyen a su mejora, aportan a diálogos críticos entre los actores de los procesos educativos, fomentan el análisis de conceptos y teorías, contribuyen a la definición de nuevas formas del ejercicio pedagógico, permiten llegar a un primer nivel de teorización del conocimiento desde la concepción metodológica dialéctica; pues se observan fenómenos sociales que son cambiantes, contradictorios, multicausales y no limitan o pone en dos vías (el paradigma cuantitativo o el cualitativo) el objeto y sujeto de conocimiento; se apoya en enfoques hermenéuticos, aproximaciones etnográficas y recursos importantes como el diálogo de saberes e historias de vida.

La forma de presentación, inicia con un contexto teórico; luego, se encuentra la presentación y categorización de la experiencia en la que se va realizando el análisis y contraste con el contexto teórico (diálogo crítico) y posteriormente, las conclusiones o propuestas formuladas desde la reflexión realizada.

El tercer capítulo, expone el desarrollo de procesos de investigación a partir del paradigma cualitativo basado en un estudio de enfoque exploratorio, descriptivo y analítico; la aplicación del método científico a los procesos de investigación formativa y docente que surgen dentro

y fuera del aula; se realiza un anclaje entre los diferentes procesos de aprendizaje, de construcción colectiva de conocimiento a través de los protocolos de investigación definidos por los docentes y grupos de investigación, con variadas metodologías, pero, con su eje el desarrollo investigativo en Enfermería; se evidencia cómo el análisis de los fenómenos sociales expresados no solo en la práctica académica sino a través de las tecnologías de la información pueden generar investigación y permiten lograr un conocimiento divulgable a la comunidad general. En este proceso de construcción colectiva de conocimiento, se avanza en el planteamiento, validación y comprobación de hipótesis como parte del desarrollo del método científico. El esquema de presentación de las investigaciones en este apartado es: introducción, presentación de materiales y métodos, discusión.

El cuarto capítulo, presenta otro tipo de investigaciones que aportan al desarrollo de investigación, el ejercicio práctico de la Enfermería, la labor interdisciplinaria y la generación de nuevo conocimiento, fortaleciendo su validez, confiabilidad y soporte científico; las guías de práctica basadas en evidencias. Es una investigación documental, con herramientas metodológicas rigurosas para la lectura crítica de los resultados de investigaciones que garanticen la generación de recomendaciones con una base científica confiable, apropiada y adaptada a los diferentes ámbitos del ejercicio profesional; la forma de presentación de estos documentos es: introducción, materiales y métodos, discusión.

Al ver el avance de cada capítulo del libro, se identifica el transcurrir de los procesos de investigación de la Escuela de Enfermería, convirtiéndose no solo en una forma de difundir la evidencia generada de cada metodología utilizada; sino en un documento que puede contribuir al ejercicio docente con los diferentes ejemplos de las formas de hacer investigación. De igual forma, contribuye a fortalecer el estado del arte de la Enfermería a nivel local, nacional e internacional.

**Lina Fernanda Barrera Sánchez**  
*Directora de Escuela de Enfermería UPTC*





# CAPÍTULO 1

## REVISIONES SISTEMÁTICAS

Calidad de atención de Enfermería en Colombia:  
una revisión integrativa

*Giomar Maritza Herrera Amaya  
Daniel Casas Ureña  
Fred Gustavo Manrique Abril*



## Introducción

La calidad en la atención a la salud no es un concepto estático y tampoco es universal, ya que existen múltiples y complementarias contribuciones. Su origen está en la industria desde la eficacia de los productos y hace tránsito a los servicios y atención. Donabedian (1, 2), explica el proceso de medición de la calidad empleado directamente en los servicios de salud. La calidad ha derivado a satisfacción, calidad y atención en salud, para lo cual, se han desarrollado diferentes instrumentos de valoración, escalas con las que se puede medir lo que se brinda del producto o servicio. Ante las exigencias de las personas que utilizan dicho servicio en enfermería, se reciben estas mediciones como herramientas para la gestión del cuidado.

Lo anterior, ha permitido el mejoramiento continuo de la atención y del cuidado directo de Enfermería, prevenir complicaciones relacionadas con eventos adversos en los pacientes, disminuir gastos económicos adicionales en los servicios de salud y estandarizar los procesos para la atención en salud de calidad (3-5).

Las escalas o cuestionarios de calidad, parten en su mayoría, de la percepción del paciente o de sus expectativas (6, 7), y evalúan la estructura, el proceso o el resultado de la atención en salud (2, 8).

Cada vez, es más frecuente el interés de los profesionales por conocer el nivel de satisfacción de los usuarios con los cuidados recibidos, reflejado en la propagación de diversos instrumentos de medida a nivel internacional como nacional. Dentro de las técnicas de recolección de datos, se encuentran las entrevistas y los cuestionarios, elementos más utilizados en investigación, los que, a su vez, permiten

cuantificar la información y compararla. En términos generales, al hablar de cuestionarios, se hace referencia a las escalas de evaluación como instrumentos que brindan un escalamiento acumulativo de los ítems, proporcionando una puntuación global (9).

En Estados Unidos, se realizó la primera evaluación de la satisfacción del paciente con los servicios de salud en el ámbito enfermero (10). Utilizaron un instrumento que consistía en un *check-list* de 50 ítems distribuidos en 7 categorías, las cuales hacían referencia a: Eventos que indicaban satisfacción con el cuidado (3 ítems), omisiones en el cuidado relativas al descanso y a la relajación (8 ítems), necesidades diarias (6 ítems), higiene personal y cuidado de soporte (10 ítems), reacción a la terapia (8 ítems), y contacto con las enfermeras (11 ítems).

Más adelante, autores como Mc Daniel y Nash (11), presentan un listado de 21 instrumentos que miden la satisfacción del paciente con la atención enfermera, 17 de los cuales evaluaban la satisfacción en pacientes hospitalizados y 4 en pacientes externos o ambulatorios. De los 17 orientados a pacientes hospitalizados, 10 miden la satisfacción general de los pacientes, mientras que, la atención enfermera es tan solo una parte. Dos de ellos, se enfocan a determinados contextos como urgencias o sala de partos; uno, estaba relacionado con cuidados enfermeros; y los cuatro instrumentos restantes, miden la satisfacción general con la atención enfermera.

En Latinoamérica, y en especial en Colombia, para evaluar la calidad del cuidado desde la satisfacción del usuario, se han usado diversos instrumentos (12-17), necesiéndose conocerlos, así como sus propiedades psicométricas básicas, para facilitar su uso y la aproximación con evidencia al cuidado ofrecido.

La investigación identifica a través de una revisión integrativa los instrumentos de medición utilizados para la identificar la calidad de atención de enfermería y la calidad de cuidados de enfermería en Colombia, desde el año 2000 hasta el año 2021 publicados en idioma castellano e inglés.

Los hallazgos permiten conocer aspectos psicométricos clave, de validez facial, de contenido, constructo y confiabilidad y, su utilidad en el contexto colombiano.

## Metodología

El presente estudio, es una revisión integrativa de la literatura (18), que contribuye a la presentación de diversas perspectivas sobre un fenómeno de interés, siendo importante para la ciencia y la práctica de la enfermería.

Whittemore (19, 20), indica que, este tipo de investigaciones tienen la capacidad de aumentar la ciencia de la enfermería, sitúa la investigación frente a la práctica y las políticas públicas. La revisión integrativa eficazmente realizada, apoya el desarrollo de la teoría, se adecúa directamente a la práctica y las estrategias públicas en salud y permite enriquecerse de diversas metodologías (investigación experimental y no experimental), lo que mejora la claridad investigativa del tema de revisión (21). Los elementos básicos de una revisión integrativa se aprecian en la Figura 1.

Figura 1. Metodología de revisión integrativa



Fuente. Autores

Esta revisión es integrativa de tipo narrativo, donde las investigaciones iniciales del tema no se pueden comparar estadísticamente por sus variables desiguales con respecto a metodologías.

El enfoque metodológico empleado en este estudio, es la renovación de Whitemore y Knafl (19), especial para revisiones de literatura integrativas. Se desarrolla en 5 fases,

**1. *Identificación del problema, garantiza que la pregunta y el objetivo del estudio, sean evidentemente concluyentes.***

La pregunta de investigación que orientó este trabajo fue: ¿Cuáles son los instrumentos validados en Colombia para medir la calidad de atención o cuidados de enfermería según la bibliografía científica indexada disponible entre los años 2000 a 2021?

Población: Literatura científica de enfermería en idioma castellano e inglés.

Intervención por evaluar: Evaluación de la calidad de la atención o calidad del cuidado de enfermería en Colombia.

Resultados a medir: Niveles de satisfacción de los usuarios o calidad de atención o cuidado.

**2. *Búsqueda bibliográfica, incluye la revisión que incorpora una estrategia de búsqueda completa.***

Se utilizan las palabras para la búsqueda de acuerdo con los Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) y el lenguaje controlado para bases de datos biomédicas Medical Subject Headings (MESH)(Tabla 1).

**Tabla 1.** Identificación de términos de búsqueda con descriptores Decs y Mesh

Término de búsqueda	Sinónimos en español	Descriptores Decs	Descriptores Mesh
Instrumentos		No encontrado	No encontrado
Medición	Criterios de Valoración Comunicados por el Paciente Medidas de Resultados Percibidos por los Pacientes Resultado Comunicado por el Paciente Resultado Percibido por el Paciente Resultado Relatado por el Paciente Resultados Comunicados por el Paciente Resultados Informados por el Paciente Resultados Percibidos por el Paciente	Medición de Resultados Informados por el Paciente	Patient Reported Outcome Measures
Cuestionario	Cuestionario Cuestionarios Diseño de Encuesta Encuesta de Referencia Encuestas Encuestas Comunitarias Métodos de Investigación No Respondedores Respondedores Rondas Repetidas de Encuesta Técnica de Encuesta Aleatorizada	Encuestas y Cuestionarios	Surveys and Questionnaire
Encuestas	Encuestas de atención de la salud, las cuales se refieren a servicios de salud proporcionados.	Encuestas de Atención de la Salud	Health Care Surveys
Calidad de la atención	Atención de Calidad Calidad Asistencial Calidad de la Atención Calidad de los Servicios de Salud	Calidad de la Atención de Salud	Quality of Health Care
Atención de enfermería	Cuidados de enfermería	Atención de Enfermería	Nursing Care

**Fuente.** Autores

Fueron elegidas las fuentes de búsqueda de acuerdo a dos criterios: 1. Bases de datos que publican investigaciones en salud. 2. Bases de datos que contengan estudios realizados en Colombia. Las bases de datos seleccionadas se organizan en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Fuentes de búsqueda de literatura

Base de datos	Descripción
Scielo	Scientific Electronic Library Online
Pubmed (contiene además la Medline)	PubMed, es un recurso gratuito que apoya la búsqueda y recuperación de literatura biomédica y de ciencias de la vida con el objetivo de mejorar la salud, tanto a nivel mundial como personal.
Lilacs	La base de datos como lo define su portal web, es la más importante y completa de Latinoamérica y el Caribe, con más de 880 mil registros de revistas revisadas por pares, tesis y disertaciones, documentos gubernamentales, anales de congresos y libros, publicados desde 1982.
ScienceDirect	ScienceDirect, es una de las mayores fuentes de información para la investigación científica, técnica y médica. Ofrece el texto completo de las revistas científicas que publica Elsevier, así como capítulos de libros, procedentes de más de 2.500 revistas con revisión por pares y de más de 11.000 libros. En total, supera los 9 millones y medio de artículos y capítulos.
Embase	Es una base de datos bibliográfica de biomedicina con más de 23 millones de registros de artículos y conferencias indexados en más de 7.500 revistas internacionales. Cuenta con el tesoro de consulta Emtree y realiza el mapeo automático de términos de consulta.
Scopus	Scopus, es una base de datos bibliográfica iniciada en 2004, de resúmenes y citas de artículos de revistas científicas. Contiene, además de artículos, más de 3.700 revistas indexadas de Gold Open Access, más de 210.000 libros y más de 8 millones de actas de congresos.

**Fuente.** Autores

Este rastreo se hizo en bases de datos escritos en español e inglés, para aumentar las estrategias y captar los artículos existentes en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Estrategias de búsqueda

Idioma	Descriptor	Operador	Descriptor	Operador	Descriptor
Español	Encuesta Cuestionario Medición	AND	Calidad de la atención de enfermería	AND	Colombia
Inglés	Surveys and Questionnaires Patient Reported Outcome Measures	AND	Quality of Health Care Nursing Care	AND	Colombia

**Fuente.** Autores

Se usaron filtros para limitar los resultados a información que cumpliera los criterios de inclusión -que se describen más adelante-, para realizar la búsqueda en las bases de datos y ayudar a delimitar la información. Según Arnau y Col (22), los filtros se realizan para disminuir el nombrado "ruido" documental y discriminar las referencias. Dichos filtros, se ajustaron de acuerdo con la fuente de información y fueron los siguientes:

- Periodo de tiempo: Años 2000 - 2021.
- Idioma: inglés, español.
- Característica de la publicación: Artículo científico y literatura gris. Relacionada con el tema.

Criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de inclusión.
    - a. Artículos científicos desarrollados en Colombia.
    - b. Artículos realizados por enfermería.
    - c. Población de los estudios: Publicaciones en idioma castellano e inglés.
    - d. Publicaciones en las siguientes bases de datos: Scopus, Pubmed, Lilacs Scielo, ScienceDirect, Embase, Scopus, EBSCO.
    - e. Trabajos de pregrado, tesis de maestría o doctorado alojados en repositorios de instituciones acreditadas.
    - f. Periodo de publicación: 20 años (2000 -2021).
  - Criterios de exclusión.
    - a. Artículos que no relacionaran el tema o no incluyan una escala o cuestionario de calidad en enfermería.
- 3. Evaluación de datos, centrado en la veracidad, rigor metodológico, valor informativo y exhibición de los estudios primarios disponibles.**

Dentro de esta revisión no se realizó una evaluación de la calidad a los estudios incluidos, pues, dentro del alcance de la misma, no se contempla hallar la mayor evidencia científica y según Whitemore

& KnafI (19), la evaluación de la calidad de la evidencia incluida no es esencial en una revisión integrativa en la que el marco de muestreo es "heterogéneo", y la calidad de los estudios puede no ser un problema para algunas revisiones integrativas, lo que depende de su propósito y alcance. Sin embargo, cada uno de los documentos incluidos, se codificó de acuerdo con el tema relacionado con su título y se registró en una matriz de información en Microsoft Excel 2010, la cual permitió evaluar cada artículo teniendo en cuenta su aporte teórico y conceptual frente al objetivo general de la presente investigación, como medida para incluir o excluir estudios a la presente investigación.

#### **4. *Análisis de datos, incluye reducción, visualización, comparación y conclusiones de datos.***

Los datos de las fuentes primarias fueron ordenados, codificados, categorizados y resumidos en una conclusión unificada e integrada sobre el problema de investigación a través de una hoja de cálculo, como se aprecia en la Tabla 4.

**Tabla 4.** *Visualización de datos*

Nº	Tipo de documento	año	Autor (es)	país	título	Objetivo o propósito	Metodología	Selección por contenido en resumen	Aportes a la pregunta de investigación del presente estudio
----	-------------------	-----	------------	------	--------	----------------------	-------------	------------------------------------	---

**Fuente.** *Autores*

Se usaron técnicas de extracción y codificación de datos de fuentes primarias para simplificar, abstraer, enfocar y organizar datos en un marco manejable.

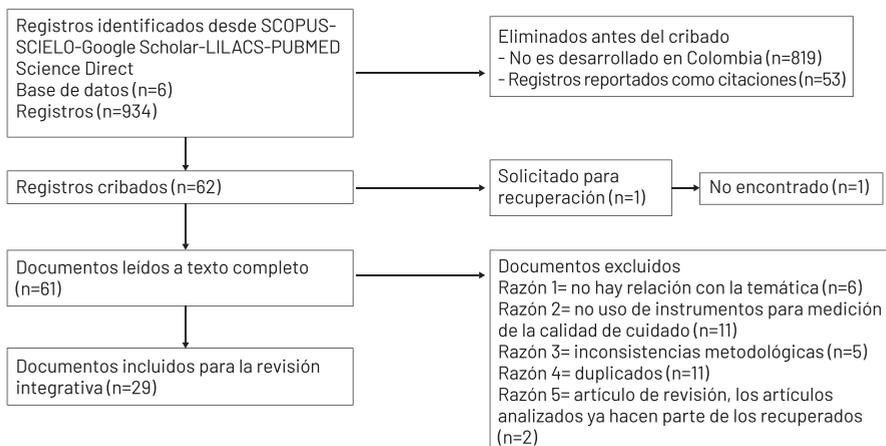
#### **5. *Presentación, sintetiza los hallazgos en un modelo que retrata de manera integral el proceso de integración y que describe las implicaciones para la práctica, la política y la investigación, así como las limitaciones de la revisión (18).***

Para la presentación se usaron tablas – resúmenes, que permiten comparar las escalas en forma cronológica, psicométrica y metodológicamente.

## Resultados

El diagrama prisma presenta los resultados de la búsqueda y su depuración siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, ver Figura 2.

Figura 2. Diagrama de prisma de la revisión integrativa



Fuente. Autores

Del total de los 29 documentos incluidos en la revisión, al análisis se le encuentran 12 instrumentos relacionados con la calidad del cuidado de enfermería, desarrollados a través de estudios descriptivos, prueba piloto, psicométricos o de tipo metodológico en el contexto colombiano; siendo el más utilizado el CARE-Q (Cuestionario Corto de Evaluación de la satisfacción del usuario acerca del cuidado de enfermería), en sus 3 modificaciones: Versión inicial, la versión de 51 ítems y la de 46 ítems, que unidas, alcanzan 12 estudios. En orden de aplicación, sigue SERVQHOS-E (Calidad Percibida de la Atención Hospitalaria Brindada por Enfermería) con 6 estudios de investigación desarrollados, seguido

del CUCACE (Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería) y el PCHE (Percepción de Cuidado Humanizado en Enfermería) versión inicial y 3ª Versión.

Instrumentos como el EVACALEN (Evaluación de la Calidad de los cuidados de Enfermería) y el PSNCQQ (Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire), han tenido poca aplicación en Colombia, situación similar con las escalas ESUR-HD (Escala para la Evaluación de la Satisfacción del Paciente con el Servicio de Hemodiálisis), GCPC-UN-ESU (Encuesta de satisfacción con el cuidado de personas con enfermedad crónica) y el Cuestionario de Satisfacción del Usuario en Pediatría; sin embargo, se aluden en este estudio, por tener aspectos relacionados con la medición de la satisfacción del paciente y el cuidado de enfermería.

A la distribución por tipo de estudio, se observa que la mayoría son estudios de tipo descriptivo (n=21), seguido por estudios psicométricos y metodológicos (n=5). El 100% de los productos investigativos, son cuantitativos, teniendo en cuenta que, al usar instrumentos de medición de la calidad del cuidado de enfermería, se requiere su análisis a través de métodos estadísticos.

**Tabla 5.** Instrumentos relacionados con la medición, la satisfacción del paciente y el cuidado de enfermería en Colombia según el tipo de estudio

Instrumento	Estudio descriptivo	Prueba piloto	Psicométrico/ Tipo metodológico	TOTAL
SERVQHOS-E	4	1	1	6
CUCACE	2		1	3
EVACALEN	1			1
PCHE			1	1
PCHE clínicountry 3ª versión,		1	1	2
CARE-Q	5		1	6
CARE-Q 51 ítems ajustado.	2			2
CARE-Q 46 ítems	4			4

PSNCQO	1			1
Cuestionario de satisfacción del usuario, en pediatría.	1			1
ESUR-HD			1	1
GCPC-UN-ESU			1	1
Total	21	2	7	29

**Fuente.** Autores

La Tabla 6 permite reconocer el manejo metodológico de los productos académicos recuperados, enfatizando en el diseño del estudio, las especificaciones para el cálculo muestral, el número de sujetos de estudio y finalmente, se resumen las estrategias de análisis estadístico de los datos.

Instrumentos como el SERVQHOS-E, CUCACE Y CARE-Q, han sido aplicados en estudios con metodología descriptiva y de psicométrica, esto puede generar una mayor confianza, pues, su uso ha sido evaluado de forma más crítica, sumado a que su divulgación a través de productos académicos de investigación es mayor y al exponer la información a la crítica de la comunidad científica gozan de un mayor impacto.

Llama la atención, la metodología para la recolección de datos usada en el estudio de Salazar (23), que ajusta el CARE-Q, al que adiciona la categoría "educa", donde la estrategia no es por autoadministración del instrumento como es habitual en las metodologías usadas por las otras investigaciones, sino la observación de las enfermeras por otra enfermera, mientras realizan su labor de cuidado en pacientes con hospitalización en casa.

Es interesante reconocer, que, solo dos estudios incluyeron en sus criterios de inclusión que "el paciente haya tenido contacto con enfermería o que reconoce el cuidado de enfermería" la importancia radica en que, se pueden encontrar situaciones en las que los pacientes no diferencian al personal de enfermería de otros actores de salud y, aun así, evalúan la calidad del cuidado recibido.

**Tabla 6.** Análisis metodológico de los productos académicos relacionados con la medición, la satisfacción del paciente y el cuidado de enfermería en Colombia

Autor /año	Diseño	Instrumento	Especificación muestral	Número sujetos	Análisis estadístico
Barragán JA, Manrique-Abril FG.(2010)(15)	Descriptivo y transversal con análisis multivariante de contenido, constructo y confiabilidad Psicométrico.	SERVOHOS-E	Por conveniencia Criterios de inclusión: Todo usuario entre 18-60 años, diligenció el cuestionario tras el alta hospitalaria o tras la consulta de control.	-Fase uno 5 expertos en el tema de calidad y formación en gestión -Fase dos 350 sujetos de cuidado.	-Prueba de validez de contenido con un índice de validez de contenido (IVC). Coeficiente de correlación y comunalidad aceptado mayor a 0,3 (p 0,005). - Validez de constructo mediante el método de análisis factorial exploratorio, extracción de componentes principales y rotación Varimax. -Prueba de confiabilidad con un Alpha de Cronbach y se determinó la estabilidad por correlación de Pearson -Análisis factorial.
Barragán JA, Pedraza YD, Rincón MR.(2013)(24)	Cuantitativo descriptivo, de corte transversal.	SERVOHOS-E	Aplicación de la fórmula para poblaciones finitas. Tamaño muestral seleccionado para el estudio con un nivel de confianza del 95% y margen de error de 5%. -Criterios de inclusión: Sin distinción de sexo, con edades entre 18 y 80 años, sin dificultad en la expresión verbal y comunicación; con más de dos días de hospitalización y que se encontraban en proceso de egreso.	183 usuarios	Análisis univariado. Alfa de Cronbach para confirmar la confiabilidad, medias, medidas de desviación estándar y varianzas. Relación estadística mediante análisis bivariado por medio de correlaciones y pruebas de hipótesis.
Barragán JA, Moreno CM.(2013)(25)	Descriptivo, de corte transversal, cuantitativo.	SERVOHOS-E	Dos mediciones con distanciamiento de un año.	1093 usuarios de tres hospitales .	Análisis univariado. Estadística descriptiva.
Borré Ortiz YM, Vega-Vega Y(2014)(26)	Descriptivo, de corte transversal, cuantitativo.	SERVOHOS-E	Total la población que egresó diariamente de los servicios de hospitalización durante un trimestre. Criterios de exclusión: Menores de 18 años, discapacidad mental aparente o diagnosticada, alteraciones del lenguaje, alteración del estado de conciencia, menos de dos días de hospitalización.	158 pacientes encuestados.	Análisis univariado, estadística descriptiva con medidas de tendencia central, desviación estándar, frecuencias absolutas y relativas, y finalmente, fueron graficadas con histogramas y diagrama de sectores.

<p>Borré Ortiz YM, Lenis- Victoria C, González- Ruiz G (2014) (27)</p>	<p>Descriptivo, transversal, cuantitativo, prueba piloto del cuestionario SERVQHOS-E, con el fin de evaluar si se entendía bien en el contexto de estudio.</p>	<p>SERVQHOS-E</p>	<p>Pacientes que egresaron de los servicios de hospitalización previa a la fase de recolección propiamente dicha.</p>	<p>Muestra piloto fue de 32 pacientes.</p>	<p>La escala de puntuación de 16 ítems que mide aspectos tangibles e intangibles de la atención de Enfermería, no hubo necesidad de modificación.</p>
<p>Torres- Contreras C, Buitrago-Vera M (2011)(28)</p>	<p>Descriptivo, transversal, cuantitativo.</p>	<p>CUCACE versión castellano 2005.</p>	<p>Cálculo muestral con un porcentaje esperado 70 % de percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos, con un nivel de confianza del 95% un poder estadístico del 80%, una probabilidad de cometer error tipo 1 del 5% y un 8% de no participación</p> <p>Criterios de inclusión: Ser mayores de 18 años y menores de 68. Estar a punto de alta hospitalaria o de traslado de servicio. Haber estado en la planta dos noches o más. Poder leer y entender el castellano. • No estar en estado confusional.</p>	<p>75 pacientes</p>	<p>Análisis univariado con cálculo de medias y DS Prueba de confiabilidad con un Alpha de Cronbach. Se transforma la calificación original de satisfacción 1-5 a 0-4 y se categoriza como positiva, neutra y negativa. La calificación original de percepción se categoriza como 1-2-3 negativa, 4 neutra o indiferente, 5-6-7 positiva.</p>
<p>Torres- Contreras C. (2010)(29)</p>	<p>Descriptivo con componente metodológico.</p>	<p>CUCASE</p>	<p>Cálculo muestral con intervalo de confianza de 95%, una media esperada entre 74-80. Criterios de exclusión: Menor de 18 años, con alteración de conciencia, trastorno de lenguaje, menos de dos días de hospitalización.</p>	<p>Población: 450 pacientes. Muestra: 180 pacientes.</p>	<p>Fase metodológica, alidez y confiabilidad. Fase descriptiva, medias, frecuencias.</p>

<p>Lenis-Victoria, C; Manrique-abril, FG. (2015) (30)</p>	<p>Descriptivo Transversal Cuantitativo.</p> <p>CUCASE</p>	<p>Fórmula para poblaciones finitas. Cálculo muestral con un intervalo de confianza del 95 %, un error alfa del 5 %, y una prevalencia de calidad esperada de 72,41 y 66,15</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años, con más de 2 días de hospitalización, con alta hospitalaria, sin dificultad en el lenguaje, y que no estuvieran bajo efectos de sedación por medicamentos.</p>	<p>Población: egreso mensual 422 pacientes.</p> <p>Muestra: 147 pacientes que tenían orden de egreso.</p> <p>Estadística descriptiva Correlación de Pearson ANOVA de satisfacción y variables sociodemográficas.</p>
<p>Torres Contreras C. Páez Esteban A, Rincón Sepulveda L, Rosas Baez D, Mendoza Moreno E. (2016) (31)</p>	<p>Evaluación de pruebas diagnósticas, reproducibilidad prueba reprobable.</p> <p>CUCASE</p>	<p>Muestreo probabilístico aleatorio simple. Coeficiente de correlación intraclassa estimado de 0,8 y esperado de 0,7, un poder del 80% y una confiabilidad del 95% en una prueba de hipótesis a dos colas y una proporción de pérdidas cercana al 20%.</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años Estancia hospitalaria de más de dos días.</p>	<p>Primera aplicación del cuestionario con un auxiliar de enfermería, 24 horas después con un segundo auxiliar de enfermería, se realiza una segunda evaluación bajo las mismas condiciones de la primera doble digitación independiente de la información en EPIDATA.</p> <p>Se aplica Deltas e intervalos de confianza del 95% (IC del 95% )entre la primera y segunda medición. Reproducibilidad prueba-reprueba de cada ítem con ANOVA. El análisis e interpretación de estos coeficientes, se realizó con base en los criterios de Landis y Koch, menor a 0 (pobre), de 0 a 20 (leve), de 0.21 a 0.40 (mediana), de 0.41 a 0.60 (moderada), de 0.61 a 0.80 (Sustancial) y de 0.81 a 1.00 (casi perfecta). Alpha de Cronbach.</p>
<p>Ramírez Perdomo C. Perdomo Romero A, Galán González E. (2013) (32)</p>	<p>Descriptivo correlacional.</p> <p>EVACALEN</p>	<p>No probabilística de tipo juicio, selección intencional.</p> <p>Criterios de inclusión: Pacientes en las primeras 48 horas de egreso de la UCI, y trasladados a Hospitalización. Más de 48 horas de hospitalización en la UCI. Consientes, despiertos, orientados Con respuesta verbal. Mayores de 18 años. Aceptación voluntaria.</p>	<p>Estadísticos aplicados: medidas de tendencia central, tablas de frecuencia, tablas generales y correlación de Pearson y Spearman. Alpha de Cronbach Validez de contenido.</p> <p>119 usuarios.</p>

<p>Cepeda Sanabria AP. (16)</p>	<p>Tipo metodológico. PSNC00</p>	<p>Muestreo de tipo intencional, que respeta el azar del ingreso de los pacientes. 15 participantes por ítem con un 15% incrementado por las pérdidas.</p> <p>Prueba de campo, personas que no fueran pacientes con diferentes ocupaciones y escolaridad.</p> <p>Validez de contenido, experto con motivación para participar y experiencia en la realización de juicios, investigación, formación postgrado enfermería.</p> <p>Confiabilidad pacientes Inclusión, mayor de 18 años, con estado de conciencia, hospitalizado, mínimo 4 días de estancia.</p>	<p>5 etapas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión de literatura.</li> <li>-Traducción</li> <li>-Prueba de campo.</li> <li>-Validez de contenido.</li> <li>-Confiabilidad</li> </ul> <p>Alpha de Cronbach.</p>
<p>Reina Gamba NC, Vargas Rosero E (2008) (17)</p>	<p>Tipo metodológico. PCHE</p>	<p>No hay dato.</p>	<p>12 pacientes, 11 expertos en investigación enfermería.</p> <p>Validez facial y de contenido.</p>
<p>Gonzales Hernández OJ. (2015) (33)</p>	<p>Estudio descriptivo de tipo metodológico. PCHE Clinicoountry 3ª versión.</p>	<p>Primera fase no reporta.</p> <p>Segunda fase. Enfermeras con una trayectoria en áreas asistenciales, administrativas o docentes, y con experiencia investigativa en fenómenos de cuidado, principalmente la humanización.</p>	<p>Primera fase 176 participantes.</p> <p>Segunda fase 8 enfermeras</p> <p>Tercera fase 320 pacientes.</p> <p>Ajuste semántico.</p> <p>Validez por expertos</p> <p>Validez de constructo y confiabilidad</p> <p>Analisis factorial exploratorio.</p>
<p>Monsalve Martínez C, Herrera Ríos L, Suárez Uribeles R. (2018) (34)</p>	<p>Tipo transversal cuantitativo. PCHE Clinicoountry 3ª versión.</p>	<p>Muestreo no probabilístico por conveniencia.</p> <p>Prueba piloto a pacientes hospitalizados.</p> <p>Criterios de exclusión: Con alteración del estado de conciencia.</p> <p>Bajo efectos de sedación que no querían participar de la encuesta.</p> <p>Con trastornos del lenguaje.</p> <p>En aislamiento de cualquier tipo.</p> <p>Menores de 18 años.</p>	<p>30 pacientes.</p> <p>Estadística descriptiva.</p>

Ramirez Perdomo A, Parra Vargas M. (2011)(35)	Descriptivo correlacional	CARE-0 (Caring assessment instrument).	Por conveniencia. Criterios de inclusión: Paciente con no mayor a 2 días de egreso de la UCI. Despiertos y orientados. Con respuesta verbal. Aceptación voluntaria. Enfermería Un mes o más de labor en UCI.	122 pacientes 13 enfermeras profesionales y 13 auxiliares de enfermería.	Estadísticos: Medidas de tendencia central, tablas de frecuencia, tablas generales y correlación de Pearson.
Araujo de la Cruz, T, Fontalvo Hernández, H. (2009) (36)	Descriptivo transversal.	CARE-0 46 ítems.	Al azar, con base al ingreso diario al servicio de observación de Urgencias hasta completar la muestra. Criterios de inclusión: Mayores de 18 Permanencia mínima de 24 hrs. Sin alteración de conciencia. Participación voluntaria.	40 pacientes.	Medidas de tendencia central, tablas generales. frecuencias, gráficos de sectores.
Morales González C. (2009) (37)	Descriptivo transversal.	CARE-0.	Al azar, con base al ingreso diario al servicio de observación de urgencias hasta completar la muestra. Criterios de inclusión: Mayores de 18 Permanencia mínima de 24 hrs. Sin alteración de conciencia. Participación voluntaria.	20 pacientes.	Medidas de tendencia central, tablas generales. frecuencias, gráficos de sectores.
Mesa Estrada H; Orellana Ruiz Y, Varela Polo A. (2011) (38)	Descriptivo transversal.	CARE-0 original.	Por conveniencia de la población diana. Criterios de inclusión: Mayores de 18 años, tiempo mayor a 24 horas del post operatorio, egresado de cualquier cirugía.	141 pacientes.	Medidas de frecuencia, medidas de tendencia central, medidas de dispersión JI y Prueba de Fisher para V sociodemográfica y satisfacción.
Rojas-Martínez W, Barajas-Lizarazo MA (2012) (39)	Descriptivo transversal.	CARE-0.	La muestra se seleccionó de forma probabilística, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error permitido del 5%. Criterios de inclusión: Todo usuario que ingrese al servicio de urgencias y haya recibido cuidados por parte del personal de enfermería.	382 usuarios.	Estadísticos: medidas de tendencia central, tablas de frecuencias y tablas generales.

Sepúlveda Carrillo G YP.(2009)(40)	Estudio psicométrico.	CARE-0.	Criterios de inclusión: Mayores de 18 años Participación voluntaria. Hospitalización mayor a 48 hrs.	250 pacientes.	Alfa de Cronbach. Analisis factorial exploratorio de componentes principales. Validez por dimensión con extracción de componentes.
Orozco Medina DK, Franco Vera YP.(2019)(41)	Descriptivo y transversal.	CARE 0.	Cálculo muestral aleatorio simple, con un nivel de confianza de un 95% y un error de estimación del 5%.	132 pacientes.	Medidas de tendencia central y de dispersión como media, desviación estándar, frecuencia absoluta, frecuencia relativa e intervalos de confianza del 95% de acuerdo con el tipo de variable.
Amed Salazar E.J, Villareal Amaris G, Alwis Tous CC(2019)(42)	Descriptivo y transversal.	CARE-0.	Cálculo muestral no probabilístico a criterio, con margen de error del 5%, una confiabilidad del 95% y una frecuencia (p) de 50%, sin remplazo.	Población de 515 personas, muestral de 221 pacientes y se hace pregunta control "fue atendido por una enfermera" para muestra final de 123.	Medidas de tendencia central. Para la estimación de la métrica de calidad numérica se realizó una ruta matemática que permitió transformar la variable a escala de 1 a 100. Luego, se asignaron pesos porcentuales que permitieron construir una variable total conjunta que estimó la calidad del cuidado.
Araujo de la Cruz, T; Fontalvo H.(2009)(36)	Descriptivo y transversal.	CARE-0 46 ítems.	Muestra seleccionada al azar con base el ingreso diario de pacientes al servicio de observación hasta completar el total.	Total de 40 pacientes.	Estadística descriptiva.
Chávez D. Romero R. Zúñiga J. Romero Massa E.(2013)(43)	Descriptivo y transversal.	CARE-0 46 ítems.	Muestra, se calculó mediante la fórmula para población finita, con un nivel de confianza del 95%, una prevalencia esperada del 50%, un error del 6%.	Población 530 pacientes, Muestra 180 pacientes total	Medidas de tendencia central.
Jaramillo Santiago LX,(2018)(44)	Descriptivo transversal.	CARE-0 46 ítems.	Padres de todos los recién nacidos admitidos en la unidad.	121 padres.	Estadística descriptiva. Frecuencias. Cálculo de puntuación total: la puntuación de los ítems fue sumados y el resultado multiplicado por 100.
Salazar González, A.(2016)(23)	Descriptivo, asociativo-correlacional.	CARE-0 ajustado 51 ítems.	Muestreo no aleatorio y no probabilístico. Criterios de inclusión: Participación voluntaria, capacidad de auto diligenciar la encuesta, hospitalizados.	65 pacientes.	Estadística descriptiva Alpha de Cronbach Rho de Spearman.

<p>Molina Cardona, E.M. (2011) (45)</p>	<p>Descriptivo transversal. Las enfermeras fueron observadas.</p>	<p>CARE-0 ajustado 51 ítems (se eliminan ítems 4-5-22) (se adicionan ítems EDUCA 52-53-54-55).</p>	<p>Muestra por cálculo probabilístico. Estudio censal. Cada enfermera firmó la debida autorización para ser evaluadas en las visitas domiciliarias programadas durante el periodo de estudio. Cada una de ellas fue observada en 36 oportunidades.</p>	<p>12 enfermeras que laboran en Hospitalización. Domiciliaria. 36 observaciones para completar el instrumento en 173 visitas realizadas por las doce enfermeras del servicio de hospitalización domiciliaria.</p>	<p>Validez facial Alpha de Cronbach Metodología Q, que permite mediante elección forzada clasificar los comportamientos seleccionando un número predeterminado de ítems (los que consideran más importantes), por cada una de las categorías, los cuales se depositarán en sobres marcados con la escala de clasificación, se indicó al usuario para que ordenara uno (1) como la más importante, cuatro (4) como bastante importante, diez (10) como importante en alguna forma, veinte (20) como ni importantes ni sin importancia, cuatro (4) como menos importante y uno (1) como la menos importante. Que no aplican para este proyecto.</p>
<p>Arias Triana AK Avella Torres SA Barragán Mahecha MJ Campos Cárdenas LV Walteros Ruiz NV (2021)(46)</p>	<p>Descriptivo y transversal.</p>	<p>Cuestionario de satisfacción del usuario, en pediatría.</p>	<p>No hay dato de cálculo de muestra.</p>	<p>39 encuestados- cuidadores.</p>	<p>Estadística descriptiva Alpha de Cronbach.</p>
<p>Gómez Ramírez O.J., Carrillo González GM, Cárdenas DC. (2016)(47)</p>	<p>Estudio metodológico.</p>	<p>Encuesta GPCP-UN-ESU.</p>	<p>Fase tres valideces. Fase cuatro, pruebas de campo.</p>	<p>Fase tres valideces. 6 enfermeros. Fase cuatro pruebas de campo. 11 personas.</p>	<p>Estadística descriptiva. Validez facial y de contenido.</p>

**Fuente. Autores**

## **Dimensiones y variables de calidad de atención de enfermería**

La Tabla 7 hace una descripción de los 12 instrumentos con su objetivo de medición, las dimensiones o categorías que componen cada uno de los instrumentos de medición y las debilidades que pueden llegar a presentar y que son reportados por la literatura.

El instrumento SERVQHOS-E, desde su creación a partir del SERVQHOS, no ha tenido modificaciones y su uso ha gozado de estabilidad psicométrica en relación con su confiabilidad.

El instrumento CARE-Q, cuenta más modificaciones realizadas, y el que mejor confiabilidad tiene, es el de 46 ítems; de igual forma, el PCHE, tiene el PCHE 3<sup>a</sup> versión; sin embargo, la literatura afirma que el instrumento debe ser reducido y que continúa con proceso evaluación psicométrica.

**Tabla 7. Objetivo de medición, estructura y debilidades reportadas de los instrumentos relacionados con la medición, la satisfacción del paciente y el cuidado de enfermería en Colombia.**

Instrumento	Objetivo de medición	Dimensiones / Estructura	Debilidades reportadas
SERVOHOS-E	Específico para medir el constructo de calidad percibida de la atención de Enfermería desde aspectos corporativos.	<p>Se eliminaron 3 ítems del SERVQHOS:                      -Información dada por el médico.                      -Interés del personal en general.                      -Accesibilidad para llegar al hospital.                      Se modifica lenguaje: Internación por hospitalización, habitualmente por cada turno, jubilado por pensionado, en paro por desempleado.                      Consta de tres partes:                      Parte uno:                      Compuesto por 16 preguntas                      4 preguntas que miden aspectos tangibles/calidad objetiva                      -Indicaciones                      -Apariencia del personal                      -Estado de las habitaciones                      -Tecnología                      12 preguntas que miden aspectos intangibles/calidad subjetiva                      -Trato personalizado                      -Interés en solución de problemas                      -Interés en cumplimiento                      -Información.                      -Tiempo de espera                      -Rapidez                      -puntualidad                      -Disposición                      -Confianza                      -Amabilidad                      -Preparación del personal                      -Capacidad de comprensión                      Parte dos:                      -Encuesta de opinión para medir satisfacción global.                      1 pregunta                      Percepción que tiene el usuario con la atención                      8 preguntas                      Parte tres:                      Variables sociodemográficas</p>	<p>La calidad del cuidado de enfermería propiamente dicha, puede medirse con otros cuestionarios más específicos diseñados para tal fin.                      Su utilización, se debe prever la forma en que dicho cuestionario pueda ser entendido en el contexto de estudio.</p>

<p>Dimensión Percepción: de los pacientes con el cuidado de enfermería en una institución de salud. Dimensión satisfacción: opiniones sobre los cuidados que ha recibido de las enfermeras durante su estancia en la unidad.</p>	<p>Tres partes: Variables sociodemográficas, Dimensión experiencia con los cuidados y satisfacción con los cuidados. Dimensión experiencia. 26 preguntas con una valoración de 1 Completamente en desacuerdo a 7 Completamente de acuerdo. 15 valoradas en positivo 11 en negativo. Dimensión satisfacción de los cuidados. 19 preguntas con una valoración de 1 nada satisfecho- 5 completamente satisfecho. Todas en sentido positivo.</p>	<p>Cuanto más largo sea el período de recolección de los datos, mayor es la amenaza en la validez por los cambios que se puedan presentar en este período, afirmando con esto que el período del estudio está entre lo aceptado para disminuir dichas amenazas que es de 4 a 7 meses. Se recomienda usar con precaución la dimensión de experiencias.</p>
<p>CUCACE</p>	<p>Cuestionario de 44 ítems con escala Likert. -Categoría estructura mide aspectos concernientes con Comodidad, confort, trato humano. -Categoría proceso mide accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, suficiencia, racionalidad lógico-científica, atención humanizada, pertinencia, seguridad, idoneidad, competencia profesional, eficacia, el dar a conocer los derechos y deberes, la participación de la familia en el tratamiento, el acercamiento al paciente en los momentos de crisis, los conocimientos técnicos científicos y la capacidad de establecer una relación interpersonal con el paciente. -Categoría resultado mide grado de satisfacción con el cuidado brindado, la educación ofrecida, la preocupación por la condición del usuario al egreso y la preocupación por los conocimientos adquiridos sobre la enfermedad, continuidad del tratamiento y rehabilitación al egresar del servicio.</p>	
<p>EVACALEN</p>	<p>Evaluación de la calidad del cuidado en Enfermería.</p>	
<p>PNSCOQ</p>	<p>20 ítems y 4 ítems generales. Escala Likert de Excelente, Muy Bueno, Bueno, Normal y Mala. Factor uno: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. Factor dos 1, 2, 3, 4, 5, 6. Factor tres 7, 18, 19, 20. Factor cuatro 15, 16, 17. Preguntas 1. Información que se le dio. 2. Instrucciones. 3. Facilidad de obtener la información.</p>	
<p>Mide satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería de calidad.</p>		

	<p>4. Información dada por las enfermeras.                      5. Informar a la familia y amigos.                      6. Involucrar familiares y amigos en tu cuidado.                      7. Preocupación y cuidado por parte de las enfermeras.                      8. Atención de la enfermera con respecto a tu condición.                      9. Reconocimiento de tus opiniones.                      10. Consideración de tus necesidades.                      11. La rutina diaria de las enfermeras.                      12. Utilidad.                      13. Respuesta del equipo de enfermeras a tu llamado.                      15. Destrezas y competencias de las enfermeras.                      16. Coordinación del cuidado.                      17. Ambiente de descanso previsto por las enfermeras.                      18. Privacidad.                      19. Instrucciones para dar de alta.                      20. Coordinación del cuidado después de dar de alta.                      21. Percepciones generales (4 ítems).</p>	
<p>PCHE</p>	<p>50 ítems.                      Opción de medición con escala tipo Likert de 1 nunca a 4 siempre.                      9 categorías                      - Sentimientos del paciente (1-3-4-43)                      - Características de la enfermera (2-5-7-8-9-46)                      Dar apoyo emocional 5 ítems (10-11-12-45-47)                      Dar apoyo físico 5 ítems (6-13-14-30-48)                      Cualidades del hacer de la enfermera 5 ítems (16-17-18-20-42)                      Proactividad 5 ítems (21-22-24-34-39)                      Empatía 5 ítems (25-26-27-28-41-49)                      Priorizar al ser de cuidado 6 ítems (29-32-33-35-36-50)                      Disponibilidad para la atención 6 ítems (19-23-31-37-38-40).</p>	<p>El instrumento debe ser reducido y plantearse algunas opciones de evaluación en negativo. Instrumento que continúa con proceso evaluación psicométrica.</p>
<p>PCHE                      Clinicontry 3ª                      versión</p>	<p>Para evaluar opiniones y actitudes de una persona respecto a calidad de atención brindada.</p>	<p>Opción de medición con escala tipo Likert de 1 nunca a 4 siempre.                      Categoría Cualidades del hacer de enfermería. 7 ítems (1-2-6-7-8-15-17)                      Categoría apertura a la comunicación enfermera(O)-paciente. 8 ítems (4-5-9-10-11-12-14-19)                      Categoría Disposición para la atención. Ítems (3-13-16-18-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32).</p>

<p>Medir por importancia clasificada de las percepciones que tiene las enfermeras y los pacientes acerca de los 50 comportamientos de cuidados de la enfermería.</p> <p>CARE-0</p>	<p>-Calificación CARE-0: Alta 4,41 a 7; Media 3,5 a 4,4; baja: menor a 3,5. 50 ítems que evalúa: Accesibilidad 6 ítems (1-6) Explicar y facilitar 6 ítems (7-12) Confortar 9 ítems (13-21) Anticiparse 11 ítems (22-32) Mantener relación de confianza 10 ítems (33-42) Monitorear y hacer seguimiento 8 ítems (43-50).</p> <p>El instrumento original contiene 6 opciones de evaluación, para este se eliminó la opción 4 y 5 (son considerados no adecuados para aplicar en hospitalización domiciliaria). Total, de ítems 51: Accesibilidad 6 ítems (1-6) eliminado 4 y 5. Explicar y facilitar 6 ítems (7-12) Confortar 9 ítems (13-21) Anticiparse 11 ítems (22-32) eliminado 22 Mantener relación de confianza 10 ítems (33-42) Monitorear y hacer seguimiento 8 ítems (43-50) Educa. Adicional. 4 ítems (52-55).</p> <p>Alpha de Cronbach entre 0,48 a 0,69 en categorías: Accesible, Explica facilita, Se anticipa. Mantiene relación de confianza, Educa (categoría nueva).</p>	<p>A la validación en Colombia se sugiere la exclusión de los ítems: 2, 8, 29 y 39 para aumentar el Alpha de Cronbach del instrumento a 0,881, quedando conformada por 46 ítems.</p>
<p>Medir por importancia clasificada las percepciones de los 51 comportamientos por una observadora externa a los servicios de hospitalización domiciliaria. 0 Evaluar el cumplimiento de comportamientos de cuidado.</p> <p>CARE-0 46 ajustado</p>	<p>6 subescalas las cuales contienen en total 46 ítems Escala análoga de cinco puntos: 1 Nunca a 5 Siempre. Accesibilidad 5 ítems (1-5) Explicar y facilitar 5 ítems (6-10) Confortar 9 ítems (11-19) Anticiparse 10 ítems (20-29) Mantener relación de confianza 9 ítems (30-38) Monitorear y hacer seguimiento 8 ítems (39-46) Puntos de corte para evaluación del Nivel de satisfacción global: Puntaje mínimo = 46 puntos Puntaje máximo = 184 puntos Puntaje de corte calificación Bajo = 46 a 91 puntos Puntaje de corte calificación Regular = 92 - 138 puntos Puntaje de corte calificación Alto = 139-184 puntos.</p>	<p>Medir por importancia clasificada las percepciones que tienen los pacientes</p> <p>CARE-0 46 ítems</p>

	<p>Puntos de corte por Categoría. Se clasifica según el número de ítems dados, multiplicados por el valor máximo de la escala siempre y serán los valores máximos y multiplicados por 1 serán los de la escala nunca y resultaran los valores mínimos por la categoría a la que pertenecen, una vez establecidos estos valores se divide entre dos el valor máximo para determinar el nivel medio.</p>	
<p>Satisfacción del usuario de pediatría</p>	<p>4 dimensiones                  Dimensión humana 5 ítems                  Dimensión oportuna 4 ítems                  Dimensión continua 3 ítems                  Dimensión segura 4 ítems</p>	<p>44 ítems                  Escala Likert 1 muy insatisfecho-5 muy satisfecho                  Dimensiones                  D1 Instalaciones y organización del servicio: 12 ítems                  D2 Atención y cuidado de enfermería: 5 ítems                  D3 Atención psicológica y asuntos administrativos: 5 ítems                  D4 Contacto y personal de trabajo social 6 ítems                  D5 Atención y cuidado médico: 4 ítems                  D6 Atención y cuidado nutricional: 3 ítems                  D7 Insumos y medicamentos y calidad: 3 ítems                  D8 Características del proceso de admisión: 3 ítems                  D9 Atención y cuidado por jefe de enfermería: 3 ítems.</p>
<p>ESUR-HD</p>	<p>Mide la satisfacción del usuario de pediatría- cuidadores.</p>	<p>Escala en construcción y adaptación, no se encuentra aplicación del instrumento ajustado.</p>
<p>GCPC-UN-ESU</p>	<p>Identificar el nivel de satisfacción con el cuidado de la salud en personas con ECNT.</p>	<p>Contiene 19 ítems con escala de 3 opciones de respuesta excepto para fidelización con 5 opciones.                  4 dimensiones:                  -Satisfacción con los cuidados 6 ítems.                  -Satisfacción con la educación en salud 5 ítems.                  -Satisfacción con la calidad en el servicio prestado 5 ítems.                  - Nivel de fidelización con el servicio 3 ítems.</p>

Fuente. Autores

## **Criterios psicométricos de los instrumentos relacionados con la medición, la satisfacción del paciente y el cuidado de enfermería en Colombia**

La Tabla 8 presenta de manera resumida el análisis psicométrico que fue reportado por los productos académicos, recuperado y aplicado a los instrumentos de medición. Los parámetros reportados fueron: Validez de contenido, validez de constructo, el análisis factorial, la reproducibilidad y la consistencia interna. En el análisis psicométrico aplicado a los 12 instrumentos de medición, se encuentra que, el instrumento SERVQHOS-E, goza de mayor desarrollo investigativo por su validez de contenido, constructo, análisis factorial y consistencia interna; todos estos parámetros, al ser evaluados, muestran la utilidad y confiabilidad de este instrumento en el contexto colombiano.

El único instrumento que reporta propiedades psicométricas de reproducibilidad es el CUCACE; no obstante, los autores recomiendan futuras investigaciones para evaluar la reproducibilidad en diferentes periodos de tiempo; con relación a otras propiedades psicométricas, este instrumento goza de valores válidos y confiables para su uso en Colombia.

El instrumento CARE-Q, siendo el de mayor aplicación en el contexto colombiano, no goza de un desarrollo psicométrico, aspecto similar al desarrollado por el SERVQHOS-E o el CUCACE, que tiene un parámetro de consistencia interna y es el mejor explorado por las investigaciones colombianas.

El instrumento CARE-Q, ajustado, es una versión en la que se incluye la categoría "educa"; pero, los dos estudios desarrollados, distan del proceso metodológico de recolección de datos, ya que, uno, se realiza mediante la observación y otro, a través del auto diligenciamiento del instrumento, lo cual puede influir en los resultados de la confiabilidad del instrumento con valores Alpha de Cronbach de 0,70 y 0,90 respectivamente.

El PCHE Clinicountry 3ª versión, es otro instrumento que ha tenido un buen desarrollo psicométrico al explorar los parámetros de validez de contenido, consistencia interna y análisis factorial.

El desarrollo psicométrico de otras escalas como GCPC-UN-CSU y el Cuestionario de Satisfacción del Usuario en Pediatría, es escaso y puede estar relacionado a la especificidad en su objetivo de medición y, por lo tanto, poco usada en el contexto colombiano.

**Tabla 8.** Objetivo de medición, estructura y debilidades reportadas de los instrumentos relacionados con la medición, la satisfacción del paciente y el cuidado de enfermería en Colombia

Instrumento	Validez de contenido	Validez de constructo	Validez de constructo: Análisis factorial	Reproducibilidad	confiabilidad Consistencia interna
SERVQHOS-E	IVC 84%	KMO 0,965 Prueba de esfericidad de Bartlett Chi2 4895.4 gl 120 Sig. 0,00	Se obtuvo un factor que explica el 64% de la varianza. ESCALA UNIDIMENSIONAL	SDCC	Alpha de Cronbach Factor uno 0,80 Factor dos 0,96 Escala total 0,96 Alfa de Cronbach 0,94 Alfa de Cronbach 0,96
CUCACE	Nivel de aceptabilidad del ítem Experiencia: 0,8 Satisfacción 0,8	SDCC	SDCC	Delta: Dimensión experiencia 0,28 IC 95% (0.24 - 0.32) Dimensión satisfacción 2.02 IC 95% (0.19 - 0.21) Criterios de Landis y Koch -Dimensión Experiencia: Mediana 4 ítems Moderada 12 ítems Sustancial 10 ítems -Dimensión satisfacción Sustancial 14 ítems Casi perfecta 5 ítems. Coeficiente de correlación intraclass: Experiencia: 0,62 (sustancial) IC 95% (0.50 -0.71) Satisfacción: 0,87(casi perfecta) IC 95% (0.83 - 0.90)	Alpha de Cronbach: Dimensión experiencia 0,914 Dimensión satisfacción 0,982 Escala total 0,967 Dimensión experiencia 0,904 Dimensión satisfacción 0,980 Alpha de Cronbach Escala total 0,930 Alpha de Cronbach Dimensión experiencia 0,831 Dimensión satisfacción 0,95
EVACALEN	Mencionado, pero no hay dato	SDCC	SDCC	SDCC	Alpha de Cronbach 0,848

PNSC00.	CVR 0,94	SDCC	SDCC	SDCC	Alpha de Cronbach 0,94
PCHE	Índice de aceptabilidad Pacientes 0,94 Expertos 0,78 IVC General 0,8	SDCC	SDCC	SDCC	SDCC
PCHE Clinicountry 3ª versión	Índice de aceptabilidad 0,92. IVC 0,98 IVC 0,98 Validez facial 0,92	SDCC	KMO 0,956 Esfericidad de Bartlett 0,0 (análisis factorial factible) se hace la rotación y se encuentra tres factores	SDCC	Alpha de Cronbach 0,96
CARE-0	SDCC	SDCC	SDCC	SDCC	Alpha de Cronbach 0,90 Dimensión: Accesibilidad 0,66 y monitoreo y seguimiento 0,65
CARE-0 ajustado	SDCC	SDCC	SDCC	SDCC	Alpha de Cronbach 0,70 0,903
CARE-0 46 ítems	SDCC	SDCC	SDCC	SDCC	Alpha de Cronbach 0,868 0,96
Cuestionario de Satisfacción del Usuario en Pediatría	SDCC	SDCC	SDCC	SDCC	Alpha de Cronbach 0,81
ESUR-HD	SDCC	SDCC	Exploratorio: número de factores para el análisis 9 dominios. Confirmatorio: 9 dominios	Coefficiente de correlación 0.85	Alpha de Cronbach 0,96
GCPC-UN-CSU	Índice de concordancia Kappa de Fleiss en suficiencia 0,82; coherencia 0,83; relevancia 0,89. Razón de validez de contenido modificada (CVR) entre 0,83 y 1. índice de validez de contenido (ICV) 0,96	SDCC	SDCC	SDCC	SDCC

**Fuente.** Autores. IVC Índice de Validez de Contenido; CVR Razón de Validez de Contenido; KMO Kaiser Meyer Olkin; IC Intervalo de Confianza; SDCC Sin Dato para el Contexto Colombiano

A través de la medición de las propiedades psicométricas y la evidencia de validez, se facilita una búsqueda rápida con las evaluaciones respectivas, que indican los valores de validez, confiabilidad y sensibilidad que posean los instrumentos seleccionados.

En la exploración de los ámbitos de aplicación de los instrumentos, se encuentra que, en su totalidad, se ha desarrollado en ambientes hospitalarios; ya sea servicios de urgencias, unidades de cuidado intensivo, oncología, hospitalización domiciliaria, medicina interna, servicio de quirúrgicas, pediatría o unidades de hemodiálisis.

A excepción de los instrumentos que han sido aplicados en una sola ocasión en el contexto colombiano, es difícil la comparación de los resultados obtenidos frente a la aplicación de los instrumentos; lo anterior, relacionado con la forma en la que los autores realizan recategorizaciones de los resultados, así, en casos en los que se obtienen resultados con valores de medias con sus respectivas desviaciones, otros deciden transformar a porcentajes las puntuaciones obtenidas o incluso, cuando los resultados tienen más de dos opciones de respuesta, algunos las reportan según lo indicado, por las directrices del instrumento y, otros autores las transforman en variables dicotómicas.

Teniendo en cuenta lo mencionado, se puede indicar que:

Con la aplicación del SERVQHOS-E, se valoran aspectos tangibles e intangibles del cuidado de enfermería, siendo al parecer, la amabilidad un aspecto intangible/calidad subjetiva, que coincide como mejor valorado, a la medición de los aspectos Tangibles/Calidad objetiva la presentación personal coincide como los mejores evaluados en la mayoría de los estudios.

Con el uso del instrumento CUCACE, se analizan las dimensiones Satisfacción y Experiencia. Para la primera, la media oscila entre 72,41 (DE 16,31) a 80,4 (DE 20,4) y no hay un ítem coincidente en los estudios recuperados que concuerde como el de menor valoración. En la valoración de la dimensión Experiencia, se reportan medias entre 66,15 (DE 5,54) a 83,2 (DE 1,46) y el ítem con mayor debilidad en esta dimensión es, "Las enfermeras tenían tiempo para sentarse y hablar con ellos".

La versión ajustada del CARE-Q, que contiene la dimensión “educa”, de las dos investigaciones realizadas, sus resultados distan mucho entre sí, por cada dimensión, siendo la realizada por Molina Cardon (2011), en un ambiente de hospitalización domiciliaria, la que tiene los valores más bajos de satisfacción.

## Discusión

Este estudio realiza una búsqueda de los instrumentos validados o utilizados en Colombia para la medición de la calidad de la atención de Enfermería, con el fin de obtener toda la información relacionada con las diferentes mediciones de este concepto y la aplicación en el país.

El más utilizado en el contexto colombiano es el CARE-Q (Cuestionario Corto de Evaluación de la Satisfacción del Usuario acerca del cuidado de Enfermería), en sus 3 modificaciones: Versión inicial, la de 51 ítems y la de 46 ítems, que juntas, alcanzan 12 estudios, en orden de aplicación, sigue SERVQHOS-E (Calidad Percibida de la Atención Hospitalaria Brindada por Enfermería), con 6 estudios de investigación desarrollados, seguido del CUCACE (Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería) y el PCHE (Percepción de Cuidado Humanizado en Enfermería), Versión inicial y 3ª Versión los cuales se consideran según la evaluación descrita, por las mismas investigaciones y comparadas con los otros 9 instrumentos, como los de mayor estabilidad estadística.

Instrumentos como el EVACALEN (Evaluación de la Calidad de los Cuidados de Enfermería) y el PSNCQQ (Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire), han tenido poca aplicación en el contexto colombiano, situación similar con las escalas ESUR-HD (Escala para la Evaluación de la Satisfacción del Paciente con el Servicio de Hemodiálisis), GCPC-UN-ESU (Encuesta de satisfacción con el Cuidado de Personas con Enfermedad Crónica) y el Cuestionario de Satisfacción del Usuario en Pediatría, que se aluden en este estudio por tener aspectos relacionados con la medición de la satisfacción del paciente y el cuidado de enfermería; cabe mencionar, que, su aplicabilidad se considera baja, por la especificidad del sitio de aplicación.

Los estudios que tuvieron validación psicométrica fueron CARE-Q, CUCACE, ESUR-HD, GCPC-UN-ESU, PCHE, PCHE Clinicountry 3ª versión, SERVQHOS-E, siendo necesario repensar la necesidad de aplicar estas mediciones a todo instrumento antes de ser empleado.

En cuanto a aplicabilidad y con mayor estabilidad, se encuentran el SERVQHOS-E con 4 estudios, CARE-Q sin modificaciones 5 estudios, CARE Q DE 51 Ítems ajustado 2 estudios, CARE-Q de 46 ítems 4 estudios.

El instrumento PSNCQQ 1, es uno de los más utilizados actualmente en el mundo, por su creciente uso y estabilidad de los resultados (Köberich & Farin, 2015), situación que no se presenta en Colombia, con su bajo uso en este contexto.

Frente a las comparaciones de estudios internacionales de revisión sistemáticas, al realizar la búsqueda de los instrumentos de medición de la calidad de atención de enfermería, se enuncian los siguientes instrumentos: Escala de atención individualizada; cuestionario de atención centrado en el paciente; escala de percepción de la calidad de la atención de enfermería de pacientes oncológicos y la escala SMOLINER (Köberich & Farin, 2015).

La tendencia de las investigaciones en Colombia durante los últimos 20 años, son muy lineales, tanto para publicaciones encontradas en la literatura gris, como los correspondientes a las publicaciones en revistas indexadas; el año que presentó un máximo número de publicaciones, fue en el 2011, con un total de cinco documentos, tres publicados y dos son literatura gris; para el año 2016, hubo un leve repunte en el número de las investigaciones realizadas, con un total de cuatro, de las cuales tres son de revistas indexadas y una de literatura gris; a pesar de ello, se observa una caída en los años posteriores y, durante el año 2021, se reportó un estudio en literatura gris.

Comparado con Latinoamérica, Colombia es el país con mayor producción acerca del tema, ya que, produjo el 83% de los estudios tomados en la revisión, lo cual se considera como un resultado positivo desde

el punto de vista investigativo, así como buen desarrollo de evaluaciones basadas en diferentes teorías de enfermería y modelos de atención en salud.

Finalmente, realizar mediciones con los instrumentos enunciados en esta investigación, desde la certeza en la información acerca de la validez y confiabilidad de cada uno de estos, permite dar una continuidad a la línea investigativa, para tomar decisiones fundadas en estos estudios referidos y ser aplicados en el contexto colombiano.

## **Limitaciones**

Durante el desarrollo de la investigación, se presentaron diversas dudas frente a la medición de la evolución del concepto, ante la inexistencia de instrumentos para la medición en otros campos de la Enfermería distintos al asistencial intrahospitalario, como en campos de acción de la salud pública o desempeños administrativos.

## Referencias

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care [Internet]. Vol. 44, *Milbank Quarterly*. 1996 [citado 31 de mayo de 2019]. p. 166-203. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
2. Donabedian A. Quality Assessment and monitoring: Retrospect and prospect. *Eval & The Heal Prof* [Internet]. 1983;6(3):363-375. Disponible en: doi:
3. Berkowitz B. The Patient Experience and Patient Satisfaction: Measurement of a Complex Dynamic. *OJIN Online J issues Nurs* [Internet]. 2016 [citado 31 de mayo de 2019];21(1):Manuscript 1. Disponible en: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-21-2016/No1-Jan-2016/The-Patient-Experience-and-Patient-Satisfaction.html>
4. Ariza, C; Daza R. Sobre Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado en un Hospital de Tercer Nivel en Bogotá. *Actual en Enfermería*. 2005;8(3):8-14.
5. Salcedo-Álvarez, RA; Zárate-Grajales, RA; Zarza-Arizmendi, MD; Reyes-Audiffred, V; Rubio-Domínguez, S; Fajardo-Ortiz G. La percepción de los adultos mayores de la calidad de la atención de enfermería. *Rev Mex Enfermería Cardiológica*. 2007;15(1):19-23.
6. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Mark*. 1985;49:41-50.
7. Parasuraman A, Berry L, Zeithaml V. Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *J Retail*. 1991;67(4):420-450.

8. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q* [Internet]. diciembre de 2005 [citado 31 de mayo de 2019];83(4):691-729. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
9. Manrique-Abril FG. Validación del instrumento SERVQUAL para la medición de la calidad percibida en instituciones de salud en Boyacá. Tunja Esc Super Adm Publica. 1998;
10. Abdellah F, Levine. Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nurs Res*. 1997;5:100-108.
11. McDaniel C, Nash JG. Compendium of instruments measuring patient satisfaction with nursing care. *QRB Qual Rev Bull*. 1990;16 (5):182-8.
12. Lenis-Victoria CA, Manrique-Abril FG. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichan*. 2015;
13. Manrique-Abril FG, Maciá-Soler ML, Herrera-Amaya GM, Cifuentes-Rodríguez JE, González-Chorda VM. Cuestionario de calidad del cuidado de enfermería (CUCACE): Validez y fiabilidad en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2021;23 (4):1-6.
14. Cifuentes Rodríguez JE, Díaz Álvarez JC, González-Chorda VM, Herrera-Amaya GM, Macia-Soler ML, Manrique-Abril FG, et al. Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de percepción y satisfacción con el cuidado de enfermería (CUCACE) en Colombia. En: Chaparro L, editor. *Avances de investigación en la Facultad de Enfermería*. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2021. p. 152.
15. Barragán Becerra JA, Manrique-Abril FG. Validez y confiabilidad del Servqhos para enfermería en Boyacá, Colombia. *Av en Enfermería*. 2010;28 (2):48-61.

16. Cepeda Sanabria A. Validez y confiabilidad de PSNCQQ Cuestionario que mide la satisfacción del paciente con la calidad del cuidado de enfermería [Internet]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia; 2012. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/20137>
17. Reina Gamba N, Vargas Rosero E. Validez de contenido y validez facial del instrumento Percepción de comportamientos de cuidado humanizado. *Av enfermería* [Internet]. 2008;26:71-79. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12900>
18. Hopia H, Latvala E, Liimatainen L. Reviewing the methodology of an integrative review. *Scand J Caring Sci*. 2016;30(4):662-669.
19. Whitemore R, Chao A, Jang M, Minges K. Methods for knowledge synthesis: An overview. *Hear Lung J Acute Crit Care*. 2014;43(5):453-461.
20. Whitemore R, Knaf L. Background: The knowledge explosion in health care coupled with recent evidence. *Nurs Res*. 2005;54(1):56-62.
21. Monica E, Oberst M, Madea A, Wolf R. Development of a patient satisfaction scale. *Res Nurs Health*. 9(1):43-50.
22. Arnau L, Roca J. La revisión de la literatura científica: Pautas, procedimientos y criterios de calidad. En: *Universitat Autònoma de Barcelona* [Internet]. 2020. Disponible en: [https://ddd.uab.cat/pub/recdoc/2020/222109/revliltcie\\_a2020.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/recdoc/2020/222109/revliltcie_a2020.pdf)
23. Salazar González A. Factores sociodemográficos relacionados a la calidad del cuidado enfermero y la satisfacción del usuario hospitalizado en la empresa social del estado departamental san Francisco de Asís [Internet]. [Qibdo, Colombia]: Universidad Peruana Unión; 2016. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/1492>

24. Barragán Becerra JA., Pedraza Y, Rincón M. Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja, 2011. *Rev Fac Nac Salud Publica* [Internet]. 2013;31(2):187-193. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/11021>
25. Barragán Becerra JA., Moreno Mojica CM. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enfermería Glob* [Internet]. 2013;29:217-231. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000100011](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100011)
26. Borre Ortiz Y. Calidad Percibida de la atención de Enfermería por pacientes hospitalizados. *Cienc y Enfermería* [Internet]. 2014;3:81-94. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0717-95532014000300008&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0717-95532014000300008&script=sci_arttext)
27. Borré Ortiz YL., González Ruiz G. Utilidad de cuestionario SERVQHOS-E para medir la calidad percibida de la atención de enfermería. *CES Salud Pública* [Internet]. 2014;5:127-136. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4974879>
28. Torres-Contreras C, Buitrago-Vera M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Rev Cuid*. 2011;2(1):138-48.
29. Torres C. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Av en Enfermería*. 2010;28(2):98-110.
30. Lenis-Victoria CA, Manrique-Abril FG. The Quality of Nursing Care as Perceived by Hospitalized Patients. *Aquichan*. 2015;15(3):413-25.
31. Torres Contreras CC, Páez Esteban AN, Rincón Sepúlveda L, Rosas Baez D, Mendoza Moreno EP. Reproducibilidad del cuestionario: calidad de cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados. *Rev Cuid*. 2016;7(2):1338-44.

32. Ramírez Perdomo C, Perdomo Romero A, Galán González E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidado intensivos [Internet]. Vol. 31. 2013. p. 42-51. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/d6c99bdb4580ff455b-b2e50cf70aac82/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2035746>
33. Gonzales-Hernández O. Validez y confiabilidad del instrumento Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3a Versión. AQUICHAN. 2015;13(3):381-392.
34. Monsalve Martínez C, Herrera Ríos L, Suárez Urieles R. Prueba piloto de la percepción de la calidad en el cuidado de enfermería por parte de los pacientes del servicio de hospitalización [Internet]. [Bucaramanga]: Tesis Universidad Santander UDES; 2018. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/handle/001/710>
35. Ramírez Perdomo C, Parra Vargas M. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Av en enfermería [Internet]. 2011;29(1):97-108. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861>
36. Cruz T, Fontalvo Hernández H. Satisfacción de la atención de enfermería percibida por el usuario de medicina interna en una institución de la red pública y privada Santa Marta, 2009 [Internet]. [Santa Marta]: Universidad del Magdalena, 2009. Disponible en: <http://repositorio.unimagdalena.edu.co/jspui/handle/123456789/593>
37. Morales González C. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrato Risaralda [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana. 2009. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/9784>

38. Mesa Estrada H, Orellano Ruiz Y, Varela Polo A, Chona Agudelo M. Satisfacción de los pacientes postquirúrgicos frente al cuidado de enfermería Hospitales Niño Jesús, ESE Cari Alta complejidad y Universidad del Norte Barranquilla. [Internet]. [Barranquilla]: Universidad del Norte; 2010. Disponible en: <http://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/5251#page=1>
39. Rojas Martínez W, Barajas Lizarazo M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias. Rev Cienc y Cuid [Internet]. 2012;9(1):13-23. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/448>
40. Sepúlveda G, Rojas L, Cárdenas O, Guevara E, Castro A. Estudio piloto de la validación del cuestionario "Care-Q" en versión al español en población colombiana. Rev Colomb Enfermería [Internet]. 2009;4:8-25. Disponible en: <http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/re>
41. Orozco Medina D, Franco Vera Y. Satisfacción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados en Fundación Hospital San José de Buga [Internet]. [Tulua]: Unidad Central del Valle del Cauca; 2019. Disponible en: <http://dspace.uceva.edu.co:8080/handle/123456789/1069>





**Revisión narrativa intervención parental en la  
enseñanza de hábitos saludables en los niños (as):  
aspectos a tener en cuenta**

*Jhoanna Carolina Núñez Narváez*



## Introducción

La incidencia tanto en morbilidad como en mortalidad prematuras, en su gran mayoría prevenibles, causadas por la pandemia de la enfermedad crónica no transmisible (ECNT), ha llevado a que en todo el mundo se conciben diversas estrategias para poder hacerle frente, enfocadas principalmente en evitar su presentación mediante las medidas sobre los factores de riesgo intervenibles (1,2).

Los entornos preescolar y escolar han sido de los más intervenidos bajo la premisa de que es en esta edad donde los niños generan prácticas y comportamientos en sus hábitos que se pueden mantener a lo largo de la vida (3-12). Y a su vez, la suma durante años de los factores de riesgo dependientes de esos hábitos, pueden llevar a la presentación de la ECNT siendo sus consecuencias, en la mayoría de veces reflejadas hasta la edad adulta, pero que de manera preocupante se están dando cada vez a más temprana edad, manifestándose sobre todo en diabetes mellitus tipo 2 (DM II), estigma y depresión, asociadas principalmente a la obesidad infantil (13). El atlas de obesidad infantil estima que los niños de 5 a 19 años que viven con esta condición a nivel mundial, pasará a ser de 158 millones en 2020 a 254 millones para el 2030 (14).

En la adquisición de los comportamientos que se presentan como factor de riesgo para ECNT, se encuentran los padres de los niños como activos protagonistas, principalmente desde la toma de decisiones en el cuidado diario en actividades como la alimentación y la actividad física, hasta en el propio ejercicio de estos comportamientos en ellos mismos (11,15-20). Sin desconocer, que sobre ellos recae la influencia de factores socioeconómicos, culturales y emocionales determinados por el entorno en el que conviven.

Al plantear cuál sería el mejor abordaje al intervenir a los padres, con el objetivo de que logren en los niños bajo su cuidado comportamientos protectores para evitar la ECNT, desde la alimentación y la actividad física. Surge la necesidad de evaluar en la literatura científica los aspectos relevantes a tener en cuenta antes de realizar dichas intervenciones, de manera que se tengan suficientes herramientas para llegar al éxito en ellas.

## Metodología

Se realizó una revisión narrativa, en la que se incluyó literatura publicada durante los años 2011 a 2020, en idioma español, inglés y portugués, tanto estudios cualitativos como cuantitativos. Se consultaron las bases de datos Pubmed, Science Direct, SCOPUS y Biblioteca Virtual en Salud (BVS), teniendo como ecuación de búsqueda: Teaching and habits and prevent and children and parents, y sus equivalentes en español. Se excluyeron los artículos repetidos, los que no contuvieran los descriptores establecidos o relación directa con ellos, y los que no tuvieran en cuenta intervenciones con involucración parental dirigidas a crear hábitos de alimentación y actividad física en los niños. Se incluyó intencionalmente un estudio hallado en la búsqueda, que brinda recomendaciones sobre la mejor herramienta de psicología educativa para enseñar comportamientos saludables a los niños, aunque no tuvo intervención parental, es relevante para la presente revisión. Cabe anotar que, se tomaron los términos padres, relación parental y cuidadores, para referirse tanto al padre como a la madre de los niños. De igual manera, se emplea la palabra niños o niño, la cual incluye tanto a niños como a niñas.

**Tabla 1.** Resultados del número de artículos según la ecuación de búsqueda y base de datos consultada

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Resultados	Filtro	Pertinentes por título	Pertinentes por resumen	Seleccionados
Pubmed		34	Año: 2011-2020 Acceso libre	24	11	7
Science Direct	Teaching and habits and prevent and children and parents	244	Año: 2011-2020 Acceso libre	20	11	4
SCOPUS		392	Año: 2011-2020 Acceso libre	103	19	17
Biblioteca Virtual en Salud		27	Año: 2011-2020 Acceso libre	16	10	4

**Fuente.** Autora

Se realizó una primera selección de acuerdo a la pertinencia del título en los artículos encontrados según la ecuación de búsqueda. A estos, se les hizo una segunda revisión, partiendo del *abstract*, examinando que fueran pertinentes al objetivo de la revisión, para luego seleccionar los artículos que finalmente serían incluidos. Para la clasificación de la información relevante de cada artículo, se empleó una matriz creada por la autora, en la que se tuvo en cuenta: Tipo de estudio; características de las intervenciones empleadas o evaluadas; resultados de las intervenciones o principales hallazgos; recomendaciones para próximas intervenciones y las teorías aplicadas en las intervenciones. En total, se seleccionaron 32 estudios, de los cuales 12 son estudios cualitativos, 19 cuantitativos y 1 mixto. En la Tabla 2 están las referencias de los estudios incluidos, el indicador que se les asignó y las generalidades sobre su metodología.

**Tabla 2.** Indicadores y tipos de estudios identificados

Indicador asignado al estudio	Referencia	Tipo de estudio
1	Lindsay, A. C., Wallington, S. F., Lees, F. D., & Greaney, M. L. (2018). Exploring how the home environment influences eating and physical activity habits of low-income, Latino children of predominantly immigrant families: a qualitative study. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 15(5), 978.	Estudio Cualitativo Grupos focales.
2	Elinder, L. S., Patterson, E., Nyberg, G., & Norman, Å. (2018). A Healthy School Start Plus for prevention of childhood overweight and obesity in disadvantaged areas through parental support in the school setting-study protocol for a parallel group cluster randomised trial. <i>BMC public health</i> , 18(1), 459.	Ensayo paralelo aleatorizado por conglomerados con grupo de control.
3	Matwiejczyk, L., Mehta, K., Scott, J., Tonkin, E., & Coveney, J. (2018). Characteristics of effective interventions promoting healthy eating for pre-schoolers in childcare settings: an umbrella review. <i>Nutrients</i> , 10(3), 293.	Revisión sistemática de Revisiones sistemáticas.
4	Vilchis, J., Klünder, M., Duque, X., & Flores-Huerta, S. (2016). Decreased body mass index in schoolchildren after yearlong information sessions with parents reinforced with web and mobile phone resources: community trial. <i>Journal of medical Internet research</i> , 18(6), e174.	Ensayo aleatorizado por conglomerados con grupo control, grupo de intervención.
5	Oli, N., Vaidya, A., Subedi, M., Eiben, G., & Krettek, A. (2015). Diet and physical activity for children's health: a qualitative study of Nepalese mothers' perceptions. <i>BMJ open</i> , 5(9).	Estudio cualitativo. Grupos focales.
6	Céspedes, J., Briceño, G., Farkouh, M. E., Vedanthan, R., Baxter, J., Leal, M., ... & Fuster, V. (2013). Promotion of cardiovascular health in preschool children: 36-month cohort follow-up. <i>The American journal of medicine</i> , 126(12), 1122-1126.	Ensayo de seguimiento de cohorte.
7	Santos ZM, Caetano JA, Moreira FG. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial: uma tecnologia educativa em saúde. <i>Cien Saude Colet</i> . 2011;16(11):4385-4394. doi:10.1590/s1413-81232011001200011	Estudio intervención pre test y post test. Entrevistas. Categorías por análisis de contenido.

8	Maziah M., Saemah R., & Nooraziah J. (2015). Child-friendly Approches: Choosing the Best Educational Psychology Tool to Teach Healthy Behaviour for kids. <i>Procedia-Social and Behavioral Sciences</i> , 191, 435-441.	Cuali/cuantitativo. Estudio diseño modelo ADDIE. Entrevistas, discusión grupo focal, análisis de documentos.
9	Reyes H, González M A, Jiménez A, & Uribe R. (2016). Effect of an intervention based on child-care centers to reduce risk behaviors for obesity in preschool children. <i>Boletín Médico Del Hospital Infantil de México (English Edition)</i> , 73(2), 75-83.	Ensayo aleatorizado por conglomerados con grupo control.
10	Bahia L, Schaan CW, Sparrenberger K, Abreu G D A, Barufaldi L.A, Coutinho W, & Schaan BD (2019). Visão geral das meta-análises sobre prevenção e tratamento da obesidade infantil. <i>Jornal de Pediatria</i> , 95(4), 385-400.	Revisión sistemática de Revisiones sistemáticas y meta análisis.
11	Van Stappen, V., Latomme, J., Cardon, G., De Bourdeaudhuij, I., Lateva, M., Chakarova, N., & Miguel-Etayo, D. (2018). Barriers from multiple perspectives towards physical activity, sedentary behaviour, physical activity and dietary habits when living in low socio-economic areas in Europe. The feel4Diabetes study. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 15 (12), 2840.	Estudio cualitativo. Categorías por análisis temático.
12	Bradbury, D., Chisholm, A., Watson, P. M., Bundy, C., Bradbury, N., & Birtwistle, S. (2018). Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies. <i>British journal of health psychology</i> , 23(3), 701-722.	Revisión sistemática de Estudios Cualitativos.
13	Nekitsing, C., Blundell-Birtill, P., Cockroft, J. E., & Hetherington, M. M. (2018). Systematic review and meta-analysis of strategies to increase vegetable consumption in preschool children aged 2-5 years. <i>Appetite</i> , 127, 138-154.	Revisión sistemática de revisiones sistemáticas y meta análisis.
14	Otterbach, L., Mena, N. Z., Greene, G., Redding, C. A., De Groot, A., & Tovar, A. (2018). Community-based childhood obesity prevention intervention for parents improves health behaviors and food parenting practices among Hispanic, low-income parents. <i>BMC obesity</i> , 5(1), 11.	Estudio intervención pre-test y post-test.
15	Murimi, M. W., Moyeda A. F., Nguyen, B., Saha, S., Amin, R., & Njike, V. (2018). Factors that contribute to effective nutrition education interventions in children: a systematic review. <i>Nutrition reviews</i> , 76(8), 553-580	Revisión sistemática de Estudios de intervención.

16	De Villiers, A., Steyn, N. P., Draper, C. E., Hill, J., Gwebushe, N., Lambert, E. V., & Lombard, C. (2016). Primary school children's nutrition knowledge, self-efficacy, and behavior, after a three-year healthy lifestyle intervention (HealthKick). <i>Ethnicity &amp; disease, 26</i> (2), 171.	Ensayo aleatorizado por conglomerados con grupo control.
17	Rose, A. M., Wagner, A. K., Kennel, J. A., Miller, C. K., Holloman, C., Pennywitt, J., ... & Gunther, C. W. (2014). Determining the feasibility and acceptability of a Nutrition Education and Cooking Program for preschoolers and their families delivered over the dinner hour in a low-income day care setting. <i>ICAN: Infant, Child, &amp; Adolescent Nutrition, 6</i> (3), 144-151.	Estudio cuasi experimental de 2 grupos.
18	Nsiah-Kumi, P. A., Kang, L. Y., & Parker, J. R. (2012). Let's move our next generation of patients toward healthy behaviors. <i>Journal of multidisciplinary healthcare, 5</i> , 115.	Artículo de revisión.
19	Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Kho, M. E., Saunders, T. J., Larouche, R., Colley, R. C., & Gorber, S. C. (2011). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. <i>International journal of behavioral nutrition and physical activity, 8</i> (1), 98.	Revisión sistemática de Meta análisis.
20	Ruiter, E. L., Fransen, G. A., Molleman, G. R., Hoeijmakers, M. J., van der Velden, K., & Engels, R. C. (2019). Everyday life situations in which mothers experience difficulty stimulating healthy energy balance-related behavior in their school-age children: a focus group study. <i>BMC public health, 19</i> (1), 1-12.	Estudio Cualitativo: Grupos focales.
21	González, M L, Sifuentes, CNE, & Muro, M D. (2019). Parental feeding practices and their relation to child eating behavior: Problems for explanation. <i>Revista mexicana de trastornos alimentarios, 9</i> (1), 129-142.	Artículo de revisión selectiva y no exhaustiva.
22	Eck KM, Dinesen A, Garcia E, Delaney CL, Famodu OA, Olfert MD, et al. (2018). "Your Body Feels Better When You Drink Water": Parent and School-Age Children's Sugar-Sweetened Beverage Cognitions. <i>Nutrients 10</i> (9):1232. Available from: <a href="http://www.mdpi.com/2072-6643/10/9/1232">http://www.mdpi.com/2072-6643/10/9/1232</a>	Estudio Cualitativo. Grupos focales.
23	Eck KM, Delaney CL, Leary MP, Famodou OA, Olfert MD, Shelnut KP, et al. (2018). "My Tummy Tells Me" Cognitions, Barriers and Supports of Parents and School-Age Children for Appropriate Portion Sizes. <i>Nutrients 10</i> (8):1040. Available from: <a href="http://www.mdpi.com/2072-6643/10/8/1040">http://www.mdpi.com/2072-6643/10/8/1040</a>	Estudio Cualitativo . Grupo focal.

24	Goldthorpe J, Ali N, Calam R. Providing healthy diets for young children: the experience of parents in a UK inner city. (2018). <i>Int J Qual Stud Health Well-being</i> 13(1):1490623. Available from: <a href="https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17482631.2018.1490623">https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17482631.2018.1490623</a>	Estudio cualitativo. Entrevistas semiestructuradas.
25	Jarvis JW, Harrington DW, Manson H. Exploring parent-reported barriers to supporting their child's health behaviors: A cross-sectional study. (2017). <i>Int J Behav Nutr Phys Act.</i> 14(1):1-10.	Estudio descriptivo transversal.
26	Lovell JL. How parents process child health and nutrition information: A grounded theory model. (2016). <i>Appetite</i> 97:138-45. Available from: <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2015.11.024">http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2015.11.024</a>	Estudio cualitativo. Teoría fundamentada.
27	Heerman WJ, Cole J, Teeters L, Lane T, Burgess LE, Escarfuller J, et al. Qualitative analysis of COACH: A community-based behavioral intervention to reduce obesity health disparities within a marginalized community. <i>Contemp Clin Trials Commun.</i> 2019 Dec 1;16:100452	Estudio Cualitativo. Grupo focal.
28	Norman Å, Nyberg G, Berlin A. School-based obesity prevention for busy low-income families—Organisational and personal barriers and facilitators to implementation. (2019). <i>PLoS One</i> 14(11):e0224512.	Estudio cualitativo. Grupos focales.
29	Nazar G, Petermann-Rocha F, Martínez-Sanguinetti MA, Leiva AM, Labraña AM, Ramírez-Alarcón K, et al. Actitudes y prácticas parentales de alimentación infantil: Una revisión de la literatura. (2020). <i>Rev Chil Nutr</i> 47(4):669-76. Available from: <a href="http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000400669">http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000400669</a>	Revisión narrativa.
30	Romanos CM, Álvarez G, Hurtado JG, Ibarra ÉN y Domínguez MT. Parental practices of feeding and physical activity, and their association with excess weight in children aged 6 to 10 years. (2020). <i>Acta Pediatr Mex</i> ;41(1):11-20.	Estudio transversal muestra probabilística.
31	Norman, Åsa, et al. "One size does not fit all—qualitative process evaluation of the Healthy School Start parental support programme to prevent overweight and obesity among children in disadvantaged areas in Sweden. (2015). <i>BMC Public Health</i> 16.1 : 1-11.	Estudio cualitativo. Grupos focales.
32	Reilly KC, Briatico D, Irwin JD, Tucker P, Pearson ES, Burke SM. Participants' Perceptions of "C.H.A.M.P. Families": A Parent-Focused Intervention Targeting Paediatric Overweight and Obesity. (2019). <i>Int J Environ Res Public Health</i> ;16(12):2171. Available from: <a href="https://www.mdpi.com/1660-4601/16/12/2171">https://www.mdpi.com/1660-4601/16/12/2171</a>	Estudio cualitativo. Grupos Focales.

Fuente. Autora

## Resultados

A continuación, la Tabla 3 presenta los hallazgos en los estudios seleccionados para la revisión, y en los casos de intervenciones, los resultados de las mismas. Por su parte, en la Tabla 4, están incluidas las recomendaciones que hacen los autores acerca de los principales aspectos a tener en cuenta en el planteamiento de las intervenciones con el objetivo de incidir en comportamientos saludables en los niños, dados a partir de las experiencias más exitosas referentes a los resultados encontrados.

**Tabla 3.** Principales hallazgos de los estudios o de las intervenciones exploradas relevantes para el objetivo de la presente revisión

Resultado de la intervención o hallazgo principal del estudio	Indicador
Familia como entorno y modelo para propiciar hábitos saludables en los niños.	1, 2, 11, 14, 18, 30, 31
Antropometría de los niños mejoró con la involucración de los padres.	3,1
Aumento en la ingesta de frutas y verduras, disminución de grasas saturadas.	3
Mejora conocimiento y actitud tanto de niños como de padres.	6
Las intervenciones efectuadas en niños obesos, mostró mayor reducción del índice de masa corporal (IMC) respecto a los que estaban en sobrepeso o normopeso.	4,6
Baja autoeficacia de los cuidadores impacta sobre los comportamientos saludables.	2, 5
El asesoramiento al adulto en salud, impacta de manera positiva en las conductas de riesgo de los niños.	7
La enseñanza en los niños es más efectiva si las actividades incluyen el juego y la experiencia de aprendizaje significativo.	8
El consumo de frutas y verduras depende en gran medida del acceso a estos alimentos en el hogar, pero, el consumo de bebidas azucaradas depende más de los hábitos de los padres y la disponibilidad.	9
Las intervenciones educativas durante al menos seis meses, mostraron reducción en la circunferencia de la cintura, el IMC y la presión arterial diastólica.	10
La participación de los padres y la reducción del tiempo de televisión, fueron las intervenciones asociadas con los mayores beneficios.	10

Las intervenciones con más probabilidad de éxito para favorecer los estilos de vida saludables y reducir el riesgo de DM II, son las iniciadas entre los 6 a 12 años.	11
Mayor éxito en las intervenciones que integran familia, escuela y comunidad.	11, 16, 17, 31
Brindar información por sí sola no provoca los cambios, deben conjugarse estrategias con técnicas de cambio de comportamiento.	12
Las estrategias dominantes para aumentar el consumo de verduras, encontradas en los estudios incluidos fueron: Intervenciones educativas, exposición repetida al gusto, maridaje, cambio de servicios de alimentos, recompensa explícita, modelado, elección, variedad y presentación visual.	13
Aumento significativo en las subescalas de prácticas de alimentación: Fomento del equilibrio y la variedad ( $p=0,01$ ). Así, como en varios resultados de actividad y dieta de padres e hijos ( $p \leq 0,01$ ).	14
Los estudios que no tuvieron éxito en el logro de sus objetivos fueron los que: No involucraron presencialmente a los padres, tenían objetivos amplios que no eran específicos de un comportamiento. No discriminaron la intervención según la edad de los niños.	15
La autoeficacia se asoció con la planeación del menú de la semana siguiente, la elaboración de comidas saludables y la preparación de comidas por adelantado.	17
El consumo infantil de frutas y verduras aumentó y el de bebidas azucaradas disminuyó. Hubo un aumento en el número de cenas que cada semana las familias preparaban en casa y comían juntas.	17
>2h/d de tiempo de ver televisión: Disminuye el estado físico, la autoestima y el rendimiento académico.	19
"Multitarea sedentaria": exposición a pantallas en simultáneo o a lo largo del día (televisión, celular, computador), tiene efecto dosis/respuesta con respecto al riesgo de obesidad.	19
Se encontraron prácticas alimentarias parentales (PAP) asociadas tanto a conductas alimentarias deseables como indeseables para la salud de los niños.	21
Padres y niños reconocen que limitar las bebidas azucaradas es importante para la salud y el control del peso. Pero, presentan un consumo promedio de $1,85 \pm 2,38$ y $2,13 \pm 2,52$ porciones por semana.	22
Facilitadores para controlar la porción de alimentos ofrecida: Comprar productos en porciones y el uso de recipientes pequeños para servir la comida.	23
Estrategias para limitar el consumo de bebidas azucaradas: No disponibilidad en el hogar, fijar límites al consumo.	22

Estrategias de cambio de comportamiento conseguidas a partir de la intervención: Sustitución de ingredientes en recetas culturalmente adoptadas; evitar ir de compras al supermercado cuando se tiene hambre; implementación de la aceptación y resolución de problemas ante la dificultad en el logro de objetivos.	27
Las intervenciones de prevención de la obesidad, deben apuntar a mejorar las cogniciones sobre el tamaño de las porciones, el manejo de barreras y el uso de facilitadores en familias con niños en edad escolar.	23
Se identificó tendencia en los padres a subestimar el peso corporal en niños con sobrepeso y asociación entre preocupación por el peso, presión para comer y estado nutricional del niño.	29
Se construye un modelo teórico potencial del movimiento de los padres hacia la acción involucrando (a) la cultura y el contexto que influye en los padres, (b) las fuentes de los mensajes sociales y culturales de los padres, (c) los valores y el compromiso de los padres, (d) la motivación de los padres para la acción, (e) las condiciones intermedias que afectan la motivación y la aplicación y (f) acción de los padres a nivel individual y social.	26
La intervención aumentó los comportamientos saludables (p. ej., consumo de frutas/verduras) a pesar de las barreras (p. ej., tiempo, costo, cultura, dinámica familiar).	27
La alimentación restrictiva y el uso de la alimentación para fines instrumentales y controlar emociones, no son prácticas efectivas, posiblemente porque interfieren en la capacidad de autorregulación del niño. Prácticas positivas incluyen monitoreo, modelado de patrones alimentarios saludables y creación de ambientes no obesogénicos.	29
El exceso de peso y el control parental mostraron una asociación negativa.	30

**Fuente.** *Autora*

**Tabla 4.** Recomendaciones dadas por las referencias consultadas acerca de aspectos a tener en cuenta a la hora de planear intervenciones dirigidas a los cuidadores enfocadas en implementar alimentación saludable y actividad física en los niños (n= 32)

Recomendación para realizar las intervenciones	Indicador
Planear las intervenciones teniendo en cuenta comportamientos, hábitos y estilos de crianza paternos, con el fin de identificar comportamientos específicos a intervenir.	1, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 21, 24, 29, 30, 31, 32
Incluir en la intervención al entorno familiar inmediato de los niños.	1, 3, 5, 7, 14, 16, 31, 32
Comprender el contexto del niño y el cuidador (socioeconómico, cultural, disponibilidad alimentaria, capacidad para realizar cambios, tiempo disponible dentro de las rutinas diarias, conocimientos sobre preparación de alimentos, entorno comunitario, habilidades) para plantear las intervenciones acorde a las posibilidades y dar alternativas asequibles a ellos.	1, 2, 3, 6, 9, 11, 12, 15, 17, 21, 24, 26, 28, 31
Determinar y contrarrestar las barreras presentes en los padres para realizar cambios de comportamientos.	1, 3, 11, 12, 24, 25, 28, 32
Establecer las prácticas parentales alimentarias ejercidas por los cuidadores, mejorarlas y proponer posibles alternativas a estas.	3, 24, 29
Enfocar las intervenciones en la concientización de los padres en la promoción de la salud y no solo en el control del peso con fines estéticos.	29
Buscar la cooperación entre el hogar y la escuela para implementar las intervenciones.	2, 9, 10, 15, 28, 31
Idear intervenciones de larga duración con seguimientos para evaluar resultados.	3,10,15
Concientizar a los cuidadores (culturalmente las madres ejercen esta función) sobre las implicaciones de la alimentación saludable y realizar actividad física.	5
Reconocer la definición personal/familiar de "salud"	26
Adecuar las estrategias de acuerdo a la edad de los niños: En la primera infancia, centrarlas en torno al juego y al aprendizaje significativo.	8, 15
Implementar estrategias basadas en la evidencia para mejorar la aceptación de los niños hacia los alimentos: * Combinar la exposición al sabor con la recompensa y el ejemplo dado por mayores o pares. * Exponer al niño al sabor de la verdura por sí sola (forma simple) sin otros sabores, salsas o aderezos.	13
Realizar sesiones presenciales no virtuales, con entrega de material escrito.	3,15
Entender las relaciones y las respuestas entre las prácticas parentales alimentarias y las conductas infantiles respecto a la alimentación.	21

Realizar intervenciones multicomponente, donde se impacte en dieta, actividad física y comportamiento sedentario.	3, 6, 10, 15, 16
Enfatizar en los adultos que sus comportamientos impactan en los niños por ser su modelo a seguir.	18, 3
Brindar herramientas a los padres acerca de crianza y gestión de conflictos para sortear las dificultades de la vida diaria en cuanto a adopción de comportamientos saludables.	20
Incluir técnicas de cambio de comportamiento.	12
Iniciar las intervenciones desde temprana edad.	2, 6, 11
Integrar las intervenciones con el currículo escolar dentro de una asignatura ya existente.	3, 6, 9, 16, 17, 28
Buscar estrategias que garanticen la adherencia extraescolar en las intervenciones incluidas en el currículo.	16, 10
Hacer uso de tecnología educativa para la salud como material de apoyo.	7

**Fuente.** *Autora*

Las intervenciones para combatir la obesidad infantil, tienen mejor efecto cuando se involucra a los padres (4, 7, 8, 10, 11, 20–22), dado que ellos son, para los niños, modelo de conducta en todos los aspectos, especialmente en los nutricionales, debido a su responsabilidad en la decisión de la compra de los alimentos, su método de preparación, en el incentivo o no para estimular el consumo, e incluso con su propio ejemplo, en cuanto a cantidades y preferencias. Murimi et al. (10) encontró en su revisión sistemática, que, el 57% de los estudios evaluados, que en las intervenciones no circunscribieron a los padres, no alcanzaron su objetivo. Y en cambio, aquellas intervenciones iniciadas en entornos escolares que incluyeron en sus estrategias a los padres, lograron mejorar adherencia y su continuidad en ambientes fuera del colegio (7, 21).

El estilo de crianza de los padres es otro factor crucial sobre la generación de hábitos respecto a la salud de los niños (4), dado que los estilos restrictivos y que ejercen presión no se han asociado con dietas de mejor calidad, y por el contrario, sí con mayor IMC en los niños (20). Contrastados con el estilo de crianza democrático, definido este por Baumrind (23), como de alta exigencia por parte de los padres, pero, en equilibrio con una alta capacidad de respuesta, en la que se fomenta la

individualidad del niño, teniendo en cuenta sus solicitudes, brindándole cierto grado de confianza en la toma de decisiones. Revisión sistemática realizada por Sleddens et al. (20), concluyó que, los niños conducidos bajo un estilo democrático de crianza, llevan dietas más saludables, son físicamente más activos y con menor IMC. Otro aspecto reportado por Lindsay et al. (24), acerca de las dinámicas familiares, fue el referente al mantenimiento de rutinas familiares como, cenar en familia, las cuales de ser bien conducidas por los padres generan menor riesgo de obesidad en los niños.

Partiendo desde el aspecto étnico y cultural, estudios mencionan cómo en Estados Unidos, los niños negros no hispanos y los hispanos, presentan mayor probabilidad de obesidad que los niños blancos no hispanos (25); y mayor IMC que niños blancos o latinos de hogares de habla inglesa (24). Además indican cómo las posturas de los padres influyen respecto a los hábitos alimenticios, por ejemplo, las madres nepalesas consideran que la comida hecha en casa es saludable independiente del modo de preparación que usen, y por otra parte, no buscan información acerca de la manera de mejorar sus prácticas culinarias para que sean benéficas para la salud de su familia, solo las ajustan una vez está presente la enfermedad en algún miembro (26). Por otra parte, en Centroamérica, los padres asocian el gran tamaño de la porción de alimentos con buena alimentación (7,27).

La evidencia señala que, las intervenciones llevadas a cabo con el fin de fomentar comportamientos saludables, muestran mayor efecto si son multicomponente; es decir, si se integran todos los actores involucrados en la generación de estas conductas en los niños y no solo a los padres o al entorno educativo por separado (5, 8, 28) y abordando determinantes desde el nivel personal y el entorno (29), lo que garantiza mayor cumplimiento de los objetivos. De igual manera, fueron exitosas las intervenciones en escuelas secundarias, las cuales incluyeron un cambio organizacional o ambiental en la institución en las que fueron impartidas, disminuyendo la prevalencia de sobrepeso y obesidad ( $p < 0.001$ ), del síndrome metabólico ( $p < 0,001$ ); y aumentando la ingesta de frutas y verduras ( $p = 0.04$ ) (10).

En aquellas intervenciones que fueron iniciadas en el ambiente escolar, se encontró que son más exitosas y duraderas en el tiempo, si son incluidas dentro del currículo escolar y no como intervenciones esporádicas (5, 8) y más aún, si se involucra a los padres en la planeación (30). Pero deben estar centradas en las familias (31), siendo realistas en cuanto a sus necesidades, potencialidades y habilidades, sin dejar atrás los estilos de crianza en el entorno familiar (11, 24, 32).

Respecto a la mejora en el consumo de verduras, las intervenciones más efectivas encontradas mediante revisión sistemática (15), incluyeron estrategias como exponer repetidamente al niño al sabor, entre 8 a 10 veces, combinadas con la recompensa no alimentaria, a través de juguetes o *stickers*; y el modelo de consumo; este último, brindado por padres, compañeros, niños mayores o a través de videos animados. La exposición al sabor de la verdura en su forma natural, fue mejor aceptada por los niños, que cuando se adicionaban otros sabores o salsas a la misma.

En revisiones sistemáticas y metaanálisis, se encontró que las características de las intervenciones exitosas relacionadas con la prevención de la obesidad infantil, incluyeron aquellas que se realizaron en al menos 6 meses (10) logrando la disminución de la circunferencia de la cintura, del IMC y la presión arterial diastólica (21). También fueron exitosas las sesiones semanales o quincenales con duración entre 30 y 60 minutos, mediante didácticas, actividades y lenguaje acordes a la edad de los menores a intervenir (10). Es pertinente realizar un seguimiento en un tiempo prudencial que permita evaluar efectivamente los resultados de la intervención (29), y la inclusión de teorías efectivas de cambio del comportamiento para mejorar las estrategias realizadas (11,29).

Otra característica existente entre las intervenciones exitosas, fue la involucración activa de manera presencial de los padres, a través de boletines informativos o medios virtuales (10, 29), en actividades que incluían aprendizaje experiencial tanto para padres como para niños; por ejemplo, la inclusión de lecciones de cocina y degustación (10). Adicionalmente, las intervenciones con mayores beneficios, por la asociación presentada, fue la participación de los padres y la reducción

del tiempo de los niños en frente del televisor (21). La colaboración activa de los padres logró resultados en cuanto a la mejoría del peso de los niños y cambios en la propia alimentación de los progenitores (29).

En los menores, emplear el juego conceptual como medio para garantizar aprendizaje significativo, que puede ser llevado a la práctica en sus rutinas diarias, se encontró como la estrategia más adecuada para enseñarles comportamientos saludables, según estudio realizado por psicólogos en Malasia (6). El modelaje como patrón de conducta a seguir, tanto de padres, niños mayores en la escuela y, de profesores o a la hora de comer en grupo, también arrojó adecuados resultados (29).

Respecto al diseño de las intervenciones, existe controversia, ya que, Murimi et al., reportan mayor éxito en las que incidieron sobre un comportamiento específico con protocolos estandarizados, como capacitar docentes y demás personas involucradas en el impartir de la intervención (10). Pero, las intervenciones enfocadas en impactar únicamente la actividad física no mostró resultados significativos en cuanto al peso corporal, el IMC o la obesidad central (21). En cambio, otros estudios reportan que las intervenciones dirigidas a los padres enfocadas en alimentación saludable, actividad física y disminución de comportamiento sedentario, lograron disminución del puntaje del IMC de los niños (10), concordante con lo encontrado en revisión que halló más convincentes los resultados de las intervenciones que abordaron la actividad física y la dieta (29).

Otro aspecto que en la fase inicial de la revisión no había sido contemplado en la matriz de búsqueda, pero que apareció recurrentemente, fue la necesidad de realizar la identificación y dar tratamiento y alternativas a las barreras presentadas por los padres para lograr adherirse a la intervención y mantenerla en el tiempo. A continuación, se mencionan las principales barreras descritas como hallazgos en los estudios revisados de manera general para los comportamientos saludables y específicamente para la alimentación, la actividad física y los comportamientos sedentarios.

**Tabla 5.** Barreras que presentan los padres para promover comportamientos saludables en sus niños, según lo hallado en los estudios revisados

Barreras para promover comportamientos saludables en los niños	Indicador
Falta de conocimiento sobre comportamientos saludables	11, 28
Bajo presupuesto escolar para actividades saludables	11
Información y educación contradictoria	19, 24
Tener un hijo con necesidades especiales	24
Falta de participación de la escuela en los problemas de salud de los niños	28
Relevancia percibida de la intervención, la utilidad del material, las experiencias de las sesiones de entrevistas, el miembro de la familia objetivo de la intervención, la cooperación entre el hogar y la escuela y la capacidad de acción de los padres como buenos modelos a seguir	31
Problemas socioambientales, limitaciones de tiempo y desafíos de crianza	1, 5, 11, 20, 27, 31, 32

**Fuente.** Autora

**Tabla 6.** Barreras específicas que presentan los padres para seguir una alimentación saludable en sus niños, según lo hallado en los estudios revisados

Barreras para la alimentación saludable	Indicador
Estilos maternos arraigados	9
Preferencias dietéticas poco saludables tanto del cuidador como del niño (por gusto, por el tiempo y exigencia requerido para la preparación, tradiciones)	11, 21, 22, 24
Comer y beber poco saludable como recompensa a conductas deseables por los padres	11, 24
Inadecuados modelos a seguir para los hábitos alimenticios	11, 22
Falta de habilidades para cocinar	11
Influencia negativa de los medios y los anuncios, alto costo de los alimentos saludables en comparación con la comida rápida	11
Conflicto diario con los niños para comer verduras, desayunar a tiempo antes de ir al colegio, y no comer dulces y aperitivos entre comidas	20
Difícil aceptación de alimentos nuevos y poca autorregulación alimentaria	21
Poder adictivo de las bebidas azucaradas, pocas opciones saludables fuera de casa, influencia negativa del entorno alimentario escolar	21

Falta de conocimiento acerca de las porciones de comida apropiadas para la edad. A los niños se les dificulta evitar comer en exceso alimentos muy sabrosos, en restaurantes, y cuando comen en exceso	23
La mayor barrera en los niños, está en cuanto a la alimentación y sueño saludables	25

Fuente. *Autora*

**Tabla 7.** Barreras específicas que presentan los padres para promover la actividad física y evitar los comportamientos sedentarios en sus niños, según lo hallado en los estudios revisados

Barreras en cuanto a la práctica de actividad física (AF) y evitar comportamientos sedentarios (CS)	Indicador
Falta de energía, tiempo y motivación para la AF	11
Tradiciones familiares poco saludables para limitar el CS (ver TV en familia, uso de pantallas)	11, 25
Falta de instalaciones en el vecindario y en el hogar para AF o larga distancia a espacios deportivos	5, 11
Exceso de tareas escolares que favorecen CS	11
Aumento en el uso actual de los recursos tecnológicos	19, 11
Condiciones climáticas que favorecen CS	11
Falta de habilidades de los padres para monitorear AF	11
Pasar demasiado tiempo viendo la televisión y usando el ordenador	20
Dificultad de los padres y el entorno para apoyar la actividad física más que para cualquier otro comportamiento infantil	25

Fuente. *Autora*

Varios de los ensayos y de los estudios de intervención dados en el planteamiento de las estrategias a implementar, tomaron como base o se guiaron por los constructos de diversas teorías o modelos. El Modelo Socioecológico fue empleado en los estudios evaluados en el que se tuvo como objetivo identificar las barreras que presentan los padres para generar comportamientos saludables en sus hijos, a partir de múltiples componentes como, lo individual, lo interpersonal, lo organizacional y las políticas públicas o barreras sociales (24, 28, 33).

Del mismo modo, se utilizó en la clasificación de categorías resultantes de la identificación de barreras y facilitadores de los profesionales de la salud para discutir el peso de los niños con sus padres (11).

La Teoría Cognitiva Social, determina que el comportamiento es el resultado de la interacción de factores personales y ambientales, y cómo las personas pueden influir en su entorno para generar cambios de comportamiento tanto individual como grupal (34). Esta teoría fue la base de la mayoría de intervenciones encontradas en la literatura (5, 26, 32, 35–39), como el Programa *Healthy School Start*, aplicado en Suecia (32, 39), con el objetivo de promover comportamientos saludables de alimentación y actividad física; en estudios en Estados Unidos, para examinar las cogniciones de los padres en cuanto al tamaño de las porciones de la comida de sus hijos (38), y del consumo de bebidas azucaradas (37). En estos casos, los conceptos centrales fueron la autoeficacia dada por las creencias que tienen los padres, y el aprendizaje observacional, donde los padres sirven de modelo para los comportamientos de sus hijos. Asimismo, fue empleada en la intervención CHAMP Families en Canadá (36), para incidir en el sobrepeso y obesidad infantil.

En intervención realizada en Colombia (5), se manejó la Teoría Cognitiva Social, en conjunto con el Modelo Transteórico en la Promoción de la Salud, dirigida a cambiar el conocimiento, las actitudes, y hábitos relacionados con una dieta saludable y un estilo de vida activo en preescolares de Bogotá, en el que se hizo seguimiento, transcurridos 36 meses, se encontró que los resultados positivos se mantuvieron en el tiempo. De los 540 niños evaluados, 62 (11.46%) pasaron de un estado nutricional de bajo peso en la línea de base, a eutrófico, y 91 (16.82%) de sobrepeso-obesidad a eutrófico.

La Teoría Cognitiva Social, sirvió también como marco conceptual para el planteamiento del programa *Simple Suppers*, educación y cocina sobre nutrición, aplicada en preescolares y sus familias en hogares de cuidado infantil (35), buscando abordar diferentes factores personales y ambientales que afectan a los padres para mejorar conductas nutricionales en sus hijos. Allí, los resultados arrojaron el aumento de frutas y verduras y la disminución de bebidas azucaradas ( $p < .05$ ). No se observó ganancia en el percentil del IMC infantil. La autoeficacia

de los padres con respecto a las prácticas de alimentación saludable mejoró evidenciado en la planificación del menú desde el día anterior y la disponibilidad de los alimentos ( $p < .05$ ), de igual manera, el número de comidas familiares aumentó ( $p < .05$ ).

En Brasil, un estudio fundamentó la intervención, aplicando tecnología educativa para la salud, basada en el Modelo de Creencias sobre la Salud, para explicar el desempeño parental en la prevención de la hipertensión arterial, partiendo de sus percepciones acerca de la susceptibilidad, la gravedad, los beneficios y las barreras ante la enfermedad (40). En lo que refiere al Modelo de Creencias sobre la Salud, se empleó junto con la Teoría cognitiva Social para explorar las percepciones de un grupo de madres en Nepal, acerca de la dieta y la actividad física para la salud de sus hijos (26), donde la baja autoeficacia de las madres resultó en un bajo nivel del control percibido sobre la dieta de sus hijos.

## Discusión

La mayoría de las estrategias encontradas en la literatura consultada, han tenido como base la intervención sobre la obesidad infantil, partiendo del hecho de que al actuar sobre ella, se incide en hábitos como la alimentación, la actividad física y el comportamiento sedentario, todos estos factores de riesgo comportamentales en común para ECNT y, que llevan a problemas no solo en la salud física, sino también psicológica de los niños (9, 11, 21, 35, 36, 41). Pero, los estudios coinciden en plantear la importancia de la involucración parental para lograr cambios conductuales, tanto alimentarios, como en el tiempo de realización de actividad física y en la disminución de los comportamientos sedentarios en pro de la salud de los niños. Y, por otra parte, de la importancia del reconocimiento de las barreras que los padres presentan para lograr mantener comportamientos saludables en los niños bajo su cuidado.

En cuanto a la alimentación saludable, la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (42), es el consumo de mínimo 400 g al día de frutas y verduras, asociándose al aumento en la ingesta de verduras con un mayor efecto protector que el de las frutas, ya que, reduce la muerte en un 16% por cada porción diaria en comparación con el 4% para las frutas; esta diferencia, puede explicarse por el alto

contenido de azúcares naturales que contienen las mismas (43). No obstante, se ha evidenciado que el consumo de frutas y verduras, depende en gran medida de la disponibilidad de estos alimentos en el hogar (7, 15), y el de bebidas azucaradas está más relacionado con las conductas alimentarias de los padres (7). De allí, la necesidad de crear conciencia en los progenitores del importante papel que tienen en estos comportamientos en sus niños y el impacto de estos en la salud familiar.

Respecto al consumo de bebidas azucaradas, un estudio realizado en escolares de 9 a 17 años, en Colombia (44), encontró que los varones presentaban mayor consumo de bebidas carbonatadas que las mujeres, con un consumo semanal de 70,9%; respecto a los jugos ultra-procesados el consumo fue de 64,4% semanal. De igual manera, se asoció mayor obesidad abdominal en los que afirmaron consumir este tipo de bebidas. La edad y baja escolaridad de los padres junto con la menor adherencia a la dieta mediterránea, fue asociada como factor predisponente al consumo diario de bebidas azucaradas.

En Colombia, aún con la variedad de frutas y verduras disponibles, gracias a la diversidad de pisos térmicos, el consumo en general se mantiene por debajo de las recomendaciones de la OMS (45), sin embargo, la mayor ingesta de frutas y verduras entre niños y adolescentes se asocia con el sexo femenino. Por su parte, la presencia de sobrepeso /obesidad, se relaciona con mayor incumplimiento de dichas recomendaciones (46).

Los hábitos alimenticios en la población colombiana muestran fuerte dependencia de la compleja relación entre los conceptos y ejemplos creados desde los ámbitos familiar y escolar, donde las conductas de los padres y la coherencia del currículo escolar afectan significativamente (47), evidenciando la necesidad de comprender e interpretar los factores socioculturales y económicos que rodean al niño para generar las estrategias de intervención y las políticas gubernamentales a favor del consumo de frutas y verduras (47, 48).

Ahora bien, respecto a la actividad física, es importante reconocer dos conceptos que usualmente se confunden, pero, que, de manera independiente son factores de riesgo para ECNT: la inactividad física y el

comportamiento sedentario (28, 49), definido este último por Tremblay (50), como “cualquier comportamiento de vigilia caracterizado por un gasto de energía  $\leq 1.5$  MET en una postura sentada o reclinada”. Y por otra parte, considera que las personas que no alcanzan los objetivos acordes a su edad, son inactivas físicamente, o sea que no realizan cantidades suficientes de actividad física, de moderada a vigorosa intensidad.

La revisión sistemática de Carson et al. (49), que examinan las relaciones entre el comportamiento sedentario y algunos indicadores de salud en niños y jóvenes de 5 a 17 años, reportó cómo el mayor tiempo frente a la pantalla, ver televisión y usar la computadora se asociaron con una composición corporal y comportamiento pro-social desfavorables, menor aptitud cardiorrespiratoria, baja autoestima y con mayor riesgo cardiometabólico; aunque no concluyen cuál podría ser la dosis máxima de tiempo sedentario por falta de evidencia consistente. Estos resultados coinciden con estudios realizados en Colombia, donde han encontrado relación inversamente proporcional entre el tiempo frente a pantallas y el cumplimiento de las recomendaciones de actividad física (51); y por otra parte, cómo el nivel de condición física aeróbica de niños y jóvenes entre 9 y 17 años ya es indicativo a esta edad, de riesgo cardiovascular futuro (52). Siendo mayores los comportamientos sedentarios en los niños, a mayor poder adquisitivo que tienen las familias (53).

Tremblay (54), denomina “multitarea sedentaria” a la realización en simultáneo de actividades frente a pantalla como ver televisión, hablar por teléfono y usar la computadora, cada vez más común en las actuales generaciones. Los jóvenes y niños usan el 62% del tiempo que están despiertos, exceptuando el tiempo que emplean en la realización de actividad física, en comportamientos sedentarios, es decir, 8.6 horas del día (54). Pero, la evidencia ha encontrado como dato preocupante que los efectos negativos de los comportamientos sedentarios habituales no se revierten con la actividad física (28), exhibiendo la necesidad de que las intervenciones estén dirigidas a impactar en ambos comportamientos, teniendo a los padres como principales motivadores tanto desde su propio ejemplo como con el apoyo en su realización, sin desconocer las barreras que ellos presentan para la acción (55, 56).

En Colombia (57), un estudio reportó que tan solo el 15 % de los adolescentes escolarizados investigados realiza los niveles de actividad física recomendados por la OMS (58), es decir, 60 minutos diarios durante siete días de la semana; y son las mujeres las que presentan menos niveles de actividad física (57, 59). En lo que refiere a los comportamientos sedentarios, el 50.3% de los estudiantes utilizan tres horas o más viendo TV, frente al computador, pantallas o hablando por teléfono (57). Para los preescolares, un estudio cualitativo (60) muestra cómo los adultos que hacen parte del entorno de los niños reconocen la importancia de la actividad física y ven a los menores como motivadores para realizarla en el hogar; y son junto con los profesores, factores importantes en la adquisición de hábitos saludables en los niños, para este caso, la realización de actividad física, que en la primera infancia es evaluada a través del juego.

Es evidente la necesidad de crear intervenciones con la involucración parental o de los cuidadores principales de los niños, con el objetivo de lograr comportamientos saludables en cuanto a la alimentación y actividad física, pero, sin olvidar los aspectos del entorno que influyen sobre ellos en la adopción o no de estas conductas. Razón por la que es urgente, conocer más a fondo las particularidades del ambiente de los cuidadores desde lo cultural, lo económico, lo social, y las propias creencias y prácticas en cuanto a estos comportamientos. Se requieren más estudios por regiones y estratos socioeconómicos en Colombia, para poder plantear intervenciones aterrizadas frente a los factores que influyen sobre los cuidadores en pro del bienestar actual y futuro de los niños.

## Conclusiones

El éxito de las intervenciones, depende del reconocimiento de las barreras y facilitadores presentes en los cuidadores del niño, para lograr implementar estrategias focalizadas en las particularidades de ellos, y no alejadas de sus posibilidades y habilidades. De igual manera, es importante partir del concepto que tienen de lo que es o no saludable, de sus imaginarios, creencias y de las prácticas que en cuanto a crianza, alimentación y actividad física llevan a cabo en su propia persona y en el niño bajo su cuidado.

Las madres siguen siendo reportadas como las principales cuidadoras de los niños. Culturalmente, se le ha otorgado ese rol, a pesar de que ha asumido otras funciones fuera del hogar, lo que crea más barreras para que los comportamientos de alimentación y actividad física en los niños sean saludables. Las intervenciones con el objeto de favorecer comportamientos saludables, a partir de la alimentación y actividad física en los niños, deben ser adaptadas a los múltiples roles de la madre como cuidadora principal.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles [Internet]. 66a Asamblea Mundial de la Salud. 2013. Available from: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_8-sp.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-sp.pdf?ua=1)
2. Organización Mundial de la Salud. 72° Asamblea Mundial de la Salud. Seguimiento de las reuniones de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre temas relacionados con la salud [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 6]. Available from: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/dialogue\\_economic\\_operators\\_alcohol\\_production/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/dialogue_economic_operators_alcohol_production/en/)
3. Rogers C, Anderson SE, Dollahite JS, Hill TF, Holloman C, Miller CK, et al. Methods and design of a 10-week multi-component family meals intervention: A two group quasi-experimental effectiveness trial. *BMC Public Health*. 2017 Jan 9;17(1).
4. Otterbach L, Mena NZ, Greene G, Redding CA, De Groot A, Tovar A. Community-based childhood obesity prevention intervention for parents improves health behaviors and food parenting practices among Hispanic, low-income parents. *BMC Obes*. 2018 Mar 27;5(1):1-10.
5. Céspedes J, Briceño G, Farkouh ME, Vedanthan R, Baxter J, Leal M, et al. Promotion of cardiovascular health in preschool children: 36-month cohort follow-up. *Am J Med*. 2013 Dec;126(12):1122-6.
6. Maziah M, Saemah RB, Nooraziah J. Child-friendly Approches: Choosing the Best Educational Psychology Tool to Teach Healthy Behaviour for kids. *Procedia-Social Behav Sci* [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 25];191:435-41. Available from: [www.science-direct.com](http://www.science-direct.com)

7. Reyes-Morales H, González-Unzaga MA, Jiménez-Aguilar A, Uribe-Carvajal R. Effect of an intervention based on child-care centers to reduce risk behaviors for obesity in preschool children. *Boletín Médico Del Hosp Infant México (English Ed)*. 2016 Mar 1;73(2):75-83.
8. De Villiers A, Steyn NP, Draper CE, Hill J, Gwebushe N, Lambert E V., et al. Primary school children's nutrition knowledge, self-efficacy, and behavior, after a three-year healthy lifestyle intervention (HealthKick). *Ethn Dis*. 2016 Mar 1;26(2):171-80.
9. Nsiah-Kumi PA, Kang LY, Parker JR. Let's move our next generation of patients toward healthy behaviors. *J Multidiscip Healthc*. 2012;5:115-9.
10. Murimi MW, Moyeda-Carabaza AF, Nguyen B, Saha S, Amin R, Njike V. Factors that contribute to effective nutrition education interventions in children: a systematic review. *Nutr Rev* [Internet]. 2018 Aug 1;76(8):553-80. Available from: <https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/76/8/553/5003346>
11. Bradbury D, Chisholm A, Watson PM, Bundy C, Bradbury N, Birtwistle S. Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies. *Br J Health Psychol* [Internet]. 2018 Sep 26 [cited 2020 Apr 25];23(3):701-22. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bjhp.12312>
12. Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: A crisis in public health. Vol. 5, *Obesity Reviews, Supplement*. John Wiley & Sons, Ltd; 2004. p. 4-104.
13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación*. 2019.
14. World Obesity Federation. *Atlas of Childhood Obesity* [Internet]. Vol. 1. London; 2019. Available from: <https://www.worldobesity.org/nlsegmentation/global-atlas-on-childhood-obesity>

15. Nekitsing C, Blundell-Birtill P, Cockcroft JE, Hetherington MM. Systematic review and meta-analysis of strategies to increase vegetable consumption in preschool children aged 2–5 years. *Appetite*. 2018 Aug 1;127:138–54.
16. Varela Arévalo MT, Tenorio Banguero ÁX, Alarcón CD. Parental practices to promote healthy eating habits in early childhood in Cali, Colombia. *Rev Esp Nutr Humana y Diet*. 2018;22(3):183–92.
17. Nazar G, Petermann-Rocha F, Martínez-Sanguinetti MA, Leiva AM, Labraña AM, Ramírez-Alarcón K, et al. Actitudes y prácticas parentales de alimentación infantil: Una revisión de la literatura. *Rev Chil Nutr [Internet]*. 2020 [cited 2020 Sep 22];47(4):669–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000400669>
18. González-Torres ML, Esqueda-Sifuentes CN, Vacío-Muro M de los Á. Prácticas alimentarias parentales y su relación con la conducta alimentaria infantil: Problemas para la explicación. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2018;9(1):129–42.
19. Lovell JL. How parents process child health and nutrition information: A grounded theory model. *Appetite [Internet]*. 2016;97:138–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2015.11.024>
20. Sleddens E, Gerards S, Thijs C, De Vries N., Kremers S. General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: A review. Vol. 6, *International Journal of Pediatric Obesity*. Int J Pediatr Obes; 2011.
21. Bahia L, Wohlgemuth-Schaan C, Sparrenberger K, de Azevedo-Abreu G, Barufaldi LA, Coutinho W, et al. Overview of meta-analysis on prevention and treatment of childhood obesity. Vol. 95, *Jornal de Pediatria*. Elsevier Editora Ltda; 2019. p. 385–400.

22. Golley RK, Hendrie GA, Slater A, Corsini N. Interventions that involve parents to improve children's weight-related nutrition intake and activity patterns - what nutrition and activity targets and behaviour change techniques are associated with intervention effectiveness? Vol. 12, *Obesity Reviews*. 2011. p. 114-30.
23. Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Dev Psychol*. 1971 Jan;4(1 PART 2):1-103.
24. Lindsay AC, Wallington SF, Lees FD, Greaney ML. Exploring How the Home Environment Influences Eating and Physical Activity Habits of Low-Income, Latino Children of Predominantly Immigrant Families: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 May 14 [cited 2020 Apr 25];15(5):978. Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/5/978>
25. Ogden CL, Carroll MD, Lawman HG, Fryar CD, Kruszon-Moran D, Kit BK, et al. Trends in obesity prevalence among children and adolescents in the United States, 1988-1994 through 2013-2014. Vol. 315, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2016. p. 2292-9.
26. Oli N, Vaidya A, Subedi M, Eiben G, Krettek A. Diet and physical activity for children's health: A qualitative study of Nepalese mothers' perceptions. *BMJ Open*. 2015 Sep 1;5(9):e008197.
27. Francis-Granderson I, McDonald A. Parents' perceptions of healthy eating practices in north-east trinidad. *Proc Singapore Healthc* [Internet]. 2018 Sep 8 [cited 2020 Apr 28];27(3):175-9. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2010105817751952>
28. Van-Stappen V, Latomme J, Cardon G, De Bourdeaudhuij I, Lateva M, Chakarova N, et al. Barriers from Multiple Perspectives Towards Physical Activity, Sedentary Behaviour, Physical Activity and Dietary Habits When Living in Low Socio-Economic Areas in Europe. The Feel4Diabetes Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 Dec 13 [cited 2020 Apr 25];15(12):2840. Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/12/2840>

29. Matwiejczyk L, Mehta K, Scott J, Tonkin E, Coveney J. Characteristics of Effective Interventions Promoting Healthy Eating for Pre-Schoolers in Childcare Settings: An Umbrella Review. *Nutrients* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2020 Apr 25];10(3):293. Available from: <http://www.mdpi.com/2072-6643/10/3/293>
30. Sormunen M, Tossavainen K, Turunen H. Parental perceptions of the roles of home and school in health education for elementary school children in Finland. *Health Promot Int* [Internet]. 2013 [cited 2020 Apr 27];28(2):244–56. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article-abstract/28/2/244/661937>
31. Pocock M, Trivedi D, Wills W, Bunn F, Magnusson J. Parental perceptions regarding healthy behaviours for preventing overweight and obesity in young children: A systematic review of qualitative studies. Vol. 11, *Obesity Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2010. p. 338–53.
32. Elinder LS, Patterson E, Nyberg G, Norman Å. A Healthy School Start Plus for prevention of childhood overweight and obesity in disadvantaged areas through parental support in the school setting - Study protocol for a parallel group cluster randomised trial. *BMC Public Health*. 2018 Apr 6;18(1):1–13.
33. Jarvis JW, Harrington DW, Manson H. Exploring parent-reported barriers to supporting their child's health behaviors: A cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017 May 15;14(1):1–10.
34. Bandura A. Social cognitive theory: An agentic perspective [Internet]. Vol. 2, *Asian Journal of Social Psychology*. 2001 [cited 2020 Apr 29]. p. 1–26. Available from: [www.annualreviews.org](http://www.annualreviews.org)
35. Rose AM, Wagner AK, Kennel JA, Miller CK, Holloman C, Pennywitt J, et al. Determining the Feasibility and Acceptability of a Nutrition Education and Cooking Program for Preschoolers and Their Families Delivered Over the Dinner Hour in a Low-Income Day

- Care Setting. *ICAN Infant, Child, Adolesc Nutr* [Internet]. 2014 Jun 27 [cited 2020 Apr 25];6(3):144–51. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1941406414524274>
36. Reilly KC, Briatico D, Irwin JD, Tucker P, Pearson ES, Burke SM. Participants' Perceptions of "C.H.A.M.P. Families": A Parent-Focused Intervention Targeting Paediatric Overweight and Obesity. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Jun 19 [cited 2020 Apr 25];16(12):2171. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/12/2171>
  37. Eck KM, Dinesen A, Garcia E, Delaney CL, Famodu OA, Olfert MD, et al. "Your Body Feels Better When You Drink Water": Parent and School-Age Children's Sugar-Sweetened Beverage Cognitions. *Nutrients* [Internet]. 2018 Sep 5 [cited 2020 Apr 28];10(9):1232. Available from: <http://www.mdpi.com/2072-6643/10/9/1232>
  38. Eck KM, Delaney CL, Leary MP, Famodou OA, Olfert MD, Shelnett KP, et al. "My Tummy Tells Me" Cognitions, Barriers and Supports of Parents and School-Age Children for Appropriate Portion Sizes. *Nutrients* [Internet]. 2018 Aug 8 [cited 2020 Apr 28];10(8):1040. Available from: <http://www.mdpi.com/2072-6643/10/8/1040>
  39. Norman Å, Nyberg G, Berlin A. School-based obesity prevention for busy low-income families—Organisational and personal barriers and facilitators to implementation. *PLoS One*. 2019;14(11):e0224512.
  40. de Sousa Araújo-Santos ZM, Afio-Caetano J, Alves-Moreira FG. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial - Uma tecnologia educativa em saúde. *Cienc e Saude Coletiva*. 2011 Nov;16(11):4385–94.
  41. Vilchis-Gil J, Klünder-Klünder M, Duque X, Flores-Huerta S. Decreased body mass index in schoolchildren after yearlong information sessions with parents reinforced with web and mobile phone resources: Community trial. *J Med Internet Res*. 2016 Jun 1;18(6).

42. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the Nations, United. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva; 2003.
43. Oyebode O, Gordon-Dseagu V, Walker A, Mindell JS. Fruit and vegetable consumption and all-cause, cancer and CVD mortality: Analysis of health survey for England data. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(9):856-62.
44. Ramírez Vélez R, Fuerte Celis JC, Martínez Torres J, Correa Bautista JE. Prevalencia y factores asociados al consumo de bebidas azucaradas en escolares de 9 a 17 años de Bogotá, Colombia: Estudio FUPRECOL. *Nutr Hosp*. 2017;34(2):422-30.
45. Organización de las Naciones Unidas para Alimentación y la Agricultura, Ministerio de Salud y Protección Social. Perfil nacional de consumo de frutas y verduras [Internet]. 2013. Available from: [http://www.osancolombia.gov.co/doc/Perfil\\_Nacional\\_Consumo\\_FyV\\_Colombia\\_2012.pdf](http://www.osancolombia.gov.co/doc/Perfil_Nacional_Consumo_FyV_Colombia_2012.pdf)
46. Thiriat RC, Ramírez-Vélez R, Martínez-Torres J, Correa-Bautista JE. Etapas de cambio conductual y estado nutricional relacionado al consumo de frutas y verduras en escolares de Bogotá, Colombia: Estudio FUPRECOL. *Rev Chil Nutr [Internet]*. 2017 [cited 2020 May 18];44(4):11. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182017000400307>
47. Rojas Chadid JE, Rodríguez Leyton M. Complejidad en las representaciones sociales que interpretan la cultura alimentaria para alcanzar la seguridad alimentaria: Caso del consumo de frutas y verduras en niños escolarizados. *Rev Salud Pública y Nutr*. 2017;16(4):13.
48. Rodríguez Leyton M. Desafíos para el consumo de frutas y verduras. *Rev la Fac Med Humana*. 2019 Apr 10;19(2):105-12.

49. Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE, Poitras VJ, Chaput J-P, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab* [Internet]. 2016 Jun [cited 2020 Apr 27];41(6 (Suppl. 3)):S240–65. Available from: <http://www.nrcresearchpress.com/doi/10.1139/apnm-2015-0630>
50. Tremblay M. Letter to the editor: Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours.” Vol. 37, *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*. NRC Research Press; 2012. p. 540–2.
51. Prieto Benavides DH, Correa Bautista JE, Ramírez Vélez R. Niveles de actividad física, condición física y tiempo en pantallas en escolares de Bogotá, Colombia: Estudio FUPRECOL. *Nutr Hosp*. 2015;32(5):2184–92.
52. Gualteros JA, Torres JA, Umbarila-Espinosa LM, Rodríguez-Valero FJ, Ramírez-Vélez R. Una menor condición física aeróbica se asocia con alteraciones del estado de salud en niños y adolescentes de Bogotá, Colombia. *Endocrinol y Nutr* [Internet]. 2015;62(9):437–46. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2015.05.011>
53. Ministerio de Salud y Protección Social Instituto Nacional de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Universidad Nacional de Colombia. Encuesta Nacional de la situación nutricional en Colombia (ENSIN) 2015. [Internet]. Vol. 18. 2015. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/presentacion-lanzamiento-ensin-2015.pdf>
54. Tremblay MS, LeBlanc AG, Kho ME, Saunders TJ, Larouche R, Colley RC, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. Vol. 8, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. *Int J Behav Nutr Phys Act*; 2011. p. 22.

55. Varela-Arévalo MT, Tenorio-Banguero ÁX, Henao-González CA, Salcedo-Reina S, Urrego-Restrepo AM. Rol de las prácticas parentales en la promoción de actividad física en la primera infancia en la ciudad de Cali. *Hacia promoció salud*. 2016;21(2):27-40.
56. Henriksen PW, Ingholt L, Rasmussen M, Holstein BE. Physical activity among adolescents: The role of various kinds of parental support. *Scand J Med Sci Sports*. 2016;26(8):927-32.
57. Piñeros M, Pardo C. Actividad física en adolescentes de cinco ciudades colombianas: resultados de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares. *Rev Salud Pública*. 2010;12(6):903-14.
58. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud. Ginebra; 2010, 58 p.
59. Campo L, Herazo Y, García F, Suárez M, Méndez O, Vásquez F. Estilos de vida saludables de niños, niñas y adolescentes. *Salud Uninorte*. 2017;33(3):419-28.
60. Hernández EH, Arias SC, Gómez MT, León LE, Martínez MA, Char AJ, et al. Actividad física en preescolares desde atención primaria orientada a la comunidad, en un municipio de Colombia. *Rev Cubana Pediatr [Internet]*. 2018 [cited 2020 May 19];90(2):201-12. Available from: <http://scielo.sld.cu>



## **CAPÍTULO 2**

### **PRESENTACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS**

Sistematización de experiencias educativas en salud y comunidad como estrategia de aprendizaje\*

*Laura Camila Vanegas Pulido  
Julián Andrés Barragán Becerra*

*\*Proyecto código SGI: 2930*



## Introducción

La educación es un proceso culturalmente vital, que integra y fortalece los elementos que la constituyen; esta, no debe restringir, limitar o violentar, por el contrario, es necesario promover, emocionar, liberar y motivar al ser humano en potenciar sus capacidades y superar sus limitaciones (1). Los elementos del diario vivir que constituyen el ámbito educativo, conviene que estén orientados hacia el favorecimiento de acciones y, que representen una oportunidad para que cada persona se transforme a sí misma y a su entorno (2). El interés por el enfoque sociocultural y sus implicaciones para la investigación educativa, han aumentado de manera significativa, al igual que la necesidad de generar procesos que faciliten la transformación de las prácticas pedagógicas comunitarias en los ámbitos sociales (3), al incrementar la participación de las personas y utilizar recursos digitales de acceso masivo. La divulgación del conocimiento, es una responsabilidad de quien investiga, ya que es quien contribuye a la democratización, realimenta las desigualdades preexistentes y comunica resultados a la comunidad (4).

La construcción colectiva, es la columna vertebral dentro del proceso de aprendizaje, la cual implica no solo la organización del escenario educativo mediante el diseño de actividades de colaboración en torno a un tema, sino también, el cambio que genera en las personas participantes. Las experiencias vividas durante el acto educativo, deben permitir que la voz de las personas recobre el sentido y que quienes median el aprendizaje, se integren a las experiencias comunitarias, en una relación horizontal. La pedagogía participativa como mediación pedagógica, se convierte en una construcción clave del desarrollo humano, que exige promover educativamente una red de posibilidades de aprendizaje basada en la interconexión ser - humano - mundo, de manera

que se haga frente a un pensamiento productivo y creativo (5). En los saberes populares existe la convicción de una urgencia por preservar el conocimiento comunitario, debido a que muchos están en peligro de desaparecer junto con las prácticas de quienes los transmiten.

Los profesionales de la salud realizan procesos para educar a las poblaciones en el cuidado, pretendiendo que estas aumenten el control sobre su salud y la mejoren, así mismo, en el ejercicio educativo se identifica que los medios de comunicación son fundamentales para la promoción de la salud<sup>6</sup>. La educación comunitaria, a través del uso masivo de medios de comunicación, ha permitido llegar a poblaciones geográficamente dispersas, se hace necesario analizar cómo las comunidades interpretan, adaptan para sí mismas, cómo interactúan, cómo comparten los saberes populares en salud y cómo los conservan.

A partir de estos, las anteriores posturas y con base en la formación profesional en el área educativa, el grupo de estudiantes del espacio de formación Profundización en Educación para la Salud del programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), se formularon cuatro proyectos que tuvieron como propósito la re significación de las prácticas de cuidado de la salud desde cuatro enfoques: 1. el uso de plantas medicinales en personas con enfermedades crónicas; 2. las costumbres alimentarias boyacenses y la nutrición, 3. el cuidado femenino y 4. la disminución del estrés en jóvenes universitarios, fundamentado en pedagogías de pedagogos latinoamericanos y mediante la metodología de talleres participativos, elementos que aportaron al logro de la competencia profesional respecto a la educación para la salud. Desde la formación profesional, es importante generar en los aprendientes una reflexión y un análisis crítico, que implique una reflexión democrática, humanista e intercultural, al interior de los propios equipos de salud de los que formarán parte (7).

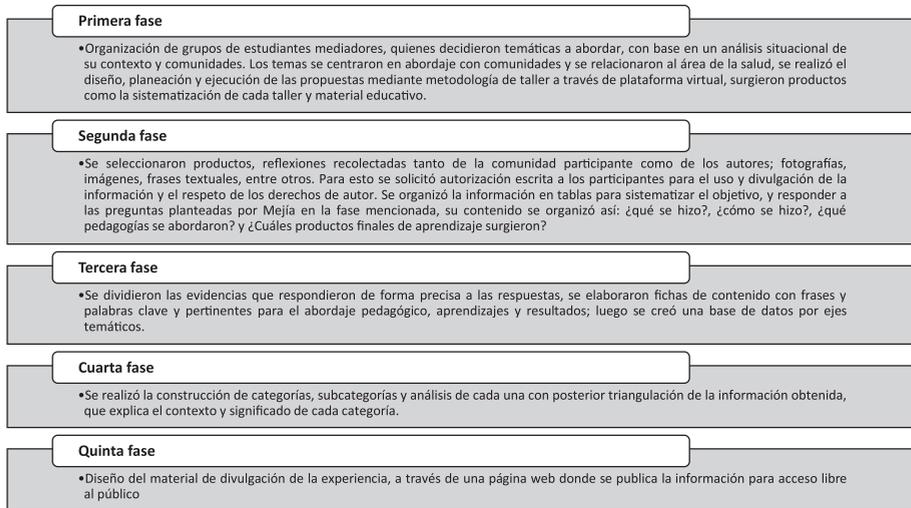
En el presente documento se expone la sistematización de las experiencias educativas realizadas en comunidad; esta metodología permite condensar, organizar la información para facilitar la observación y el análisis de los resultados obtenidos, vistos como un proceso de investigación educativa. Se tuvo en cuenta la fase *sistematizando la sistematización* de la propuesta de Mejía (3), que aborda el concepto,

el tipo de saber y el proceso metodológico implementado, no estandarizado, sino determinado por los niveles de desarrollo que presentan los grupos, con el fin de describir las concepciones significativas y los caminos logrados en el aprendizaje colectivo (3). Este proceso retoma la comprensión e interpretación de la práctica pedagógica, que asume a la comunidad como un todo y la experiencia como un elemento ligado a los saberes populares. Se plantea el fenómeno pedagógico como un hecho observable en un contexto específico, del que se extrae una serie de aprendizajes y se establece un entramado de datos importantes que se convierten en campos definidos de comprensión, organizados en categorías, y subcategorías, que permiten visualizar y profundizar con más detalle el fenómeno estudiado (3).

## Metodología

Se realiza un proceso metodológico de sistematización de experiencias educativas, que toman como eje principal, la fase *Sistematizando la Sistematización* de la propuesta de Mejía<sup>3</sup>, sobre la cual se articulan las fases: 1. Diseño, ejecución de talleres, producción y análisis del saber para su construcción, 2. Organización y análisis de la información, 3. Reconstrucción del proceso, 4. Categorización y resultados, 5. Divulgación de las experiencias.

**Gráfico 1.** Descripción de las fases:



**Fuente.** Autores

Desde el punto de vista pedagógico, las propuestas se fundamentaron en planteamientos de autores latinoamericanos junto con el proceso de mediación pedagógica para la construcción de los talleres y de alternativas de aprendizaje de Gutiérrez y Prieto (8), con estrategias participativas. Se estableció el diálogo de saberes y reconocimiento del otro como elemento necesario en la construcción colectiva del conocimiento. Las cuatro propuestas se denominaron: “Reconstruyendo nuestros saberes Boyacenses en el cuidado de la salud”, “Saberes compartidos sobre el cuidado de la mujer”, “Explorando nuestra tradición alimentaria saludable” y “Reincorporando cuerpo y mente”, como pilar básico para reconocer la educación como fundamento de la acción del cuidado, promover la salud y emprender procesos comunicativos afectivos con la comunidad, equipo de salud y demás profesionales.

A partir de los productos generados en cada propuesta, se realizó la sistematización para la condensación y organización de la información, facilitar su análisis y observación. Este proceso se desarrolló en cinco fases.

## Resultados y Discusión

El desarrollo de las propuestas educativas se realizó durante el periodo académico comprendido entre los meses de mayo a septiembre del año 2020, en la Escuela de Enfermería- UPTC.

Los proyectos contaron con un total de 52 personas participantes del área urbana y rural de los municipios de Tunja, Cómbita, Duitama, Paipa y Villa de Leiva principalmente, de diversas edades y géneros, distribuidos en las cuatro propuestas implementadas. Se tuvo la participación de 15 estudiantes que fueron mediadores de las siguientes propuestas:

**1. Resignificación de saberes en el cuidado de la salud:** El objetivo, fue resignificar prácticas de cuidado de la salud con el uso de plantas medicinales de la cultura boyacense, para recuperar el sentido de pertenencia cultural y generar aportes alternativos en el cuidado de la salud de las personas con afecciones crónicas durante el transcurso de la vida. Se utilizó como referente la pedagogía de Paulo Freire y la realización de círculos de cultura, que favorecieron la integración de mediadores y participantes. Se realizaron cuatro talleres con la vinculación de 13 participantes.

**2. Reincorporando cuerpo y mente:** Con el fin de acercar a los participantes en las técnicas para disminuir el estrés y promover su apropiación; se vivenciaron técnicas diferentes a las tradicionales para el manejo del estrés en estudiantes por el confinamiento social y se brindó un espacio para compartir y expresar su estado emocional, guiado mediante sesiones de Musicoterapia, Biodanza® y Meditación con apoyo en educación biocéntrica propuesta por Rolando Toro (9). Se llevaron a cabo tres talleres, con la vinculación de 12 participantes.

**3. Explorando nuestra tradición alimentaria:** El objetivo, fue comprender el significado de los alimentos tradicionales del departamento de Boyacá, su consumo frecuente y el impacto en la nutrición. Se retomaron saberes en nutrición y alimentación adquiridos a través de su propia experiencia o de experiencias aprendidas de sus padres o abuelos y los significados culturales propios de la alimentación boyacense a

partir del planteamiento; el factor importante en el aprendizaje, es lo que el aprendiente ya sabe, el aprendizaje significativo implica un reconocimiento de los vínculos entre los saberes; este aprendizaje es transferido a la memoria a largo plazo, la cual, al compartir experiencias y vivencias puede generar un cambio importante. Se realizaron cuatro talleres a los cuales se vincularon 10 participantes.

**4. Saberes compartidos sobre el cuidado de la mujer:** Generar espacios en los que se compartan saberes sobre el cuidado del cuerpo femenino entre mujeres y hombres de distintas edades generacionales, que permitieron construir de manera colectiva experiencias de cuidado, con el fin de lograr un reconocimiento de prácticas que se construyen en conjunto. Se retomaron los círculos de cultura propuestos por Freire, donde todas las personas fueron partícipes, incluidas las mediadoras. En la primera fase de todo círculo de cultura, se da el reconocimiento de saberes, a partir de la premisa de que todos sabemos algo y así mismo, nadie lo sabe todo (10) y como segunda fase en el intercambio de saberes, se propició la creación de una conciencia política al problematizar la realidad y, que las personas se redescubran como sujetos en un mundo de experiencias (11). Se realizaron cuatro talleres, con la vinculación de 17 participantes.

La información se categorizó a partir del análisis de los datos recopilados en los talleres, lo cual permitió generar las categorías que aportan en la construcción colectiva de saberes y su resignificación, para comprender a las personas en su contexto social, en el sentido de qué se observa y estudia en las dimensiones de la cotidianidad. El análisis se abordó desde la reducción de datos, categorización, codificación y clasificación. La categorización (Ver Tabla 1), tuvo en cuenta el contenido de la información cualitativa, transcrita en los textos de campo y la asignación de un código a las afirmaciones, en donde P es la propuesta, T el taller respectivo y P el número de participante.

**Tabla 1.** Categorías Emergentes.

CATEGORÍAS EMERGENTES	CATEGORÍAS	Subcategorías
	CUIDADO DE LA SALUD	Mente y Cuerpo
		Afecciones en la salud
	PEDAGOGÍA PARTICIPATIVA	Mediación pedagógica
		Pedagogía popular
	SABERES POPULARES	Generaciones
		Saberes
	CULTURA BOYACENSE	Costumbres alimentarias
		Cuidado de la salud
		Uso de plantas

**Fuente:** Autores. *Adaptado de la base de datos 2020 categorización y reducción de datos*

## Categoría cuidado de la salud

Esta categoría comprende las acciones encaminadas a la prolongación de bienestar y vida de las personas, con el fin de tener un proceso de salud coherente con la definición de *Salud* de la Organización Mundial de la Salud, en la que se identifican tres variables: bienestar físico, mental y social, enfermedad y afección. La persona dirigirá sus actos de cuidado para sentirse bien, obtener recursos, buscar un buen funcionamiento y la prevención de problemas de salud y sus consecuencias, las potenciales relaciones existentes entre el acto del cuidado y la salud tanto propia, como la de otras personas.

En la subcategoría de mente y cuerpo, se evidencian los cuidados dirigidos al cuerpo humano y la salud mental; hay múltiples referencias a la palabra cuerpo, toda vez que, con esta se representa unidad, totalidad, integridad y emocionalidad. El cuerpo y la expresión emocional, han estado alejadas de los procesos pedagógicos y su recuperación es necesaria, ya que, no es posible desconocer la influencia del contexto sociocultural en el proceso emocional y el aprendizaje (12). Los participantes describen la importancia de rescatar los saberes que tienen acerca de los mismos: “rescatar los conocimientos y costumbres ancestrales en torno al cuidado del cuerpo femenino, así mismo para

facilitar la comunicación de mujeres, hombres y adolescentes” (P1, T1, P2), “sensibilizar sobre el cuidado del cuerpo en momentos de enfermedad, recogiendo las experiencias, sentimientos y emociones que allí surgieron” (P1, T3, P5), “forma de apropiarnos del cuidado enfocado a la salud mental, ya que se considera que una mente sana se refleja en un cuerpo sano”. (P3, T1, P1). Se rescata el valor que tiene la integralidad del cuerpo desde un paradigma holístico, que reconoce la mente y el espíritu y, valora la multiplicidad de entornos y factores sociales, culturales, económicos, políticos, éticos e históricos que influyen en la vida de una forma saludable (13), que generalmente es una valoración positiva: “nuestro cuerpo, nuestro templo, esta es la razón más importante para auto cuidarlo y respetarlo, así vamos a tener una vida más feliz y tranquila” (P1, T1, P3), “con la musicoterapia como técnica alternativa para la disminución del estrés y el efecto que el estrés conlleva, ayuda mucho e incentiva a hacerla más seguido” (P3, T1, P2).

La subcategoría *afecciones en la salud*, describe las experiencias que enfrentan los participantes en una situación de enfermedad y los cuidados que han aplicado, respecto a la alteración o desviación del estado fisiológico por causas en general conocidas (13). Los participantes rescatan las tradiciones para el cuidado de la salud, como el uso de plantas que se atribuyen propiedades medicinales: “uso prudente de las plantas medicinales como complemento al tratamiento farmacológico de las afecciones crónicas de la salud” (P2, T2, P4), “los efectos de la planta son alivio y curación, lo bueno es que tienen energía y son eficientes” (P2, T1, P8).

Al rescatar relatos de personas con enfermedades o con pérdida de alguna parte corporal, emergen los sentimientos propios y la empatía: “nos sensibilizamos sobre el cuidado del cuerpo en momentos de enfermedad, recogiendo las experiencias y sentimientos que allí surgieron” (P1, T3, P2), “Me pongo en los zapatos de quienes han perdido algo de su cuerpo y su alma” (T1, P1).

De igual manera, se mencionan las condiciones externas ya sean propias o no, que afectan la salud mental: “la presencia de estrés y demás emociones afectan la salud mental de manera negativa” (P3, T1, P5), “por ejemplo, el aislamiento social, por ende, trabajo y estudio

en casa y la preocupación por la salud física individual y colectiva, ha sido un factor agravante que ha traído consigo un impacto en la salud mental” (P3, T2, P10). Otra referencia realizada a la afección de la salud, es a una alimentación inadecuada, referente a los hábitos alimenticios y con la calidad de los alimentos; se rescatan los alimentos tradicionales de la región boyacense y destacan las consecuencias negativas del consumo de alimentos procesados: “actualmente se presentan muchísimas enfermedades, y en gran parte por la alimentación, uno como que se preocupa solo por satisfacer el paladar, mas no por comer adecuadamente” (P4, T3, P8), “como consecuencias de esta transición alimentaria se evidencia la alta prevalencia de enfermedades crónicas como la obesidad, la resistencia a la insulina y eventualmente, la diabetes tipo II” (P4, T1, P11).

### **Categoría pedagogía participativa**

Esta categoría representa las aproximaciones pedagógicas utilizados en la formulación de las propuestas con un enfoque participativo. Como afirma Freire (14), «enseñar no es transferir conocimientos, sino crear las posibilidades para su producción o construcción», además de considerar que el proceso de diálogo – reflexión, implica el uso de uno de los recursos fundamentales dentro de la concepción enseñanza – aprendizaje. Es pertinente afirmar que se reconoce que un solo actor social asume, tanto el rol de educando como el de educador, al ser un sujeto activo y dinámico dentro de un contexto social, lo cual le permite vivir diversas experiencias que sirven como punto de partida en procesos de adquisición y difusión de saberes, que dan como resultado un aprendizaje significativo y producto del aprendizaje; se refiere al contenido diferenciado que evoca un símbolo o conjunto de estos después de haber sido aprendido (15); además, este tipo de aprendizaje surge en los procesos motivacionales y afectivos. Este planteamiento se relaciona con lo que Toro, denomina: Educación biocéntrica, que hace una crítica a la educación tradicional por la carencia de un vínculo con la vida. El aprendizaje debe ser vivencial y parte de la afectividad, vinculando la inteligencia como el goce de vivir y promueve la identidad de las personas para potenciarlas (16): “a través de la integración corporal cenestésica se medió el aprendizaje sobre el proceso fisiológico del estrés a nivel neuroendocrino, sus manifestaciones a nivel orgánico y

la expresión de emociones a través del cuerpo” (P3, T1, A: Propuesta 3, Taller 3, Autores), “los seminarios participativos en los cuales se puedan aplicar sesiones de musicoterapia, biodanza y meditación, fundamentadas en la educación biocéntrica y enfocadas a disminuir el estrés y fomentar la salud mental”.

La subcategoría de mediación pedagógica, describe la construcción del desarrollo humano que exige promover educativamente una red de posibilidades de aprendizaje con sentido, de allí que, la mediación pueda considerarse no solo como una intención de pensamiento pedagógico innovador y propositivo, sino como un verdadero accionar didáctico que se ubique en el centro de las reflexiones docente – aprendizaje – estudiantes, afirmando el acto comunicativo como principal propósito en el ejercicio de la formación (4). Una de las estrategias utilizadas propuesta por Freire, son los círculos de cultura que permite que todos los participantes, incluidos los organizadores de los talleres, aprendan y aporten en conjunto: “se genera un ambiente propicio que permite reconocer las diferentes prácticas culturales, sobre el cuidado del cuerpo femenino” (P1, T1, P1), (P3, T3, A), el factor más importante que influye en el aprendizaje, es lo que el participante ya sabe, “por ello, la exploración de conocimientos previos o propios de los participantes” (P4, T1, A).

La subcategoría pedagogía popular, abarca la importancia de los saberes populares en los grupos, es decir, los que representan en esencia la temática de cada taller: “conversatorio a raíz de una canción propia de Boyacá en la que se abarcan conceptos como la tierra, la semilla y los alimentos” (P4, T2, A), “se genera una participación colectiva, mediante el círculo de la cultura, en pro de la recuperación de la voz de los sujetos y de sus saberes” (P1, T1, A), ya que la experiencia engendra saber y la tradición lo incorpora en la vida social, en una transmisión que supone imitación, atención, escucha y práctica; los saberes tradicionales se incorporan como recursos de enseñanza de la tradición en las comunidades(17).

## Categoría saberes populares

Los saberes populares en salud, se convierten en una parte fundamental del desarrollo cultural al tener en cuenta los valores, formas de vida, creencias, tradiciones, hábitos, costumbres y conocimientos de las personas. Esta categoría surge de la necesidad en común de preservar los conocimientos que se derivan de la cultura, la sociedad y la familia y se destacan en la región boyacense. La memoria colectiva remarca su carácter social y procesual producto de significados compartidos y construidos por medio de las relaciones sociales y actualizadas a través del lenguaje y las prácticas comunitarias (18). En este sentido, el pasado se construye y reconstruye desde el presente, de sus intereses y proyecciones futuras, a través de prácticas que otorgan valor y significado. En la subcategoría Generaciones, vemos la necesidad de que los conocimientos y saberes tradicionales, pasen de generación en generación, para no perder las costumbres y mantenerlas vivas en estos tiempos.

Los adultos mayores son el medio para conocer estos saberes, que con su escucha, se puede aprender de ellos: “mi abuela es sobandera y ahora, se ha reflejado que son pocas las personas que acuden a ella” (P1, T1, P5), “entre mujeres y hombres de distintas edades generacionales, se permite construir de manera colectiva, diferentes experiencias de cuidado (P1, T2, A), “cocinar era un momento chévere no solo para realizar para la venta o consumo en familia, sino un momento agradable para compartir y para que los abuelos nos transmitieran el conocimiento de cómo se hacían los diferentes alimentos..., algo que me pareció curioso, es que, ella hablaba que la abuela era quien le enseñaba a ella... Me parece chévere porque a mí también la que me enseñaba era mi abuela” (P4, T3, P6), “yo le pregunté a mi mamá y a ella como que le evoca mucho su niñez, porque ella vivía en el campo y vivió estas experiencias de estar con la familia; y la cocina como que culturalmente siempre ha sido el lugar donde se reúnen en familia y comparten...” “mi mamá resaltaba la parte de la infancia, y preguntarle sobre la comida le recuerda todas esas buenas experiencias” (P4, T2, P7), “De generación a generación uno va cambiando sus hábitos alimenticios, y pues sí, nosotros nos dejamos llevar mucho por la comida rápida, la comida chatarra, y dejamos a un lado nuestra comida de raíz” (P4, T1,

P8), "nuestras raíces hacen relación con nuestros abuelitos, este taller nos ayudó a recuperar esas cosas de Boyacá que tantos recuerdos nos traen" (P4, T1, P9); la familia, es el principal generador de conocimiento popular, es quien enseña y transmite las tradiciones en el hogar desde la niñez: "El compartir en familia al momento de comer y de ir a comprar a sitios como la plaza de mercado se ha ido perdiendo" (P4, T2, P5), "cien años puede vivir, lo mismito que mi abuela, teniendo buena comida, con habitas, y amasijos, porque la salud está en la muela" (P4, T2, P2).

En la subcategoría etapa de vida, hace referencia al ciclo de vida en el que se encuentra cada participante de acuerdo a la edad, en cada etapa, encontramos cambios significativos junto con los saberes que se adquieren en cada uno y, que, con el tiempo se van enriqueciendo: "Vivo en el campo y he estado rodeada de diferentes cultivos de plantas, sin embargo, nuestro conocimiento como jóvenes es muy poco, por esto es gratificante conocer experiencias de personas mayores para así aprender juntos el uso adecuado de las plantas en el cuidado de nuestra salud" (P2, T4, P3), "la universidad es un aspecto estresante para los jóvenes" (P3, T3, P1), "los niños y jóvenes adoptaron las influencias de los medios de comunicación masivos y de sus pares transformando el significado de la alimentación y de la nutrición" (P4, T2, P4). La subcategoría saberes, surge de la capacidad de los participantes para evocar y compartir conocimientos adquiridos desde la experiencia; utilizando esa sabiduría como herramienta para el desarrollo de las actividades, en un acto de inteligencia y prudencia práctica de la humanidad y por tanto, el sentido teórico y el práctico son indisolubles, así, toda sabiduría es legítima como virtud superior (19): "bonita la sesión, escuchar experiencias y aprender de todos" (P2, T2, P1), "el buen uso de las plantas nos va a dar curación, pero tenemos que tener cuidado porque tiene sus efectos" (P2, T2, P3), "usar las plantas medicinales es un beneficio, pero conocerlas bien nos evita un perjuicio" (P2, T4, P4), "Yo conozco mucho de plantas en infusión, pero al participar en este taller pude conocer cosas nuevas, para aplicarlo en el cuidado de mi familia" (P2, T3, P5), "es bueno que enfermería rescate nuestro arraigo cultural, debemos estar muy orgullosos de nuestro origen y cultura pues Boyacá es muy importante para el abastecimiento del país". (P4, T1, P2). Los saberes populares en salud se convierten en

un aspecto fundamental del desarrollo cultural, al tener en cuenta los valores, formas de vida, creencias, tradiciones, hábitos, costumbres y conocimientos de las personas.

## **Categoría cultura boyacense**

Esta categoría describe características con las que se identifican los participantes al tener en común una identidad cultural boyacense. Boyacá, es un departamento con gran diversidad, desde la riqueza de su geografía con climas variables, que facilita el trabajo en el campo con múltiples labores, lo que caracteriza la región boyacense con una alta población rural; la geografía, la historia, las costumbres, entre otros aspectos, ha hecho posible el desarrollo de características propias de su cultura. La subcategoría de costumbres alimentarias, deja ver la variedad de gastronomía de la región, por la disponibilidad de recursos naturales, que llevan a la producción de una gran oferta de productos; además, para la alimentación resulta uno de los factores más importantes de la vida cotidiana de la comunidad, puesto que, es el combustible para el trabajo de la tierra en el que la cocina se convierte en espacio de centro de reunión ya que mientras se conversa, quien recibe sus invitados con la preparación de algún alimento, y es que dentro del sentir boyacense, se podría decir, que, la hora de comer no es simplemente digerir, es deleitarse y traspasar de lo común y cotidiano a todo un rito, en el que se resaltan las costumbres e historias de la gente. De esta forma, se redime todo aquello que hace al boyacense: las fiestas patronales o el domingo de plaza, en el que resalta la devoción del campesino boyacense, sus costumbres religiosas, las celebraciones para el disfrute, el compartir y recitar coplas, la música campesina como una mirada antropológica que tiene cada canción, en el que el campesinado - boyacense, se identifica con lo que cada letra narra desde la cotidianeidad en la búsqueda y añoranza de una vida de paz, de trabajo y de amor a la tierra (20). Durante los talleres, se destaca la importancia de conservar y recuperar este tipo de tradiciones relacionadas con la alimentación de la región: "Mi abuela preparaba muchas cosas en el campo, como el queso, el melado" (P4, T2, P2).

La subcategoría cuidado de la salud, la componen los cuidados que se practican tradicionalmente en la región, para conservar y cuidar la salud y como ya se mencionó, en la región boyacense predomina el área rural, en la cual las condiciones de muchas personas son adversas. Sumado a lo anterior, los factores asociados a la gestión de la enfermedad convergen y se hacen más complicados, lo que genera que la carga de la enfermedad sea mayor cuando la persona reside en una región rural. En el hogar, el paciente crónico y su cuidador, se encuentran en un escenario en el que la falta de conocimientos y las barreras para el acceso a los servicios de salud, pueden afectar su capacidad de cuidado. La población ha creado con el tiempo estrategias que se adaptan a su practicidad y su carácter mágico religioso, sin necesidad de explicación científica, sino desde la experiencia: “en cada vereda de Tuta, había una persona designada para los partos, por el difícil acceso a los centros de salud” (P1, T2, P6), “mis papás nacieron por medio de las parteras, ya que el acceso a los servicios de salud era muy difícil y es una tradición que se ha perdido a lo largo del tiempo; “tenemos prácticas de alimentación saludable y natural reconociendo los beneficios que esta puede traer para su salud” (P4, T1, P3), “las plantas son importantes para mantener la energía y el cuidado de la salud” (P2, T2, P4), “las plantas producen alivio y sus buenos efectos, nos llenan de energía y son necesarios para los cuidados” (P2, T3, P5).

La subcategoría *uso de las plantas*, explica la propiedad y uso que se le atribuyen a algunas plantas de la región. Desde su origen, el ser humano ha mantenido íntimo contacto con las plantas y los animales, esto, le ha permitido acumular un rico acervo de conocimiento de las especies que utiliza tanto para alimentarse, como para curarse. El departamento de Boyacá, cuenta con diversidad de plantas medicinales, pero, su valor se va perdiendo, debido al periodo de modernización actual, el campesinado y especialmente las mujeres, conservan saberes ancestrales en los que se entremezcla la cosmovisión occidental judeo-cristiana, en el uso medicinal de las hierbas y productos naturales que han generado proyectos de emprendimiento (21).

La medicina moderna comenzó a practicarse recientemente en muchos de los municipios y, principalmente en las zonas urbanas de Boyacá. Los habitantes de esta región, rara vez, disponen de recursos económicos

para adquirir fármacos, por lo que confían en la medicina tradicional, que incluye el uso de sustancias derivadas de las plantas medicinales; gran parte del conocimiento compartido, fue adquirido con base en observación e intuición y transmitido oralmente: “el agua de toronjil produce alivio estomacal” (P2, T2, P1), “vivo en el campo y he estado rodeada de diferentes cultivos de plantas, algunas de ellas, las utilizo para aliviar el dolor” (P2, T3, P3), “mi abuela le da un uso medicinal a la papa, su ralladura la usa para las quemaduras” (P4, T1, P1).

El uso de plantas medicinales, el cuidado y curación de enfermedades, es una práctica habitual en las comunidades de América Latina, especialmente en áreas rurales, la cual se mantiene actualmente (22, 23), como parte del acervo cultural y como acceso casi inmediato a una forma de alivio. Para el manejo de una enfermedad en general, las personas suelen recurrir al uso de varias plantas, evidenciándose en diversos estudios (24, 25).

Los hallazgos encontrados, permiten relacionar el uso común de las plantas desde su efecto, con algún órgano o sistema corporal (26). Numerosos estudios, demuestran que, el uso de plantas como el toronjil, la menta, el orégano, entre otros, en el manejo de problemas digestivos (27); el uso de sábila, manzanilla o llantén, para problemas cutáneos (28). Las enfermedades respiratorias son manejadas con plantas como eucalipto y sauco (29), las cuales son abundantes en el departamento de Boyacá.

Es importante el reconocimiento de la cultura regional dado en la formación profesional, ya que es parte del mantenimiento de prácticas asociadas a la salud de las poblaciones, por su carácter científico y de la atención médica, que en ocasiones, genera un desconocimiento y desvalorización del otro, así como de la comunidad en lo que refiere al cuidado cultural de la salud (30).

## Conclusiones

Se realizó un proceso de sistematización en la implementación de cuatro propuestas educativas en salud, actividades adelantadas en diversas comunidades, con el fin de rescatar la importancia e impacto

de la educación para la salud en su amplia variedad, con base en enfoques pedagógicos afines a la culturalidad propia, la mediación y la participación de las personas.

Emergieron cuatro categorías: Cuidado de la salud; Pedagogía participativa; Saberes populares y Cultura Boyacense. Dichas categorías, visibilizan la construcción de aprendizajes y parten de los saberes populares que se complementan con la mediación realizada por los autores de las propuestas, dentro de un marco configurativo, decolonial y pedagógico desde el sur.

Se generaron estrategias de aprendizaje dentro de las comunidades que retomaron el significado de la educación para la salud, como acto inherente y competencia del ejercicio profesional de enfermería.

Se rescatan los saberes de las personas, referente al cuidado de la salud y de las costumbres de la región boyacense, en la cual, existe un interés por preservar lo natural, lo autóctono y artesanal, generando un contexto de trabajo educativo coherente e inclusivo, que favorece la generación de aprendizajes y prácticas para el cuidado de la vida y la salud.

Los acercamientos pedagógicos se reconocen como un fundamento importante para la creación de propuestas educativas en salud, que crean un reconocimiento de la educación popular y social dentro de un contexto propio, de identidad, acorde con la cotidianidad y el entorno de los aprendientes.

La divulgación de las experiencias educativas, permite el acceso, la disposición y la consulta de la información de los resultados en la implementación de las estrategias educativas realizadas.

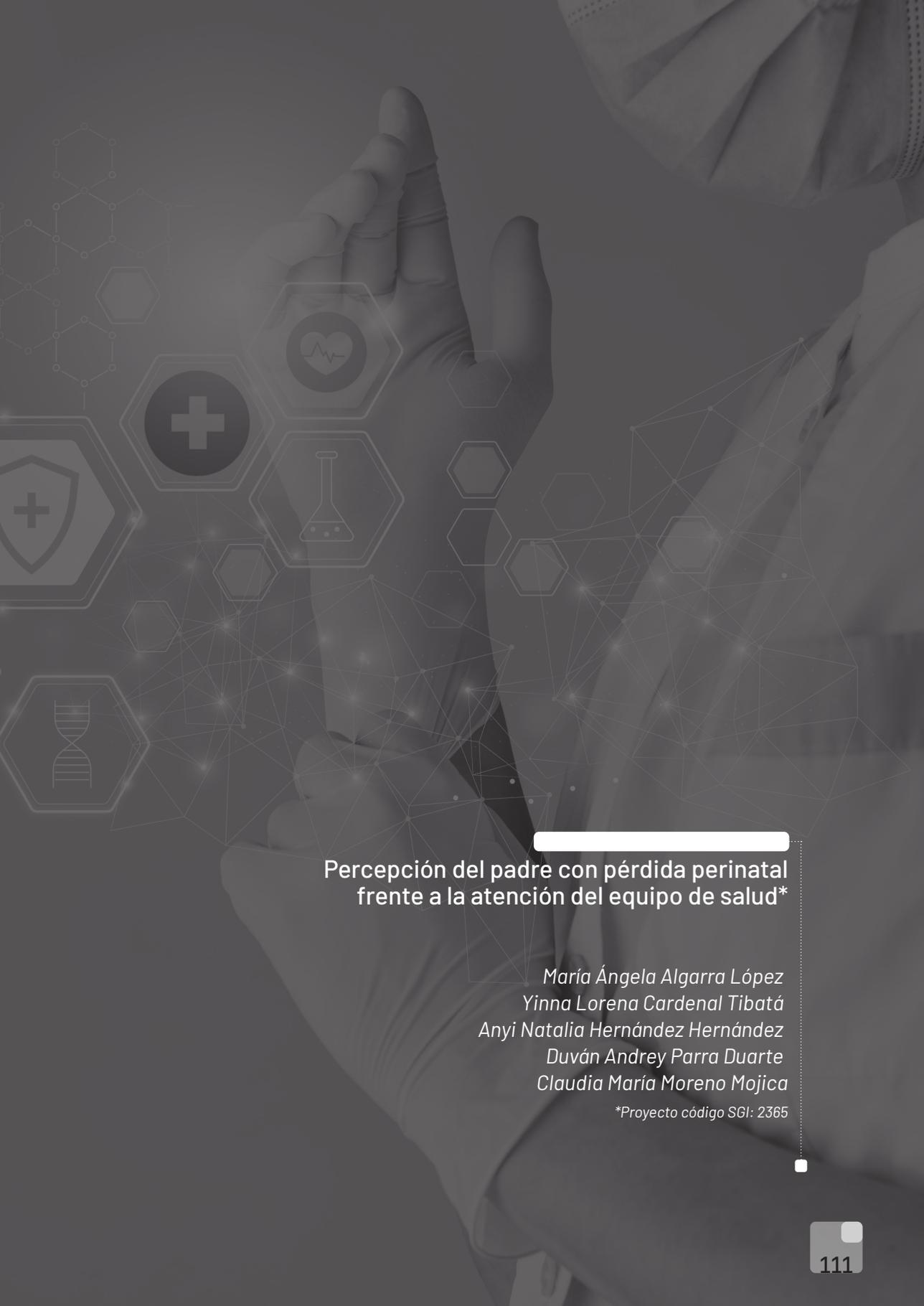
## Referencias

1. Gadotti M, Gómez M, Mafra J & Fernández A. Paulo Freire: contribuciones para la pedagogía. 2008; Buenos Aires: CLACSO, ISBN 978-987-1183-81-4, 352 páginas.
2. Muñoz, D. La educación como práctica de la libertad: una lectura antropológico pedagógica al pensamiento de Paulo Freire. Revista Kavilando. 2017; V9 (1) pp 26-41.
3. Mejía R. Sistematización: una forma de investigar las prácticas y de producción de saberes y conocimientos. 2015. Ediciones Desde Abajo, Bogotá.
4. Espinosa V. Difusión y divulgación de la investigación científica. Idesia 2010; 28 (3).
5. Alzate-Ortiz F, Castañeda-Patiño J. Pedagogical Mediation: Key to Humanizing and Transformative Education. A Look From Aesthetics and Communication. REE [Internet]. 1Jan.2020 [cited 30Jul.2022];24(1):1-4. Available from: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/view/10280>
6. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986
7. Vivero-Arriagada, L.A. La educación popular como paradigma y metodología de acción en salud familiar, Ciencia y enfermería XIX. 2013; 19 (3): 111-116. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000300012&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300012&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000300012>.
8. Freire, P. La educación como práctica de la libertad. 1969 España: Siglo Veintiuno editores.

9. Gomes A, Moura F, Da Silva A, Pereira A, Magalhães T & Cunha N. Culture circle in hypertensive elderly health promotion: experience report. *Cienc Cuid Saude* 2017 Jan-Mar; 16(1). DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v16i1.33551
10. Mujica, F.N. Educar y suscitar emociones en la educación: análisis crítico de su contribución al desarrollo moral. *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*. 2018; 33(2). Enlace web: <http://www.revista.uclm.es/index.php/ensayos> - [Consultada 04-04-2021]
11. Nieto López, Judith, Diéguez, Ileana. (2013). *Cuerpos sin duelo. Iconografías y teatralidades del dolor*. Córdoba: Documenta/ Escénicas. ¿Cómo hacer formas de representación? *Estudios Políticos* [Internet]. 2014; (45):245-249. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16431516013>
12. Herrero Jaén Sara. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene.* [Internet]. 2016 Ago [citado 2022 Jul 31]; 10 (2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es).
13. Viera Torres, Trilce. El aprendizaje verbal significativo de Ausubel. Algunas consideraciones desde el enfoque histórico cultural. *Universidades* [Internet]. 2003; (26):37-43. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37302605>
14. Perlo Pachega, C. L. La pedagogía biocéntrica: del currículum disciplinario-normativo al reencantamiento de la educación. *Revista Scientific-* 2019; 4(12), 68-88. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2019.4.12.3.68-88>
15. Zambrano Leal A. Naturaleza y diferenciación del saber pedagógico y didáctico. *Pedagog. saberes* [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 30 de julio de 2022];(50):75-84. Disponible en: <https://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/PYS/article/view/9500>

16. Sepúlveda G, Mauricio G, Andrea S, Pérez I. Sitios de memoria y agencias generacionales: sitio, espacio y experiencia, Última década. 2015; 23 (42), 93-113. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362015000100005>
17. De Agüero M. (2017). Conceptualización de los saberes y el conocimiento. *Decisio*. 2017; 30(1). Disponible en: [https://www.crefal.org/decisio/images/pdf/decisio\\_30/decisio30\\_saber3.pdf](https://www.crefal.org/decisio/images/pdf/decisio_30/decisio30_saber3.pdf)
18. Araque, J. (2014). Visibilización y difusión de la música tradicional campesina en Boyacá y la región, como herramienta de paz. *Revista Principia Iuris*. 2014; 22 (2), 39-50. . Disponible en: <http://revistas.ustatunja.edu.co/index.php/piuris/article/view/941/910>
19. Camacho, A (2019). La pedagogía en derechos humanos: una mirada desde el sur. *Revista Principia Iuris*. 2019; 13 (33), 61-76. Disponible en: <http://revistas.ustatunja.edu.co/index.php/piuris/article/view/1872/1672>
20. Araque, J. Visibilización y difusión de la música tradicional campesina en Boyacá y la región, como herramienta de paz. *Revista Principia Iuris*. 2014; 22 (2), 39-50. Disponible en: <http://revistas.ustatunja.edu.co/index.php/piuris/article/view/941/910>
21. Camacho, A. La pedagogía en derechos humanos: una mirada desde el sur. *Revista Principia Iuris*. 2019; 13(33), 61-76. Disponible en: <http://revistas.ustatunja.edu.co/index.php/piuris/article/view/1872/1672>
22. Ansaloni R, Wilches I, León F, Peñaherrera E, Orellana A, Tobar V y col. Estudio preliminar sobre plantas medicinales utilizadas en algunas comunidades de las Provincias de Azuay, Cañar y Loja, para afecciones del aparato gastrointestinal. *Rev Tecnológica*-23(1).

23. Oblitas G, Hernández-Córdova G, Chiclla A, Antich-Barrientos M, Ccorihuamán-Cusitito L, Romani F. Empleo de plantas medicinales en usuarios de dos hospitales referenciales del Cusco, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(1):64-8.
24. Bennett BC, Husby CE. Patterns of medicinal plant use: an examination of the Ecuadorian Shuar medicinal flora using contingency table and binomial analyses. *J Ethnopharmacol*. 2008;116(3):422-30.
25. Gachet MS, Lecaro JS, Kaiser M, Brun R, Navarrete H, Muñoz RA, et al. Assessment of anti-protozoal activity of plants traditionally used in Ecuador in the treatment of leishmaniasis. *J Ethnopharmacol*. 2010;128(1):184-97.
26. Angulo A, Rosero R, Gonzalez M. Estudio etnobotánico de las plantas medicinales utilizadas por los habitantes del corregimiento de Genoy, Municipio de Pasto, Colombia. *Rev Univ Salud*. 2012;14(2):168-85.
27. Sánchez AEN, Ishihara MI. Las plantas empleadas para el tratamiento de las infecciones respiratorias en los altos de Chiapas (México). *Etnobiología*. 2015;8(1):11-30.
28. Jacob Paredes D, Buenaño-Allauca MP, Mancera Rodríguez NJ. Use of medicinal plants in the San Jacinto community-Ventanas Municipality, los Ríos-Ecuador. *Rev UDCA Actual Divulg Científica*. 2015;18(1):39-50.
29. García LB, Díaz FB, León JM. Efectividad de la medicina herbolaria y su impacto en la calidad de vida de los pobladores de Curgos, Perú. *UCV-Sci*. 2015;3(1):23-34.
30. Paz C, Lemos I, Monteiro Á, Delmondes G, Fernandes G, Coutinho H, Felipe C, Menezes I, Kerntopf M. Plantas medicinais no candomblé como elemento de resistência cultural e cuidado à saúde. *Revista Cubana de Plantas Medicinales*; 20(1)



Percepción del padre con pérdida perinatal  
frente a la atención del equipo de salud\*

*María Ángela Algarra López  
Yinna Lorena Cardenal Tibatá  
Anyi Natalia Hernández Hernández  
Duván Andrey Parra Duarte  
Claudia María Moreno Mojica*

*\*Proyecto código SGI: 2365*



## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS)(1), define muerte perinatal, como la pérdida que ocurre entre las 22 semanas gestacionales hasta los siete días después del nacimiento. Tras una pérdida perinatal, aparecen consecuencias como la culpabilidad que experimentan ambos padres, quienes sienten que fallaron en su vocación de proteger y cuidar a su hijo; también, se viven sentimientos como depresión, ansiedad y estrés postraumático, que pueden afectar la relación de la pareja, sumado al silencio social que rodea la muerte del hijo esperado (2, 3). A lo largo del tiempo, se ha observado que las investigaciones sobre el proceso de gestación, se centran en la maternidad y que, las guías y protocolos están contruidos para la atención y cuidado de la mujer y su hijo y desconocen al hombre que paterna y que, al igual que la madre, transita por la pérdida perinatal; esta falta de reconocimiento social del padre, los ha llevado a sentirse ignorados y marginados en comparación con sus parejas, que han sufrido la experiencia física y cuyo dolor era más visible (4, 5, 6).

La pérdida perinatal para el padre, está determinada por un conjunto de sentimientos como rabia, tristeza, impotencia y culpabilidad, con el agravante de que él suele recurrir al silencio, en ocasiones, para no sentirse débil ante los demás, o por haber tomado como suya la acción del apoyo incondicional a su pareja, lo que le lleva a reprimir sentimientos, los cuales suelen generar enfermedades mentales y fisiológicas, conductas compensatorias a un duelo no elaborado como el consumo de alcohol, drogas, aislamiento, mayor tiempo en el trabajo y menor actividad sexual (7, 8, 9).

La disfuncionalidad del duelo, nace básicamente, en el área clínica, puesto que allí, es donde suceden los acontecimientos que giran en torno a la pérdida, las familias caen en la comparación de un ideal de vida y salud, que no siempre es obtenido, y se tiene la percepción, de que si una persona está viviendo el duelo de cierta manera, alguien tendrá que imitarlo; la frustración nace cuando al acontecer las situaciones, los sentimientos varían de forma drástica para cada persona, incluso, cuando se habla de una pareja que acaba de perder a su hijo, ya que, el equipo de salud no tiene en cuenta las discrepancias que existen entre el padre y la madre, en el momento de intervenir y cuidar (10, 11).

El objetivo de este manuscrito, gira alrededor de la presentación de dos historias de vida, describir la percepción del padre con pérdida perinatal, frente a la atención del equipo de salud.

## **Metodología**

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo del método de historia de vida, el cual permitió explorar y narrar las percepciones, deseos y necesidades del padre con pérdida perinatal, frente a la atención del equipo de salud. Según Padrón (12), este tipo de estudio, posibilita abordar a los sujetos de cuidado, permitiendo comprender y analizar la realidad de las personas desde su propia perspectiva en cada uno de los contextos en los que se encuentran inmersos; así como la descripción de las cualidades del fenómeno a estudiar (13).

Dos padres mayores de edad que tuvieron pérdida perinatal, fueron contactados, estos recibieron atención con su pareja, en ginecoobstetricia de una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Duitama – Boyacá, durante el año 2021. Tras manifestar por vía telefónica la participación voluntaria en el estudio, se acordó con ellos, la realización de la entrevista a profundidad que contó con validación de contenido por tres expertos en el área de investigación cualitativa y ginecoobstetricia. La entrevista se desarrolló en el mes de junio, utilizando una plataforma virtual, en la que brindan su consentimiento para participar y autorizaban la grabación, la duración de la sesión fue de tres horas, situación que permitió la expansión del discurso.

Una vez transcritas las entrevistas, se realizó el proceso de análisis de contenido para la codificación y categorización de los datos a partir de la propuesta práctica de Taylor-Bogdan y las modificaciones realizadas por Amezcua y Hueso (14), que siguen un esquema para mayor comprensión y consistencia a las interpretaciones. El texto obtenido, se dividió en unidades de análisis básicas, relacionadas con categorías y subcategorías temáticas; el proceso de análisis y triangulación, se realizó de manera manual y se continuó hasta alcanzar la saturación de los datos; para garantizar la confidencialidad de los participantes, se usó un seudónimo para cada uno de ellos.

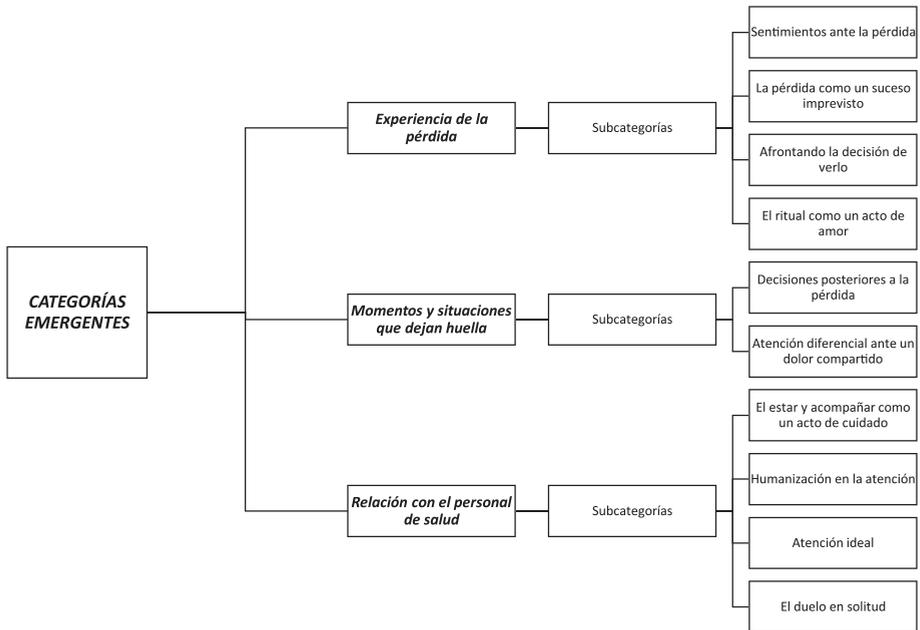
En el desarrollo de este estudio, se siguieron los lineamientos de la normatividad ética de investigación propuesta en Colombia, mediante la Resolución 008430 de 1993, en la que se determinó, que esta investigación maneja un riesgo mínimo para los participantes. De igual forma, se tuvieron en cuenta las consideraciones internacionales en el uso del consentimiento informado (Art 15) y participación voluntaria (15), sin vulnerar ninguno de los tres principios universales: respeto por las personas, beneficencia y justicia, contemplados en las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos (16).

## Resultados y Discusión

La edad de los padres era 38 y 46 años respectivamente; con relación al estado civil, uno de ellos se encontraba en unión libre y el otro era casado; el tiempo transcurrido de la pérdida hasta el momento de la entrevista, varió entre los 6 y 10 meses posteriores al evento, entre las causas de las muertes en la etapa perinatal, se encontró insuficiencia placentaria con óbito fetal de 32 y 38 semanas, quienes eran en paridad su primer y segundo hijo.

El proceso de análisis de la información, se realizó simultáneamente con el de recolección de los datos. Una vez realizadas y transcritas cada una de las entrevistas, se llevó a cabo el proceso de codificación, agrupación de códigos en subcategorías, a partir de las cuales emergieron tres categorías y diez subcategorías que, describen a través de dos relatos, la percepción que tiene el padre que transita con pérdida perinatal, frente a la atención que le brinda el equipo de salud (Figura 1):

**Figura 1.** Categorías emergentes



**Fuente.** Autores.

A continuación, se describen los relatos basados en las categorías identificadas durante el análisis:

El padre que transita con una pérdida perinatal, debe hacerle frente al dolor de un adiós anticipado, inesperado, en soledad e invisible para un equipo de salud que lo reconoce como un acompañante más. A partir de las entrevistas a los participantes, se reconstruyen dos relatos: Relato 1. "Soy un hombre de 46 años que esperaba con amor a mi hija" y Relato 2. "Mi primer bebe: tenía la ilusión que sucediera un milagro".

RELATO 1: "Soy un hombre de 46 años que esperaba con amor a mi hija"

## Experiencia de la pérdida

**Sentimientos ante la pérdida:** Soy un hombre de 46 años, padre de un hijo de 12 años que esperaba con amor a mi hija; ante la pérdida uno queda perplejo, imagínese toda la esperanza que usted tiene y más que aquí teníamos la esperanza que íbamos a completar la parejita; queda uno ipsofacto, traumatizado, uno no sabe a qué atribuirle, si son cosas del creador o desafortunadamente son fallas humanas, médicas.

**La pérdida como un suceso inesperado:** Todo iba normal, no había problemas médicos, nosotros estábamos preparados para ya recibirla, ya sabíamos que era la niña, estábamos como se dice con toda la ilusión y pues, eso es como cortarle a usted la ilusión! Fue todo imprevisto la verdad, porque todo iba a la normalidad, pues lógico que nos hacían las observaciones, los cuidados que hay que tener en el parto, pero, de resto todo era normal; mi esposa la sentía muy normal, muy normal, teníamos programada cirugía para el miércoles, el miércoles ya íbamos a tener a la niña, teníamos todo cuadrado.

**Afrontando la decisión de verla:** Mi esposa personalmente no quiso verla, yo sí la vi y la observé, la ginecóloga y la enfermera salieron y me llamaron, me dijeron, ¿usted desea verla, desea pasar a mirarla? Y dije: ¡sí señoras!; era ver prácticamente a un angelito ahí dormido, ya la envolvieron, la echaron ahí y luego ya la llevaron para la morgue.

**El ritual como un acto de amor:** La enfermera me decía que, echarle la bendición, dije ¡pues sí!, eso ya es de todas formas cosas ya secundarias, si sumercé lo quiere hacer, yo no me opongo a nada. Al otro día, ya me la entregaron y pues, la trajimos y le dimos cristiana sepultura, la bendición del cura en el cementerio, hacer una oración. Tratamos de guardar todas las cosas que se tenían para ella.

## Momentos y situaciones que dejan huella

Decisiones posteriores a la pérdida: ¡Lo que no comparto, es que lo fuercen pidiéndola pa! estudios patológicos, nos lo repitieron, como tres veces, hasta que ya le toca a uno decir: ¡ mire por favor disculpe! ¡Ya

tomamos una decisión! nosotros la reclamamos y la vamos a enterrar, no veo que estudio tenían que hacerle más, si ya se sabía exactamente que había sido.

La decisión y apoyo frente a el retiro del cuerpo no fue orientada, tuve que esperar que mi esposa despertara de la anestesia, tomar la decisión de al otro día mirar qué pasaría, cómo iba a ser el entierro, cómo iba a hacer pa traerla de aquí para nuestro pueblo, enterrarla, devolverme a acompañar a mi esposa, porque todavía no tenía la salida, me la demoraron allá tres días.

No tuve apoyo psicológico o médico que me ayudarán ino! Como por instinto humano, incluso cuando a ella la llevaron pa' la morgue, la envolvieron en un lienzo, yo me imagine que ya cuando se la entregaran a uno de la morgue uno lo reclamaba, ya no iba a hacer más nada, ino!, pues cuando nosotros nos la entregaron, nos dieron el lienzo, nos dijeron bueno, ¿quién la va a cambiar?, iyo, qué más!, ahí si queda uno más frío, ahí si es un poco más duro, y me dicen: siga a la morgue, y colóquele su muda y mortájela y échela al cajoncito, eso fue muy duro, uno es consciente que ya no tenía vida, que ya no podía durar mucho, que ya tenía que sepultarla; yo no iba preparado, afortunadamente fue la abuela, ella la saco y entre ambos la cambiamos, nadie nos ayudó o acompañó, solamente la señora que se encarga de la morgue estaba ahí pendiente.

Atención diferencial ante un dolor compartido: Todo el apoyo fue para mi esposa, ni el ginecólogo que la recibió, ni las enfermeras, pero, me imagino que en ese momento es la decisión que debían tomar, soy el papá, pero de todas maneras creo que el dolor de mamá solamente lo siente ella, si uno lo siente que no lo lleva, pues más ella que estaba en el vientre, que la tuvo, que la sentía más, yo me imagino que en ese caso prima la atención a la mamá y uno para ellos es un acompañante normal, uno más.

## Relación con el personal de salud

El estar y acompañar como un acto de cuidado: Desafortunadamente, toca iniciar el proceso para sacar la niña del vientre, pero, qué si lo hacían de forma natural, pues, eso podía llegar a demorar tres días, que era más doloroso, entonces, qué era mejor: programar la cesárea. Y llegó una jefe que fue la que oró con nosotros y, pues, nos dio ánimo que teníamos un hijo y pues sí, esa era la motivación: que pensáramos en el niño; que no solo era la niña que estaba en el vientre. Ya, en el momento en que ella ingresó a la cirugía, más exactamente, la enfermera que está ahí en el bloque de servicio, si uno pregunta, que ¿qué pasó?, no que ya está en proceso, que espere que ya, que tenga paciencia, al menos nos respondían y algo de tranquilidad daba.

*Humanización en la atención:* Desafortunadamente, entiendo que por el estrés que manejan ellos, tratan de hacer lo mejor posible, pero, hay momentos en que deberían tratarlo a uno más humanamente. Que se le muera a uno un hijo es muy difícil y que ellos lo llaman “feto”; yo les discutía, les dije me da mucha pena doctora, ella es un ser humano, me dijo: ino, mientras no haya nacido es feto!, bueno, entonces el feto que ellos dicen medicamente era mi hija y eso lo deberían sentir y comprender.

*Atención ideal:* Un trato más humano, que la atención sea equitativa, que no haya discriminación, los dos somos los padres. Que dieran algo así de pronto por la psicóloga, o alguien para orientarlo, mire: lo más conveniente, es hágalo así o hay que hacer este paso, la tramitología que hay que hacer. Dejarlo para hacer estudios, pueden preguntar, pero, pregunten una vez, uno dice sí o dice no y ¡ya!, no vuelvan a seguir preguntando.

*El duelo en soledad:* La psicóloga llegó a decirnos que, de pronto nos iba a llamar, ¡pero no!, desde que nosotros salimos de allá ¡nunca más! nos dijeron que nos iban a llamar, que iban a estar pendientes, pero no, eso desafortunadamente se quedó allá en sus carpetas y en mi necesidad de hablar con alguien.

RELATO 2: “Mi primer bebe: tenía la ilusión que sucediera un milagro”

## Experiencia de la pérdida

*Sentimientos ante la pérdida:* Tengo 38 años, es mi primer bebé, fue planeado, lo pensamos para diciembre; y el sentimiento, digamos más claro en ese momento, es impotencia de no poder hacer nada, en nuestro caso, el bebé llegó vivo al hospital y que te digan ino, tenemos que sacarlo, que ya no hay nada que hacer, entonces es la impotencia de decir venga ayúdenos, yo sé que hay algo, en fin; uno no se las cree todavía de isí se va a morir! uno tenía la ilusión que sucediera un milagro que naciera vivo.

*La pérdida como un suceso inesperado:* En los exámenes todo salió bien, el embarazo, inicialmente, que era de alto riesgo por antecedentes familiares de hipertensión, a ella le dio muy duro, las náuseas, todo el embarazo, pero los doctores dijeron que era normal. Alarma nunca hubo, tal vez, nuestro error fue, no entender bien las señales que el bebé nos mandó, porque a ella le dieron dolores un día antes en la espalda, nunca le dieron en el vientre sino en la espalda.

*Afrontando la decisión de verlo:* El interno (médico) no la quería dejar ver, por cosas de psicología tal vez, de decir que de pronto nos iba a afectar más; pero una madre siempre quiere ver a su bebé y pues, sí lo pudimos ver, no sabe uno cómo reaccionar en su momento, tal vez, si lo hubiéramos alzado, tal vez, si lo hubiéramos podido tener entre los brazos, tal vez nos hubiera dado más duro, pero sí lo pudimos ver, y nos dieron esa posibilidad, fue en medio de todo, tener esa satisfacción de que él venía completo y venía bien.

*El ritual como un acto de amor:* Le hicimos un bautismo espiritual, nosotros como católicos, siempre nos queda ese miedo de que un bebé muera sin ser bautizado, entonces, eso es como un peso que también lleva uno esos días; el bebé se murió ¿qué pasó con su espíritu? se le dio un nombre al bebé, se bautizó y esperamos que este angelito esté en el cielo. Aunque lo del sacerdote y el bautizo es algo que decían nos libera de una carga; a uno como padre, le duele mucho, pero el dolor que sufre una madre al recordar es muy duro. Mandamos a hacer un

angelito en porcelana y le pusimos una placa con su nombre y está allá en un altar en la habitación, y es como verlo ahí y decir él está con nosotros, mirar al angelito nos da fortaleza.

## **Momentos y situaciones que dejan huella**

*Decisiones posteriores a la pérdida:* El personal no me dio una clara orientación eran esquivos al tema, porque nosotros preguntamos y nos decían: ¡lo que ustedes quieran hacer!, pero, así que nos aconsejaron, les toca hacer esto y eso no, nos dijeron si ustedes lo mandan a estudio no lo vuelven a ver y si lo quieren llevar, búsquense una funeraria y que venga y lo recoja, recuerdo que eso nos lo dijo una enfermera.

*Atención diferencial ante un dolor compartido:* Ya es generalizado que las personas se focalicen más en la mamá que en el papá, porque va a sufrir más, la ginecóloga me sacó de la sala para introducir los dedos y romperle la bolsa amniótica y esa parte no me gustó, porque los dos somos los que estamos dando a luz o vamos a tener un bebé, pero, del resto fueron muy amables, el ginecólogo que entró después, fue él que nos asesoró y nos dijo, tranquilos, le dijo a ella, compréndalo a él también, porque a veces pareciera que al hombre no le duele; pero, uno siente muchas cosas que no puede expresar.

## **Relación con el personal de salud**

*El estar y acompañar como un acto de cuidado:* Habían unas enfermeras que sí nos decían, mira pues yo sé que es muy doloroso, pero confía mucho en Dios, entonces como que sí nos daban el apoyo que necesitábamos, pero habían otras que en cambio decían como que ya no se puede hacer nada, ya pues resignarse; la jefe también era creyente y, pues, nos ayudó mucho, nos habló mucho de Dios, de estar unidos, fue muy buena con nosotros y tuvo condescendencia y nos dejaron en otra sala, nos dejaron solitos, para tener nuestro duelo aparte.

*Humanización en la atención:* Una atención más rápida a las mamás gestantes. Uno espera, por ejemplo, que los papás se mueran porque es algo natural, pero que se le muera a uno un hijo, es muy difícil. Me

pareció muy bueno que me dejaron entrar, que yo pude acompañarla a ella. Yo sé que el estrés que se maneja es alto, pero uno siempre debe ponerse en los zapatos de los demás.

Atención ideal: Sean más humanos, nunca pierdan ese sentido de que a esa persona le duele, y con este tema de muerte prenatal, es un consejo o algo que me parecería bonito que tuvieran un contacto de un padre en ese momento, que lo aconsejara espiritualmente, porque uno necesita mucho apoyo de Dios, eso lo llenaría a uno más de tranquilidad. No piensan un poquito en el dolor del otro, y dicen cosas tal vez digámoslo realistas, ser crudos, ser fuertes, pero no ven que la otra persona tal vez, puede ser muy sensible, uno necesita es apoyo, frases de aliento, nunca desanimar a la persona. Por otro lado, según el triage, las mujeres embarazadas tienen el triage número 1, entonces debería ser inmediato.

*El duelo en solitud:* Perder un bebé, eso es algo que no se puede comparar con nada; es más, por ejemplo, que dicen: ¡no es que los padres no sienten!, yo me enfermé, me dio algo llamado costocondritis, del mismo estrés, de no poder dormir, de no poder estar tranquilo, porque uno no sabe cómo apoyar a la mamá, uno no sabe qué palabras decirle, uno no sabe cómo apoyarla, si la abrazo, se va a sentir mal, si la dejo llorar, si no la dejo llorar; y al mismo tiempo uno no tiene el apoyo ni seguimiento psicológico ni de salud que lo reconforte y ayude.

Para contextualizar la experiencia de la pérdida, los participantes del estudio describieron sentimientos producidos como la impotencia, dolor, incertidumbre, ilusión de un milagro y atribución a fallas humanas y médicas; estos resultados son consistentes con los de González et al. (17), en los cuales se evidenció un sentimiento desbordado por el dolor de su pareja; por lo que asume su duelo y su sentir en secreto y solitario; lo que lleva a que su impotencia se dirija en un primer momento hacia el personal de salud asignado que alguien pudo haber cometido un error (18).

De igual manera, para los padres participantes, la pérdida se dio como un suceso imprevisto ante una gestación que transcurría normal; según del Mar, M. (19). El resultado deseado y esperado de todo embarazo es el nacimiento de un niño vivo y sano, estas expectativas se verán

truncadas por la muerte perinatal, evento que transitan los padres como una experiencia traumática, que involucra la pérdida de la esperanza, de los sueños, del futuro y de la trascendencia de ambos padres. Con el niño que fallece, también lo hacen una serie de promesas que no van a poder ser vividas por los padres, ya que no solo muere el hijo o hija, sino, todo aquello soñado en relación con este y su vida familiar (20 - 21).

Figueras (21), propone llevar a cabo un ritual de despedida que le permita a los padres, iniciar un reconocimiento de la pérdida; los participantes del estudio desde la dimensión espiritual y religiosa, realizaron el ritual como un acto de amor con sus hijos; con el deseo de mantener vivo su recuerdo, el temor a que su hijo no quede en el olvido y pueda estar junto al Creador, como uno de sus ángeles. Lo descrito, guarda relación con la literatura, en la que se creía que los niños muertos sin bautizar, iban al limbo, por lo que el entierro se realizaba sin oficio religioso, ante pocos familiares y en ausencia de la madre (18); la creación de recuerdos que permitan tener un contacto simbólico con el niño como fotografías de la gestación, huellas dactilares, el cordón umbilical, pulseras del hospital, mechones de pelo, ropa, cartas de amigos marcan momentos de transición en la vida de los padres y ayudan a digerir los cambios (20).

Las guías clínicas respaldan las prácticas que ayudan a los padres a desarrollar un vínculo con el bebé (22); en el estudio realizado por Cala y otros, los padres agradecían que el personal les hubiera recomendado tomar fotografías, mantenerlo en brazos, ofrecer la posibilidad de bautismo y vestirlo; estos momentos dieron la oportunidad de crear recuerdos con su hijo, desde la empatía y el respeto del personal frente al ritual y creencias de los padres para honrar la memoria de su ser amado (23).

Los padres del estudio, afrontaron la decisión de ver a su hijo; la literatura describe el sufrimiento de los padres frente a la muerte de un hijo en 1959, a partir de ese momento y, durante décadas, a los padres no se les permitía conocerlo debido a la creencia de que "el dolor podía prevenirse si no se forman vínculos"; en 1982, ocurre un cambio, cuando Kirkley-Best y Kellneren, citada por Arande et al. (22), criticaron dichos métodos y recomendaron otro tipo de procedimientos, tales como: grupos de apoyo, ver al bebé muerto, interaccionar con él y ponerle

nombre. Estas prácticas tienen como objetivo, reforzar los lazos de apego y ayudar a los padres a crear recuerdos sólidos del niño; de esta manera, a los padres que se les ofrece conocer a sus hijos, expresan alegría, tranquilidad y a un gran porcentaje, le gustaría poder disponer de más tiempo para estar en contacto físico y amoroso con su hijo (20, 23).

No obstante, la experiencia de conocer y tener en brazos al hijo, dependerá de la decisión personal de cada padre, de su sensibilidad y emocionalidad, por lo que el llamado está dado al personal de salud, para contar con las herramientas e informar al padre sobre la posibilidad de conocer y estar con su hijo en un ambiente que mitigue experiencias de frustración y shock y, permita dar paso a la elaboración del duelo (20).

Los momentos y situaciones que dejan huella en los participantes, fueron las decisiones posteriores a la pérdida, relacionadas con la disposición del cuerpo de su hijo, la orientación y acompañamiento por parte del equipo de salud. Para Ridaura (24), cuando ocurre la muerte perinatal de un hijo, los padres tienen que tomar decisiones que nunca se habían planteado, como, ver o no al hijo, inducir el parto o esperar un tiempo, si ello es posible y, realizar autopsia o no. Estas decisiones, condicionan la evolución del duelo y los profesionales de la salud, pueden facilitar parte del proceso, ofreciendo un espacio donde expresar las emociones, brindando la oportunidad e información a los padres de decidir de manera tranquila aspectos como: el desencadenamiento del parto, quién acompañará a la mujer, la oportunidad de despedirse del hijo, el procedimiento para retirar el cuerpo de la institución. Lo expuesto en la literatura y lo expresado por los participantes, discrepa, al evidenciar en los padres del estudio, la falta de información, orientación, empatía y acompañamiento por parte del personal de salud frente a la disposición del cuerpo de su hijo, a quien espera se resignifique más allá del concepto y manejo técnico que la institución otorga al feto u óbito.

Según, Cala y Hernández (23), la importancia de la tanatología, radica en promover una atención humana, sensible, invitar a intervenciones integrales contextualizadas, plantear la necesidad de abrir espacios de salud, para que los padres no se sientan tan solos, olvidados y desprotegidos; la atención diferencial ante un dolor compartido, la

proponen padres que se han sentido violentados por un sistema de salud que presenta unos protocolos mínimos, rígidos y generalizados, que invisibilizan al papá y lo asumen como un acompañante y responsable de la madre frente a procedimientos administrativos, olvidando que la gestación y su fruto, es un proceso de dos seres humanos. El no tener presente al progenitor en su proceso de pérdida y dolor, ha llevado a que la sociedad lo ignore, prestando atención exclusiva a la madre, otorgándole el ser fuerte para su pareja e invalidando su sentir (21).

La percepción de los padres con la relación con el personal de salud, reconoce el acompañamiento y el acto de cuidado del personal de enfermería y propone la humanización y la atención ideal para el padre que transita la pérdida perinatal y su duelo en soledad. Para Lopera (25), a medida que las enfermeras comprenden su función profesional y humana, identifican como una de sus funciones en el proceso de muerte, el acompañar al paciente y a sus seres queridos, aunque existan momentos en los que la enfermera no se siente lo suficientemente capaz para afrontar el intenso dolor de la escena de la pérdida. El acto de cuidar, es acompañar, es decir, "caminar al lado del paciente, compartir los pensamientos sin confundirse con él, es arriesgarse hasta el punto en que uno se pregunta quién acompaña a quién, es reconocer, en tanto que cuidador, que el enfermo le enseñe, le transmite, le forma" (26). Algunas de las intervenciones de cuidado que realizan las enfermeras con los padres, tienen como objetivo permitirles el afrontamiento a partir de la escucha y estrategias religiosas, culturales o personales (27).

La humanización y la atención ideal desde el abordaje de los participantes, evidencia la falta de programas de intervención y acompañamiento emocional ante la muerte de un feto, en el transcurso o al final de la gestación como parte ineludible del tratamiento clínico a los padres y, en aquellos en los que ya existen programas de apoyo emocional para el duelo perinatal, solamente, se contempla a la mujer para brindar este soporte, mientras que, los hombres siguen estando excluidos (17). El apoyo brindado por los profesionales de la salud, es un factor de gran importancia en el proceso de duelo de la familia y su función se basa en actuar como guías, que, contribuyan a la toma de decisiones debido a la complejidad de la situación, además de proveer la información que soliciten los padres (28). Por lo tanto, es necesaria la elaboración

de guías basadas en la evidencia, la formación de los profesionales, la concienciación del entorno hospitalario y la creación de redes de trabajo multidisciplinarias, que reconozcan la pérdida perinatal como un proceso en el que los actores son dos seres humanos que requieren de la misma atención y cuidados (28 - 29) sin abordar al padre, como a un acompañante más, en el que recaen los trámites administrativos, así como el atribuirle ser fuerte, valiente para su pareja, olvidándose y olvidándolo como progenitor del hijo que murió.

En la actualidad, el duelo perinatal, se reconoce como un evento traumático que desencadena síntomas psicológicos y que tiene consecuencias psicosociales importantes; no obstante, en muchas ocasiones, sigue siendo un duelo que se vive en soledad, especialmente, en los hombres (17). Para Cala y Hernández (23), elaborar y afrontar el duelo "significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia"; pero, en muchas ocasiones, se convierte en un duelo desautorizado, no reconocido a nivel social ni familiar; lo que lleva a que el padre se autoimponga el rol de ser el soporte emocional de su pareja, difiriendo entre el estar compensado emocional y físicamente y la realidad de su sentir emocional que vive en silencio y que se acompaña de procesos patológicos que el personal de salud no relaciona con la muerte de su hijo (29 - 30). Ante la falta de acompañamiento a los padres durante y tras el alta hospitalaria, se evidencia la necesidad de reconocerlos, comprenderlos y apoyarlos para elaborar su duelo, disminuir la culpa y propiciar mayor comprensión frente al dolor.

## Conclusiones

La percepción que tiene el padre que transita con pérdida perinatal a partir de la reconstrucción del relato, es el resultado de la vivencia de cada uno en el entorno hospitalario y fuera de este, en el que la experiencia de la pérdida se relaciona con momentos que dejaron huellas y en los cuales participó el personal de salud, desde su relación y atención, el cual sigue invisibilizando y desconociendo al hombre que paterna.

La forma de transitar la pérdida y el periodo de duelo del padre, parece estar mediado por los roles culturalmente asignados por la sociedad y el equipo de salud, en el que los hombres son los que dan el apoyo emocional a sus parejas y se encargan de los trámites administrativos de la hospitalización de la madre y disposición final del hijo, lo que puede hacer que se invalide su dolor, así como sentimientos de rabia, frustración, vacío, soledad y se convierta en un foco de conflictos psicológicos y físicos.

El apoyo por parte del equipo de salud desde la comunicación verbal y no verbal, relacionada con la noticia de la pérdida, el proceso de parto, el conocimiento del hijo y su disposición final, tiene una función determinante e importante, puesto que, estará marcando en el padre el comienzo de su duelo y la manera en que este lo afronte.

Se requiere conseguir a nivel institucional y social, que la pérdida perinatal adquiera un estatus similar al fallecimiento de un niño o un adulto, relacionada con los cuidados e intervenciones con los padres y al trato digno con el cuerpo.

Es clara la necesidad de una guía o protocolo que oriente la práctica clínica frente a la atención que se debe brindar al padre, desde su individualidad y subjetividad familiar. La revisión de la literatura y los resultados del estudio, proponen cuatro intervenciones que se deben brindar al padre con pérdida perinatal:

- Capacitación del equipo de salud en proceso de muerte y duelo, que les permita contar con estrategias de afrontamiento, habilidades comunicativas, alta sensibilidad y reconocimiento y re-significación del padre y el hijo (feto); el primero, como actor y progenitor y el segundo, como ser humano.
- Comunicación terapéutica encaminada para informar la causa de la pérdida, condición de salud de la pareja, así como procedimientos a realizar, aconsejar y acompañar en la disposición final del cuerpo del hijo.

- Permitir el duelo desde el reconocimiento del dolor del padre y la posibilidad de realizar rituales para conocer y despedir a su hijo.
- Grupos de apoyo social y multidisciplinario, que inicien en el ámbito clínico y continúen después del alta hospitalaria, en la que se integre a la pareja y familia, así como a padres que transiten con pérdidas, en los cuales desde la oralidad puedan elaborar el duelo y dar sentido y significado a la pérdida; estos grupos, tienen el objetivo de hacer seguimiento psicológico, social y físico.
- Los resultados del estudio, llevan a proponer la continuidad de la investigación a partir de la percepción que tiene el equipo de salud frente a la pérdida perinatal y que transita el padre, dado el escaso abordaje que se encuentra en la literatura; así como el aporte al diseño y construcción de servicios incluyentes, que surjan a partir de perspectivas y vivencias de los actores que atienden y cuidan el proceso de gestación de la pareja que materna y paterna.

## **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## **Agradecimientos**

En memoria del amigo y compañero David Francisco Franco Callejas (q.e.p.d), quien inició este trabajo junto a nosotros. Como limitaciones en el presente estudio, se encontraron pocas investigaciones y literatura que abordara la pérdida perinatal desde la perceptiva o vivencia del padre, razón por lo cual, se retomó la disponible.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. [Internet]. [consultado 18 de abril de 2019] Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/12/17-206631-ab/es/>
2. Martos-López IM, Sánchez-Guisado M del M, Guedes-Arbelo C. Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado = Bereavement for perinatal death, unauthorized bereavement. *Rev Esp Común Salud* [Internet]. 28 de noviembre de 2016 [citado 31 de julio de 2022];00:300-9. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3454>
3. Burden et al.. From grief, guilt pain and stigma to hope and pride—a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016; 16(1), 9. DOI 10.1186/s12884-016-0800-8
4. Instituto González, C. M., Calva, E. A., & López, M. E. G. El hombre frente al embarazo y la pérdida perinatal: una breve revisión teórica. *Rev. Alternativas en Psicología*. [Internet]. 2017 [citado 2020 Nov 05]; 21(38), 43. Disponible en: <https://www.alternativas.me/attachments/article/154/Alternativas%20en%20Psicolog%C3%ADa%2038%20>
5. Nuzum, D., Meaney, S., & O'Donoghue, K. The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study. *PLoS ONE*. 2018; 13(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191635>
6. Kingdon C, O'Donnell E, Givens J, Turner M. The Role of Healthcare Professionals in Encouraging Parents to See and Hold Their Stillborn Baby: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *PLoS One*. 2015; Jul 8;10(7):e0130059. doi: 10.1371/journal.pone.0130059. PMID: 26154302; PMCID: PMC4495992.

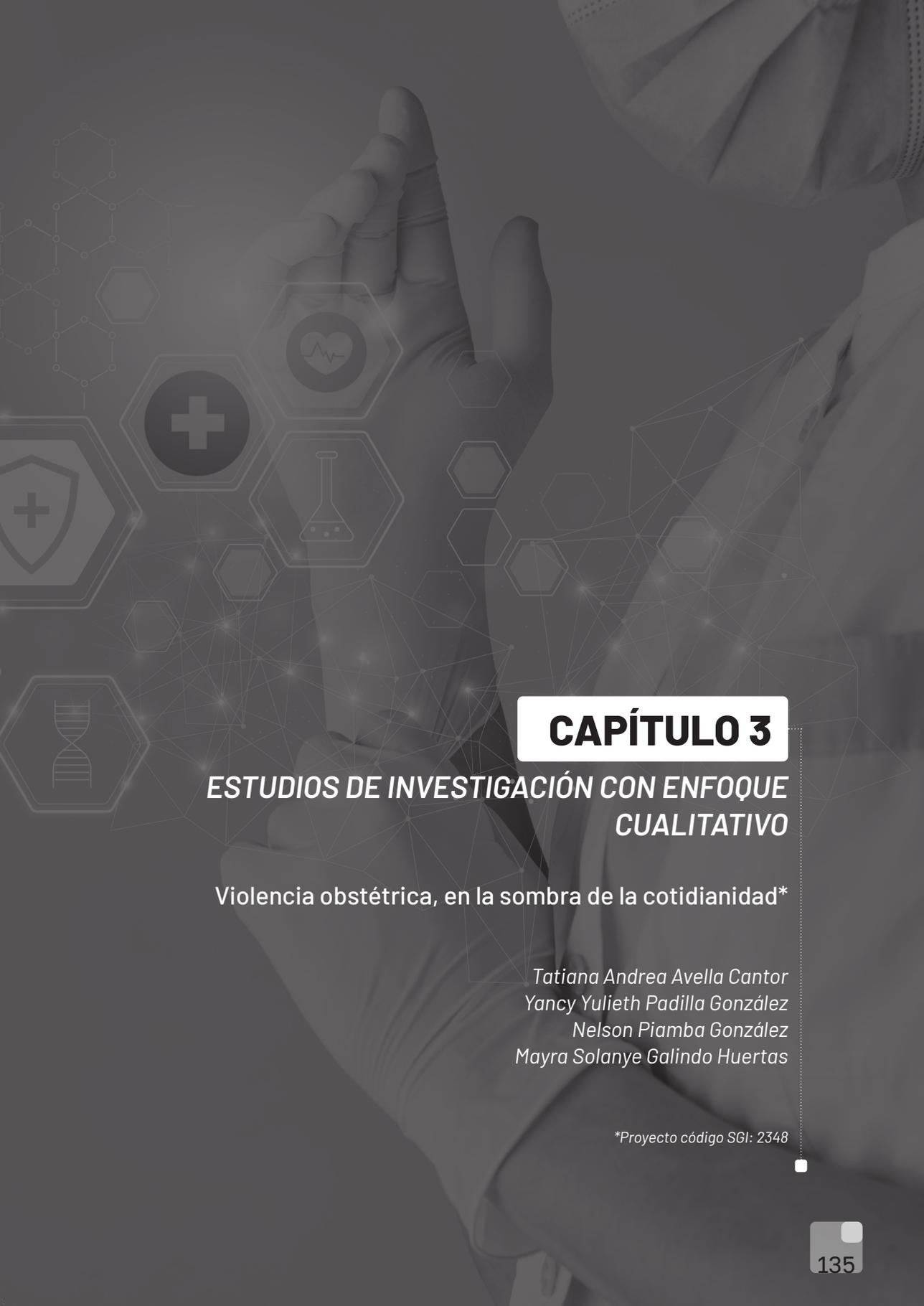
7. Due, C., Chiarolli, S., & Riggs, D. W. The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*. 2017; 17(1), 380 <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1560-9>
8. Ujda RM, Bendiksen R. Health Care Provider Support and Grief after Perinatal Loss: A Qualitative Study. *Illness, Crisis & Loss*. 2000;8(3):265-285. doi:10.1177/105413730000800304
9. Ortiz, N. Y. N., & Ruiz, C. P. La situación de enfermería: "un milagro de vida" en la aplicación integral del concepto de duelo. *Avances en Enfermería*. 2014; 32(2), 306-313. ID: lil-726782
10. Villarraga L. Cuidado de enfermería ante la pérdida materna y perinatal. *Av. enferm.* [Internet]. 1998 [citado 2 de marzo de 2020];16(1-2):23-9. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16355>
11. Dávalos, C. S. M. El profesional de enfermería ante el duelo por muerte perinatal. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*. 2018; 3(1), 10-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.29033/ei.v3n1.2018.03>
12. Padrón Guillen, J. La estructura de los procesos de investigación. *Rev. Educación y ciencias humanas*. 2001; 9(17):33-38. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/277249442\\_LA\\_ESTRUCTURA\\_DE\\_LOS\\_PROCESOS\\_DE\\_INVESTIGACION](https://www.researchgate.net/publication/277249442_LA_ESTRUCTURA_DE_LOS_PROCESOS_DE_INVESTIGACION)
13. Acosta Rodríguez, M. El método biográfico y el aprendizaje de las ciencias experimentales. Una perspectiva teórica viable en las ciencias sociales. *Rev. Teacs*. 2011; 8(6): 79-90. Recuperado de: <http://www.ucla.edu.ve/dac/revistateacs/articulos/Rev8-Art6-AcostayOtros.pdf>
14. Amezcua, M. Hueso Montoro, C. Cómo analizar un relato biográfico. *Arch Memoria*. 2009; 6(3). Recuperado de: <http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863.php>

15. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008340 de 1993, octubre 4, 1993. Por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Colombia: El congreso, 1993.
16. Ginebra. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002.
17. González, C. M., Calva, E. A., & López, M. E. G. El hombre frente al embarazo y la pérdida perinatal: una breve revisión teórica. *Rev. Alternativas en Psicología*. [Internet]. 2017 [citado 2022 dic. 23]; 21(38), 43. Disponible en: <https://www.alternativas.me/attachments/article/154/Alternativas%20en%20Psicolog%C3%ADa%2038%20-%20Agosto%202017%20-%20Enero%202018.pdf#page=43>
18. López García de Madinabeitia Ana Pía. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2011 Mar [citado 2022 Dic 23]; 31( 1 ): 53-70. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es)
19. María, Isabel; del Mar, María. Atención a la pérdida perinatal, una asignatura pendiente. *Nursing* [Internet]. 2009 [citado 2022 Dic 23]. 19(1), vol. 65, p. 2532-2541. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/082.pdf>
20. Fernández-Alcántara Manuel, Cruz-Quintana Francisco, Pérez-Marfil Nieves, Robles-Ortega Humbelina. Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. *Index Enferm* [Internet]. 2012 Jun [citado 2022 Dic 23]; 21( 1-2 ): 48-52. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962012000100011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100011&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011>.

21. Figueras Uranga, Itxaso. Cambios en la mitología de la pareja que ha vivido una pérdida perinatal. Rev REDES [Internet]. 2015 [citado 2022 Dic. 22]. (32). Disponible en: <http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/5/101>
22. Arande Ortega Mónica. Sánchez Seiz Manuel. Sánchez Sánchez Diana. Información y consejería en el duelo perinatal. Rev. Latín [Internet]. Perinat. 2019 [citado 2022 Dic 22]. 22(3). Disponible en: [http://revperinatologia.com/images/2\\_RLP\\_Vol\\_22\\_3\\_2019.pdf](http://revperinatologia.com/images/2_RLP_Vol_22_3_2019.pdf)
23. Cala, M. L. P., & Hernández, L. F. A. Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. Arch de Med [Internet]. 2019 [citado 2022 Dic. 23]. 19(1), 32-45. Disponible en: <https://revistasum.umanizales.edu.co/proofs/index.php/archivosmedicina/article/view/2853/4848>
24. Ridaura Pastor, I. (2015). Estudio del duelo perinatal: interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales. Universitat Autònoma de Barcelona,. Disponible en: [https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl\\_10803\\_295973/irp1de1.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl_10803_295973/irp1de1.pdf)
25. Lopera Betancur, MA. (2016). Acompañar en la Muerte es un Pilar del Cuidado, una Dolorosa Obligación y un Dilema. Ciencia y enfermería, 22(1), 65-74. DOI: 10.4067/S0717-95532016000100006 [
26. Muñoz Devesa Aarón, Morales Moreno Isabel, Bermejo Higuera José Carlos, Galán González Serna José María. La Relación de ayuda en Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2014 Dic [citado 2022 Dic 23]; 23( 4 ): 229-233. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000300008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300008>.
27. Marrero González Cristo Manuel, García Hernández Alfonso Miguel. Vivencias de las enfermeras ante la muerte. Una revisión. Ene. [Internet]. 2019 [citado 2022 Dic 23]; 13( 2 ): 1321. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2019000200001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200001&lng=es). Epub 21-Oct-2019.

28. Durán-Flórez, M. E., & Casallas-Murillo, D. M. (2019). Duración del cumplimiento de la guía en salud mental para atención de duelo perinatal en el ámbito hospitalario. *Psicología y salud*, 29(1), 91-102.
29. Morillo, I. M. (2019). Vivencias de un padre ante una pérdida perinatal. Lo que la sociedad calla. *Archivos de la Memoria*.
30. Lemos, LFS y Cunha, ACBD (2015). Concepciones sobre la muerte y el duelo: experiencia femenina sobre la pérdida del embarazo. *Psicología: ciencia y profesión*, 35 (4), 1120-1138. disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/23dc/fe89be470764aa6581e3e6d1e830ebceec64.pdf>





## **CAPÍTULO 3**

### **ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CON ENFOQUE CUALITATIVO**

**Violencia obstétrica, en la sombra de la cotidianidad\***

*Tatiana Andrea Avella Cantor  
Yancy Yulieth Padilla González  
Nelson Piamba González  
Mayra Solanye Galindo Huertas*

*\*Proyecto código SGI: 2348*



## Introducción

La fecundidad y la maternidad, hacen parte de una etapa de la vida de algunas mujeres en las que se ha naturalizado el subsumir al orden médico. Estas maternidades intervenidas, se desarrollan en su gran mayoría, en torno de saberes científicos occidentales modernos, capitalistas, diseñados para su regulación y control de los cuerpos (1). Esta subordinación, trae consigo procesos de dominación, en los que el ejercicio del poder médico se traduce en procesos violentos contra las mujeres durante este periodo de sus vidas (2).

La violencia contra las mujeres representa un problema mundial, que tiene un impacto general sobre la salud física, las estimaciones publicadas por la Organización Mundial de la Salud – OMS, indican que, alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo, han sufrido violencia física o sexual, de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida (3). La violencia basada en el género, tiene impacto en todos los ámbitos de vida de las víctimas; sin embargo, a menudo no es reconocida y se acepta como parte del orden establecido (4).

La violencia obstétrica o violencia ejercida sobre una persona durante su proceso de gestación y parto, es catalogada como una forma de violencia de género y de violación a los derechos humanos de las mujeres, que, al igual que otras violencias contra las mujeres, pasa desapercibida, dada la naturalización del poder-saber médico y, la creciente tecnificación del proceso de gestar y parir(1). “En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en

centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación”(4).

Este fenómeno puede estar influenciado, aunque no justificado, por las condiciones que implica ser un burócrata de calle, en el decir de Buchely Ibarra (5), en la que el personal de salud, asume la tarea de sostener el sistema o hacer que este funcione, pese a la precariedad, las jornadas extenuantes y falta de insumos necesarios. Ante esto, el personal de salud “genera estrategias de coping en su trabajo a través de la rutina. El racionamiento de los servicios, la transferencia de responsabilidades a las pacientes, el apego a la regla y las agresiones” (6) y condiciones estructurales que propician prácticas de baja calidad en la atención obstétrica que pueden derivar en una negligencia en la atención en salud y consecuentemente en expresiones de violencia institucional (7).

En 1960, surge como parte del activismo feminista, la lucha por la defensa del parto respetado y los derechos de las mujeres durante la atención perinatal, a través del concepto de *Violencia Obstétrica*. “La lucha en contra de la violencia obstétrica en América Latina, comenzó en 1990, con los esfuerzos de activistas para divulgar prácticas basadas en evidencias respecto al cuidado materno infantil” (8). Estos esfuerzos se respaldaron en un documento de la OMS en 1996 (cuidados en el parto normal; una guía práctica), que advierte del peligro de convertir un suceso fisiológico normal, en un procedimiento médico.

Así, los esfuerzos del sector salud para revisar y alertar sobre este suceso, se respaldan posteriormente en la normatividad y más exactamente, en la legislación de la violencia obstétrica y la visión de este fenómeno desde una perspectiva de género (9-10). En América Latina, la primera norma nacional, se da a través de la Ley Orgánica, sobre el derecho de las mujeres a una vida sin violencia, sancionada en Venezuela y publicada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el año 2006, en el que se le definió a la violencia obstétrica como, “La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales,

trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (11).

En Colombia, existe desde 2008, la Ley 1257 «Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres...» a través de esta, se busca garantizar a las mujeres una vida libre de violencia, en el ámbito público y privado y, permitir el acceso a procedimientos administrativos, judiciales para su protección y adopción. Sin embargo, la ley no contempla la violencia obstétrica, ni la violencia institucional entre la tipificación de daños a las mujeres, por lo cual, se sancionó la Ley 2244 del 11 de julio de 2022, que busca reconocer a las madres, padres, hijos e hijas, como los protagonistas y disminuir o evitar las prácticas invasivas y, el uso de medicamentos no justificados en un proceso natural, todo, con el fin de bajar la mortalidad por causas relacionadas con el embarazo y el parto; siendo esta ley la apuesta de Colombia, para visibilizar y eliminar la violencia obstétrica.

Pese a los esfuerzos de cada país latinoamericano y a nivel mundial, en 2016, un informe de la CEPAL (12), afirma que, en América Latina, el seguimiento a los procesos de gestación y parto, han impactado favorablemente en el indicador de la mortalidad materna; no obstante, la calidad de la atención, en especial, en los aspectos de trato digno o no cruel a las mujeres durante esta fase de su vida, se mantiene como un problema no visibilizado, en ocasiones oculto o negado, por la implicación que tiene el personal de salud y el temor a perder autoridad o libertad de acción, durante la atención prestada en las instituciones o de que este tipo de iniciativas criminalicen la atención médica (13).

Así mismo, de acuerdo con el informe de la iniciativa de monitoreo social “Mira que te miro” de 2017 (14), menos de la mitad de los países en América Latina, cuentan con mecanismos adecuados para atender quejas por violencia obstétrica, por lo que, conocer con exactitud la complejidad del problema, continúa siendo un reto, además que se presente la necesidad de que el personal de salud sea capacitado en

competencias ciudadanas y derechos humanos, para garantizar una atención humanizada, especialmente durante los procesos ginecoobstétricos de las mujeres (15).

En respuesta a lo anterior, el Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva, para el 2020, reporta los hallazgos de la primera gran encuesta adelantada por el colectivo Matria Guardianas del Parto sobre violencia obstétrica en América Latina y de la que los datos más significativos se citan a continuación:

“[...] 6 de cada 10 mujeres se sintieron incómodas, ofendidas o humilladas durante una consulta ginecológica o prenatal. [...] Además, un 38% experimentó amenazas, insultos o coerción por parte del personal sanitario y un 49% de las mujeres experimentó en algún momento sentimiento de infantilización, uso de sobrenombres o diminutivos. Al 54,6% de las mujeres les negaron la ingesta de alimentos y bebidas durante el parto, la cesárea o el aborto.

El 50.7% de las mujeres manifestó que sintió que se cambió el transcurso natural del parto por conveniencia del personal sanitario. Un 40% de las mujeres manifestó que recibió uno o varios procedimientos sin haber otorgado el consentimiento o haber recibido explicación de la necesidad de estos” (16).

Pese a esto, tal como lo expresa Lavy (17), la violencia obstétrica, es una “problemática relativamente invisible y para la que no hay estadísticas... Lo que sí hay son historias”, por lo tanto, un compromiso pendiente en el país y que resuena para toda América Latina, es señalar esta violencia, visibilizarla, reconocerla y significarla en la cotidianidad, no solo de las mujeres que la sufren, sino en la de todos los seres humanos, como parte del compromiso y llamado de Michel Odent, varias veces citada “Para cambiar el mundo primero hay que cambiar la forma de nacer”(18).

Una estrategia de reconocimiento, desnaturalización, visibilización y denuncia de la violencia obstétrica, ha sido su representación a través de dos dispositivos: las historias y las imágenes; la primera, cargada de una fuerte sensibilidad que ha permitido evidenciar patrones de

acciones, omisiones y palabras usadas con frecuencia por el personal de salud hacia las mujeres; la segunda, en cambio, ha venido desarrollando simbólicamente un arquetipo de acciones, personajes y escenarios que dan paso a múltiples interpretaciones que están escasamente develadas.

Las imágenes guardan significados y discursos con alta potencialidad de representación, “el ser humano se caracteriza por vivir en un universo simbólico” (19) y, por lo tanto, la significación que los humanos le dan a las circunstancias y sus representaciones responden a una convención socialmente aceptada. En esta medida, las imágenes reales o simbólicas que representan la violencia obstétrica, entrañan en sí, un universo de significados que se reproducen socialmente, dinámicos e inscritos tempo-espacialmente, que pueden ser usados como objeto de denuncia o como elemento de naturalización. Así, las imágenes sobre violencia obstétrica, responden a un hecho histórico y social, que guardan significados para quienes las producen y para quienes las observan (20).

Por lo anterior, nos preguntamos ¿cómo se ha visibilizado la violencia obstétrica en América Latina?, razón por la cual, este texto buscó develar cómo se representan las prácticas violentas ejercidas a las mujeres en el proceso del parto a través del análisis de las imágenes que circulan en internet sobre el fenómeno, descubriendo cuál es su fuerza de denuncia, visibilización y posible sensibilización ante la problemática.

Es importante resaltar el papel de los profesionales de enfermería frente a la abogacía (21), es decir, frente a la responsabilidad y principio profesional de “defender los derechos humanos, informar y asesorar [acompañar] la toma de decisiones, promover el bienestar, la autonomía y protección de [las personas] los pacientes, independientemente de la situación de vulnerabilidad en la que se encuentren” (7); y también, resaltar la responsabilidad de las enfermeras<sup>1</sup> en someter siempre su práctica a procesos de reflexividad (22), tendientes a ejercer cuidados pertinentes, desde los enfoques de derechos y de género, capaces de responder a las necesidades de las personas.

---

1 En adelante, me referiré a las mujeres, enfermeras, investigadoras, hijas y en esta decisión de economía del lenguaje dejo incluidos a los varones.

## Metodología

Esta investigación se desarrolló, bajo una metodología documental, descriptiva; mediada por la aplicación y combinación de métodos y técnicas como análisis documental y de contenido, técnicas narrativas de la imagen, método iconográfico. El método iconográfico usado fue el propuesto por Panofsky, que establece tres niveles de interpretación: - “el contenido temático natural o primario en el que se refiere a la descripción elemental de los motivos artísticos, teniendo en cuenta su carácter de meros objetos naturales - hombres, animales, plantas, o percibiendo sus cualidades expresivas más inmediatas, dolor, llanto, alegría; se refiere a los significados primarios y el nivel constituye la descripción pre iconográfica de la obra de arte o de la imagen. -El contenido secundario o convencional que consiste en relacionar lo artístico con temas y conceptos, en otras palabras, identificar el tema que se quiere transmitir, este nivel se denomina iconográfico. -Y, por último, tenemos el significado intrínseco o contenido que pone en relación el tema representado con su significado profundo, que tiene relación con preferencias políticas, poéticas, religiosas, filosóficas y culturales que esconden la imagen, son realidades implícitas que se develan en el nivel iconológico” (23, 24).

Para este proceso, las unidades de análisis fueron imágenes reales, la búsqueda se realizó en Google Imágenes© considerado como un metabuscador de imágenes y un importante comienzo para el estudio documental dada su alta capacidad de representatividad al ser una colección amplia del tipo de datos que busca este tipo de investigaciones; el uso de estas fuentes, requiere tanto como para un artista como para un investigador iconográfico, “generar procesos de extrañamiento y crítica” a los que son susceptibles, cualquier imagen, que se presenta por su alta circulación en la actualidad (25).

La fecha de inicio de la búsqueda se dio el día 14 de marzo de 2019. Se usaron los siguientes descriptores: violencia obstétrica, poder obstétrico y trato inhumano en el parto; el único criterio de exclusión, fue aplicado por georreferencia; es decir, imágenes que no fueran usadas en el contexto latinoamericano. Cada imagen fue codificada

dada su naturaleza, con la "R" y un número consecutivo, por ejemplo: R1 (imagen real número 1). Igualmente, a cada imagen se le elaboró una ficha de análisis que contiene los siguientes datos: código; nombre (del artículo o página fuente original); año; país; fuente; dirección web; y los componentes del Panofskiano, pre-iconográfico o plenamente descriptivo, iconográfico, en el que se tuvieron en cuenta los textos que acompañaban algunas de las imágenes, como medio de contextualización de la misma; e iconológico en el que se dio paso al proceso de organización de la información extraída a partir del esquema de comentario descriptivo, crítico (24) y reflexivo que se espera, ayude a entender la dimensión política y ética del actuar profesional en salud (26). El listado de imágenes analizadas y sus respectivas fichas, hacen parte del acervo documental de la investigación y en caso de ser necesitado, para fines referentes a claridades metodológicas, puede ser solicitado a las autoras.

Las imágenes se trabajaron de manera separada por tres investigadoras, después, se realizó la triangulación de la información entre las investigadoras, lo que dio origen a unidades temáticas descriptivas del fenómeno de violencia obstétrica. Finalmente, otra investigadora leyó y aportó a las interpretaciones, con el fin de identificar las diversas posibilidades de interpretación y garantizar la validez, confiabilidad y consistencia de los hallazgos.

## Resultados y Discusión

Se seleccionaron 21 imágenes reales, se descartan 4 imágenes por criterio de exclusión (no fueron del contexto latinoamericano) recopilando una base total de 17 imágenes reales. El rango de años de publicación de las imágenes seleccionadas está entre 2014 y 2019.

A continuación, se presenta el análisis Panofskiano, en sus tres niveles, al tiempo que se discuten los hallazgos.

## Pre- iconográfico

El entorno físico durante el parto es muy importante, aunque a veces, no somos conscientes; pero, para que un parto se desarrolle en las mejores condiciones de seguridad y de bienestar, es esencial que el espacio en el que este se dé, esté basado en principios de intimidad, amor, familiaridad, calidez y seguridad como se ha venido haciendo en países de otras latitudes (27).

A pesar de estos principios, no parecen fáciles de identificar en las escenas de los partos institucionalizados, durante el proceso de parto, los escenarios son cargados de instrumentos de intervención, cables, máquinas, tubos y mesas con material inoxidable, propios de los espacios quirúrgicos inscritos en el imaginario sociocultural, de apariencia fría, y que, dependiendo del ojo del observador, puede incluso ser un escenario traumático (28). Así, el parto, que puede estar cargado de algunos miedos propios del proceso y, verse saturado de emociones como, ansiedad, soledad, angustia, vulnerabilidad y tristeza, que suelen reportar las mujeres en sus relatos sobre violencia obstétrica y que traen consecuencias, no solo sobre los procesos inmediatos del parto, sino en la etapa de puerperio, como el estrés postraumático perinatal (29) o depresión postparto, tal como lo reporta el trabajo de Ucañay Dávila (30).

Otro aspecto muy notorio en las imágenes reales analizadas, es la inexistencia de garantías a la intimidad de las mujeres, al contrario, se observa un conjunto de cuerpos desnudos, que son exhibidos en salas de trabajo de parto, salas de espera, recepciones o salas parto, en condiciones no aptas e inversas a lo recomendado para la experiencia de un parto positivo (31) y más bien, obedeciendo a las hegemónicas rutinas y a la patologización de los procesos biológicos que predominan en las instituciones hospitalarias, encaminados al control de los cuerpos (32, 33).

En este nivel de análisis, también podemos encontrar una serie de personajes que aparecen en los procesos de trabajo de parto y parto, algunos de ellos, son los tradicionales "protagonistas dadores de vida" (34) médicos y enfermeras que parecen tener una tarea que cumplir;

otros, son las mujeres con sus hijas, y en otras imágenes, se reflejan otras personas, observadores curiosos o testigos del evento que se está dando. Lo anterior, nos permite dilucidar en las imágenes analizadas los quiénes de la violencia obstétrica, y las posibles versiones que de esta violencia se dibujen, Belén Castrillo, los describe como: "el ejecutor, la víctima y los testigos del acto violento [...]" (35).

Respecto a estos últimos, los testigos, "que participan en la definición de la violencia obstétrica sin ser víctimas ni victimarios"(35), podemos ver, que, aquellos que figuran como testigos, en ocasiones no parecen tener ningún tipo de relación con el proceso de la mujer, y además, en algunas imágenes se puede observar cómo registran el suceso con teléfonos celulares, rompiendo así la privacidad, el respeto y las condiciones mínimas que deberían garantizarse durante este momento de la vida y recalando la objetivación del cuerpo (36).

## Iconográfico

Las imágenes son de carácter monosémico dado el interés de búsqueda ya expuesto en este texto, sin embargo, el fenómeno parece darse en distintos escenarios, ya sea en casa, imágenes que buscan ser reflejo de lo contrario a la violencia obstétrica, podría decirse, ejemplarizantes a favor, y otras en la institución, que muestran todo aquello que se quiere denunciar. Así, estas últimas, se convierten en un ejercicio de alto impacto, que busca representar de manera clara, real y menos abstracta posible la denuncia que hacen las mujeres que han pasado por maltratos, violación de sus derechos y vulneración en su proceso de parto (37).

Es común, que las imágenes que sensibilizan, pasen por señalar la crueldad de manera icónica, ojos, manos, instrumentos, gestos de dolor y exposiciones corporales, suelen ser parte de estas composiciones, escenas que ante ojos ingenuos o que desconozcan la existencia de la violencia obstétrica, podrían ser llamadas de atención en salud o de seguridad de la atención (37), mientras que, para aquellos que de alguna u otra forma reconocen el fenómeno, no son más que señas de la llamada deshumanización de la atención (38, 39).

Así, iconográficamente, la violencia obstétrica encierra un rostro de dolor, tristeza, vulnerabilidad y soledad, expresado en la mujer; unas manos desaparecidas o apenas visibles y una mirada fija a la altura de la vagina, o en otros casos una espalda que ignora a la mujer, rostros que, en ocasiones, reflejan afán o molestia, expresados en el personal de la salud y, finalmente, algunas miradas curiosas, divertidas, sorprendidas, pero, ingenuas, frente a lo que allí está pasando. Todos los implicados participantes u observadores, ignorando la trascendencia de lo que allí ocurre (40), la vida llegando en condiciones de miedo, vulneración, soledad, ansiedad; la vida envuelta desde su primer respiro en un delito naturalizado, que varios investigadores denuncian (6, 36-50), pero, que, apenas se menciona en lo cotidiano, y que, aunque es sancionado por algunos países de América Latina, sin leyes o con ellas se sigue presentando (51, 52).

La iconografía de la violencia obstétrica cargada de la crueldad que la suele representar, no es otra cosa que, la forma de expresar y demandar lo que en el 2000 se declaraba en Ceará, Brasil.

“parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras” (44).

## **Iconológico**

La pugna entre poder y la vulnerabilidad, son centrales en la violencia obstétrica, pero, no son exclusivas de este fenómeno; al contrario, son la respuesta a la incapacidad de los sistemas de salud de ofrecer atención a cualquier persona, sin ningún tipo de discriminación y basados en derechos humanos, que se refuerzan en la cultura de la dominación y control del saber médico, en el caso de la violencia obstétrica, sobre los cuerpos de las mujeres y sus ciclos vitales (10, 50).

Es decir, el fenómeno es antiguo y ha venido acentuando una serie de problemáticas en la salud de más mujeres y sus hijas, y su denuncia, es la réplica de las mujeres en su ejercicio al retorno de su propio poder sobre sus cuerpos (45, 53). Pero, también, es una búsqueda por reconectar lo emocional, espiritual y corporal que la biomedicina escindió y de regresarle el valor espiritual (46) histórico-social y trascendente al nacimiento, ahora atravesado por el entramado de relaciones sociales patriarcales, moderno-capitalistas (31, 38).

Una mirada a las imágenes de la violencia obstétrica por América Latina, no es otra cosa que la iconografía de la crueldad y la deshumanización de la atención en salud (18, 35, 37) Estas imágenes, son el reflejo de la pérdida de la autonomía de las mujeres y del escudo para vulnerar en nombre del principio de beneficencia y la autonomía (54), por lo tanto, es una flagrante falta de ética profesional. Aun así, actualmente, se reconoce que los procesos de sensibilización frente al tema, han tenido efectos en la visibilización de este tipo de violencias, se reporta incluso cómo afecta también a los profesionales de la salud, pero, se reconoce que, falta mucho por hacerse, especialmente, en el proceso de abogacía, así lo reporta Tufiño Macas et al.

“... uno de los tres profesionales de salud que atienden partos entrevistados se generó un trauma psicológico en su formación. Finalmente, no todos los profesionales de salud entrevistados tienen un sentimiento de culpa, por no haber detenido el acto de violencia obstétrica en ese momento” (55).

Pero, además, estas imágenes son el camino en búsqueda de la justicia, buscan despertar la compasión de todos, son la estrategia para que los profesionales vean a las mujeres en su legitimidad como únicas protagonistas de sus partos (18, 44-47), podemos concluir como lo hace Iparraguirre et al. que “Cuestionar el biopoder, las relaciones asimétricas entre las mujeres y el personal sanitario, permite emplazarse hacia la toma de conciencia de los derechos humanos, del reconocimiento de su identidad y libertad y de la dimensión humana que tiene que caracterizar la atención y relación médico-paciente” (56).

## De lo oculto a lo real

Si quisiéramos pintar una imagen de la violencia obstétrica, a través de las imágenes reales encontradas, diríamos que, debería imprimir lo tétrico del final de su nombre; sus colores serían blancos y verdes propios del hospital (lugar del enfermar y el morir, en el imaginario sociocultural); su lugar, suele ser una sala enorme, pero, en ocasiones, en cualquier rincón o piso del hospital, se presenta; su temperatura es fría, resaltada en el metal de los instrumentos de las salas de parto; su luz es blanca enceguecedora, abrumadora, encandelillante; sus sensaciones son la vulnerabilidad, la incomodidad y la falta de intimidad; sus órganos la vagina y las manos; la emoción más común es la soledad, la ausencia permanente de un alguien conocido, pese a la gente que allí está; sus rostros, la tristeza y la desolación; los sonidos son el grito de desespero, también el de regaño, el llanto o el silencio profundo de la tristeza; la relación que se da en ella, está signada por la indiferencia y el autoritarismo de un lado y la sumisión y la obediencia del otro; su paradigma es el poder, el control y la dominación, en que las mujeres y sus hijos no son sujetos de derechos, sino objetos a los que se tiene derecho (57); y los observadores que deberían ser críticos de la pintura, se convierten en meros espectadores sin conocimiento, sin poder de denuncia, miran y callan, y al mismo tiempo, perpetran tratos de crueldad y omisión que se reproducen, aprenden y naturalizan, para dejar a la violencia obstétrica en la sombra de la rutina.

Dado lo anterior, es necesario reconocer que, el profesional de enfermería, tiene una responsabilidad y un potencial en la denuncia, reducción y protección a las mujeres y sus hijos frente a la violencia obstétrica, dado su carácter de acompañante con sensibilidad intercultural y la competencia empática que ha desarrollado como cuidadora (58, 59, 60); así lo concluye de Souza Lemos et al. "En vista de lo anterior, se concluye que el equipo de enfermería juega un papel fundamental en la prevención de la violencia obstétrica y puede actuar eficazmente para prevenirla con la menor cantidad de intervenciones posible" [Traducción libre](61).

## Conclusiones

La iconografía en este fenómeno, es una herramienta que denuncia violencias que permanecen ocultas en un paradigma médico, generando una relación de poder que ocasiona dominio, sumisión y, posteriormente, tratos denigrantes, fríos, distantes e insensibles hacia la mujer, así, una atención precaria, pérdida de intimidad, exposición a ambientes tortuosos, incómodos y para nada confortables.

El análisis Panosfkiano de imágenes reales, permite vislumbrar a los ojos del observador actos de violencia ejercidos sobre los cuerpos de las mujeres que paren, y cómo esta se refugia en una institucionalidad en donde se imponen reglas y costumbres que refuerzan los mecanismos de dominación no solamente en la mujer, sino que, se extiende al bebé, que también se ve afectado por cómo vive estos primeros minutos de vida. La violencia obstétrica se ejerce en todo el mundo, aún con la existencia de leyes que promueven partos humanizados, lo que cambia, es la forma en la que se da, "en los países de bajos ingresos a veces se actúa demasiado poco y demasiado tarde y en los países de altos ingresos se interviene demasiado y demasiado pronto", en unas imágenes, se evidencia la escasez de los sistemas de salud y en otras, la excesiva intervención que se avala como acto médico del buen hacer.

## Referencias

1. Valencia MRA. El parto hospitalario en América Latina: prácticas de patologización, medicalización e instrumentalización. *Vínculos Sociología, análisis y opinión*. [Internet] 2020 [citado 8 Oct 2021] Año 11, Núm. 17 julio-diciembre;105-21. Disponible en: <http://www.vinculosociologiaanalisisyopinion.cucsh.udg.mx/index.php/VSAO/article/view/7559>
2. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Rev Latinoam Bioét* [Internet]. 2013 [citado 14 sep. 2019]; 1(7):25-34. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>
3. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer [internet]. Ginebra:OMS; 2017 [citado 20 feb. 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
4. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [internet]. Ginebra:OMS; 2014 [citado 13 nov. 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/)
5. Buchely Ibarra LF. *Activismo Burocrático. La construcción cotidiana del principio de legalidad*. Primera edición. Bogotá: Uniandes; 2015, pág. 17.
6. Flores AMR. Hospitales públicos y violencia obstétrica: consecuencias no intencionadas de las burocracias a nivel de calle en el sector salud en México [Internet]. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas; 2021. Disponible en: [http://repositorio-digital.cide.edu/bitstream/handle/11651/4644/TEISIS\\_AMRF.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio-digital.cide.edu/bitstream/handle/11651/4644/TEISIS_AMRF.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

7. Lafaurie MM, Rubio DC, Perdomo A, Cañón AF. La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. *Rev Gerencia y Políticas de Salud* [Internet]. 2019 [citado 20 sep 2019];18(36). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/25691>
8. Bárbara V. ¿Por qué en América Latina, una región que dice amar a las madres reina la violencia obstétrica? [Internet]. *The New York Times*; 2019[citado 14 Sep 2019]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2019/03/13/espanol/america-latina/violencia-obstetrica-america-latina.html>
9. Trajano AR, Barreto EA La violencia obstétrica en la visión de profesionales de salud: la cuestión de género como definidora de la asistencia al parto. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. el 17 de septiembre de 2021[citado 11 Oct 2021]; 25:1-16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.200689>
10. Sadler M. Despertando las metáforas que dormían en la ciencia. En Quattrocchi. P [et al.] *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Ed. Remedios de Escalada Universidad Nacional de Lanús; 2020. Páginas 9-23
11. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, de 23 de abril de 2007, Venezuela. N<sup>o</sup> 38668, 2007/cap.3, art.15. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
12. Gherardi N. Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar [Internet]. [consultado 8 octubre 2021] Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170_es.pdf)
13. FECOLSOG. Análisis Proyecto de ley sobre violencia obstétrica. 2018. [Internet]. [consultado 8 octubre 2021] Disponible en: <https://fecolsog.org/uncategorized/analisis-proyecto-de-ley-sobre-violencia-obstetrica/>

14. Federación Internacional de Planificación de la Familia. Informe del monitoreo social de los compromisos en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos del consenso de Montevideo - 2017 [Internet]. [consultado 8 oct. 2021] Disponible en: [https://mira-quetemiro.org/downloads/mira\\_que\\_te\\_miro\\_resumen\\_global.pdf?v=oct18-3](https://mira-quetemiro.org/downloads/mira_que_te_miro_resumen_global.pdf?v=oct18-3)
15. Bedoya-Ruiz LA, Agudelo-Suárez AA, Restrepo-Ochoa DA, Henao-Villegas S. Prácticas institucionales en salud en maternas según clase social. Bogotá, Colombia, 2018. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. [Internet]. 30 de diciembre de 2020 [citado 11 Oct 2021];71(4):323-44. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3497>
16. Ordóñez Rodríguez, A. Violencia obstétrica: una breve mirada a las cifras en Latinoamérica y Colombia. Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. 2022 [Internet]. [consultado 16 Ene, 2023] Disponible en: <https://www.movimientossr.com/blog/post2-72ay3>
17. Levy G. Tenemos que hablar de violencia obstétrica [Internet]. 070. Uniandes. 17 de junio de 2019. [consultado 8 oct. 2021] Disponible en: <https://cerosetenta.uniandes.edu.co/tenemos-que-hablar-de-violencia-obstetrica/>.
18. Taveras AG. El parto humanizado como respuesta a la violencia obstétrica. Rev Estudios Críticos [Internet]. 2015;11(1 y2):77-95. [consultado 8 oct. 2021] Disponible en: <http://derecho.inter.edu/wp-content/uploads/2018/09/Volumen-11-Revista-de-Estudios-Criticos-del-Derecho.pdf>
19. Amilburu García M. La cultura como universo simbólico en la antropología de E. Cassirer Pensamiento [Internet]. 1998 [consultado 11 Oct 2021];n. 209:221-244. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:500914>

20. Aguilar C. 2013. "Iconografía e iconología: tránsito de la descripción a la significación en ciencias sociales" [Internet] 2013 [citado 10 nov. 2019] 221-244. Rev Arquetipo: (6), 109 -121. Disponible en: <https://aletheia.cinde.org.co/index.php/ALETHEIA/article/view/188>
21. Prieto V. Advocacy: de la teoría a la práctica. Un reto para Enfermería. [Trabajo de grado] 2013 [citado 12 oct. 2019]. Disponible en: <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/4059>
22. Galindo Huertas, M; Galvis López, M. Autoetnografías del cuidado. Paraninfo Digital. 2020; 14(32): e32121p. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/pd/e32121p> [acceso: 12/10/2021]
23. Panofsky E. Estudios sobre iconología. Madrid: Alianza; 1998. Disponible en: [http://www.terras.edu.ar/biblioteca/9/AyE\\_Panofsky\\_Unidad\\_2.pdf](http://www.terras.edu.ar/biblioteca/9/AyE_Panofsky_Unidad_2.pdf)
24. Baixauli, R., Montesinos Castañeda, M. La imagen como documento para una historia de la cultura. Revista Eiverna [Internet], 2022 [citado 16 ene. 2023](12), 7-17. <https://doi.org/10.24310/Eivernare.vi12.14550>
25. Sanz Beneyto, JJ. Navegar el mundo-imagen: Una propuesta postfotográfica desde Google Street View. Trabajo de grado] Universitat Politècnica de València. 2022. Disponible en: <https://riunet.upv.es/handle/10251/186273>
26. Sousa Pardo, C. «Deconstruir una imagen. Algunas notas sobre la iconografía del (des)amor maternal en el surrealismo», Boletín de Arte-UMA, n.º 43, Departamento de Historia del Arte, Universidad de Málaga, 2022, pp. 89-99, DOI: <http://dx.doi.org/10.24310/BoLArte.2022.vi43.14319>
27. Quattrocchi P. Violencia obstétrica. Aportes desde América Latina. Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito [Internet], 2018. [citado 16 ene. 2023] V. 7 - Nº 01. DOI: 10.22478/ufpb.2179-7137.2018v7n1.38974

28. Hernández Vargas M. Pasar por la carnicería: relatos de mujeres costarricenses sobre violencia obstétrica. WL Wimblu, Rev. Estud. de Psicología UCR [Internet]. 15 ago. 2021 [citado 12 oct.2021];16(2):93-18. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/48101>
29. Ruiz A. Plan de cuidados estandarizado en la mujer puérpera tras un parto traumático. [Trabajo de grado] Universidad de Zaragoza. 2020. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/94850/files/TAZ-TFG-2020-461.pdf>
30. Ucañay Dávila, L. E., & Contreras Rivera, R. J. Violencia obstétrica y síndrome de depresión post parto en centros maternos públicos. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 2022 [citado 17 Ene.2023];,6(6), 6639-6653. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.3911](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3911)
31. Organización Mundial de la Salud. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. [internet]. Washington; 2019[citado 20 Mar 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>
32. Castrillo B. Parir como la institución médica manda: análisis sociológico del modelo hegemónico de atención obstétrica. Argumentos Revista de Crítica Social [Internet]. 2020[citado 12 oct.2021];22:309-29. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/109854>
33. Omfim VVB da S, Rocha YP da S, Rodrigues R de J, Treptow LM, Mendes AJL, Souza LBP, Silva RMV da, Goulart D de P, Souza AS de, Santana MC de. The humanization of childbirth as a tool in the fight against obstetric violence. RSD [Internet]. 2022Dec.17 [citado 2023Ene.17];11(16):e420111638571 Disponible en: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/38571>

34. Sala VV. "La enfermedad normal": Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sex Salud Soc (Rio J)* [Internet]. 2020[citado 12 oct.2021];25(34):90-107. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.06>.
35. Castrillo B. Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Rev Lat.* 24 [Internet] 2016 [citado 18 mar. 2021] 43-68. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198464872016000300043&script=sci\\_arttext&tIng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198464872016000300043&script=sci_arttext&tIng=es)
36. Sanz NAM. Violencia obstétrica en España: Lo que no se nombra, no existe. *Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. Septiembre 2021[citado 12 oct. 2021];2(9). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8080980>
37. Pádua Pinto Naques Faleiros, Maria Carolina, Dutra Oliveira, Nayara Hakime, Como o trabalho precarizado na saúde afeta o modo de nascer: revisão integrativa sobre violência obstétrica. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social* [Internet]. 2019[citado 12 oct.2021];7(3):345-356. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497960141009>
38. Aceves M. El parto hospitalario en América Latina: prácticas de patologización, medicalización e instrumentalización. *Vínculos.* 17 [Internet] 2020 [citado 18 mar. 2021](11). Disponible en: <http://www.vinculosociologiaanalisisyopinion.cucsh.udg.mx/index.php/VSAO/article/view/7559>
39. Castrillo B. Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica. Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas. *Revista Encuentros Latinoamericanos* [Internet]. enero/junio 2020[citado 12 oct. 2021]; segunda época. Vol. IV(1):196-220. Disponible en: <https://ojs.fhce.edu.uy/index.php/enclat/article/view/625/534>

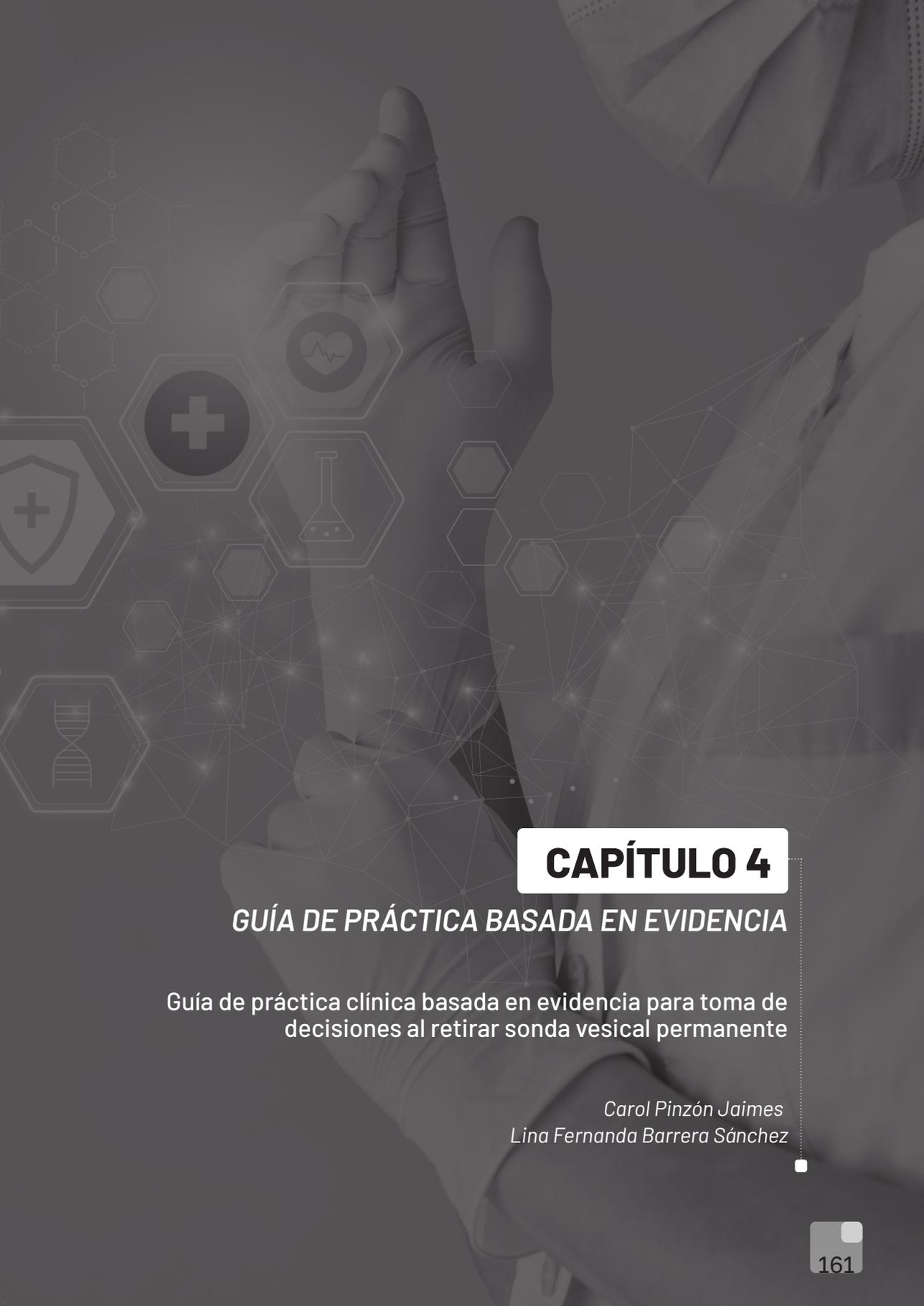
40. Morales MF. Nivel de conocimiento del personal de salud del servicio de patología obstétrica sobre violencia obstétrica en el hospital gineco-obstétrico "Isidro Ayora" de Quito [Internet]. [citado 12 oct.2021][Ecuador]: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2019. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/11076/1/TUAEXCOMMGH001-2019.pdf>
41. Lozano C, Huamani R. Parto humanizado: inicio de una nueva vida. Rev Perú Med Integrativa. [Internet]. 2020 [Consultado 18 mar. 2021]; 5(4):145-9. Disponible en: <http://rpmj.pe/ojs/index.php/RPMI/article/view/189>
42. Borges L, Sánchez R, Peñalver A, González A. Violencia hacia la mujer durante el parto: ¿realidad desconocida o naturalizada?. Rev Cuba Obstetr Ginecol [Internet]. 2020 [citado 20 mar. 2021]; 46(3). Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/598>
43. Díaz L, Fernández Y. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. Revista de Derecho [Internet]. 2018 [citado 20 Mar 2021]; (51)123-143. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071868512018000200123&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071868512018000200123&script=sci_arttext)
44. Declaración de Ceará. Humanización del parto. Fortaleza. Brasil, 2002. [citado 20 Mar 2021]. Disponible en: <http://www.relacahupan.com/caminos01.html>
45. Cavalheiro E, Faria G, de Lima M. Violência obstétrica: revisão de literatura. Rev Artigos. (2021). [Internet]. 2021 [citado 20 Mar 2021]; (26) e6695-e6695. Disponible en: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/6695>
46. Gaskin I. Partería espiritual: la naturaleza del nacimiento entre el amor y la ciencia. Traducción María Lembo. 1era. Ed. Buenos Aires: Mujer sabia editores; 2007.

47. Calafell Sala N. Configuraciones subjetivas y discursivas de la vivencia materna: de maternidades “encarnadas” y activismos emancipatorios. *Revista de Investigaciones Feministas* [Internet]. 2020 [citado 12 oct.2021];11(1):101–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5209/infe.64110>
48. Arrigo KBA. El discurso de la violencia obstétrica en las prácticas de atención al parto: una propuesta de educación sexual en busca del parto humanizado [Internet]. [citado 12 oct.2021] [– Campus de Araraquara]: Universidade Estadual Paulista; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/202862>
49. Martín-Castañeda LB. Lo más natural posible»: Narrativas de matrona de atención primaria y hospitalaria en el paradigma del parto humanizado. *Musas* [Internet]. 2021 [citado 12 oct.2021];6(1):38–58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1344/musas2021.vol6.num1.3>
50. Russo JA, Nucci MF. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. *Interface* [Internet]. 2020 [citado 12 oct.2021];24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180390>
51. Katrine Santos Moreno, Heidiany. Parir e Nascer em Marabá: Da violência obstétrica à efetivação de políticas públicas de humanização do parto, a partir do relato das mulheres mães na única maternidade pública do Sul e do estado do Pará [Tesis de maestría] Flacso Brasil.2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10469/17860>
52. Pineda G. E. Aproximaciones al femicidio gineco-obstétrico. *Rev. nuestraAmérica* [Internet]. 10 de febrero de 2022 [citado 17 de enero de 2023];10(19):e6028609. Disponible en: <https://nuestra-america.cl/ojs/index.php/nuestramerica/article/view/e6028609>

53. Souza TP e, Santos MV de A, Corgozinho VA, Oliveira MM, Almeida CS de, Souza DAS. Pregnant women's empowerment against obstetric violence. RSD [Internet]. 2022Apr.27 [citado 2023Ene.17];11(6):e27611629100. Disponible en: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29100>
54. Canevari C. La autonomía profesional como amenaza a la garantía de los derechos de las mujer en maternidades públicas. En: Castro R., Frías SM. (Coordinadores) Violencia obstétrica y ciencias sociales. Estudios críticos en América Latina. Universidad Nacional Autónoma de México. 2022, pp. 175-210.
55. Tufiño Macas, J. A., Sánchez Chavaría, S. T., Alban Araujo , G. M., Piedra Utreras, K. M., Alcocer Ortega, I. M., & Saul Darío , S. D. Percepción de la violencia obstétrica en profesionales de salud de la amazonía ecuatoriana, año 2022. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, [Internet]. 2022 [citado 17 Ene.2023]; 6(5), 4387-4410. Disponible en: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i5.3402](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i5.3402)
56. Iparraguirre-Meza, M., Mendoza-Vilcahuaman, J., Cóndor-Privat, M. H., & Muñoz-de la Torre, R. J. La violencia obstétrica como biopoder: a propósito de la dignidad de la mujer. Encuentros. Revista de Ciencias Humanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico. [Internet]. 2023 [citado 17 Ene.2023]; (17), 411-423. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7527761>
57. Flores, Carolina Aita. A violência obstétrica como discursividade a ser combatida [Tesis de maestría] Universidade Federal Da Fronteira Sul. 2022. Disponible en: <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/5853>
58. Díaz Sánchez, DN., Rodríguez Sierra, FC., Olarte Rueda, G. El acompañamiento por enfermería a la mujer gestante y recién nacido: narrativa de enfermería. Revista Universalud. [Internet].2022 [citado 17 de enero de 2023];Volumen 11. Disponible en: <http://ojs.unisangil.edu.co/index.php/revistauniversalud/article/view/525>

59. Hamdani Bounasse M. Rol enfermera en violencia obstétrica. [Trabajo de grado] Universidad Europea de Madrid. 2022. Disponible en: <https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/3183/Mariam%20el%20H.pdf?sequence=1>
60. Rivera Herrera, EG., Calvopiña Riera, KM., Domínguez Montoya, WA. Enfoque del cuidado humanizado de enfermería durante el trabajo de parto. [Trabajo de grado] 2022 Universidad Nacional de Chimborazo. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9395>
61. De Souza Lemos S., Alves Soares Ferreira N., Alexandre Leite L., Rubislene Pereira da Silva S., Vieira Tavares I., Barboza Lira J., Almeida Fernandes L., De Souza Lima Paulino C. Violência obstétrica: o enfermeiro como promotor de uma assistência qualificada. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. sep./oct.,2022[citado 17 de enero de 2023];v. 5, n.5,pp. 20274-20283. Disponible en: DOI:10.34119/bjhrv5n5-199





## **CAPÍTULO 4**

### ***GUÍA DE PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA***

Guía de práctica clínica basada en evidencia para toma de decisiones al retirar sonda vesical permanente

*Carol Pinzón Jaimes  
Lina Fernanda Barrera Sánchez*



## Introducción

La medicina basada en la evidencia, permite evaluar la pertinencia de los procedimientos de diagnóstico y cuidado, generar el uso eficiente de los recursos en salud, la promoción de prácticas seguras y la toma de decisiones clínicas a partir de la evidencia disponible (1, 2). En enfermería, se genera investigación con el propósito de fortalecer el desarrollo disciplinar y así, definir nuevas prácticas de cuidado, desde los diferentes escenarios de desempeño profesional que, permitan garantizar la seguridad y calidad en la atención (2).

El proceso de la práctica basada en la evidencia (PBE), utiliza cuatro elementos: investigación; experiencia profesional; expectativas; preferencias de los usuarios y recursos disponibles; en este último, es importante la implementación de instrumentos que permitan adelantar una medición confiable de los procedimientos y procesos; así como, determinar la costo-efectividad y necesidad del tratamiento (2-4).

Los catéteres vesicales son utilizados de manera permanente en el manejo de patologías como, vejiga neurogénica, trauma raquimedular, entre otras, de igual manera, como ayudante en el abordaje de diferentes cuadros clínicos en procesos quirúrgicos y como complemento para vigilancia clínica (5), con estos, se contribuye a la recuperación integral, prevención de daños de las funciones vesicales y apoyo en el seguimiento de la función urinaria. El manejo, seguimiento y retiro, función del personal de enfermería, establece protocolos que permiten identificar las mejores prácticas clínicas, para la estandarización del procedimiento que, contribuya a fortalecer la seguridad del paciente desde el escenario asistencial, por lo que, es preciso el uso de la

PBE, ya que, se han identificado parámetros claros para la inserción, cuidados durante su uso, pero, no una evidencia que fundamente el procedimiento para su retiro.

El entrenamiento vesical a través de la técnica de pinzamiento, es una de las prácticas más utilizadas para el retiro de la sonda vesical permanente, consiste en ejercicios de pinzamiento intermitente, con el fin de recuperar la función vesical (6); los principales referentes fueron descritos por primera vez, en 1936 (7), y luego, en 1979 (8). Posteriormente, se han realizado varios estudios en diferentes países, cuyos resultados han sido controvertidos y no concluyentes para tomar decisiones frente a la estandarización o eliminación de esta en los cuidados de enfermería.

El objetivo de esta investigación, se centró en generar una guía de práctica basada en la evidencia, sobre el uso y efectividad del pinzamiento para el retiro de los catéteres vesicales a permanencia; la estructura de la pregunta, se hizo bajo el esquema PICO: ¿En personas sin alteraciones del tracto urinario con catéter vesical permanente, es efectivo el entrenamiento vesical versus el no entrenamiento vesical antes del retiro de la sonda para restablecer la función de micción?

## Metodología

Es una investigación documental, en la que se aplicaron los tres primeros pasos de la práctica, basada en la evidencia: 1. Formulación de la pregunta, 2. Búsqueda de la respuesta en literatura científica u otras fuentes confiables que son categorizadas de acuerdo con su fortaleza científica y 3. Valoración de la evidencia identificada, generación de recomendaciones.

Para la búsqueda de literatura, se utilizaron las palabras clave en español e inglés: catéteres de permanencia, pinzamiento, bladder training, clamping indwelling catheter, remoción de dispositivos; se aplicaron ecuaciones de búsqueda y uso de los booleanos AND y OR; se buscaron artículos de acceso libre en inglés y español; las bases de datos consultadas fueron EBSCO, Pubmed, Dialnet, science direct, Scielo; buscador: Google scholar, Biblioteca virtual en Salud y Metabuscadore:

web of science y Cochrane (Esquema 1); se revisaron artículos desde el 2010 al 2020; con estudios en personas de 18 años en adelante, sin patologías neurológicas y del tracto urinario que afecten la función vesical, priorizando revisiones sistemáticas y ensayos clínicos.

En la clasificación de la evidencia, se utilizó el Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)(Ver Tabla 1 y 2), el cual desarrolla guías de práctica clínica basadas en la evidencia que derivan de revisión de la literatura científica y contribuir a reducir la variabilidad de la práctica y fortalecer la seguridad del paciente (9).

**Tabla 1.** Niveles de evidencia (NE) para estudios de tratamiento. Propuesta del SIGN

NE	INTERPRETACIÓN
1++	Meta-análisis de alta calidad, RS de EC ó EC de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis bien realizados, RS de EC ó EC bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Meta-análisis, RS de EC o EC con alto riesgo de sesgos.
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con bajo riesgo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

**Fuente.** Monterola Carlos et al. (9)

**Tabla 2.** Grados de recomendación para estudios de tratamiento. Propuesta del SIGN\*.

GRADO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
A	Al menos un meta-análisis, RS ó EC clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población blanco de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+
C	Volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población blanco de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

**Fuente.** Monterola Carlos et al (9).

## Resultados

### PASO 1. Pregunta PICO

**P**oblación o personas para intervenir: pacientes con sonda vesical permanente, sin alteraciones del tracto urinario.

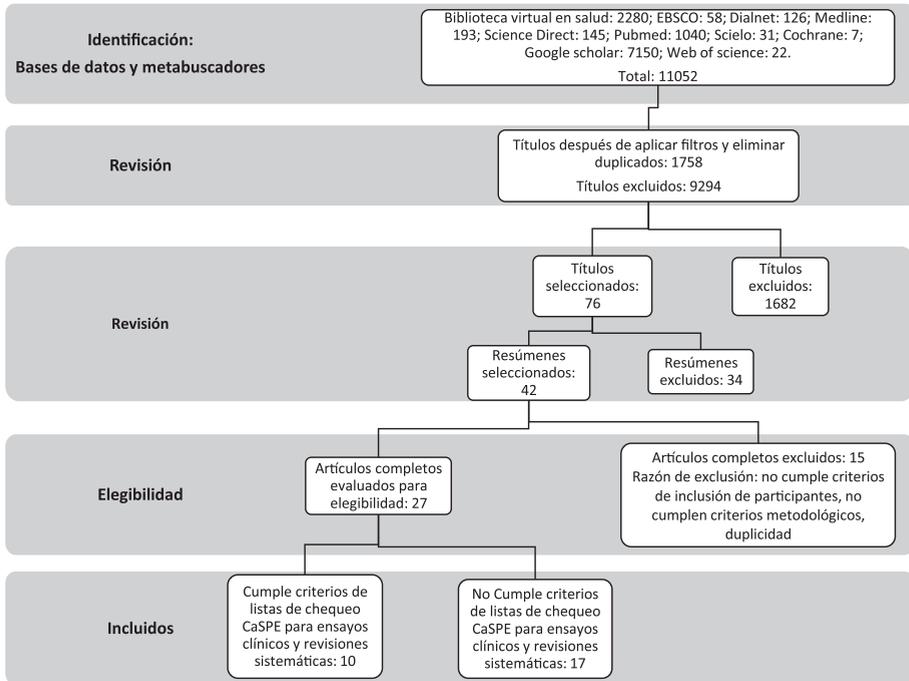
**I**ntervención: entrenamiento vesical antes del retiro de la sonda vesical permanente.

**C**omparación: no entrenamiento vesical antes del retiro de la sonda vesical permanente.

**O** Resultados: eliminación espontánea sin retención urinaria ni necesidad de recateterización.

## PASO 2. Revisión y clasificación de la literatura

Esquema 1. *Árbol de búsqueda*



Fuente. Autoras

## Paso 3. Valoración de la evidencia identificada, generación de recomendaciones

Se seleccionaron 10 artículos en idioma inglés: 2 revisiones sistemáticas: 1 de ensayos clínicos randomizados y no randomizados, 1 de ensayos clínicos y metaanálisis y 8 estudios experimentales: 1 estudio cuasi-experimental y 7 ensayos clínicos controlados aleatorizados; se les aplicó la metodología CASPE con su respectiva lista de chequeo para ensayo clínico (10) y revisiones sistemáticas (11) que se sistematizaron en Excel (Ver Tabla 3 y 4).

**Tabla 3.** Aplicación lista de chequeo CASPe para ensayo clínico y revisiones sistemáticas

Artículo #	Nombre del artículo	Preguntas de eliminación para ensayos clínicos según guía CASPe									
		¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida? Una pregunta debe definirse en términos de: La población de estudio.			¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?: - ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?			¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?: - ¿El seguimiento fue completo?			
		SI	NS	NO	SI	NS	NO	SI	NS	NO	
1	Liu YS, Wei S, Elliott M. The effects of a catheter clamping protocol on bladder function in neurosurgical patients: A controlled trial.	x			x				x		
2	Moon HJ, Chun MH, Lee SJ, Kim BR. The usefulness of bladder reconditioning before indwelling urethral catheter removal from stroke patients.	x			x				x		
3	Fanfani S, Constantini B, Mascilini F, Vizzielli G, Gallotta V, Vigliotta V, (et al) Piccione E, Scambia G, Fagotti A. Early postoperative bladder training in patients submitted to radical hysterectomy: is it still necessary? A randomized trial.	x			x				x		
4	Gong Y, Zhao L, Wang L, Wang F. The effect of clamping the indwelling urinary catheter before removal in cervical cancer patients after radical hysterectomy.	x			x				x		
5	Nyman MH, Johansson JE, Gustafsson M. A randomized controlled trial on the effect of clamping the indwelling urinary catheter in patients with hip fracture.	x			x				x		
6	Markopoulos G, Kitridis D, Tsikopoulos K, Georgiannos D, Bisbinas I. Bladder training prior to urinary catheter removal in total joint arthroplasty. A randomized controlled trial.	x			x				x		

7	Lee E, Kim T, Song JO, Lee EM, Park HR, Chang IS. Effectiveness of foley clamping on bladder function recovery with lower gastrointestinal surgery patients. International journal of evidence -based healthcare.	x		x			x
8	Khaled Gaballa, Adel Denewer, Ashraf Khater, Valerio Gallotta, Carmine Conte, Alex Federico, Hossam Elfeki & Giovanni Scambia. Feasibility of early postoperative bladder catheter removal without prior bladder-training exercises after laparoscopic nerve sparing radical hysterectomy.	x		x			x
		Preguntas de eliminación para revisiones sistemáticas según guía CASPe					
Artículo #	Nombre del artículo	1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido? PISTA: Un tema debe ser definido en términos.			2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado? PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que - Se dirige a la pregunta objeto de la revisión. - Tiene un diseño apropiado para la pregunta.		
		SI	NS	NO	SI	NS	NO
9	Wang LH, Tsai MF, Han CYS, Huang YC, Liu HE. Is Bladder Training by Clamping Before Removal Necessary for Short-Term Indwelling Urinary Catheter Inpatient? A Systematic Review and Meta-analysis.	x					x
10	Griffiths R, Fernandez R. Strategies for the removal of short-term indwelling urethral catheters in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews.	x					x

Fuente. Autoras

**Tabla 4.** Resumen de las principales recomendaciones frente al entrenamiento vesical vs no entrenamiento vesical antes del retiro de la sonda para restablecer la función de micción

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO
Realizar retiro de sonda vesical permanente sin entrenamiento vesical previo <sup>12-17</sup> .	1+	A
El retiro de la sonda vesical permanente, realizando entrenamiento por 24 o 48 horas en una frecuencia de 4 horas de clampeo y 5 minutos de libre drenaje, ya sea realizado por el personal de salud o por el mismo paciente, no tiene ventajas para el restablecimiento de la función vesical ni genera beneficios notables <sup>12,14,18</sup> .	1+	A
El retiro de la sonda vesical permanente realizando entrenamiento al tercer día postoperatorio, con una frecuencia de 3 horas de clampeo y 15 minutos de libre drenaje, durante 24 horas no influye en la tasa de retención urinaria, ni muestra efectividad en la recuperación de la función vesical <sup>15,19</sup> .	1++	B
El retiro de sonda vesical permanente al tercer día postoperatorio, sin entrenamiento vesical, preguntando cada 3 horas la eliminación espontánea e inmediatamente drenar y medir volumen vesical residual con sondaje vesical demuestra una adecuada recuperación de la función vesical sin presentar complicaciones como infección ni retenciones urinarias <sup>16</sup> .	1+	B
El retiro de sonda vesical al tercer día posoperatorio y el posterior fomento de la eliminación espontánea cada 3 horas con medición del volumen vesical residual con sonda No. 10 no representa cambios en el restablecimiento de la función vesical <sup>19</sup> .	1++	A
Retiro de sonda vesical permanente realizando entrenamiento a partir de tres horas postoperatorio durante tres días y su posterior retiro facilitó la recuperación de la función vesical en pacientes neuroquirúrgicos sin presencia de tasas de retención. Realizando medición de volumen residual vía ultrasonido <sup>15</sup> .	1+	B
Retiro de sonda vesical de 1 a 3 días postoperatorio, previo entrenamiento con clampeo de 4 horas por 5 minutos de drenaje; posterior al retiro medición de volumen vesical residual por ultrasonido de 4 horas a 2 días; si el volumen residual es mayor a 450 cc se realiza re-cateterización; sin embargo, no evidencia cambios en el restablecimiento de la función vesical <sup>12-16,18</sup> .	1+	B
El entrenamiento vesical durante 9 horas con un protocolo de 4 horas de clampeo por 5 minutos de drenaje, no tiene efecto sobre la necesidad de realizar recateterización vesical en un paciente que no presenta micción espontánea, tiene disconfort o distensión vesical aparente, durante las 10 horas posteriores al retiro de la sonda vesical permanente <sup>14</sup> .	1+	B
Realizar valoración de síntomas subjetivos del paciente asociados al disconfort, después del retiro del catéter, tales como: disuria, distensión vesical, nicturia para identificar la necesidad de re-cateterización vesical independientemente de la realización del entrenamiento <sup>12-15,17,20,21</sup> .	1+	A

Fuente. Autoras

## Discusión

El entrenamiento vesical por parte del equipo de enfermería, ha estado enmarcado por varias décadas, en ser una práctica que depende más de las preferencias del médico tratante, de los protocolos institucionales, más que de los años de experiencia o la formación básica o actualizada. Al parecer, la falta de evidencia e indicaciones claras sobre la eficacia del entrenamiento influye en que los profesionales de enfermería limiten su uso o adquieran la práctica de acuerdo a los protocolos de cada institución, servicio o especialidad (22).

Esta revisión pretende recomendar, con la mejor evidencia posible, la eficacia de estrategias relacionadas a disminuir la retención urinaria en pacientes post retiro de la sonda vesical permanente. Se define como parámetro de éxito, la no necesidad de re-inserción de sonda o recateterización y de restitución de la función vesical normal con un volumen residual urinario entre <100 - 150 ml después de la primera micción espontánea (13, 23). La mayoría de estudios, incluyen pacientes con diferentes abordajes quirúrgicos, tres de ellos, con histerectomía radical con preservación de nervios, observando que la cantidad de resección paracervical y la técnica empleada, son factores que influyen en la restitución de la función vesical (16, 18, 19).

En cuanto al tiempo, hay mayor probabilidad de recateterización cuando se retiran catéteres de corto tiempo a comparación con los catéteres de largo tiempo (24). Revisiones sistemáticas y meta-análisis sugieren que las remociones inmediatas de los catéteres vesicales se asocian a menor riesgo de infecciones urinarias, pero a mayor ocurrencia de recateterizaciones por retención urinaria (21, 24, 25). Versiones más antiguas, no encuentran diferencia significativa que influya en el riesgo de infecciones urinarias (17).

Los estudios identificados con la mejor evidencia, resaltan que no existe diferencia estadística significativa entre el entrenamiento vesical por clampeo o libre drenaje y la necesidad re-inserción del catéter urinario (12-15, 16, 19, 21, 24-26), ni en la cantidad de volumen urinario residual postoperatorio, ni en infección del tracto urinario (23). Expertos,

consideran que, el entrenamiento vesical por clampeo, es una práctica riesgosa para los tejidos de la vejiga, debido a la sobredistensión mantenida por largos periodos de tiempo, que bloquea el flujo sanguíneo y produce estrés oxidativo en las células por el efecto repetitivo de perfusión-reperfusión (6). Sin embargo, es amplia la evidencia que pasa por alto este aspecto y, no se hallaron estudios específicos que midan este riesgo.

Diversos protocolos de entrenamiento vesical fueron realizados en cada estudio con algunas variaciones en tiempos, intervalos y acciones post retiro. Un programa común de clampeo, fue adoptado por la mayoría de ellos, basados en lo propuesto por williamson en 1982, denominado Q3h, pretendiendo simular el patrón normal vesical de llenado y vaciado de la vejiga; 3 horas de clampeo y 5 minutos de libre drenaje.

Liu y col, aplicaron en pacientes neuroquirúrgicos clampeo inmediato del catéter urinario, al llegar de salas de cirugía, con intervalos de 2 - 4 horas y desclampeo por 10 minutos a libre drenaje en los grupos de observación y solo a libre drenaje en los grupos control. Concluyeron que, la remoción con previo entrenamiento vesical, facilita la restitución de la función normal de la vejiga en el postoperatorio (20). Por el contrario, en pacientes con ECV, realizaron retiro del catéter desde el día 0 sin clampeo, otro grupo 24 horas después y otro a las 72 horas previo clampeo con el programa Q3h. Los resultados no mostraron diferencia significativa entre las medidas y sin efectos notables de la efectividad del entrenamiento vesical (12).

En pacientes con histerectomía radical, antecedentes de cáncer cervical y tratamiento oncológico, usaron los siguientes protocolos: Dos de ellos, realizaron entrenamiento vesical al segundo día, posterior al procedimiento quirúrgico, con un protocolo de 3-4 horas de clampeo y 5-15 minutos de libre drenaje comparado con el grupo sin clampeo (18,19). El tercero, no usó grupo control, retiró la sonda vesical al tercer día postoperatorio sin previo clampeo, monitorizando el volumen residual a través de cateterismo intermitente cuando las pacientes expresaban el deseo de eliminación espontánea (16). Kanza, realizó el mismo protocolo Q3h de los dos primeros, en pacientes postcesárea segmentaria, con la diferencia que inició 12 horas después del procedimiento y en tres

ocasiones del día (23), Ninguno de los estudios, mostró influencia en la tasa de retención urinaria, no se evidenció efecto en la restauración de la función vesical ni disminución del riesgo de recateterización (16, 18, 19, 23).

En el mundo de la cirugía ortopédica, enfermeras suizas estudiaron pacientes con fractura de cadera, comparando el retiro de la sonda vesical permanente, solo cuando el paciente refería la necesidad de orinar, previo clampeo único a las 6 a. m., del segundo día postoperatorio, con el retiro sin clampeo. La sonda se retiraba cerrada, permitiendo luego la micción voluntaria. Los resultados, no mostraron diferencias significativas en la cantidad de tiempo para restablecer la función normal vesical ni la necesidad de recateterización (13). En Grecia, utilizaron el programa Q3h, tres veces al día, con posterior retiro de la sonda vesical a las 8 a. m., si el paciente refería urgencia de orinar, se abría la sonda para evitar disconfort y se medía el volumen residual urinario. La diferencia estadística no fue significativa, llevando a los autores a concluir que el entrenamiento vesical no ofrecía ventajas sobre el libre drenaje, por tanto, no lo indican en pacientes postquirúrgicos de artroplastia de rodilla y cadera (14). Un estudio de tipo retrospectivo en Australia, sugirió la espera de presencia de movimientos intestinales, como parte de su protocolo local para la remoción de catéter urinario permanente en personas mayores de 80 años con fractura de cadera. Sin embargo, el estudio reconoce las limitaciones en cuanto a la poca evidencia científica y el pequeño tamaño de la muestra (27).

Con respecto a la hora más indicada para el retiro final de la sonda con o sin clampeo, los metaanálisis concluyen que remover el catéter urinario tarde en la noche (10 p. m. - medianoche) reduce el riesgo de recateterización, en comparación con remover el catéter temprano en la mañana (6 a. m. - 7 a. m.) (21, 24). Nyman y Markopoulos establecieron las 6 a. m. y 8 a. m., respectivamente, como horarios de retiro final. Sus hallazgos no ofrecieron diferencias estadísticas significativas ni ventajas de uso en pacientes quirúrgicos de ortopedia (13, 14).

Consideramos importante que el personal de enfermería identifique y tome en cuenta los diferentes procedimientos realizados a las personas dentro de los protocolos de clampeo, puesto que, para algunos, puede

llegar a ser efectivo en la restitución de la función vesical. Diversos protocolos se usaron, basados en otros estudios o por considerarlos más rápidos y fáciles para contribuir a la movilidad de los pacientes (14, 19). Sin embargo, ningún protocolo parece superior a otro en efectividad; finalmente, todos llevan a la misma conclusión de no necesidad del clampeo (17, 20, 21, 24).

Medir el volumen residual urinario a través del ultrasonido, fue un método común de muchos estudios para verificar la restitución normal de la función vesical. Casi todos realizados por enfermería o personal entrenado dentro de las investigaciones. Liu, utilizó el ultrasonido para correlacionar los resultados encontrados a través de la percusión y palpación, después de la primera micción (20).

Nyman y col, lo usaron cada cuatro horas, después de la primera micción espontánea, tras el retiro del catéter, definiendo parámetros de > 450 ml como criterio para realizar una nueva cateterización (13). Markopoulos y Kanza solo realizaron ultrasonido cuando el volumen urinario drenado no excedía los 300 ml e iniciar tratamiento para oliguria (14,23). En pacientes de cirugía gastrointestinal baja, Lee y col, también usaron este parámetro por enfermería (15). La limitación coincidente es la dificultad de encontrar personal entrenado, invertir tiempo en ello y contemplar el costo adicional para las instituciones al tener que adquirir el equipo de escaneo, además, que alguno enunció el riesgo de afectar los resultados por tener que realizarlo en varios momentos (16). Por ello, es necesario seguir incluyendo como cuidado de enfermería mandatorio, la monitorización urinaria continua hasta que se restablezca completamente su patrón vesical normal.

De acuerdo con la literatura revisada, se identifica que la sujeción vesical aumenta el riesgo de complicaciones en el tracto urinario, se encontró que en grupo de sujeción en el 1-3 día el 7.5% de los pacientes manifestaron infección urinaria y el 22.5% incontinencia urinaria durante el proceso de sujeción (12, 20).

Otras estrategias preventivas de infección urinaria han sido revisadas con el fin de establecer evidencia para actuar desde las diferentes causales asociadas, como son: menor duración de la cateterización,

profilaxis antibiótica, catéteres impregnados de antisépticos/antibióticos, limpieza/desinfección del sitio uretral, uso de irrigación vesical, entre otras. En la mayoría de ellas, la evidencia es limitada o sin diferencia estadística, excepto que, la duración del cateterismo debe ser lo más corta posible relacionado a menor ocurrencia de infección urinaria (28).

Los estudios revisados determinan la importancia de realizar una valoración subjetiva por parte del paciente con relación al dolor, disconfort, incomodidad para tomar decisiones frente al retiro del cateter vesical; la literatura refiere que la remoción inmediata de los catéteres vesicales permanentes presenta menos disconfort o incomodidad asociados a menor dolor vesical o uretral (23-25).

## **Conclusiones**

De acuerdo con la mejor evidencia disponible, se identifica que no hay efectividad en el pinzamiento de los catéteres urinarios antes de su retiro frente a la recuperación de la función vesical normal en pacientes sin alteraciones del tracto urinario; no obstante, algunos estudios lo recomiendan en pacientes posoperatorios de prostatectomía transuretral total; por lo tanto, es necesario que el personal de enfermería analice las necesidades de cada paciente para determinar la realización del entrenamiento vesical.

Se requieren estudios en pacientes no quirúrgicos, que puedan evidenciar o no, factores relacionados a la retención urinaria post retiro, que hasta el momento no se han evidenciado a través de los estudios analizados.

## **Conflicto de intereses**

Las autoras manifiestan no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. Alcolea-Cosín, M. Oter-Quintana, C. Martín-Martín, A. Enfermería basada en la evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. NURE investigación: Revista científica de enfermería. 52; 2011. DOI: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7692333>
2. Orellana-Yañez A. Paravic-Klijn T. Evidence based nursing: barriers and strategies for implementation. Cienc. enferm. [Internet]. 2007 Jun; 13( 1 ): 17-24. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100003>
3. Rodríguez PJM. Medicina de precisión y medicina basada en evidencia. Revista cubana de medicina militar. 48 (4); 2019: 918 - 928. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94581>
4. Moreno B. Muñoz M. Cuéllar J. Domancic S. Villanueva J. Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. [Internet]. 2018 Dic; 11(3): 184-186. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072018000300184>.
5. Jaime Asensio Martín, Sebastián Valverde Martínez, David Eleázar González Falcón, Douglas Augusto Morales Belloso, Raúl Sastre González, Sondaje vesical, FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria, Volume 24, Issue 10, 2017. Pages 596-604. ISSN 1134-2072, <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2017.04.004>. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207217301640>
6. Kim A. The Necessity of Postoperative Bladder Training by Intermittent Clamping: a Urologist's View. Current Bladder Dysfunction Reports. 15; 2020: 393 - 396. <https://doi.org/10.1007/s11884-020-00618-9>

7. Abásolo I, Rezola B, Sarasola J. Protocolo de sondaje vesical. Uso, inserción, mantenimiento y retirada. Asociación española de enfermería en urología. 128 (4); 2015: 4-15.
8. Segal A, Corlett M. Postoperative bladder training. American journal of obstetrics gynecology. 133 (4): 1979; 366 – 370. [https://www.ajog.org/article/0002-9378\(79\)90052-8/abstract](https://www.ajog.org/article/0002-9378(79)90052-8/abstract).
9. Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. Rev. chil. infectol. 2014; 31(6): 705-718. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182014000600011>
10. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. pp. 5-8 Disponible: [https://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla\\_ensayo\\_clinico\\_v1\\_0.pdf?file=1&type=node&id=158&force=](https://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_ensayo_clinico_v1_0.pdf?file=1&type=node&id=158&force=)
11. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. pp.13-17. Disponible en: [https://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla\\_revision.pdf?file=1&type=node&id=154&force=](https://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_revision.pdf?file=1&type=node&id=154&force=)
12. Moon HJ, Chun MH, Lee SJ, Kim BR. The usefulness of bladder reconditioning before indwelling urethral catheter removal from stroke patients. Am J Phys Med Rehabil [internet]. Agosto 2012 [citado 2018 Abr 12]; 91(8): 681-688. doi: 10.1097/PHM.0b013e31825a0a1b. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22660367>
13. Nyman MH, Johansson JE, Gustafsson M. A randomised controlled trial on the effect of clamping the indwelling urinary catheter in patients with hip fracture. JCN [Internet]. 12 enero 2010 [citado

- 2018 agosto 10]; 19 (3-4): 405 - 413. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03050.x> Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2009.03050.x>
14. Markopoulos G, Kitridis D, Tsikopoulos K, Georgiannos D, Bisbinas I. Bladder training prior to urinary catheter removal in total joint arthroplasty. A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.007> disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01793970/full>
  15. Lee E, Kim T, Song JO, Lee EM, Park HR, Chang IS. Effectiveness of foley clamping on bladder function recovery with lower gastrointestinal surgery patients. *International journal of evidence-based healthcare*. 12 (3) pag. 208. septiembre 2014. doi: 10.1097/01.XEB.0000455221.10315.96 disponible en: [https://journals.lww.com/ijebh/Abstract/2014/09000/Effectiveness\\_of\\_foley\\_clamping\\_on\\_bladder.105.aspx](https://journals.lww.com/ijebh/Abstract/2014/09000/Effectiveness_of_foley_clamping_on_bladder.105.aspx)
  16. Khaled Gaballa, Adel Denewer, Ashraf Khater, Valerio Gallotta, Carmine Conte, Alex Federico, Hossam Elfeki & Giovanni Scambia (2019): Feasibility of early postoperative bladder catheter removal without prior bladder-training exercises after laparoscopic nerve sparing radical hysterectomy, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, DOI:10.1080/01443615.2019.1584883 To link to this article: <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1584883> <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443615.2019.1584883?needAccess=true>
  17. Wang LH, Tsai MF, Han CYS, Huang YC, Liu HE. Is Bladder Training by Clamping Before Removal Necessary for Short-Term Indwelling Urinary Catheter Inpatient? A Systematic Review and Meta-analysis. *Asian Nursing Research*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 26]; 173 - 181 Disponible en: [http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(16\)30056-1/fulltext](http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(16)30056-1/fulltext)

18. Gong Y, Zhao L, Wang L, Wang F. The effect of clamping the indwelling urinary catheter before removal in cervical cancer patients after radical hysterectomy. *J Clin Nurs* [Internet]. Abril 2017 [citado 2018 agosto 10]; 26(7-8): 1131 - 1136. doi: 10.1111/jocn.13579. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27627789>
19. Fanfani S, Constantini B, Mascilini F, Vizzielli G, Gallotta V, Vigliotta V, (et al) Piccione E, Scambia G, Fagotti A. Early postoperative bladder training in patients submitted to radical hysterectomy: is it still necessary? A randomized trial. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. Abril 2015 [citado 2018 agosto 10]; 291(4): 883 - 888. doi: 10.1007/s00404-014-3500-5. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25273982>
20. Liu YS, Wei S, Elliott M. The effects of a catheter clamping protocol on bladder function in neurosurgical patients: A controlled trial. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2015 Feb [cited 2018 Mar 20]; 21(1):29-36. <https://doi.org/10.1111/ijn.12209> Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-effects-of-a-catheter-clamping-protocol-on-in-a-Liu-Wei/c154c880374858b440132e157b37b57bfc5bf810>
21. Griffiths R, Fernández R. Strategies for the removal of short-term indwelling urethral catheters in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD004011. DOI: 10.1002/14651858.CD004011.pub3. <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004011.pub3/full/es>
22. Curci D, Dimonte V. Comportamenti e motivazioni degli infermieri sulla ginnastica vescicale. *Assistenza infermieristica e ricerca*, 2010, vol. 29, no 1, p. 18-25. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/ValerioDimonte/publication/44641863\\_Nurses'\\_behaviours\\_and\\_justifications\\_for\\_bladder\\_training/links/58555bed08ae8f6955561603/Nurses-behaviours-and-justifications-for-bladder-training.pdf](https://www.researchgate.net/profile/ValerioDimonte/publication/44641863_Nurses'_behaviours_and_justifications_for_bladder_training/links/58555bed08ae8f6955561603/Nurses-behaviours-and-justifications-for-bladder-training.pdf)

23. Kanza GD. Effects of urinary catheter clamping after cesarean section on urinary retention and urinary tract infection. *J Reconstr Urol* [internet]. 2020;10(2):35-43. DOI: 10.5336/urology.2020-75010. Disponible en: <https://doi.org/10.5336/urology.2020-75010> <https://acikerisim.medipol.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12511/6742>
24. Ellahi A, Stewart F, Kidd EA, Griffiths R, Fernández R, Omar MI. Strategies for the removal of short-term indwelling urethral catheters in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 6. Art. No.: CD004011. DOI: 10.1002/14651858.CD004011.pub4. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004011.pub4/full/es>
25. Zhang P, et al. A systematic review and meta-analysis comparing immediate and delayed catheter removal following uncomplicated hysterectomy. *International Urogynecology Journal*, 2015, vol. 26, no 5, p. 665-674. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-014-2561-0> (31)
26. Guzmán-Esquivel J, et al. Association of acute urinary retention in postoperative patients with a urinary catheter, with and without bladder catheter clamping. *Archivos Espanoles de Urologia*, 2021, vol. 74, no 8, p. 747-751. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34605414/>
27. Lynch G, et al. Factors associated with the successful removal of indwelling urinary catheters post-operatively in the fragility hip fracture patient. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 2016, vol. 23, p. 25-31. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878124116300077>
28. Kranz J, Schmidt S, Wagenlehner F, Schneidewind L. Catheter-associated urinary tract infections in adult patients: Preventive strategies and treatment options. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117 (6):83-88. DOI: 10.3238/ARZTEBL.2020.0083. Disponible en: [Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7075456/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7075456/)





Este libro se imprimió en el  
mes de mayo de 2023, con  
un tiraje de 100 ejemplares,  
en Búhos Editores Ltda.

### Jhoanna Carolina Núñez Narváez, Esp.

Enfermera, Especialista en enfermería Cardiorrespiratoria. Profesora Asistente Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja. Investigadora Grupo de Investigación Municipio Saludable para la Paz.  
ORCID: 0000-0003-2750-6792  
jhoanna.nunez@uptc.edu.co

### Carol Pinzón Jaimes, MSc

Enfermera, Especialista en Cuidado Crítico del adulto, Magíster en Pedagogía. Profesora Asistente Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja. Grupo de Investigación Enfermería y Atención Primaria en Salud  
ORCID: 0000-0002-4366-8866  
carol.pinzon@uptc.edu.co

### EX- SEMILLEROS DE INVESTIGACIÓN

#### ● Algarra López María Ángela\*

Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería.  
maria.algarra@uptc.edu.co

#### ● Avella Cantor Tatiana Andrea\*

Grupo de Investigación Exclusiones y Resistencias en el cuidado de la salud.  
tatianandrea201@gmail.com

#### ● Cardenal Tibatá Yina Lorena\*

Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería.  
ORCID: 0000-0001-9774-1099  
yina.cardenal@uptc.edu.co

#### ● Hernández Hernández Angie Natalia\*

Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería.  
anyi.hernandez01@uptc.edu.co

#### ● Padilla González Yancy Yulieth\*

Grupo de Investigación Exclusiones y Resistencias en el cuidado de la salud.  
ORCID: 0000-0002-8885-0418  
yancy.yuly16@gmail.com

#### ● Parra Duarte Duván Andrey\*

Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería.  
ORCID: 0000-0002-4855-8666  
duvanandrey742@gmail.com

#### ● Piamba González Nelson\*

Grupo de Investigación Exclusiones y Resistencias en el cuidado de la salud. nelg461@gmail.com

#### ● Vanegas Pulido Laura Camila\*

Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería.  
ORCID: 0000-0002-8713-2844  
laura.vanegas04@uptc.edu.co

\* Profesionales de Enfermería Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

## Colección Investigación UPTC N.º 265

El libro "Evidencias: de la teoría a la práctica de enfermería", es un documento resultado de procesos de investigación; su desarrollo se hace a través de un escalonamiento capítulo a capítulo, que contiene diferentes metodologías utilizadas para abordar las preguntas de investigación; a partir de la presentación de una fase exploratoria fundamental en investigación, como son las revisiones de literatura que surgen desde las ideas; posteriormente, se identifica la sistematización de experiencias que permiten lograr una interpretación crítica de las vivencias prácticas en enfermería. A partir del reordenamiento y reconstrucción, se utilizan procesos lógicos de pensamiento de los involucrados en la experiencia; luego, se expone el desarrollo de procesos de investigación retomados desde el paradigma cualitativo, en el que se evidencia cómo el análisis de los fenómenos sociales expresados no solo en la práctica académica sino a través de las tecnologías de la información, propician investigaciones que generan conocimiento divulgable a la comunidad general. Para finalizar, las guías de práctica se encuentran fundamentadas en evidencias, una investigación documental con herramientas metodológicas rigurosas para la lectura crítica de los resultados de investigaciones, las cuales garantizan la generación de recomendaciones con una base científica confiable, apropiada y adaptada a los diferentes ámbitos del ejercicio profesional.



Uptc<sup>®</sup>  
Universidad Pedagógica y  
Tecnológica de Colombia

ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL  
DE ALTA CALIDAD  
MULTICAMPUS  
RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS



Vie  
Vicerrectoría  
de Investigación y Extensión



EDITORIAL  
UPTC



Dirección de  
Investigaciones



9 789586 160741 4