



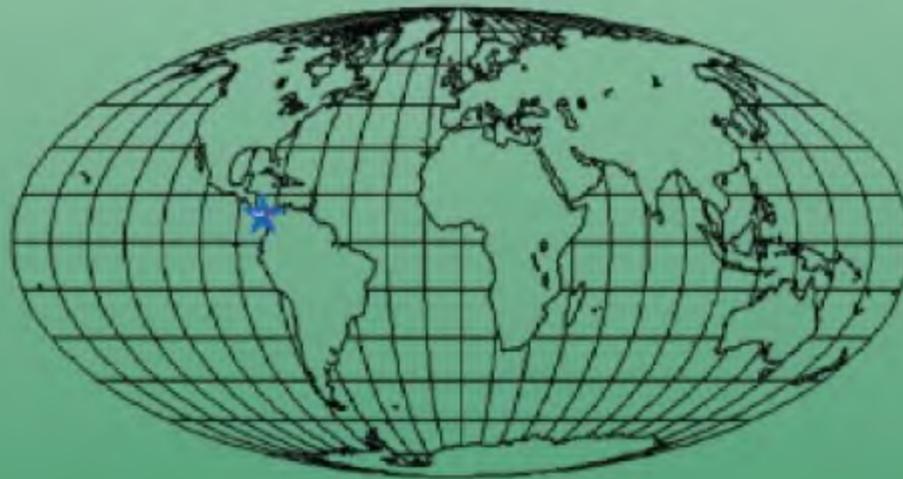
Universidad de Panamá



Facultad de Enfermería

# Enfoque

## Revista Científica de Enfermería



Vol. XXIV No. 20– Panamá, Rep. de Panamá. Enero- Junio 2019

[revista.enfoque@up.ac.pa](mailto:revista.enfoque@up.ac.pa)

**OBESIDAD: PERSPECTIVA ANTROPOLOGICA DESDE LA TEORÍA DE LA  
DIVERSIDAD Y UNIVERSALIDAD DE MADELINE LEININGER**

**OBESITY: ANTHROPOLOGICAL PERSPECTIVE FROM MADELINE  
LEININGER'S THEORY OF DIVERSITY AND UNIVERSALITY**

**OBESIDADE: PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA DA TEORIA DA DIVERSIDADE  
E UNIVERSALIDADE DE MADELINE LEININGER**

Por: *Mgtra. Emilia Del Carmen Rellán V.*

Magister en Administración de los Servicios de Salud  
Enfermera Jefa del Departamento de Enfermería H.R.R.H.L.-CSS  
Alumna Del Doctorado en Enfermería con Énfasis en Salud Internacional  
[ecrv28@hotmail.es](mailto:ecrv28@hotmail.es) o [ecrv28@gmail.com](mailto:ecrv28@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0003-4714-2500>

*Dra. Yariela González Ortega de Moreno.*

Doctora en Enfermería. Profesora Titular  
del Departamento de Salud de Adultos de la  
Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá.  
e-mail: [yariela.gonzalezo@up.ac.pa](mailto:yariela.gonzalezo@up.ac.pa) / [yarielag11@gmail.com](mailto:yarielag11@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0001-6783-5692>

Fecha de **Recepción**: 20 de agosto de 2018

Fecha de **Aceptación**: 19 de diciembre de 2018

## **RESUMEN**

La obesidad y el sobrepeso están considerados como un grave problema de salud pública, convirtiéndose en la epidemia del siglo XXI, con evidente tendencia al incremento a nivel mundial. El presente artículo presenta una revisión del tema de la obesidad desde lo antropológico y filosófico de la teoría de la Diversidad y la Universalidad de Madeleine Leininger.

La segunda mitad del siglo XX se caracterizó por la velocidad de los cambios socioculturales que no sólo transformaron la composición de las diversas sociedades (globalización), sino también transformaron los sistemas de valores y a su vez los movimientos masivos de población, las nuevas tecnologías, los cambios en la composición demográfica que influyeron de manera directa en la dinámica familiar de los hogares, que contribuyeron con el surgimiento de enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo la obesidad.

**Palabras Claves:** Obesidad, filosofía, antropología, diversidad y universalidad.

## **SUMMARY**

Obesity and overweight are considered a serious public health problem, becoming the epidemic of the 21st century, with evident tendency to increase worldwide. This article presents a review of the topic of obesity from the anthropological and philosophical aspects of Madeleine Leininger's Theory of Diversity and Universality. The second half of the twentieth century was characterized by the speed of sociocultural changes that not only transformed the composition of different societies (globalization), but also transformed value systems and in turn massive population movements, new technologies, changes in the demographic composition that directly influenced the family dynamics of households, contributed to the emergence of chronic noncommunicable diseases, including obesity

**Key Word:** Obesity, philosophy, anthropology, diversity and universality

## **RESUMO**

A obesidade e o excesso de peso são vistos como um grave problema de saúde pública, tornando-se a epidemia do século XXI, com uma tendência óbvia de crescimento global. Este artigo apresenta uma revisão do tema da obesidade a partir da visão antropológica e filosófica da teoria da Diversidade e Universalidade de Madeleine Leininger.

A segunda metade do século XX foi caracterizada pela velocidade das mudanças socioculturais que não só transformaram a composição das diversas sociedades (globalização), mas também transformaram sistemas de valor e, por sua vez, movimentos populacionais em massa, novas tecnologias, mudanças na composição demográfica que influenciaram diretamente a dinâmica familiar dos domicílios, que contribuiu para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo a obesidade.

**Palavras-chave:** Obesidade, filosofia, antropologia, diversidade e universalidade.

## **INTRODUCCIÓN**

La obesidad se ha convertido en un problema de Salud Pública, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) al punto de ser considerada como una epidemia global. Pero está claro que para que una persona gane peso y evolucione hacia la obesidad tiene que existir una serie de elementos que interactúen entre sí, tal como: el contexto en que se desarrolla la persona durante su ciclo vital donde se interacciona la cultura, lo social, lo educativo, lo histórico, lo económico y lo psicológico; otro elemento importante e influyente es el resultado de su grupo de dependencia, a partir del cual aprende, comprende y practica estilos de vida como son la familia, la escuela y la comunidad, por otra parte también se tiene otros aspectos externos que inciden directamente sobre cada persona como son los medios de información, la seguridad, la tecnología, las redes sociales entre otros. (Gavidia, 2001). Incluso en la actualidad se ha

producido un cambio en los patrones familiares, relacionados con la preparación de las comidas tradicionalmente en casa, por parte de las madres de familia lo que se ha reducido drásticamente conllevando al surgimiento de las comidas consideradas como “rápidas,” cuyo valor nutricional es escaso. (AESAN. MSPSI, 2010).

### ***Obesidad desde la Antropología y Filosofía.***

La Obesidad fue considerada desde la visión antropológica como el resultado complejo de la interacción multifactorial, genético, ambientales que no son difíciles de identificar, pero sin embargo su abordaje resulta bastante complejo. La Obesidad tiene la posibilidad de generar y causar múltiples enfermedades que están interrelacionadas entre sí (causa y efecto), causa (obesidad) y efectos (las enfermedades crónicas), relaciones realmente difíciles. Las cuales pueden o no desarrollarse generando incertidumbre en las personas, independientemente o interrelacionadas entre sí. Esto estará sujeto al principio de dependencia y autonomía existente en el entorno, como son la actividad física, las dietas y los hábitos alimentarios, por otro lado la herencia tiene un papel muy importante en la estabilidad e inestabilidad del organismo y de igual forma los factores sociales son determinantes, pero no remplazan lo procesos psíquicos o biológicos. (Leal, 2005).

La Obesidad justifica la implementación de una antropología libre, que al sustento de una teoría transdisciplinaria, provea un conocimiento total del ser humano de forma holística. La opinión antropológica, que existía en la antigua Grecia argumentaba que, permanecer en armonía con la naturaleza era equivalente a tener salud. Por lo que la obesidad fue considerada en épocas pasadas como una condición de vulnerabilidad del ser humano y es así, que en aquel tiempo el filósofo Hipócrates explicaba que los orígenes de las enfermedades conservaban sus orígenes en los comportamientos humanos, (Salas, García, & Sánchez, 2005).

La obesidad vista desde la filosofía, identifica una influencia humanista, existencialista y de cierto modo fenomenológico, en la cual se estudia o investiga a los grupos para establecer la universalidad y la diversidad en los cuidados culturales. De igual manera es considerada humanista porque reconoce que las personas tienen vivencia, valores, creencias directamente relacionadas con la salud, por lo que la teoría hace énfasis en ese ser humano único con sus tradiciones propias y considera tener su fundamento en un fenómeno difícil al tratarse el tema de *la obesidad*, ya que la misma inicia con circunstancias novedosas, desencadenadas por factores sociales, económicos y culturales.

En la que al generarse un incremento en la reserva de alimentos surge un aporte simultáneo, que paradójicamente se convierte en pérdida de la salud, es una demostración del principio general de la contradicción de la totalidad de lo existente, origen y razón del desarrollo. A partir del concepto de Engels, de que el ser humano no vive únicamente en la naturaleza, sino que también vive en sociedad, (Chávez, 2009). Por lo que es necesario comprender el significado de obesidad de acuerdo con la cultura y educación, para tomar medidas culturalmente oportunas. Hay que liberarse de un mundo globalizado que pretende alimentar a todos de la misma manera, sin tomar en cuenta las costumbres, los hábitos, aspectos biológicos, socio-económicos, culturales y religiosos los cuales han introducido cambios en los patrones alimentarios.

### ***Globalización y Obesidad***

La evolución que la sociedad humana ha experimentado en estas últimas cuatro décadas en el mundo, han generado impresionantes efectos en diversos ámbitos. En el marco de la globalización (Contreras & Gracia, 2005), los adelantos tecnológicos y científicos han influido en el avance de la comercialización en la industria alimentaria, lo que implica un hecho complejo que cambia la manera de alimentarnos y en la que inciden una serie de factores tales como: el económico y el político que han contribuido con modernos patrones de fabricación, comercialización y consumo por parte de las enormes compañías transnacionales.

Los hábitos alimenticios están siendo articulados universalmente por un ofrecimiento globalizado y uniforme de alimentos que han contribuido a empobrecer la dieta, este fenómeno adquiere efectos notables en cuanto a la calidad de la alimentación en la totalidad de las poblaciones, ya que simultáneamente tiene resultados negativos en la preservación de la biodiversidad agrícola, favorecido así la desaparición de algunas clases o especies de productos alimentarios ofertados al consumidor (Muñoz, 2006).

En los supermercados locales es posible encontrar una gran variedad de productos, en su gran mayoría de procedencia extranjera o de diferentes regiones, condición esta que ha intervenido en la aparición de novedosas predilecciones y hábitos alimentarios. Como de igual forma el abandono o baja en el consumo de dietas habituales o propias de sus regiones a cambio de otras más comerciales y elaboradas; situación ésta que se contempla en el ámbito tanto urbano, como rural. Estas transformaciones han afectado los sistemas alimentarios locales en sus prácticas y hábitos, el contenido e ideología y el proceso de transmisión e incorporación del propio modelo alimentario se complica (Carrasco, 2003).

### ***Factor Social.***

Desde el factor social, es importante tener presente que cada persona o grupos de personas poseen sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones, por lo que no se puede pretender homogeneizarlas; intentando que lo propio de una cultura en particular sea válido para las demás. (Leininger, 1991 y Vásquez, 2002). Lo cual se transforma en un cambio cultural de grandiosas dimensiones, que a la vez modifica los fundamentos materiales y simbólicos de la alimentación, y que igualmente forma las prácticas sociales que le dan sustento. Inherente a ello no hay que perder de vista que se genera un acelerado proceso de urbanización, y el surgimiento de diferentes tipos de espacios sociales alimentarios, estos espacios abarcan seis dimensiones esenciales que se centran en varios espacios y sistemas de los cuales sólo mencionaremos cuatro de ellos: *lo comestible*, *la producción de alimentos*, *lo culinario* (la cocina), y *los hábitos* de consumo alimentario (Poulain, P. Proenca, R. & Pacheco, R. 2003).

La alimentación es uno de los componentes frecuentemente relacionados con la obesidad. La alimentación humana está calificada como una práctica en la que armonizan componentes de orígenes muy diversos y se suman una serie de interacciones sociales y biológicas mediadas por la cultura en que se lleva a cabo. (Vargas, 2002).

Lo complejo de esta situación es que hay que tener claro que el sistema alimentario, genera una dependencia evidente que influye de forma directa en el resto de los sistemas como son el político, económico, cultural y familiar, los cuales permanecen articulados en cada realidad social (Gracia, 2003). Por esto es de gran relevancia considerar siempre los entornos de las

personas para comprender las modificaciones en los procesos de alimentación y en las costumbres alimentarias, ya que el proceso de alimentación es considerado un sistema de comunicación. (Barthes, 1961. y Douglas 1982).

Sin embargo estos elementos que se establecen socialmente, son también considerados categóricos y se hallan en permanente evolución o modificación (Giménez, 1999). De acuerdo con la alimentación y su relación con las costumbres y tradiciones las mismas se obtienen en el ámbito familiar, pero su modificación se da por los cambios que emergen del contexto social. La implicación social en la obesidad descrita por Fuillerat (2004), quien presenta la inaceptabilidad social que genera la obesidad, causa frustración, depresión, aislamiento, entre otros. Para Collipal (2006), la obesidad está directamente asociada con gordura, grasa, sobrepeso, discriminación, depresión, ansiedad, problemas, autoestima baja, comidas chatarras, sedentarismo. Esta enfermedad de acuerdo con la opinión de Villaseñor (2006), consiste en uno de los mayores estigmas sociales reduciendo las oportunidades de desarrollo emocional y educativo, en edades tempranas.

Diversos hechos sociales, culturales, económicos y demográficos relacionados con la alimentación han introducido cambios en los patrones alimenticios en las últimas décadas y se han manifestado en un perfil diferente de salud enfermedad, con un incremento notable de enfermedad crónico degenerativas (Popkin 1999). Por lo que el análisis de las familias y las dinámicas de sus estructuras vinculadas con la alimentación tengan gran trascendencia como el medio de caracterización de aquellos factores que poseen una enorme relación con la aceptación o no de los cambios presentes en el espacio social. Es así que las actuales tendencias giran hacia la transformación general y particular de los sistemas alimentarios, con la correspondiente incorporación de nuevos productos, (Meléndez y Sandoval, 2008).

Las formas de alimentarse implican el estudio de los hábitos de alimentación, a partir de la antropología la dieta es considerada como parte de la conducta humana. Empezando del supuesto, de que los hábitos alimentarios al mismo tiempo que cubren requerimientos de orden fisiológicos, también constituyen un hecho modificado por las características sociales culturales y económicas propias de las familias o del grupo social al que pertenecen o por las cualidades individuales de los miembros que los conforman. Algunos autores describen los hábitos alimentarios como la forma en que las personas o grupos de personas, atienden o responden a las presiones sociales y culturales, ya sea seleccionando, consumiendo y/o utilizando los alimentos que se encuentren en el contexto en que ellos se desenvuelven, (Mead & Guthe, 1945).

Evidentemente que nos encontramos ante una transformación alimentaria, en la cual ocurre de manera simultánea un proceso de desaparición, reemplazo y además una etapa de inclusión de factores que inciden en el sistema alimentario, en sus praxis, como en su evaluación (Gracia, 1997). Existen países en que la transición en los aspectos económicos generó cambios en las actividades primarias de grupos poblacionales.

***Obesidad y los aspectos, Socio Culturales:***

En la conducta alimentaria y las influencias sociales, se puede tener en cuenta los factores socio cultural como son la situación socioeconómica, los estilos de vida, el lugar de residencia entre otros, que también son determinantes para las prácticas alimentarias (Agras, Hammer, McNicholas, Kraemer, y Rish, 2004), del mismo modo en este contexto se ha tenido presente el rol que tienen la publicidad enfocada hacia los niños con anuncios publicitarios, de alimentos y bebidas con altos contenidos calóricos, ricos en grasas, azúcares y sal, así como una gran oferta de este tipo, en todo lugar al que los niños concurren. Los modelos de alimentación infantil aplicados por los progenitores, están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a los medios de comunicación y la interacción de los niños durante la comida. La exposición repetida del niño a estos modelos familiares, genera un estímulo condicionado que asocia determinados alimentos con eventos específicos (fiestas, castigos, estaciones, entre otros), ejerciendo un efecto modulador sobre su comportamiento alimentario (Birch, 1998.; Benton, 2004.; & Bell, 2003).

El alimentarse es el primer acto de aprendizaje social de los seres humanos y las conductas alimentarias dan fundamento a la cultura alimentaria, es decir el conjunto de las representaciones, creencias, conocimientos y prácticas ya sean heredadas o aprendidas y que tienen relación directa con la alimentación, las cuales suelen ser compartidas por las personas pertenecientes a una cultura determinada o de un grupo social específico dentro de una cultura. (Pinson, 2003).

La alimentación desde la práctica social y cultural contempla varios factores sensibles a la enseñanza y el aprendizaje de los mismos, los cuales pueden concretarse e interrelacionarse con: el qué, el cómo, el cuándo, el cuánto, el dónde, y el con quién. Si se quiere ser más precisos, los hábitos de compra, la selección de los alimentos, qué alimentos se consumen con mayor frecuencia el número de comidas al día, los horarios de comida que tienen establecidos, el almacenamiento, los acompañantes, cuánto come cada miembro de la familia, las técnicas de preparación, el orden en que sirven los alimentos, qué alimento son utilizados en comidas ordinarias, y cuáles para comidas en días de fiestas. (Bourges, 1990).

Es en la alimentación donde la naturaleza y la cultura se unen, no obstante comer es una necesidad vital, el qué, cuándo y con quién comer son condiciones que forman parte de un sistema lleno de significados, y es así que el acto de comer no se limita a un hecho de sobrevivencia, ya que los seres humanos sobreviven de una forma particular, culturalmente creada y definida, en otras palabras las formas de vivir y de comer son diferentes, dando lugar a una diversidad cultural.

Fundamentalmente la alimentación es percibida de modo específico, para las personas es considerada como la síntesis y testimonio de un proceso social altamente complejo. Porque producir, preparar y comer alimentos, constituye una zona de independencia relativa, a partir indudablemente desde donde el grado de elección es permisible, poniendo en juego la posición como seres humano en el mundo. La práctica social, permite pensar en la sociabilidad, la distinción y la constitución de fronteras sociales, simbólicas y morales.

### ***El Contexto Cultural:***

El conocimiento cultural está centrado en estar al tanto del punto de vista o visión que tienen del mundo las personas, clientes o pacientes, es relevante profundizar desde el punto de vista de los conocimientos y las experiencias propias o internas (emic) y poder contrastarlos con factores externos (etic), sencillamente conocidos como las prácticas y experiencias de los profesionales de la enfermería y saber estructurar un acercamiento holístico en el análisis de las comportamientos culturales en diferentes entornos ambientales.

La alimentación desde el contexto cultural, se fundamenta en generar una explicación de la situación o causa de lo que está ocurriendo, así como el poder de hacer una interpretación, o explicación de los significados simbólicos, y comparar la forma de ver este fenómeno y de esta manera poder mejorar la comprensión (Spiro,1991), (Horton,1990). Es importante tener presente que cada persona o grupo de personas poseen sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones, por lo que no se puede pretender homogenizarlas; intentando que lo propio de una cultura en particular sea válido para las demás. (Leininger, 1991 y Vásquez, 2002).

Desde esta perspectiva de la alimentación se contextualiza de acuerdo con el momento histórico preciso, y multiplica la dinámica y los cambios que está sufriendo la sociedad (Durán, 2006). Siendo necesario resaltar que el medio ambiente y la economía han coexistido como los formadores básicos de los patrones alimentarios, en la diversidad de las poblaciones durante gran parte de la historia. Sin embargo, no se puede perder de vista la relevancia y el significado que tienen el aspecto nutricional y la interrelación que ésta guarda con los aspectos biológicos, ecológicos y culturales. (Anderson, 2005). Es por esto que el acto de alimentarse, se convierte en un elemento básico para mantener la vida, lo cual es normal en cualquier ser vivo, pero que envuelve una especial significancia entre las personas por estar lleno de simbologías, formas y normas que nacen de la cultura. (Hubert, 2007).

Según, Meléndez & Cañez (2010), el aspecto cultural en lo que respecta a las creencias, tiene alta relevancia porque esta se profundizan en el pensamiento de las personas y permanecen en continua interacción con el medio social y cultural, influyendo de forma directa en los estilos de vida que tienen las personas, (Campos, 2003). A pesar de que cada grupo poblacional tiene sus propias costumbres, con la globalización éstas han experimentado cambios relevantes en los patrones alimentarios, que han influido de forma directa en el desarrollo de la obesidad de sus pobladores y en especial los niños que no quedan exentos de este fenómeno.

Los cambios en los patrones alimentarios tales como: a) Incremento en el tamaño de las porciones y raciones de los alimentos, especialmente en los restaurantes y sobre todo en los que responden a franquicias internacionales, de cadena de alimentos rápidos; b) El pobre o casi nulo consumo de vegetales y frutas frescas; c) Alto consumo de alimentos fritos principalmente de grasas saturadas, ácidos grasos trans y colesterol, d) Alto consumo de azúcares y carbohidratos refinados; e) Alto consumo de alimentos de alta densidad energética y muy bajo contenido de nutrientes (Peña y Bacalao, 2001, Figueroa Pedraza, 2003, Popkin, 1998) .

Y al tratar de revertir estas prácticas es apropiado de acuerdo con la teoría de la Diversidad y la Universalidad de Madeleine Leininger, establecer cuidados o intervenciones de Enfermería coherentes entre la cultura y las personas, cuyo objetivo es poder brindarlos con calidad, para lo que es necesario tener conocimientos propios de diversas culturas y poder implementarlos. (Mc Farland, 2007). Entendiéndose cuidados culturales ajustados a una cultura determinada, de modo que cada persona los entienda, los viva y los manifieste sin considerar a priori ningún patrón preestablecido que pueda encaminar a errores y por ende a una mala relación entre la enfermera y quién recibe la atención. Y lo que realmente puede diferenciar esta intervención de enfermería es que no atendemos únicamente culturas, sino personas que están adaptadas a la realidad en que se encuentran. Además es significativo que las enfermeras desarrollen habilidades para relacionarse, comunicarse, tener actitud de consideración cultural, como son el respeto, la confianza y la sensibilidad. (Oliver, 2002). Aquí bien podríamos hacer una relación de lo antes expuesto con el supuesto número 8 de la Teoría de la Dra. Leininger en el que se establece que:

“Los valores creencias y práctica de los cuidados culturales tienden a estar arraigados y están influidos por los contextos del punto de vista del mundo, lengua, filosofía religión (o espiritualidad), parentesco, sociedad, política, educación, economía, tecnología, etnohistoria y entornos de las culturas”. (Leininger, 1991).

Las personas que migran dentro o fuera de un determinado país o región, bien puede ser la enfermera o las personas que les corresponda atender o guiar, deberán adaptarse al país o la región de destino y a su contexto social, cultural y económico. Pero esta travesía no siempre es fácil de asimilar y aceptar; pues las creencias culturales van con las personas y en algún momento, se puede producir un encuentro cultural, que pudiera generar o no un choque. (González, 2011).

### ***Las Creencias***

Las creencias corresponden a un compuesto de ideas que las personas o grupos admiten, aceptan, como principio de todo lo que desean, pensar y hacer en sus vidas (Quintana, 2001). Conforme con la firmeza que tienen las creencias en nuestros modos de pensar y hacer, es conveniente conocer las creencias de los padres de familia responsables de la educación y formación de los hijos, ya que los niños posterior a su nacimiento poseen una limitada recopilación de conductas y destrezas para absorber información del entorno en que se encuentra, pero nacen con el potencial de aprender y fabricar estructuras mentales que les permita interactuar con su medio ambiente.

Los niños y las niñas no nacen con representaciones de su entorno, pero conforme se van desarrollando van construyendo representaciones más precisas de su medio, tanto de sus características sociales, como físicas, lo cual resulta esencial para su supervivencia. El éxito de la adaptación del ser humano como especie se debe, probablemente, a la construcción de representaciones adecuadas del medio ambiente y de sí mismo, entre otros factores, donde los padres y madres de familias tienen una función primordial que asumir (Delval, 2002). Los patrones de alimentación infantil empleado por los padres, son fundamentados en la disponibilidad de los alimentos en el hogar, las prácticas familiares, el acceso a los medios de

comunicación y la socialización de los niños en el momento de las comidas. La exposición frecuente del niño a estos modelos familiares crea un estímulo restringido que relaciona ciertos alimentos con acontecimientos específicos (fiestas, castigos, estaciones entre otros), formando un resultado modulador sobre su conducta alimentaria (Birch, 1998).

El hogar se transforma en el lugar o ambiente social y cultural del individuo, en el cual se presentan numerosas prácticas sociales como el idioma o dialecto, el entorno, la comida, el vestuario, también algunos aspectos subjetivos que comprenden valores, creencias, actitudes, modelos y representaciones.

Por lo que se hace imprescindible que las enfermeras tengan conocimientos pertinentes y oportunos, para dispensar cuidados congruentes con las necesidades de las personas y sus culturas, sin tratar de que prevalezcan las propias de quien presta los cuidados.

Lo antes descrito se encuentra sustentado en el supuesto número 10, que a continuación citamos.

“Los cuidados de Enfermería coherentes con la cultura y beneficiosos, sólo se dan cuando la enfermera tiene conocimientos y hace uso adecuado y coherentemente de los valores, creencias, expresiones y modos de vida culturales de las personas” (Leininger, 1991).

#### ***Rol de la Enfermera ante las creencias vs la cultura.***

De acuerdo con la teoría de la universalidad y la diversidad del cuidado cultural, fundamentada en que las personas en todo el mundo tienen características universales y a la vez diversas de acuerdo con su cultura, donde si las creencias o prácticas son beneficiosas y no constituyen un daño para *la vida* de las personas *vale la pena conservarlas*, pero si por el contrario, representarían un riesgo para *la salud* o las mismas promueven la enfermedad, habría que *tratar de adecuarlas o simplemente eliminarlas*. El cuidado de la salud de igual manera tiene semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se encuentren. Por lo que Leininger exhortaba a *buscar, descubrir, comprender e interpretar* las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado y en esa búsqueda formal, las mismas personas se comprometen con los profesionales de la enfermería a revelar sus significados y a enseñar efectivamente las creencias y prácticas que rigen sus modos de pensar y de actuar frente al cuidado de su salud, (Leininger, 1978).

Por lo tanto para que el cuidado de enfermería sea eficiente y culturalmente congruente, estas diferencias y semejanzas deben ser identificadas y comprendidas por los profesionales al asistir a estas personas y así poder garantizar ese cuidado culturalmente congruente del cual nos habla Madeleine Leininger. Es decir se debe tener la capacidad de sentir al otro reconociendo la subjetividad del ser humano. (Leininger, 1991).

#### ***Teoría de la Diversidad y Universalidad:***

La presente teoría de la Diversidad y Universalidad nos permite realizar un abordaje al tema de la obesidad partiendo de un modelo cualitativo naturalista, permitiéndonos describir, interpretar y analizar el comportamiento subjetivo de las personas que se encuentran en obesidad, cómo la perciben y conviven con ella en su contexto natural.

La teoría antes mencionada, está establecida en el modelo cualitativo naturalista tratando de interpretar los fenómenos desde la experiencia subjetiva de las personas desde el punto de vista del mundo, su interés está puesto en cómo perciben las personas su propia realidad. (Vanegas, 2010). Sin embargo desde la perspectiva de la Dra. (Durán de Villalobos, 2000), El modelo naturalista se halla constituido en grupo de ideas estrechamente relacionado con el holismo.

. Sin lugar a dudas la Teoría de M. Leininger proporciona puntos de vista más amplios a los profesionales de la enfermería, haciendo énfasis en la necesidad de conocer el mundo de las personas o pacientes, y documentarlos. Para posteriormente tener fundamento en las acciones y las toma de decisiones y poder establecer cuidados culturales de enfermería cuando sean necesarios. (Leininger, 2010).

### *Conclusiones*

Desde las perspectivas del presente documento, las principales aportaciones de la teoría al estudio del problema de la obesidad, se pueden resumir en los siguientes.

- La Obesidad es una condición que como otras, reflejan desigualdades sociales, económicas y culturales, por lo que las estrategias de prevención y control han de ser analizadas a partir de las personas en sus contextos de vida.
- Reconocer cómo la Antropología adquirió un significado relevante en el cuidado de la salud de los seres humanos de forma sensible y congruente con la cultura, abordando el fenómeno con una mirada comprensiva, obligándola a contemplar a las personas como expertos en lo propio y a partir de allí poder realizar las propias inferencias, brindando acciones con gran contenido cultural.
- Comprender cómo la cultura, los aspectos políticos, sociales, económicos, tecnológicos, de valores y creencias inciden directa o indirectamente en el desarrollo de la obesidad (salud) de los niños, convirtiéndose en elementos básicos, para la toma de decisiones del cuidado, por parte de las personas que forman parte de la familia, escuela o la comunidad. La forma como los niños, jóvenes, adultos y ancianos mejoran sus métodos de cuidado, poseen un importante ámbito de símbolos y significados, con los que proporcionan sentido a sus experiencias de vida y salud.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad

Política Social e Igualdad. (2010). Estrategia Naos. La alimentación de tus niños y niñas. [www.aesan.mspsi.es](http://www.aesan.mspsi.es)

Agras, WS., Hammer, LD., McNicholas, F., Kraemer. HC., (2004). Risk factors for Childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5years. [Factores de riesgo para sobrepeso infantil: un estudio prospectivo desde el nacimiento hasta los 9.5 años]. J. Pediatr 145: 20-25

Anderson, E. N. (2005) [1941]. Everyone eats: Understanding food and culture, New York, London: New York University Press. [Todo el mundo come: entender la comida y la cultura, Nueva York, Londres: Prensa de la Universidad de Nueva York].

Barthes, R. (1961). Pour une psychosociologie de l'alimentation contemporaine. Annales [Para una psicología de la comida contemporánea. Anales 16 (977-986).

Birch, L.; Fisher, JO. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. Pediatrics. [Desarrollo de comportamientos alimentarios entre los niños los adolescentes. Pediatría.]101: 539-549

Benton, D. (2004). Role of parents in the determination of food preferences of children and the development of obesity. [Papel de los padres en la determinación de las preferencias alimentarias el desarrollo de la obesidad.]. Int J. Obesity. 28: 858-869

Bell, EA.; Rolls, BJ.; (2003). Regulación de la ingesta de energía: factores que contribuyen a la obesidad. En ILSI conocimientos actuales en nutrición. Washington DC;OPS/ILSI 34-43.

Bourges, H. (1990). Costumbres, prácticas y hábitos alimentarios, en cuadernos de Nutrición. 13:17-32.

Campos, N. (2003). El docente investigador, su génesis teórica y sus rasgos. Educación: Rev. De la Universidad de Costa Rica, 27(2), 39-43.

Carrasco, S. (2003) Antropología y alimentación. Una propuesta para el estudio de la cultura alimentaria. Bellaterra:S.P. Universidad Autónoma de Barcelona.

Contreras, J. & Gracia, M. (2005). Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas. 1ª Edición. Barcelona: Editorial Ariel.

Colipal, E; Silva,H; Vargas, R; Martínez, C: (2006). Significado de la obesidad para los Adolescentes

Chávez, R., (2009). Obesidad y sus implicaciones sociales y filosóficas. Disponible en: <http://www.uv.fajardo.sld.cu/Members/rchavez/>.

Christakis, N. & Fowler, H. (2007). The spread of obesity in large social network over 32

Years. The new england journal of medicine (357):370-379 [La propagación de la Obesidad en una gran red social en más de 32 años. El nuevo periódico de medicina de Inglaterra. (357): 370-379.

Delval, J. (2002). Desarrollo humano (11ª .ed). España siglo XXI.

Douglas, M (1982). In the active voice. London: Routledge and Kegan Paul.

Duran, P. (2006). ¿Estamos ante un nuevo orden alimentario en Túnez? La obtención y Consumo de carne como indicador de la globalización. Rev. Contra relatos desde el sur Apuntes sobre África y Medio Oriente, Año II, 3 (45-66). Córdoba, Argentina: CEA-UNC, Clacso.

Durán de Villalobos, (2000). Seminario de Investigación Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Colombia.

Figueroa Pedraza, D. (2003). Padrões alimentares: da teoria à prática o caso do brasil. Revista de Humanidades, Caicó. 4(8). [Patrones alimentarios: de la teoría a la práctica el caso de Brasil. Meme Revista de Humanidades, Caicó]  
Disponibile em: <http://www.carescaico.ufrn.br/mneme/sobre/contato.html>> Acceso em: Abril 2018.

Fuillerat, R. (2004). Tratamiento psicológico y educativo en adolescente con obesidad Exógena. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.  
Se consiguió en el URL <http://www.psiquiatría.com/articulos/tralimentación/14136>. consulta: 1-05- 2018.

Gavidia, C. (2001). La escuela primaria como ámbito de oportunidad para prevenir el Sobre peso y la obesidad en los niños. Rev. Esp. Salud Pública 75

Giménez, G. (1999). Territorio cultura e identidades. La región socio cultural en: Estudios Sobre la culturas contemporáneas V(9): 25-57.

Gracia, M. (2003) Introducción. La alimentación en el umbral del siglo XXI: Una agenda para la Investigación en España. 2ª Edición . Barcelona. Ariel. S.A.

Gracia, M., (1997). Aproximaciones para explicar el cambio alimentario. “Agricultura y Sociedad”. 82 (153-182).

Horton, R., (1990). La Tradition e la modernité revisitées. En Preiswerk Y, Vallet J. La Pensee metissée. Croyances africaines et rationalite occidentale en questios. Genève: [Tradición y modernidad revisitadas. En Preiswerk Y, Vallet J. El Pensamiento mezclado, creencias africanas y racionalidad occidental en cuestión. Ginebra:] F; p.74

Hubert, A., (2007). Prefacio. En M. I. Gracia & Comells (Editores). No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo, y género en el nuevo milenio (pp. 9-12). Barcelona

Icaria, observatorio de la alimentación.

Leal, J., (2005). La autonomía del sujeto investigador y la metodología de la investigación. Universidad de los Andes. 1era ed. Mérida Venezuela: Centro editorial litorama.

Leininger, M. (1991). Culture care diversity and universality a theory of nursing. New York league for nursing pres: 1991 [La cultura cuida la diversidad y la universalidad una teoría de enfermería. Liga de Nueva York para la enfermería antes de 1991]

McFarland, M., (2007). Teorías de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En A.Marriner Tomey (Ed), Modelos y teorías de Enfermería (pp 472-497). Madrid: Elsevier.

Maciel, ME. (2005). Identidad de cultural y alimentación. En: Canesqui AM Diez García RW, editores. Antropología y nutrición un diálogo posible. Río de Janeiro Fiocruz; 49-55.

Mead, M. & Guthe, CE. (1945). Manual for the study of food habits, en: Bull, Nat. Res coun. Nat Ac. Sc. Washington, D.C. 1945 núm.11:(13). [Manual para el estudio de los hábitos alimentarios], en: Bull, Nat. Res coun. Nat Ac. Dc. Washington, DC 1945 núm.11: (13)

Meléndez, J. M. & Sandoval S. (2008). Introducción. En enfoques conceptuales, contexto Global y experiencias locales (pp. 11-18). México, D.F.: Editorial Plaza y Valdés.

Meléndez, J M. & Cañez, G. M. (2008). Cambios en la vida rural y en la cultura alimentaria campesina. En Meléndez J. M & S. Sandoval. Enfoques conceptuales y contexto global y experiencias locales. México, D.F. Editorial Plaza y Valdés. (p.p 263-300)

Mintz, S. (2003): Sabor a comida, sabor a libertad. Incursiones en la comida, la cultura y el pasado. Ediciones de la Reina Roja, CIESAS y CONACULTA, México.

Muñoz, M. (2006). Utilización de la biodiversidad en la lucha contra el hambre, dimensión política y reglamentación internacional. En seguridad alimentaria y políticas de lucha contra el hambre (p. 255-261) Córdoba, Universidad de Córdoba.

Oliver Reche, Ma. (2002). Comunicación intercultural: comunicándonos con mujeres de otras culturas. 9, 21-27.

Peña, M.; Bacallao, J. (2001). La obesidad y sus tendencias en la región. Revista Panamericana Salud Pública, Washington, D.C. 10(2): 75-78.

Pinson, AL. (2003). Enfermería y diversidad cultural: una mirada desde las Américas. Index de enfermería. Invierno XXII. (43):40-44

- Poulain, P., Proenca, R. & Pacheco, R. (2003). Un espacio Social para alimentar: un Instrumento para estudiar los modelos alimentarios. *Rev. Nutr.*3 (16). 245-246.
- Popkin, M. (1999). Urbanization, lifestyle changes and nutrition transition en: *World Development* 27(11), 105-116. [Urbanización, cambios de estilo de vida y transición nutricional en: *Mundo Desarrollo* 27(11), 105-116.
- Quintana, J. Ma (2001). *Las creencias y la educación. Pedagogía cosmovisional.* Barcelona: empresa editorial Herder S. A. 224.
- Salas, J., García, P. & Sánchez, R. (2005). *La alimentación y la nutrición a través de la historia.*
- Spiro M. (1991). *Anthropologica, other or burmese brother? Studies in cultural analysis.* New Brunswick: Transaction. 3-52 [Anthropologica, otro hermano o birmano? Estudios en análisis cultural. Nuevo Brunswick: Transacción. 3-52]
- Tarres,Ch. (2001). *El cuidado del otro, Diversidad cultural y enfermería transcultural.* *Gazeta de Antropología* 17.  
[http://www.ugr.es/~pwlac/G17\\_15Sol\\_Tarres\\_Chamorro.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G17_15Sol_Tarres_Chamorro.html)
- Vanegas, B. (2010). *La investigación cualitativa: Un importante abordaje del conocimiento para enfermería.* *Revista Colombiana de enfermería.* (6)128-142.  
Recuperado de: <http://www.dialnet.uniroja.es/descarga/articulo/4036726.pdf>
- Vásquez, ML. (2002). *El cuidado cultural adecuado: de la investigación a la práctica.* En el arte y la ciencia del cuidado. Grupo de cuidado facultad de enfermería Universidad Nacional de Colombia. (pp. 315-322).
- Vargas, LA.; Aguilar, P.; (2002). *Una visión integral de la alimentación: cuerpo mente y sociedad.* *Cuadernos de nutrición.* 25(2):88-92.
- Vergara, ME.; (2008). *La naturaleza de las representaciones sociales.* *Revista Latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud,* 6(1):55-80.  
Recuperado de: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/265>
- Villaseñor, S.; Ontiveros, C.; Cárdenas, K.; (2006). *Salud mental y obesidad.* *Investigación en salud.* México. Vol. VIII (2)

**LA INVESTIGACIÓN: ELEMENTO PRIMORDIAL PARA EL DESARROLLO  
DISCIPLINAR DE ENFERMERÍA**

**RESEARCH: PRIMORDIAL ELEMENT FOR THE DISCIPLINARY  
DEVELOPMENT OF NURSING**

**PESQUISA: UM ELEMENTO PRIMÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO  
DISCIPLINAR DA ENFERMAGEM**

**Por:**

**Janeth Agrazal García.**

Candidata del Programa de Doctorado en Enfermería  
con Énfasis en Salud Internacional.

Departamento de Enfermería en Salud Pública

Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá.

Email: [jagrazal@yahoo.es](mailto:jagrazal@yahoo.es)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8230-1496>

Fecha de **Recepción:** 14 de septiembre de 2018

Fecha de **Aceptación:** 8 de enero de 2019

**Resumen**

La investigación es un elemento primordial para el crecimiento científico, profesional y disciplinar de enfermería. Reconocer el cuidado y la experiencia de la salud como el quehacer de enfermería, permite legitimar la investigación de las necesidades individuales y colectivas, con un enfoque clínico y de salud pública, considerando áreas de interés como la calidad de los cuidados, el sistema de salud, las normas regulatorias y la elaboración de políticas públicas de salud.

Para la investigación en la disciplina de enfermería, es necesario formular acuerdos y consensos sobre el alcance del cuidado de enfermería y la experiencia de la salud, de tal manera que se determine la ruta a seguir para el fortalecimiento de la investigación en los diferentes niveles de la formación superior.

El propósito de este artículo es reflexionar sobre la importancia de la investigación para la disciplina de enfermería, considerando sus prioridades y desafíos, así como el rol de las universidades en el fortalecimiento de la investigación disciplinar.

**Palabras claves: Investigación, enfermería, disciplina**

#### **Abstract**

Research is a fundamental element for the scientific, professional and disciplinary growth of nursing. To recognize care and the experience of health, as part of nursing, legitimately allow the investigation of individual and collective needs, with the focus on clinical and public health areas of interest, such as the quality of care, the health system regulatory standards and the development of public health policies.

For research in the discipline of nursing, it is necessary to establish agreements and consensus on the scope of nursing care and health experience, in this way to determine the route to be followed for the strengthening of research in the different higher education levels:

The purpose of this article is to reflect on the importance of research for the nursing discipline, considering the role of universities in the consolidation of disciplinary of research.

**Keywords: Research, nursing, discipline**

#### **Resumo**

A pesquisa é um elemento-chave para o crescimento da disciplina científica, profissional e de enfermagem. Reconhecer a atenção à saúde e a experiência como tarefas da enfermagem, permite legitimar a pesquisa das necessidades individuais e coletivas, com uma abordagem clínica e de saúde pública, considerando áreas de interesse como a qualidade da atenção, o sistema de saúde, as normas regulamentares e o desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

Para pesquisas na disciplina de enfermagem, convênios e consensos sobre o âmbito da assistência à enfermagem e experiência em saúde precisam ser formulados de forma a determinar o caminho a seguir para o fortalecimento da pesquisa em diferentes níveis de ensino superior,

O objetivo deste artigo é refletir sobre a importância da pesquisa para a disciplina de enfermagem, considerando suas prioridades e desafios, bem como o papel das universidades no fortalecimento da pesquisa disciplinar.

**Palavras-chave: Pesquisa, enfermagem, disciplina.**

#### **INTRODUCCION**

La investigación es un elemento fundamental para el avance de la ciencia de enfermería y su crecimiento disciplinar (Alarcón & Astudillo, 2007). La enfermería como profesión y disciplina debe estar enfocada en la generación de conocimiento científico autónomo que contribuya a resolver problemas en la práctica y en el quehacer de enfermería. (Orellana & Sanhueza, 2011), sin descuidar los fenómenos del entorno que afectan la salud. En este ensayo se argumenta la importancia de la investigación para la disciplina de enfermería, así como la necesidad de definir su alcance y enfoque, como elemento sustentador de nuevos roles y desafíos del profesional de enfermería.

### **DISCIPLINA DE ENFERMERÍA: SER Y QUEHACER**

Antes de iniciar el análisis de la importancia de la investigación para el fortalecimiento de la disciplina de enfermería, es necesario comprender el alcance de enfermería como disciplina y como ciencia.

La disciplina científica o académica está relacionada con el dominio específico de un cuerpo de conocimientos que determina el ser y quehacer de cada profesión, así como límites de su campo de estudio que lo diferencian del resto de las profesiones. La disciplina implica los conocimientos y los valores expresados por los integrantes de la profesión y aceptados socialmente. (Castrillón Agudelo, 2002). Tal como lo plantea Donaldson & Crowle, citado por Kenney (2002), la disciplina no es global, es una forma de ver los fenómenos de manera característica y distintiva, que se convierten en los límites de la profesión. Las disciplinas no son estáticas, son dinámicas y responden a los cambios y las necesidades que surgen en la sociedad, tienen un conjunto de valores, una perspectiva y misión; que determinan su razón de ser. (Meleis, 2012).

Las disciplinas se caracterizan por contar con una forma única en que sus miembros estudian y analizan los fenómenos de interés, haciendo uso de modelos conceptuales y teorías generadas, probadas, enseñadas y utilizadas por todos sus miembros. (Fawcett, 2003). Cada disciplina cuenta con un caudal de conocimientos y valores propios que la distinguen y caracterizan del resto de las profesiones, delimitando de manera específica su campo de acción y reflejando a todos sus miembros y a la sociedad su ser y quehacer.

La enfermería como disciplina, requiere de conocimiento teórico propio que fundamente su desarrollo práctico y permita la toma de decisiones. Este conocimiento debe ser transmitido a quienes ingresan a la profesión (Marriner Tomey & Raile Alligood, 2005; Vega Angarita, 2006).

Ahora bien, nos preguntamos ¿cuál es el quehacer y razón de ser de enfermería?, ¿cuáles son los valores de enfermería, qué conocimientos guían su práctica; en esencia qué es la disciplina de enfermería, que la distingue y caracteriza del resto de las profesiones? Responder a estas interrogantes son el primer paso para el desarrollo de investigaciones que contribuyan al enriquecimiento de la disciplina de enfermería.

El concepto de disciplina de enfermería, tiene una historia reciente tal como lo señala Urra (2009), citando a Johnson en 1959, quien plantea, es en la época de 1950 donde académicas y

teoristas de enfermería, en los Estados Unidos reconocen la necesidad de dejar claro su conocimiento propio, como elemento fundamental para el desarrollo de la profesión y la disciplina.

Desde la perspectiva histórica la disciplina de enfermería se fundamenta en el “cuidado” desde Ningthingale, quien visualiza el cuidado como el elemento fundamental en la salud, que requería un entrenamiento y debía ser realizado por la enfermera, considerando al individuo y el entorno. (Hein, 2001).

La esencia de enfermería centrada en el cuidado ha sido objeto de debate a lo largo del tiempo, así como de análisis por diversas teoristas e investigadoras en enfermería. El enfoque de la disciplina de enfermería es el cuidado y la experiencia de la salud humana, desde una perspectiva holística (Polifroni & Welch, 1999). La naturaleza o el ser de la disciplina de enfermería es el cuidado de enfermería, cuyo saber se fundamenta en el desarrollo conceptual y un quehacer guiado por el proceso de atención de enfermería, desarrollado por cada teorista de enfermería. (Cabal & Guarnizo, 2011), aunque cada teorista ha visualizado el mismo quehacer desde perspectivas diferentes.

El cuidado de enfermería según Leininger, se fundamenta en el descubrimiento, comprensión, interpretación de los comportamientos de los seres humanos, teniendo como elemento fundamental las creencias, prácticas y visión del cuidado de la salud, en otras palabras, desde la perspectiva cultural (Rodríguez & Vásquez, 2007; Gordón de Isaacs. 2015).

El cuidado de enfermería es ampliamente analizado en la definición de enfermería del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), señala claramente que la enfermería incluye cuidados autónomos a personas sanas y enfermas, abarca la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y su atención. Identifica además dentro de las funciones de las enfermeras la participación en las políticas de salud y la gestión del cuidado del paciente y del sistema de salud. (CIE, 2017).

Los cuidados de enfermería implican diferentes aspectos de la salud de la persona, su entorno individual, familiar y comunitario y representan el elemento fundamental de la disciplina de enfermería. (Baquero, et al, 1997; Green, 2018)

El quehacer de enfermería es el cuidado de la persona, familia o comunidad sana o enferma, haciendo uso de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención curativa y de rehabilitación, por ende, es este el enfoque de investigación de enfermería. (Durán de Villalobos, 1998; Álvarez, 2015).

La declaración de la Posición del Consejo Internacional de Enfermería sobre el ámbito de la práctica de enfermería señala que son las enfermeras las responsables de su práctica, que no solamente incluye tareas y funciones, sino además incluye la investigación y el desarrollo de políticas de salud. (CIE, 2013).

Después de esta revisión y análisis sobre la esencia y razón de ser de enfermería, podemos concluir que es este: el cuidado y la experiencia de la salud. De igual manera es innegable la

complejidad de este quehacer de enfermería, dado que este, es brindado al ser humano en un proceso de igual manera complejo como lo es la experiencia de la salud y la enfermedad. Un proceso de salud-enfermedad que está determinado por factores sociales, tales como la cultura, la educación, la economía y es afectado por las condiciones en las cuales se nace, se vive, crece y desarrolla. (OMS, 2008).

Un cuidado de enfermería implica un cuidado que va más allá de la persona enferma, del ser humano en su individualidad y su entorno familiar, el cuidado de enfermería involucra, además, la salud de la población considerando su contexto social, político y cultural diverso y cambiante.

La investigación en enfermería basada en la disciplina y en la esencia de su quehacer, genera, un compromiso con estudios investigativos que den como resultado el desarrollo y validación de teorías de enfermería, así como el abordaje de temáticas relevantes que contribuyan a la elaboración y evaluación de políticas de salud que reviertan en el cuidado y la salud de la población.

## **INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA: IMPORTANCIA Y PRIORIDADES**

La importancia de la investigación para la profesión de enfermería, y para su desarrollo disciplinar es totalmente validado por diferentes autores y organizaciones de enfermería. El CIE (2007), señala que “la práctica de enfermería basada en la investigación es un distintivo de la enfermería profesional... y proyecta su apoyo a la investigación vinculada con enfermería, la salud y el sistema de salud”.

El principal objetivo de la investigación en enfermería es contribuir al desarrollo disciplinar y la generación de conocimiento autónomo. (Fawcett, 2003; Aguayo González, Castelló Badía, Monereo Font, 2014; Osorio Castaño, 2018). Para el crecimiento disciplinar de enfermería, el desarrollo de la investigación debe responder a la práctica de enfermería (Durán de Villalobos, 2018). El crecimiento de la disciplina y el desarrollo de su conocimiento autónomo se dará en el marco de que se pueda demostrar con la investigación la mejora en el cuidado y quehacer de enfermería. (Durán de Villalobos, 1998;). La investigación permite la generación del conocimiento científico, a través del desarrollo o validación de la teoría, garantizando de esta manera una práctica autónoma (Gortner, 1974 citado por Durán de Villalobos, 1998).

Se reconoce el valor de las grandes teorías de enfermería para la explicación de los fenómenos de interés de la enfermería y también el uso de teorías de rango medio para probar las relaciones y conceptos en el estudio del fenómeno de interés de enfermería, como elemento para el crecimiento de la disciplina de enfermería (Pickler, 2018).

En América Latina producto del avance de la ciencia y las nuevas demandas institucionales, así como los procesos de globalización y los procesos económicos, sociales y políticos, se demandan nuevos retos para enfermería en el cuidado de las personas y del entorno (Álvarez, 2015).

La investigación en enfermería es reconocida como un aspecto esencial en el crecimiento de la disciplina, permite la generación de nuevos conocimientos, el desarrollo y validación de las teorías, además de abordar diferentes temáticas sobre el cuidado de la salud. La investigación en enfermería contribuye a su valoración social y a su práctica autónoma, sin embargo, la misma debe ser cónsona con los procesos de cambios en materia de salud, así como con los procesos socio-económicos y políticos que influyen en la salud y el proceso del cuidado de enfermería. Es casi imposible brindar cuidados de enfermería sin valorar el contexto físico, social y político y sin considerar las condiciones y particularidades del sistema de salud, desde la perspectiva de calidad y equidad en un contexto local y global.

En el marco del XII Coloquio Panamericano de investigación en enfermería se plantean varias prioridades de investigación, dando especial relevancia a volcar la investigación hacia el cuidado, el desafío de la accesibilidad, las políticas de salud y las condiciones y determinantes de la salud. (Malvárez, 2010). De la misma manera el Consejo Internacional de Enfermería, visualiza como temas de interés el cuidado de la salud y la enfermedad del individuo, familia y comunidad. Señala además la necesidad de investigar sobre la fuerza de trabajo de enfermería, la calidad, costos y eficiencia del sistema de salud. (CIE, 2007).

En los aportes del estudio de Castrillón Agudelo (2014), señala dentro de las prioridades de la investigación en enfermería, las necesidades individuales y colectivas, considerando el enfoque clínico y de salud pública. Además, describe los principales propósitos de la investigación en enfermería: incrementar conocimiento para aplicar en la práctica, mejorar la calidad de los cuidados de enfermería y los servicios de salud, regulaciones de la profesión y políticas de salud pública.

Las prioridades de investigación en enfermería van a estar muy influenciadas por los contextos sociales, profesionales y organizativos de enfermería, así como de las diferentes estructuras y sistemas de salud, sin embargo todos tienen un fin común vinculado directamente con la esencia del quehacer de enfermería: el cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad y que generen las mejores evidencias para mejorar las condiciones de salud de la población y que sustenten las mejores prácticas e intervenciones de cuidado.

## **EDUCACIÓN SUPERIOR: ROL Y DESAFIOS EN LA INVESTIGACIÓN DISCIPLINAR**

Las universidades juegan un papel importante en la formación de profesionales de enfermería con competencias para atender los diversos problemas de la práctica y mantener la visión del

cuidado como la razón de ser y quehacer de enfermería, así como el desarrollo de investigaciones para incrementar el conocimiento propio de la disciplina (Durán de Villalobos, 2018; Aguayo, Castelló & Monereo, 2014). Dentro de este papel de las universidades Fawcett (2003) destaca que debe hacerse énfasis en el uso del conocimiento producto de la investigación de la disciplina de enfermería.

Dado que un gran porcentaje de la investigación se desarrolla en el ambiente académico, las universidades deben contribuir al desarrollo de programas de actualización y fomento de la investigación en los diferentes niveles de formación para el crecimiento de la disciplina y la profesión y cumplir con las nuevas exigencias (Alarcón & Astudillo, 2007, Caro & Vásquez, 1997).

Las universidades deben ser generadoras del pensamiento crítico en los estudiantes de enfermería, para que realicen un abordaje de la investigación en el cuidado, con una perspectiva integral de la salud, en las experiencias de salud-enfermedad, explorando la diversidad cultural y también priorizando su aplicación práctica (Vásquez, 2011, Gordón de Isaacs, 2015).

Dentro del proceso de la investigación destinada al crecimiento disciplinar de enfermería y el abordaje del cuidado desde su perspectiva clínica y de salud pública, además de la interrelación de los cambios sociales, económicos, políticos y culturales se plantean los desafíos en los cuales, las instituciones de educación superior juegan un rol protagónico como entes encargados de la formación, la actualización y comprometidos con el crecimiento profesional y disciplinar de enfermería. Las universidades juegan un papel importante y se plantean grandes desafíos; los cuales deben estar indudablemente vinculados al quehacer práctico, a través de un acercamiento profundo y cada vez más visible de la teoría y la práctica; donde la investigación es el principal hilo conductor.

### **Primer Desafío: Fortalecer la validación de teorías e implementación en la práctica**

Algunas teoristas y autores de enfermería señalan que la generación, aplicación y validación de las teorías de enfermería son elementos básicos, para el crecimiento disciplinar y que las investigaciones deben ser realizadas desde esta perspectiva, tal como lo señala Fawcett (2003), quien explica que tanto la práctica, como la investigación de las enfermeras deben ser dirigidas específicamente a la disciplina. Otro elemento importante en este proceso es el uso del conocimiento generado de la investigación en la práctica asistencial y comunitaria, dado que aún cuando el desarrollo de la investigación en enfermería se incrementa considerablemente, su aplicación en la práctica es limitada (Vélez Vélez, 2009). Como lo señala Ceron Mackay (2016), un desafío importante para enfermería es la aplicación en la práctica de los conocimientos generados en la investigación, de tal manera que, se evidencien su utilidad y beneficios para el cuidado y la salud. Se hace necesario el uso de la investigación de enfermería en la práctica asistencial, con el fin de ofrecer cuidados de enfermería basados en la mejor evidencia. (Luengo & Salazar, 2017; Osorio Castaño, 2018).

Es necesario desarrollar investigación con enfoque disciplinar, pero es más importante que los resultados de la investigación fortalezcan la práctica basada en evidencia.

### **Segundo Desafío: Aplicar diferentes paradigmas de la investigación en enfermería**

Algunos consideran que el principal paradigma para la investigación en enfermería es el cualitativo, permitiendo un mejor análisis y comprensión del fenómeno de interés. (Aguayo, Castelló & Monereo, 2014). Consideramos que la investigación en enfermería puede ser realizada desde cualquiera de los dos paradigmas cualitativo o cuantitativo o de manera individual o mixta.

La investigación en enfermería, que aborda un aspecto de gran relevancia humana como el cuidado de la salud, requiere abordajes de investigación cualitativo y cuantitativo del fenómeno de interés, uno aporta comprensión del significado del cuidado y el otro predicción y generalización del conocimiento (Durán de Villalobos, 1998; Vásquez, 2011). Diversos estudios en enfermería evidencian el predominio de la investigación cuantitativa sobre la cualitativa, en un 60%-80% aproximadamente (Alarcón & Astudillo, 2007; Álvarez, 2015), aunque en los últimos años aumentan las investigaciones cualitativas en Enfermería.

Converger cada vez más el uso conjunto de los dos paradigmas de la investigación cualitativo y cuantitativo, es una tendencia, pues ambos se complementan; el elemento fundamental es el rigor científico en el paradigma utilizado y la selección del paradigma según el fenómeno y la pregunta de estudio.

Es importante identificar las prioridades de investigación hacia los determinantes sociales de la salud, determinar las estrategias de divulgación de la investigación, además del trabajo en equipo y redes de investigación (Vélez, Pico, Olarte, Castellanos, Salazar, 2014), así como la investigación interdisciplinaria (Gordón de Isaacs, 2016).

Para ampliar el alcance de la investigación en enfermería, se señala el avance de los estudios disciplinares, hacia el desarrollo de investigaciones multidisciplinarias (Vásquez, 2011) y actualmente la tendencia es la participación de varias disciplinas para investigar problemas complejos que tienen múltiples implicaciones, a este tipo de investigación se les llama investigaciones interdisciplinarias (Gordón de Isaacs, 2016).

### **Tercer Desafío: Incrementar las capacidades de las enfermeras en investigación**

El crecimiento de la investigación en enfermería es evidente, pero la capacidad de las enfermeras para el desarrollo de investigación, difiere según el nivel de preparación, ya sea, a nivel de licenciatura, maestría o doctorado (Harrison et al, 2005).

Tanto los egresados como los profesionales de enfermería valoran positivamente el contar con competencias en investigación para el desarrollo de su ejercicio profesional (Latrach-Ammar, Febré, Demandes, Araneda, & González, 2011).

Son las universidades las llamadas a fortalecer las capacidades de investigación en los diferentes niveles licenciatura, postgrados y doctorados, resaltando en todos ellos la importancia de la investigación disciplinar como elemento básico, así como el fortalecimiento de la práctica profesional basada en evidencias científicas.

## **CONCLUSIONES**

Es innegable la importancia de la investigación para el desarrollo disciplinar de enfermería, reconociendo el cuidado y la experiencia de la salud como el quehacer de enfermería, desde la perspectiva individual como colectiva, generando investigaciones desde un enfoque clínico y de salud pública.

Dada la connotación social, económica, cultural y política de la salud y por ende del cuidado, se plasman prioridades en investigación que fundamenten la práctica y consideren a la vez los procesos macro como los sistemas de salud y las políticas públicas de salud.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

Aguayo M, Castelló M & Monereo C (2014). La identidad del académico de enfermería: entre la docencia y la investigación. *Texto & Contexto - Enfermagem* 23 (2), 241-249.

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001640013>

Alarcón A & Astudillo P (2007). La investigación en enfermería en revistas Latinoamericanas. Ciencia y enfermería, 13(2), 25-31. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000200004>

Álvarez D (2015). Enfermería en América Latina: una mirada al horizonte. *Avance en Enfermería* 33 (2), 295-305. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n2/v33n2a11.pdf>

Baquero B C et al (1997). Teoría enfermería. El cuidado de enfermería desde una perspectiva psicosocial. *Cultura de los cuidados* 1 (2), 54-59.

[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5303/1/CC\\_02\\_09.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5303/1/CC_02_09.pdf)

Cabal V & Guarnizo M. (2011). Enfermería como disciplina. *Revista colombiana de Enfermería* 6 (6), 73-81

Caro C & Vásquez M. (1997). [La academia y su compromiso con el desarrollo de la disciplina y la profesión de enfermería. \*Avances en enfermería\* 15,\(1-2\).](#)  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/issue/view/1629>

Castrillón Agudelo M (2002). Desarrollo disciplinar de la enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería Vol.XX* (1), 82-88. Recuperado de  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1985672>

Castrillón Agudelo M (2004). Trends and priorities in nursing Research. *Rev Latino-am Enfermagem* 20042(4), 583-588. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000400002>

Ceron Mackay, M (2016). Desafíos para el desarrollo y fortalecimiento de la investigación en enfermería. *Revista Ciencia y Enfermería XXII* (3):7-9. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000300007>

CIE (2007). Declaración de posición del Investigación de enfermería. Ginebra.  
[http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/B05\\_Investigacion\\_enfermeria-Sp.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B05_Investigacion_enfermeria-Sp.pdf)

CIE (2013). Declaración de Posición: Ámbito de la práctica de enfermería. Ginebra.  
[https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B07\\_Ambito\\_practica\\_enfermeria-Sp.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B07_Ambito_practica_enfermeria-Sp.pdf)

CIE (2017). Definición de Enfermería. <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>

Durán de Villalobos M (1998). Enfermería. Desarrollo teórico e investigativo. Colombia. Proyecto Innovar. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16387>

Duran de Villalobos M (2018). Una mirada hacia afuera: proyección de enfermería para el 2050. *Aquichan* 18(1), 5-8 DOI: 10.5294/aqui.2018.18.1.1

Fawcett J. (2003). Guest Editorial: On bed baths and conceptual models of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 44 (3), 229-230. [https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02823.x.](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02823.x)

Gordón de Isaacs, L. (2015). Cuidado Cultural: Teoría, investigación y práctica. Panamá: Universidad de Panamá. Imprenta Universitaria..

Gordón de Isaacs, L.(2016). Modelo Interdisciplinario de Prevención: Para la salud integral con calidad de vida. Panamá: Universidad de Panamá. Imprenta Universitaria.

Green C (2018). [A Philosophical Model of the Nature of Nursing.](#) *Nursing Research* 67(2):93-98. DOI: [10.1097/NNR.0000000000000247](https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000247)

Harrison L, et al (2005). Competencias en investigación para diferentes niveles de formación de enfermeras: una perspectiva latinoamericana. *Ciencia y enfermería*, 11(1), 59-71.  
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000100007>

Hein E (2001). Nursing Issues in the 21st century. Perspectives from the literature. Philadelphia. Editorial Lippincot

Kenney J (2002). *Philosophical and Theoretical Perspectives for Advanced Nursing Practice*. 3era edición. Londres. Editorial Jones and Bartlett Publisher.

Latrach-Ammar C, Febré N, Demandes I, Araneda J & González I (2011). Importancia de las competencias en la formación de enfermería. *Aquichán*, 11(3), 305-315. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972011000300006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000300006&lng=en&tlng=es)

Luengo C & Salazar A (2017). Barreras en la implementación de los hallazgos de la investigación y sugerencias para su enfrentamiento. *Ciencia y enfermería XXIII* (2), 91-108. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000200091>

Malvárez S (2010). Conferencia presentada en el XII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Florianópolis (Brasil)

Marriner Tomey, A & Raile Alligood M, (2009). *Modelos y teorías de enfermería*. Sexta edición. . Amsterdam. Editorial Elsevier

Meleis A. (2012). *Theoretical nursing. Development and progress*. 5ta edición. Pennsylvania. Editorial Wolters Kluwer.

OMS (2008). Asamblea Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Recuperado de [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

Orellana A & Sanhueza O (2011). Competencia en investigación en enfermería. *Ciencia y enfermería*, 17(2), 9-17. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000200002>

Osorio Castaño J (2018). Promotion and Enhancement of Knowledge in Nursing. *Invest. Educ. Enferm.*36 (1) DOI: 10.17533/udea.iee.v36n1e01

Pickler, R, (2018). Theory Use and Usefulness in Scientific Advancement. *Nursing Research* 67(2), 61-62 doi:10.1016/j.pedhc.2007.01.003

Polifroni C & Welch M. (1999). *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing*. Connecticut. Editorial Lippincot

Rodríguez L & Vásquez M (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica* 38 (4), 98-104. <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n4s2/v38n4s2a11.pdf>

Urrea E (2009). Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. *Ciencia y Enfermería XV* (2), 9-18. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000200002>

Vásquez M (2011). Cuidar e investigar: desafíos metodológicos en Enfermería. *Texto Contexto Enferm*, 20(1), 175-83. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100021>

Vélez C, Pico M, Olarte C, Castellanos F, Salazar A. (2014). Tendencias y agenda de prioridades de investigación en unidades académicas de educación superior de Enfermería en Colombia. *Ciencia y Enfermería XX* (3),11-20. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300002>

Vélez Vélez, E (2009). Investigación en enfermería, fundamento de la disciplina. Rev Adm Sanit. 7 (2), 341-56

**PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO Y ASOCIADO CON SU NIVEL DE FUNCIONALIDAD EN ADULTOS MAYORES**

**PERCEPTION OF HUMANIZED CARE BEHAVIORS ASSOCIATED WITH THEIR LEVEL OF FUNCTIONALITY IN OLDER ADULTS**

**PERCEPÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE CUIDADO HUMANIZADOS ASSOCIADOS AO SEU NÍVEL DE FUNCIONALIDADE EM ADULTOS IDOSOS**

**Magíster Tania S. de Kennion**

Universidad de Panamá - Centro Regional Universitario de Colón.  
Facultad de Enfermería.

<https://orcid.org/0000-0003-1896-0344>.

Correo: [taniakennion@yahoo.com](mailto:taniakennion@yahoo.com)

**Doctora Yolanda González W.**

Doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

Profesora Titular, Departamento de Salud de Adultos,

Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá.

E-mail: [yolamari22@yahoo.com](mailto:yolamari22@yahoo.com)

<https://orcid.org/0000-0002-3258-6400>

Fecha de **Recepción:** 3 de diciembre de 2018

Fecha de **Aceptación:** 19 de marzo de 2019

**RESUMEN**

El estudio tiene como objetivo determinar la relación entre la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera y el nivel de funcionalidad del adulto mayor, hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía de un Complejo Hospitalario de segundo nivel de atención.

**Metodología:** Es una investigación de tipo descriptiva, la muestra la conformaron 92 pacientes de 60 años y más. La percepción del comportamiento se indaga a través del Cuestionario Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva del paciente y se evaluó su funcionalidad con la Escala del índice de Barthel, versión modificada por Shah, ambos instrumentos presentan un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,947.

**Resultados:** la percepción global del cuidado humanizado de la enfermera fue evaluada como excelente en un 20% (18); buena en un 76% (70); regular 4% (4). La mayoría de los pacientes percibieron un buen comportamiento de cuidado humanizado de la enfermera, siendo la categoría más alta “calidades de hacer de la enfermera, lo cual refleja el alto nivel de conocimiento y destreza que poseen las enfermeras del CHMAG para el cuidado del adulto mayor. En relación con la funcionalidad del adulto mayor, el 42,4 % presenta dependencia severa, 35,9% dependencia moderada y 13% dependencia total, refiriendo algún grado de incapacidad para hacer determinadas actividades.

**Conclusiones:** Se pudo demostrar que la percepción que tienen los adultos mayores con respecto a los comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera no está relacionada con su nivel de funcionalidad.

**Palabras claves:** Atención de Enfermería, Humanización de la Atención, Anciano. (DeCS, Bireme)

## **ABSTRAC**

**Objective:** determine the relationship between the perception of the humanized care behavior of the nurse and the level of functionality of the elderly patient, hospitalized in the medical and surgery services of the Manuel Amador Guerrero Hospital Complex during January - February 2016.

**Methodology:** Responds to the quantitative paradigm and it has a descriptive approach. n= 92 patients between ages 60 and over answered the Perception of Humanized Nursing Care Behavior Questionnaire and their functionality was evaluated with the Barthel Scale Index modified by Shah, both instruments have a Cronbach's Alpha coefficient above 0.947. Through the statistical program SPSS version 21 the analyzes are done presenting descriptive and inferential results.

**Results:** The global perception of the humanized care of nurses was evaluated as excellent in 20% (18); good at 76% (70); and regular 4% (4); Most of the patients perceived a good behavior of humanized care from nurses, being the highest category "qualities of doing of the nurse, which reflects the high level of knowledge and skill that nurses from the CHMAG have for the care of the elderly patients. In relation to the functionality of the elderly, 42.4% have severe dependence, 35.9% moderate dependency and 13% total dependence, highlighting some degree of inability to do certain activities.

**Conclusions:** It could be demonstrated that the perception that older adults have regarding the humanized care behavior of the nurse is not related to their level of functionality.

**Key words:** perception, humanized care, elderly patient functionality

## **RESUMO**

Esta pesquisa tem como objetivo determinar a relação entre a percepção dos comportamentos de cuidados humanizados da enfermeira eo nível de funcionalidade dos idosos, hospitalizados nos serviços médicos e cirúrgicos do Complexo Hospitalar Manuel Amador Guerrero, durante janeiro a fevereiro de 2016.

Responde a paradigma quantitativo e é descritivo, 92 pacientes com 60 años ou mais responderam as Percepções do Questionário dos comportamentos de Cuidados de Enfermagem Humanizados e avaliaram sua funcionalidade com a Escala de Índice Barthel modificada por Shah, ambos os instrumentos possuem um coeficiente Alpha de Cronbach acima de 0.947. Através do programa estatístico SPSS versão 21 são feitas análises apresentando resultados descritivos e inferenciais.

A percepção geral do atendimento humanizado da enfermeira foi avaliada como excelente em 20% (18); bom em 76% (70); e regular 4% (4); A maioria dos pacientes percebeu um bom comportamento de cuidados de enfermagem humanizados, sendo a categoria mais alta as "qualidades de fazer" da enfermeira, refletindo o alto nível de conhecimento e habilidade que os enfermeiros da CHMAG têm para o cuidado do adulto maior. Quanto à funcionalidade do adulto mais velho, 42,4% apresentaram dependência grave, 35,9% de dependência moderada e 13% de dependência total, indicando algum grau de incapacidade de realizar certas atividades. Foi possível demonstrar que a percepção de que os idosos têm relação com os comportamentos de cuidados humanizados da enfermeira não está relacionada ao seu nível de funcionalidade.

**Palavras-chave:** percepção, cuidados humanizados, funcionalidade de Idosos

## **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad el individuo presenta diversos grados de alteraciones en el continuo salud-enfermedad, algunos debido a factores de riesgo del ambiente interno o externo, otras propias de la evolución del ciclo vital en que se encuentran; en nuestro caso la visión reposa en el adulto mayor, grupo poblacional en aumento, cuyas necesidades y demandas reales están direccionadas hacia el cuidado humanizado profesional, para satisfacer sus necesidades reales y potenciales.

Los sistemas de salud y las instituciones hospitalarias favorecen la práctica de enfermería profesional al incorporar al cuidado, la utilización de tecnología de punta para satisfacer las necesidades fisiológicas específicas de cada paciente; en la medida en que la enfermera integre estos avances tecnológicos al cuidado, promoviendo comportamientos empáticos enfocados al bienestar del adulto mayor, estaremos brindando un cuidado humanizado, de lo contrario el cuidado sería mecanizado, tecnológico y frío al no contemplar la satisfacción de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales del paciente, para brindar un cuidado en forma holística.

La introducción de la tecnología al campo clínico ha sido de gran avance en el diagnóstico y tratamiento oportuno de los padecimientos o enfermedades propias del envejecimiento, lo cual ha ayudado en el aumento de la expectativa de vida, pero a la vez se ha notado un aumento en el índice de las enfermedades crónicas potencialmente invalidantes con la consecuente alteración en el nivel de funcionalidad del adulto mayor.

La tendencia demográfica a nivel mundial del fenómeno del envejecimiento está avanzando velozmente; entre el 2000 y 2050 la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará pasando de 12,0% a 22%, implicando retos en el sistema de salud y en el cuidado para mantener la funcionalidad y la autonomía del adulto mayor. En el 2050, el 80,0% de las personas mayores vivirá en países de ingresos medianos.

La población panameña no escapa a esta tendencia demográfica en cuanto al aumento de adultos mayores; la expectativa para un hombre de 60 años en 1960 fue de 16,5 años; en el 2010 la diferencia refleja 22,1 años, la proyección para el 2050 se espera que la esperanza de vida sea de 25,8 años. Las mujeres de 60 años, en 1960 tenían una esperanza de vida de 17,7 años, para el año 2010 era de 24,9 años y se prevé que para el 2050 sea de 29 (Contraloría Nacional de la República de Panamá, 2015). Lo antes expuesto es indicativo de que el personal sanitario se enfrentará a un aumento de más adultos mayores que desconocemos si van a tener un envejecimiento exitoso, ya que algunos padecerán de enfermedades crónicas y la disfuncionalidad que las mismas inducen; otros presentarán algún grado de disfuncionalidad propias de la edad con la consecuente pérdida de la autonomía. Ante este panorama el cuidado que va requerir el adulto mayor es un reto que nos lleva a modificar el cuidado de la población afectada por lo que la propuesta es el cuidado humanizado que satisfaga en forma holística las necesidades del adulto mayor; con el diseño de estrategias de cuidado humanizado específicas y efectivas para los diversos problemas de salud reales de esta población, acordes con sus niveles de funcionalidad; al respecto Watson, J. (1988), señala que la enfermería de calidad y el cuidado de la salud en la actualidad demandan un respeto humanístico para la persona, familia y comunidad.

El proceso de cuidado en la ciencia de enfermería con perspectiva metafísica, hace re-emergir al cuidado en un cuidado humano, que en la presente década recobra su importancia en enfermería en las transacciones que ocurren en el momento del cuidado en la relación enfermera-paciente, su importancia radica en el rápido crecimiento y desarrollo de los sistemas tecnológicos complejos en el ámbito de la salud.

El enfoque del cuidado humanizado y el enfoque que presenta la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), acerca del adulto mayor sano convergen en que ambos consideran que es importante el mantenimiento de la capacidad funcional del adulto mayor y el mantenimiento de su autonomía dentro de su contexto situacional, que poseen vinculación directa.

Esta investigación es conveniente ya que permitirá identificar lo que el paciente considera más significativo para su cuidado y la enfermera podrá comprender los requerimientos y necesidades específicas del paciente desarrollando las actividades que contribuyan a dignificar y humanizar los cuidados hacia los ancianos, población que presenta un acelerado crecimiento reflejado en las estadísticas previamente señaladas.

Es de relevancia social porque favorecerá la implementación de la evaluación del cuidado holístico y humanizado en forma periódica, garantizando un cuidado eficiente, a la vez que dará respuesta a la implementación de medidas para promover y mejorar la calidad del cuidado de los adultos mayores. Compromiso adquirido por Panamá durante la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento (2002).

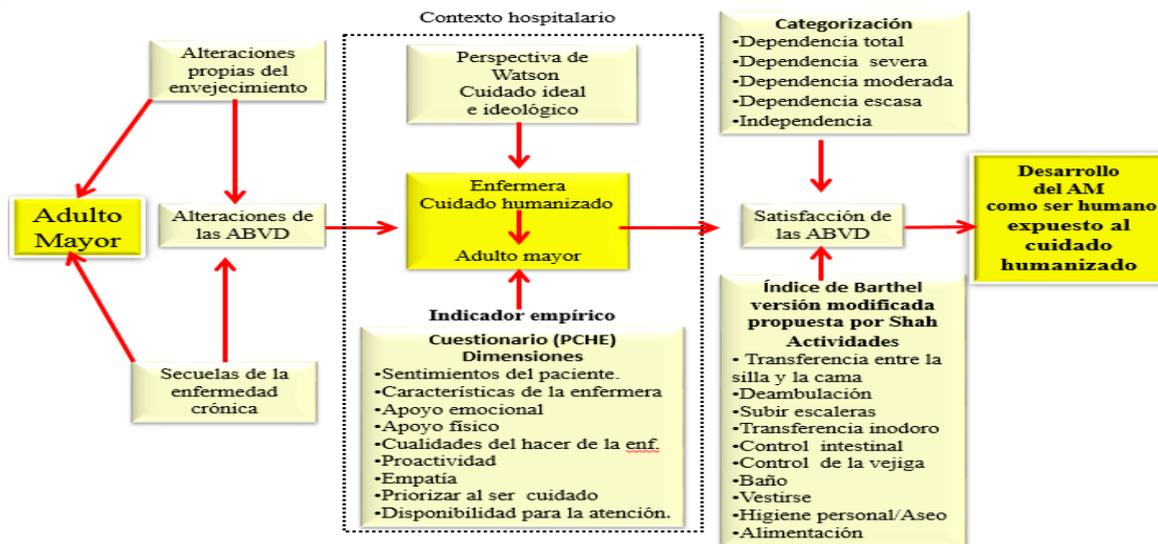
En cuanto a las implicaciones prácticas, permitirá reorganizar la práctica de la enfermería al contribuir al reforzamiento del currículo de los programas de enfermería de las universidades, formando enfermeras íntegras mediante el fortalecimiento de competencias orientadas hacia aspectos fundamentales en la formación profesional, como lo son el cuidado humano, la ética y el empleo de las prácticas comunicativas.

Desde la perspectiva de la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson se explica este fenómeno basados en que:

“la enfermera posee la habilidad de mantener el cuidado ideal e ideológico en la práctica, influyendo en el desarrollo humano de la civilización y determinando la contribución de enfermería a la sociedad”.  
(Watson 2008)

Para su mejor comprensión del estudio se relaciona y fusiona el supuesto teórico y el fenómeno objeto de estudio, utilizando el siguiente esquema.

Fig. 1 Desarrollo del Adulto Mayor como ser humano expuesto al cuidado humanizado



Fuente: Kennion T. (2017) investigadora

Al analizar el mismo, podemos decir que el adulto mayor hospitalizado presenta alteraciones propias del envejecimiento y secuelas de cronicidad manifestadas a través de alteraciones para la satisfacción de las actividades básicas de la vida diaria, por lo que amerita cuidados específicos, los cuales ocurren a través de la interacción enfermera/paciente; donde la enfermera brindará un cuidado humanizado, el cual Watson (2008), identifica como cuidado ideal o ideológico.

El cuidado humanizado se percibirá por medio de la interacción enfermera- adulto mayor, a través de los comportamientos de cuidado humanizado medibles por el indicador empírico “cuestionario de percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera” de Rivera y Triana (2007), este cuestionario posee nueve dimensiones, los cuales son: sentimientos del paciente, características de la enfermera, apoyo emocional, apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera, proactividad, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atención.

Para evaluar la satisfacción del cuidado humanizado del adulto mayor se considera la ejecución de las siguientes actividades básicas de la vida diaria tales como: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse, subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse control de heces y control de orina, los cuales son medibles a través de la escala del Índice de Barthel versión modificada propuesta por Shah, (1989), que permite categorizar al adulto mayor de acuerdo a su grado de dependencia el cual puede ser total, severo, moderado, escaso ó totalmente independiente. Estas categorías van a influir en el desarrollo del adulto mayor como ser humano. (Watson 2008).

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Esta investigación es de tipo descriptiva. Los fenómenos a estudiar fueron: Percepción de comportamientos de cuidado humanizado, desde la perspectiva del adulto mayor y el nivel de funcionalidad del adulto mayor.

La muestra la conformaron 92 personas adultas mayores hospitalizadas en las salas de medicina y cirugía de un Complejo Hospitalario de segundo nivel ubicado en la provincia de Colón, que recibieron atención en las salas de cirugía y medicina, entre noviembre 2015 a enero – febrero 2016. Como criterio de inclusión se estableció la aplicación del instrumento de Test del dibujo del reloj de Thalman B. (1996)

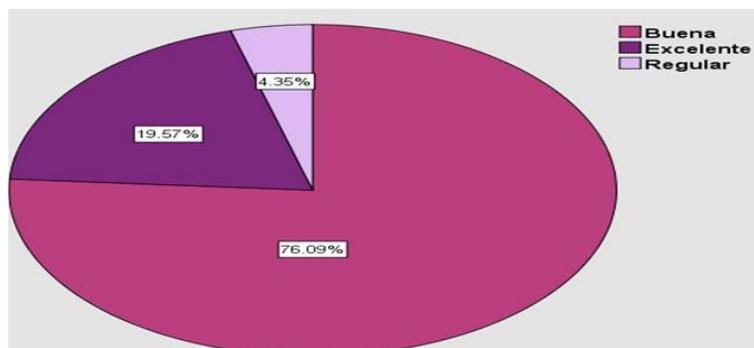
Para la recolección de la información se utilizó la hoja de datos sociodemográficos y tres instrumentos: El *Test del Dibujo del Reloj de Thalman B.* (1996) con Alfa de Cronbach de 0,82, Custodio (2011), cuyo objetivo es evaluar las capacidades cognitivas del paciente, como un criterio de aplicación de los demás instrumentos. Se utilizó también el Cuestionario Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) de Rivera y Triana (2007) (González 2014), con Alfa de Cronbach de 0,977 y se fundamenta en la perspectiva filosófica presentada en la teoría transpersonal del cuidado humanizado de Jean Watson, donde se resalta el compromiso moral que tiene la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana; y el tercer instrumento fue la Escala del índice de Barthel (IB) versión modificada propuesta por Shah (1989). Y mide la capacidad funcional de los pacientes crónicos, con trastornos neuromusculares y músculo-esqueléticos (moreno 2016).

Para determinar la independencia entre las variables nivel de funcionalidad del adulto mayor y percepción de comportamientos de cuidado humanizado, se aplicó la prueba de Chi-Cuadrado.

## **RESULTADOS**

La edad promedio de los pacientes que participaron del estudio fue de 69 años; de estos, el 52,0% (48) pertenecían al sexo masculino y el 48% (44), al sexo femenino. En cuanto al estado civil predominaron los casados con el 46,74%; seguidamente los solteros: 25%; luego los viudos: 21,74%; Finalmente solo un 6,52% eran unidos. Respecto a la escolaridad de los pacientes, el 50% ingresó a la primaria un 34,78% no la completó y 15,22 % concluyó la primaria; aproximadamente el 35% ingresó a la secundaria (17,39% incompleta y 18,48% completa); y apenas un 14,13% de los pacientes cursó estudios universitarios. El tiempo promedio de hospitalización fue de 6 días. Durante estos días de hospitalización el 27,17% de los pacientes tenían cuidador y el 72,83% no disponían de alguien para ser cuidados. En el caso de los pacientes que eran cuidados, todos manifestaron que su cuidador era un familiar.

**Gráfica N° 1** Percepción de comportamiento de cuidado humanizado de la enfermera, en población adulta mayor.



Fuente: aplicación del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera (PCHE) a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

La percepción del adulto mayor acerca del cuidado humanizado de la enfermera fue evaluada como excelente con 20%; (18); buena en un 76% (70); y regular 4% (4). Estos resultados indican que los adultos mayores perciben muy positivamente el cuidado humanizado.

Tabla N°

1

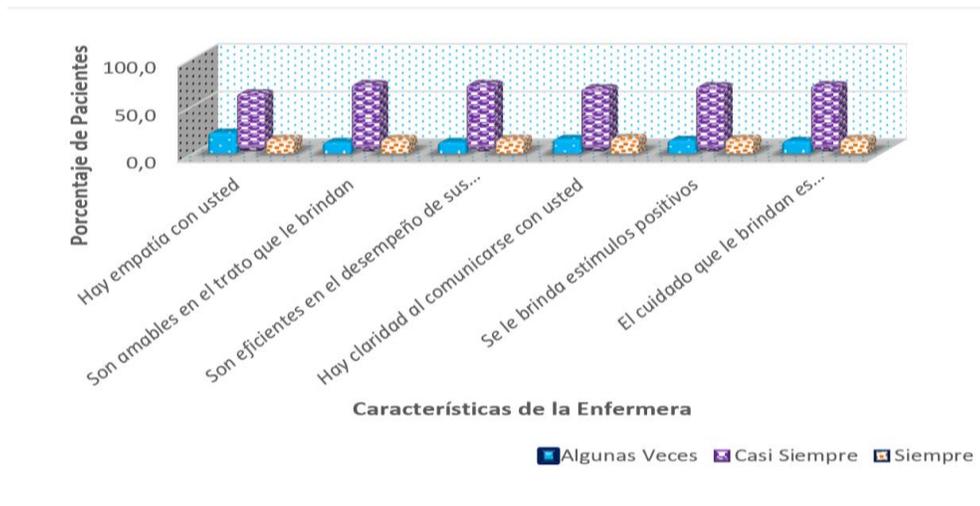
Indicadores	Siempre	Casi siempre	Algunas veces
Sentimientos del paciente	14,8	73,7	11,5
Características de la enfermera	15,4	69,9	14,7
Apoyo emocional	15,2	74,3	10,4
Apoyo físico	12,8	77,6	9,6
Cualidades de hacer de la enfermera	15,2	83,2	1,6
Proactividad	23,0	73,3	3,7
Empatía	10,3	79,9	9,8
Priorizar al ser cuidado	25,7	67,9	6,3
Disponibilidad para la atención	11,8	79,7	8,5

Distribución porcentual de las respuestas al cuestionario de percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera.

Fuente: aplicación del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera (PCHE) a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

La mayoría de los adultos mayores percibieron un buen comportamiento de cuidado humanizado de la enfermera, siendo la dimensión más alta “*cualidades de hacer de la enfermera*” en un 83,2% y la mínima corresponde a la dimensión “*priorizar al ser cuidado*” con un 67,9%.

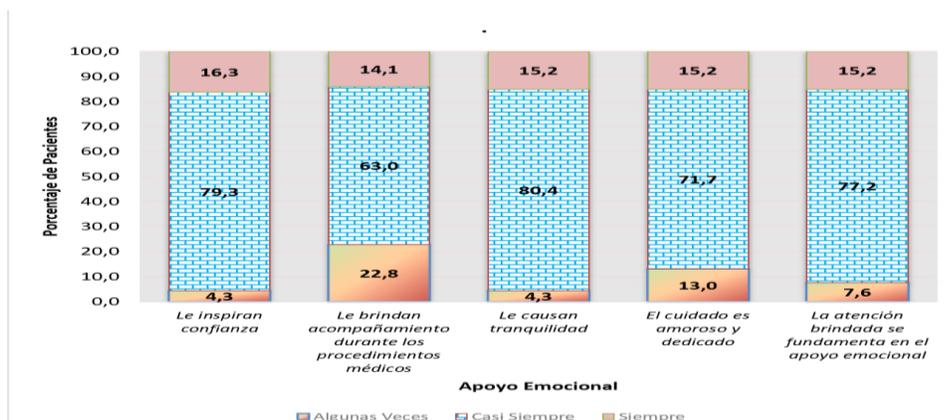
**Gráfica N° 2 Percepción de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor respecto a las características de la enfermera, en las salas de Medicina y Cirugía del CHMAG.**



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera (PCHE) a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

Respecto a las características de la enfermera, el adulto mayor *casi siempre* (más del 70,%) percibe a la enfermera con rasgos que la describen como una persona empática, amable, eficiente, comprometida, solidaria y que brinda estímulos positivos y propicia el diálogo. Por otra parte, el 15,0% de los pacientes perciben *siempre* estas características a favor de la enfermera. El 15,0 % restante de los pacientes refirió que *algunas veces* recibió este cuidado por parte de la enfermera siendo el ítem amabilidad (12,0%) y eficiencia en su trabajo (12,0%) los menos ponderados.

**Gráfica N° 3 Percepción de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor, respecto al apoyo emocional de la enfermera, en las salas de Medicina y Cirugía del CHMAG**

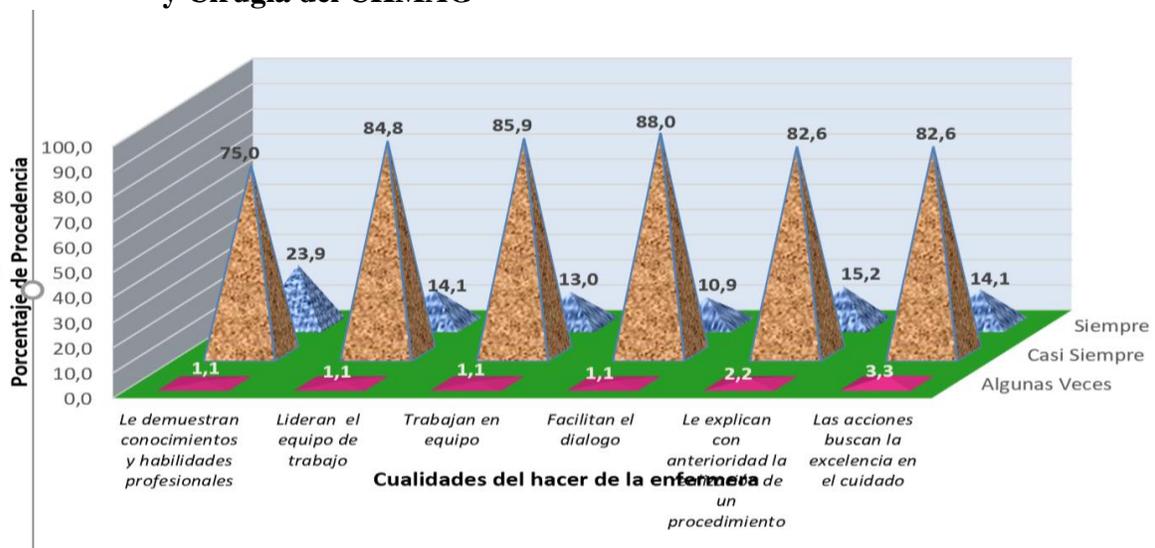


Fuente: datos obtenidos de la aplicación del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera (PCHE) a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

El estudio de la percepción del cuidado humano adquiere gran importancia si se analiza el apoyo emocional que se brinda al paciente. En esta dimensión, aproximadamente el 15 % de los adultos mayores señalan que *siempre* reciben este apoyo a través de la confianza, tranquilidad, dedicación y amor brindado por la enfermera. Cabe destacar que poco más del 80 % de los pacientes refiere que *casi siempre* se les brinda apoyo emocional. El 10,4% percibe algunas veces este cuidado, siendo los aspectos como la confianza y la tranquilidad los de menor percepción, ambos aspectos con un 4,3%.

En relación con los aspectos de comportamientos de cuidado humanizado relacionados al apoyo físico, para los adultos mayores esta percepción recoge un 90% en las categorías siempre y casi siempre en aspectos como alivio del dolor, confort y comodidad. En la categoría de algunas veces, una de las actividades menos percibida por los adultos mayores fue “mirar al paciente cuando se le habla” en un 7,6%.

**Gráfica No 4. Percepción de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor, respecto a las cualidades del hacer de la enfermera, en las salas de Medicina y Cirugía del CHMAG**



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera (PCHE) a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

Esta dimensión “*cualidades del hacer de la enfermera*” fue la que globalmente obtuvo la más alta percepción por parte de los adultos mayores en las categorías *siempre* y *casi siempre*. Las actividades mayormente ponderadas fueron “*facilitar el diálogo*” (88%), “*trabajar en equipo*” (85,9%) y *liderazgo del equipo de trabajo* (84,8%). Mientras que la menos percibida en la categoría “*siempre*” con un 75% fue la actividad relacionada con los conocimientos y habilidades profesionales que representa igualmente una buena percepción.

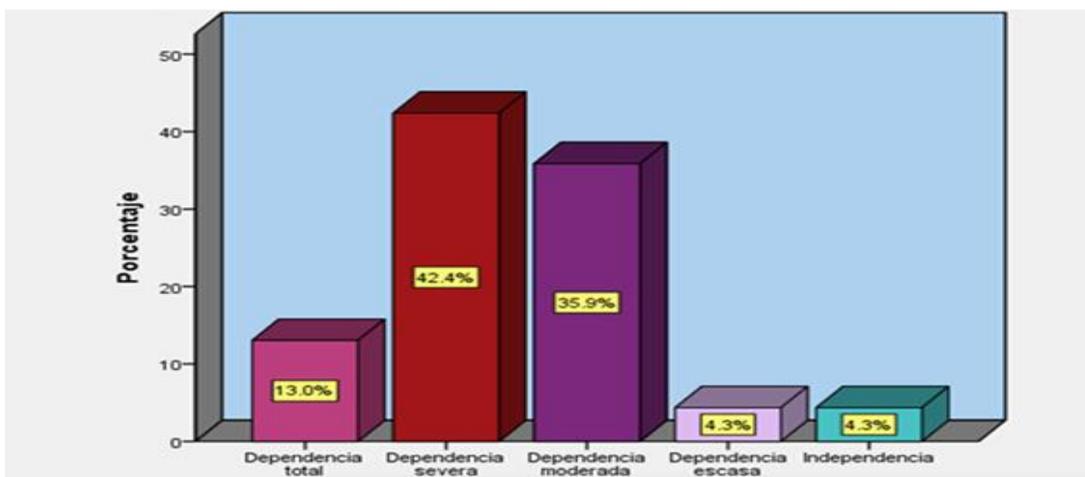
**Gráfica No 5. Percepción de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor, respecto a la empatía de la enfermera, en las salas de Medicina y Cirugía del CHMA**



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera (PCHE) a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

La categoría empatía, evalúa aquellos enunciados que resaltan actitudes y acciones positivas de la enfermera que surgen de la interacción del cuidado, tales como mantener una relación cercana con el paciente, permitir expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y su tratamiento, establecer una relación agradable, escuchar atentamente, ponerse en el lugar del otro para comprenderlo y tener facilidad para acercarse. El análisis de esta categoría dio como resultado que el 10,0% de los adultos mayores *siempre* percibe comportamientos empáticos por parte de la enfermera, mientras que el 80,0% *casi siempre* los percibe. El 16,3% de los adultos mayores en la categoría de *algunas veces* señalan que la enfermera mantiene una relación cercana con él.

**Grafica N°6** Evaluación funcional de la población adulta mayor en las salas de medicina y cirugía del CHMAG, según Escala de índice de Barthel versión codificada propuesta por Shah.



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del instrumento escala del índice de Barthel (IB) versión modificada propuesta por Shah a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

Al evaluar la funcionalidad del adulto mayor de acuerdo con las diferentes categorías de dependencia; el mayor nivel de dependencia se encuentra en la categoría “*dependencia severa*” (42,4%), seguida por la “*dependencia moderada*” (35,9%), luego la “*dependencia total*” (13,0 %) y finalmente la “*dependencia escasa*” (4, %). Estos valores reflejan que el adulto mayor presenta incapacidad para hacer determinadas actividades, lo intenta, pero inseguro, o requiere cierta ayuda por parte de la enfermera para realizar 3 o más de las ABVD. Cabe señalar que solo un 4,3% de los adultos mayores era totalmente independiente.

**Tabla N° 1    Asociación entre la percepción que tienen los adultos mayores sobre el cuidado humanizado y su nivel de funcionalidad**

Prueba de Chi-Cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8.774	8	0,362
N de casos válidos	92		

Como  $p > 0.05$ , por consiguiente se acepta la hipótesis nula.

Fuente: datos obtenidos de la aplicación del instrumento escala del índice de Barthel (IB) versión modificada propuesta por Shah a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

Se utilizó la prueba de Chi Cuadrado para determinar independencia entre las variables nivel de funcionalidad y percepción de comportamientos de cuidado. De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación de la prueba estadística Chi-Cuadrado podemos concluir que no existe asociación entre la percepción que tienen el adulto mayor sobre los comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera con su nivel de funcionalidad.

## **CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES**

La percepción global del cuidado humanizado de la enfermera fue evaluada por los adultos mayores como: buena y ninguno tuvo una mala percepción. Esto nos resalta que la mayoría de los adultos mayores casi siempre recibieron un buen cuidado humanizado por parte de la enfermera, lo que demuestra el humanismo de este personal capaz de brindar una buena atención acorde con los señalamientos de J. Watson.

De acuerdo con las diferentes categorías según la escala del índice de Barthel versión propuesta por Shah, los adultos mayores de este estudio presentaron en mayor escala un nivel de funcionalidad en la categoría de dependencia severa, y dependencia moderada, estos valores

reflejan que el adulto mayor presenta incapacidad para hacer determinadas actividades, lo intenta pero inseguro, o requiere cierta ayuda por parte de la enfermera para realizar 3 o más de las ABVD, esta situación es importante ya que muchos de ellos no son capaces de satisfacer sus necesidades básicas de forma completa debido a ciertas limitaciones físicas propias de la edad aunado a sus diversas patologías, por lo tanto, el cuidado humanizado por parte de la enfermera es fundamental para su bienestar.

En cuanto al grado de dependencia que tiene el adulto mayor para realizar una serie de actividades básicas de la vida diaria, en las categorías incapaz de hacerlo e intenta hacerlo pero es incapaz, se registran actividades como desplazarse, subir y bajar de la cama, subir y bajar escaleras y uso del inodoro; mientras que en la categoría cierta ayuda necesita, están las actividades de aseo personal, bañarse, uso del inodoro; y la mínima asistencia necesaria están en actividades como comer, control de heces y control de orina, estas mismas actividades registran los mayores puntajes en la categoría totalmente independiente. Estos resultados se deben tomar muy en cuenta ya que, los adultos mayores presentan deterioro físico, lo cual los predispone a que sean más susceptibles a adquirir enfermedades y complicar su condición lo que puede afectar su salud, tanto física como psicológica, por ende, requieren una mayor atención y cuidado humanizado, ya que en muchas ocasiones, son incapaces de valerse por sí mismos para afrontar autónomamente los cuidados necesarios para su recuperación.

Se deben realizar investigaciones similares en otras áreas clínicas, con el fin de contrastar nuestros resultados con los que se pudieran obtener de otras áreas.

Mejorar cada día el cuidado humanizado en aspectos que no fueron excelentes, de tal forma que los pacientes puedan percibir en mayor escala que se les brinda un trato humano.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Contraloría General de la República. Envejecimiento Demográfico en Panamá Período 1960-2050. Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá. 2015.

González H. Oscar J. (2014) Validez y Confiabilidad del Instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª Versión”

Moreno P. Gómez M., Miralles F. (2016). Índice de Barthel como herramienta para detectar las necesidades de cuidados en el paciente renal.

(O.M.S./OPS) (2012). La atención de los Ancianos: [Estrategias de la OPS para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores](#).

Disponible: <https://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/es/>

Rivera L. y Triana A. (2007). Percepción de comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería en la Clínica del Country. Rev. Av. Enferm;25(1):54 – 66.

Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento (2002). Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002  
Disponible: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 1989; 42: 703-709

Watson, J. (1988). Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing. New York: National League for Nursing. P. 65.

Watson, J. (2008). Nursing. The philosophy and Science of caring. Revised Edition, University of Colorado. p. 17, 18, 31.

**FACTORES RELACIONADAS CON LA APLICACIÓN DE LA VACUNA  
CONTRA LA INFLUENZA EN LA EMBARAZADAS**

**FACTORS RELATED TO THE APPLICATION OF THE INFLUENZA VACCINE IN  
PREGNANT WOMEN**

**FATORES RELACIONADOS À APLICAÇÃO DA VACINA CONTRA A GRIPE EM  
GESTANTES**

**Mgter. Dalis Pinto**

Ministerio de Salud, Programa Ampliado de Inmunización, Panamá

<https://orcid.org/0000-0000-0000-0000>.

Correo: [dalysibethp@yahoo.com](mailto:dalysibethp@yahoo.com)

**Dra. Carmen Flores de Bishop**

Universidad de Panamá, Facultad de Enfermería, Panamá

<https://orcid.org/0000-0002-1950-2989>.

Correo: [bishopcarmen@hotmail.com](mailto:bishopcarmen@hotmail.com)

Fecha de **Recepción**: 4 de diciembre de 2018

Fecha de **Aceptación**: 19 de abril de 2019

**Resumen**

Objetivo: Conocer los factores que inciden en la cobertura de vacunación de influenza en la embarazada.

Métodos: Estudio Descriptivo, transversal; con una muestra 168 puérperas, seleccionadas al azar. La medición de riesgo se utilizó el OR), la asociación estadística fue 95% de confianza y un 5% de error para un  $X^2$  de 3.84.

Resultados: Se demostró estadísticamente que existe asociación en las siguientes variables que se constituyeron en factor de riesgo: el conocimiento de que la vacuna no se aplica durante el embarazo  $OR=15.79, IC=2.88-86.4, X^2=16.5, p=0.000$ ; el no ofrecer la vacuna de influenza a la embarazada por un profesional de salud  $OR=96.2, IC=12.5-738.09, X^2=57.4, p=0.000$  y la accesibilidad a los servicios de salud utilizando el medio de transporte taxi durante el embarazo  $OR=2.66, IC=1.15-6.16, X^2=5.52, p=0.01$  y costo de movilización de más de un balboa/dólar  $OR=0.565, IC=0.99-12.41, X^2=4.19, p=0.0404$ .. Además, se identificaron algunos factores protectores con significancia estadística, tales como la edad de 30-39 años  $OR=0.22, IC=0.05-0.99, X^2=5.89, p=0.0152$ ; el saber que se puede poner la vacuna durante el embarazo  $OR=0.06, IC=0.01-0.03, X^2=16.5, p=0.0000$ ; ofrecer la vacuna por un personal de salud  $OR=0.01, IC=0.001-0.079, X^2=57.9, p=0.0000$ , costo de movilización de menos de un balboa/dólar  $OR=0.28, IC=0.08-1.00, X^2=4.19, p=0.0404$ .

**Conclusión:** Las embarazadas y el personal de salud requieren capacitarse en la seguridad y eficacia de la vacuna de influenza para promoverla e influir en su cobertura; recomendándose un programa de capacitación al personal de salud y la norma de orientación obligatoria a la embarazada sobre la vacuna en su primer control prenatal y a los adolescentes en las escuelas.

**Palabras claves:** embarazada, cobertura de vacunación, vacuna de influenza.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To know the factors that affect the coverage of the influenza vaccination in pregnant women.

**Methods:** This is a descriptive, cross-sectional study with a sample of 168 randomly selected puerperal women. The OR was used to measure risk. The statistical association was 95% confidence and a 5% error for a X<sup>2</sup> of 3.84.

**Results:** It was statistically demonstrated that there is an association among the following variables which became a risk factor: knowing that the vaccine is not applied during pregnancy OR = 15.79 CI (2.88-86.4) X<sup>2</sup> = 16.5 and a p = 0.000; not offering the influenza vaccine to the pregnant woman by health personnel OR = 96.2, CI (12.5- 738.09), X<sup>2</sup> = 57.4 and a p = 0, 000 and the access to health services, namely, using taxi transportation during pregnancy OR = 2.66, IC (1.15-6.16) X<sup>2</sup> = 5.52 and a p = 0.01, and the mobilization cost of more than a balboa/dollar OR=0.56.5,IC=0.99-12.41,X<sup>2</sup>=4.19,p=0.0404.

Furthermore, some protective factors with statistical significance were identified, such as: the age of 30-39 years OR = 0.22, IC = 0.05-0.99, X<sup>2</sup> = 5.89, p = 0.0152; knowing that the vaccine can be administered during pregnancy OR = 0.06, IC = 0.01-0.03, X<sup>2</sup> = 16.5, p = 0.0000; health personnel offering the vaccine OR = 0.01, IC = 0.001-0.079, X<sup>2</sup> = 57.9, p = 0.0000, the cost of mobilization being less than a balboa / dollar OR = 0.28, IC = 0.08-1.00, X<sup>2</sup> = 4.19, p = 0.0404.

**Conclusion:** Pregnant women and health personnel need training in the safety and effectiveness of the influenza vaccine for its promotion and handling. A training program for health personnel and the standard mandatory guidance for pregnant women regarding the vaccine in their first prenatal checkup and for adolescents in schools is recommended.

**Keywords:** Pregnant Women, vaccination coverage, Influenza Vaccination, (DeCS, Bireme)

## **Resumo**

**Objetivo:** Conhecer os fatores que afetam a cobertura vacinal contra a gripe na gestante.

**Métodos:** Estudo descritivo, transversal; com uma amostra de 168 pacientes pós-parto, selecionadas aleatoriamente internadas em maternidades de uma instituição de atendimento de segundo nível localizada no Panamá Ocidental, em agosto de 2017. O OR foi utilizado para medição de risco. Foi utilizado um instrumento com Cronbach Alpha de 0,83.

**Resultados:** Foi demonstrado estatisticamente que há associação entre o conhecimento da gestante e a aplicação da vacina contra a gripe durante a gestação OR-15,79 IC (2,88-86,4) X2 - 16,5 e p -0,000. Se algum pessoal de saúde não ofereceu a vacina contra a gripe para a gestante OU 96,2, IC (12.5-738.09), X2 x 57,4 e a ps 0,000 e acessibilidade aos serviços de saúde (transporte/táxi) e vacinação contra gripe durante a gravidez OR-2.66, IC (1.15-6,16) X2 -5.52 e p-0.01.

**Conclusão:** Gestantes e profissionais de saúde precisam ser treinados na segurança e eficácia da vacina contra a gripe para promover e influenciar sua cobertura; recomenda-se um programa de treinamento para os profissionais de saúde e o padrão de orientação obrigatório para gestantes na vacina no primeiro check-up pré-natal e adolescentes nas escolas.

**Palavras-chave:** Gestantes, Vírus da Influenza A, Vacinação, Programas de Imunização (DeCS, Bireme)

### **Introducción**

Históricamente, las embarazadas han presentado altas tasas de mortalidad y de hospitalización durante las pandemias de influenza y las temporadas de influenza anuales, patrón que se confirmó durante la pandemia del virus A (H1N1) 2009. Este virus de la gripe causa anualmente 100 millones de casos de enfermedad, 200 000 hospitalizaciones y 30 000 muertes en el mundo. El Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos ha incorporado a las mujeres embarazadas en el grupo de población de riesgo con indicación de inmunización anti-influenza con virus inactivo, y ha considerado que la vacunación puede ser realizada en cualquier trimestre de la gestación (CDC, 2016). El Grupo Técnico Asesor (GTA) (OPS, 2014), toma nota de los progresos realizados en el uso de la vacuna contra la influenza, e insta a los países a ampliar el uso de esta vacuna y alcanzar tasas de cobertura más altas, con énfasis en las mujeres embarazadas (OPS, 2017).

Las embarazadas corren mayor riesgo de sufrir complicaciones por una infección gripal, fundamentalmente por el incremento en el gasto cardíaco, el consumo de oxígeno, el descenso de la capacidad pulmonar y los cambios en la función inmunológica en comparación con las mujeres en edad reproductiva que no están embarazadas. (Varea, 2015.) A aquellas gestantes que, además, padezcan condiciones médicas de alto riesgo, se les aconseja la vacunación independientemente del momento del embarazo, ya que, al ser una vacuna inactivada, es segura en cualquier etapa del embarazo. Vacunarse contra la influenza es el primer paso, y el más importante, que puede tomar la embarazada para protegerse contra esta enfermedad.

Por otro lado, se ha demostrado que cuando se administra durante el embarazo la vacuna contra la influenza, protege tanto a la madre como al producto en gestación de las complicaciones graves relacionadas con la influenza. El producto de la mujer que se vacuna durante el embarazo también tendrá anticuerpos contra la influenza al nacer y lo protegerán por hasta 6 meses después de su nacimiento. (OPS/OMS, 2017).

Esto es importante porque los bebés de menos de 6 meses no se pueden vacunar todavía, pero tienen más alto riesgo de ser hospitalizados debido a la influenza. Para prevenir la influenza y sus complicaciones en embarazadas, el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACPI) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2016) comenzó en 2004 con las recomendaciones de rutina para que las embarazadas se vacunen contra la influenza en cualquier etapa del embarazo. (Varea, 2015).

Por lo tanto, la inmunización de la futura madre no sólo consigue proteger a la vacunada, sino que a través del paso de anticuerpos de forma pasiva al feto puede proteger al recién nacido hasta que sea posible la inmunización activa de éste, con el inicio de su calendario vacunal. (OPS, 2017). La vacunación forma parte de las actividades cotidianas de salud pública, y es entendida como un sistema dinámico en el que la oferta y la demanda están relacionadas entre sí, identificándose las necesidades de la población, cuya satisfacción depende del comportamiento de los usuarios y de los proveedores de los servicios de vacunación.

La temporada típica de la influenza en Panamá es de abril a noviembre de cada año. Los tipos (cepas) de virus que causan la influenza estacional mutan un poco cada año, por lo

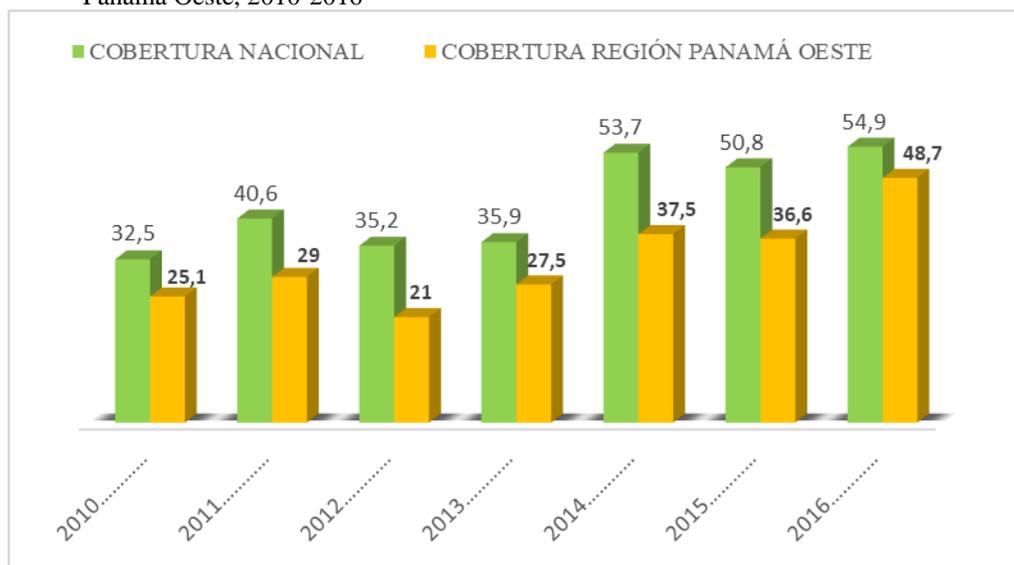
cual el Programa Ampliado de Inmunizaciones a través del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud, trabajan en conjunto, para obtener la vacuna actualizada de influenza estacional del Hemisferio Sur y poder lograr coberturas óptimas de vacunación, según los grupos prioritarios establecidos en el Esquema Nacional de vacunación, principalmente el grupo de embarazadas que es el tema central de esta publicación .

Considerando lo anterior y teniendo en cuenta que la vacuna de Influenza fue recientemente incorporada al grupo objetivo de embarazadas, se hizo necesario recopilar información al respecto. La vacuna A (H1N1) monovalente se introdujo en enero 2010 frente a la pandemia mundial en embarazadas y luego se incorporó como vacuna trivalente (Influenza estacional). Se introduce al Esquema Nacional de Vacunación de Panamá en abril del mismo año, para la Semana de Vacunación de las Américas.

Las revisiones de la literatura subrayaron el papel fundamental que tiene el sistema de salud en la no vacunación, como por ejemplo la distancia al sitio de vacunación, la motivación del personal de salud, la falta de recursos y las falsas contraindicaciones. Igualmente, destacaron factores desde la perspectiva de la demanda, incluyendo las características de la familia y las actitudes, como por ejemplo el nivel educativo y las creencias religiosas. (Report, 2012).

Además, los índices de cobertura de la vacuna influenza en las embarazadas del país y específicamente, la Región de Panamá Oeste, donde se hizo la investigación, se mantienen coberturas no óptimas, como lo demuestra la figura n° 1).

Fig. 1 Cobertura de vacunación contra la influenza en embarazadas, Republica de Panamá y Región de Panamá Oeste, 2010-2016



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas del PAI/MINSA

Se observa claramente que la situación de las coberturas es baja para la Región de Panamá Oeste, similar a la de todo el país durante los primeros años, posterior a su introducción en este grupo poblacional y con un ligero aumento en los últimos tres años tanto para la Región de Panamá Oeste como a nivel de país; sin embargo, para el país está ligeramente por arriba del 50% y la Región de Panamá Oeste se mantiene por debajo del 50%. Estos datos reflejan la necesidad de continuar trabajando para aumentar la cobertura de vacunación contra la influenza en las embarazadas, buscando estrategias para lograrlo. Una de las estrategias es identificar los factores de riesgos asociados a la baja cobertura, lo que brindará insumos a los estrategias a identificar las causas y buscar soluciones factibles y lograr la meta trazada de cubrir el 100% de las embarazadas.

Es por lo que la investigación pretendió analizar los factores que inciden en las coberturas de vacunación en la embarazada para diseñar estrategias que permitan mejorar esta condición. Debido a que existe renuencia de las embarazadas a ser vacunadas en gran parte por falta de información y divulgación de los beneficios de la vacuna para la madre y su bebé, por las creencias y actitudes de las embarazadas, por factores socioeconómicos y demográficos que pueden ser otras barreras para la vacunación y por el conocimiento y actitud del personal de salud que tenga influencia significativa sobre la aplicación de la vacuna de influenza durante el embarazo.

Dentro de estos factores tenemos la *edad*, donde un estudio realizado a gestantes en España concluyó que no había diferencia significativa entre la edad entre las mujeres vacunadas y no vacunadas (Vilca Yengle et al., 2010), resultados que coincide con la población más alta de contagio presentada en la epidemia de influenza AH1N1 en México 2009.(Miranda, Damián, & Vázquez, 2011).

Desde el Nivel educativo en una encuesta realizada en México frente a la “Percepción de la influenza AH1N1 de embarazadas”, se observó que el 50% de ellas mantenía un nivel educativo secundario.(Miranda 2011). Desde el factor de edad gestacional se encontró que el 90,7% de las pacientes que presentaron influenza se encontraban en el segundo o tercer trimestre del embarazo. (Cantero, Cos, Jorge, Mayo, & Diana, 2011) .

Por otra parte en Argentina, en el estudio sobre el Estado de vacunación en embarazadas y puérperas, no se encontró diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon coberturas de vacunación antigripal según estado civil y nivel de instrucción y donde el 76% de las embarazadas tenían más de 5 controles y el 50% refirieron tener aplicada la vacuna antigripal; es de destacar la mayor cobertura cuando se realizó al menos un control durante el embarazo. (A. Minguez, 2014).

El factor de Comorbilidad, es comprobado a través *del* estudio en España, el 20% de las gestantes incluidas en el estudio tenía enfermedades de base; no obstante, los resultados obtenidos no indican que la comorbilidad asociada mejore las tasas de vacunación, a pesar de que en estos casos las pacientes tienen una doble indicación.(Vilca Yengle et al., 2010)

En cuanto a factor de conocimiento el estudio realizado en México, sobre “Percepción de la influenza A H1N1 de embarazadas y la conducta del cuidado” señala que independientemente de que las embarazadas se hayan vacunado o no, y que hubiesen presentado la enfermedad, reconocen la importancia de ésta, manifestando que toda la gente debe de vacunarse. Asimismo, enfatizan en la necesidad de información oportuna de la vacuna a las mujeres embarazadas, ya que por el estado reproductivo son mayormente vulnerables a contagiarse, complicando el embarazo y poniendo en riesgo al bebé (Miranda 2011). En contradicción con el estudio de Vilca Yengle et. al., 2010, donde solo el 15,8% de las mujeres solicitaron la vacuna por iniciativa propia.

Por otra parte, en cuanto a las creencias como factor influyente, podemos indicar que Creencias que existe cierta renuencia por parte de las embarazadas a ser vacunadas, usar medicamentos u otros tratamientos durante el embarazo, en gran parte por falta de información sobre los riesgos, seguridad y eficacia de los mismos durante este período. ( Freund, 2011).

Desde la perspectiva del personal de salud podemos mencionar: a) la indicación médica de vacunación universal antigripal para las embarazadas no es un hecho en las consultas de seguimiento de embarazos (Varea, 2015); b) desconocimiento de las indicaciones por la obstetras ; c) Conocimientos y prácticas sobre la vacunación antigripal en gestantes”, lo que contribuye se atribuye a preocupaciones en relación con efectos no deseables de la vacuna o al temor de que su administración pudiera coincidir con abortos espontáneos, frecuentes en la etapa inicial del embarazo. (Vilca Yengle et al., 2010).

### **Metodología**

La investigación se trata de un estudio epidemiológico tipo descriptivo transversal. Los datos fueron recogidos con las puérperas hospitalizadas en la sala de la Maternidad de un factores de riesgos en un hospital de segundo nivel ubicado en Panamá Oeste en el mes de agosto de 2017. Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para la población finita, con un 95% de confianza y un 5% de error. La proporción esperada fue la cobertura del 51% (0,5); dando por resultado una muestra de 168 puérperas. La misma se selección con un muestreo de tipo Probabilístico, Aleatorio Simple, tomando como referencia el censo de la sala de puerperio para conocer el número de partos/cesáreas diarias por un mes. Se estimó seleccionar a seis puérperas por día cada día del mes de agosto, las cuales fueron seleccionadas por tómbola.

Se aplicó como criterio de inclusión las pacientes puérperas que tienen en su haber la tarjeta de control prenatal. Para recabar la información necesaria se elaboró un instrumento que fue aplicado a la Puérpera a través de la técnica de Entrevista. Este constó de 4 partes: Características de la embarazada, Calidad del servicio de vacunación, Acceso a los servicios de vacunación, Conocimientos sobre vacunación del personal de salud, el cual se sometió a la validación de expertos haciendo los ajustes necesarios recomendados por los mismos. Además, realizó una prueba piloto en la que se entrevistó a 10 puérperas de la sala de maternidad, en el mes de junio; aplicándole la medición de la confiabilidad con la prueba de Alfa de Cronbach indicando que el valor obtenido es de 0,83 lo que significa una buena consistencia interna del instrumento.

La investigación fue sometida al Comité de Bioética de la Universidad de Panamá, e incluyó la firma del Consentimiento informado y voluntario, con los requerimientos éticos aplicables según la guía de principios de Helsinki. El estudio contó con la autorización de la Dirección Médica del Hospital.

Los datos fueron registrados en una base de datos en el Programa de EPI INFO versión 7,0, y en programa Excel. La identificación de los factores de riesgo se hizo a través del cálculo de la razón de productos cruzados (OR) en una tabla 2x2, en la que los resultados se interpretaron así:  $OR > 1$  Factor de riesgo del efecto,  $OR < 1$  Factor de protección,  $OR = 1$  Indica que la asociación es nula.

Para medir la representatividad de la muestra se utilizó la prueba estadística, Intervalo de Confianza (IC), con un 95% de certeza que ayudará a evaluar la importancia relativa del R.R encontrado y que tan cercano se encuentra al riesgo verdadero de la población objeto; permitiendo transpolar los resultados a la población total, siempre que los valores calculados (límite inferior y superior), no incluya el 1.

### **Resultados**

La edad Media para las puérperas entrevistadas fue de 28,4 años y una Desviación Estándar de 8,5. El mayor porcentaje lo obtuvieron las puérperas comprendidas entre las edades de 20 - 29 años con 56,5%, de las cuales la mayoría tenía la vacuna contra la influenza. No se ha observado diferencia significativa entre la edad y las embarazadas vacunadas y no vacunadas con  $X^2 = 2,18$  y un margen de error de  $p = 0,13$ . Al explorar las edades entre las embarazadas se

demonstró que las edades de 40 años y más constituye un factor de riesgo para no vacunarse OR= 3,68, pero sólo se puede aplicar este resultado a la muestra como lo indica el IC (0,58-23,1). En cambio, mantener de 30-39 años la convierte en un factor protector para vacunarse y no enfermar OR= 0,22, pero la muestra es adecuada según lo indica el IC (0,05-0,99) y se pueden generalizar los resultados del estudio a toda la población. El ( $X^2=5.89$ ) nos indica que hay una significancia estadística y un margen de error pequeño.

El estado civil de la embarazada se clasificó en soltera y separada/divorciada como una categoría y también las casadas/unión libre como otra categoría. Se demostró que del 90,5% de las embarazadas, su estado civil era de casadas/unión libre, de las cuales la mayoría tenía la vacuna de influenza. El análisis de riesgo demostró que el estar soltera y

separada/divorciada es un factor de riesgo para no vacunarse (OR=1,23), pero sólo se puede aplicar a la muestra como lo indica IC (0,32 - 4,64). No se encontró asociación entre ambas variables ( $X^2 = 0,09$ ) y una ( $p = 0,75$ ) lo que nos muestra un margen de error superior a 0,05, y el estar casada/unión libre se convierte en un factor protector (OR=0,81).

Con relación al nivel académico de las embarazadas se demostró que el 45,2% obtuvo estudios de secundaria completa, del cual la mayoría tenía la vacuna contra la influenza y el 26,2% que corresponde a estudios de primer ciclo (Premedia). El análisis de riesgo demostró que el tener estudios universitarios y secundaria completa son factores de riesgo (OR= 2,97 y OR= 1,37 respectivamente), para las embarazadas; ya que las pruebas de  $X^2$ , IC y el valor P, no demostraron resultados estadísticamente significativos.

Al respecto del nivel académico de las embarazadas se demostró que el 45,2% obtuvo estudios de secundaria completa, del cual la mayoría tenía la vacuna contra la influenza y el 26,2% que corresponde a estudios de primer ciclo (Premedia). El análisis de riesgo demostró que el tener estudios universitarios y secundaria completa son factores de riesgo (OR= 2,97 y OR= 1,37 respectivamente), para las embarazadas; ya que las pruebas de  $X^2$ , IC y p no demostraron resultados estadísticamente significativos, se necesita ampliar la muestra.

Por otro lado, el trabajo remunerado durante el embarazo se observó que el 78,6%, no posee un trabajo remunerado, pero la mayoría de ellas mantiene aplicada la vacuna de influenza (67,3%). El análisis de riesgo demostró que mantener un trabajo remunerado constituye un factor de riesgo para no vacunarse (OR=1,69), pero sólo se puede aplicar este resultado a la muestra como lo indica el IC (0,67-4,28). No se encontró asociación significativa entre ambas variables ( $X^2 = 1,28$ ) y una ( $p= 0,2569$ ) y el no mantener un trabajo remunerado se convierte en un factor protector para aplicarse la vacuna de influenza (OR=0,59). Definitivamente, mantener un trabajo impide en muchas ocasiones que la embarazada no pueda asistir a las citas de control prenatal (vacunación), ya que esto ocasiona permisos y horas descontables que al final redundan en un recorte para el sustento familiar.

De las púerperas entrevistadas, puede decirse que el 97% profesa o practica una religión, del cual el 82,1% mantiene aplicada la vacuna de influenza durante el embarazo. El análisis de riesgo demostró que el no profesar en una religión se convierte en un factor de riesgo para no

aplicarse la vacuna (OR=3,68), pero sólo se puede aplicar este resultado a la muestra como lo indica IC (0,58-23,1); no se demostró significancia estadística entre la religión y las embarazadas vacunadas y no vacunadas con ( $X^2 = 2,18$ ) y un margen de error ( $p=0,13$ ). En cambio, el practicar o profesar en una religión lo convierte en un factor protector (OR= 0,27), para aplicarse la vacuna contra la influenza. Las creencias religiosas se convierten en un factor protector para que la embarazada pueda vacunarse, ya que están conscientes e informadas sobre los beneficios de la misma para ella, para la protección de su bebé y que un ser divino las bendice.

**Tabla N° 1 Embarazadas por aplicación de la vacuna contra la influenza durante el embarazo según factores relacionados a la embarazada**

Factores relacionados con la embarazada	Total		Vacuna contra la influenza durante el embarazo				OR	IC	X <sup>2</sup>	p
			Si		No					
	N°	%	N°	%	N°	%				
<b>Número de controles prenatales</b>										
1 a 4	49,0	29,2	8	4,8	41,0	24,4	1,02	0,41-2,53	0,003	0,9539
5 y +	119	70,8	19	11,3	100	59,5	0,97	0,39-2,40		
<b>Comorbilidad en la embarazada</b>										
Si	20	11,9	4	2,4	16	9,5	1,3	0,41-4,43	0,25	0,6102
No	148	88,1	23	13,7	125	74,4	0,73	0,22-2,40		
<b>Conocimiento de la vacuna</b>										
No se aplica en el embarazo	7	4,2	5	3,0	2	1,2	15,79	2,88-86-4	16,5	0,0000
Se puede aplicar durante el embarazo	161	95,8	22	13,1	139	82,7	0,06	0,01-0,03		

Fuente: Encuesta aplicada a las puérperas de la sala de Maternidad del Hospital Nicolás Solano

En cuanto al número de controles prenatales al que asistieron las puérperas entrevistadas, puede decirse que el 70,8% mantenía cinco y más controles prenatales, del cual la mayoría estaba vacunada durante el embarazo con la vacuna de influenza (59,5%). Le sigue con un 29,2% las embarazadas que tenían de 1- 4 controles prenatales y el 24,4% de ellas estaban vacunadas contra la influenza. El análisis de riesgo demostró que el mantener 1- 4 controles se convierte en un factor de riesgo para no colocarse la vacuna con un (OR=1,02), pero sólo se puede aplicar este resultado a la muestra como lo indica IC (0,41-2,53). Sin ninguna significancia estadística ( $X^2 = 0,003$ ) y un margen de error de ( $p = 0,95$ ).

En cambio, el asistir a cinco y más controles prenatales se convierte en un factor protector (OR = 0,97), para que la embarazada se vacune.

Tomando en cuenta la comorbilidad, el 88,1% de las puérperas entrevistadas no presentaron comorbilidad durante el embarazo, pero la mayoría de ellas estaban vacunadas contra la influenza (74,4%). El resultado de este estudio demostró que la embarazada que mantiene una comorbilidad, se convierte en un factor de riesgo para enfermar si no se coloca la vacuna de influenza (OR=1,30), pero sólo se puede aplicar este resultado a la muestra como lo indica IC (0,41 - 4,43) y no se pueden generalizar los resultados. No existe ninguna significancia estadística entre la comorbilidad y la embarazada vacunada y no vacunada ( $X^2 = 0,25$ ) y con un margen de error grande de ( $p = 0,6102$ ). Estos resultados demostraron que la comorbilidad no mejora las tasas de vacunación a pesar de que estas pacientes mantienen doble indicación. (Vilca Yengle, 2010).

En cuanto al conocimiento que poseen las puérperas entrevistadas acerca de la importancia de aplicarse la vacuna, se conoce que el 95,8% manifiesta que sí se puede aplicar la vacuna de influenza en cualquier momento del embarazo y se observa también, que el 82,7% mantenía colocada la vacuna de influenza, pero el 4,2% manifestó que no se puede aplicar la vacuna de influenza durante el embarazo. Este 4,2% de las embarazadas objetó que no se aplican la vacuna porque le hace daño a su bebé. Esto se convierte en un factor de riesgo para no vacunarse y enfermar ya que (OR=15,79) el tamaño de la muestra es bueno y se pueden generalizar los resultados a la población. El IC (2,88 – 86,4), el ( $X^2=16,5$ ) y una ( $p = 0,000$ ) nos indican que hay una significancia estadística, y el margen de error demuestra una alta confiabilidad de estos. Se puede inferir que existe una fuerza de asociación entre el conocimiento de la embarazada y aplicarse la vacuna de influenza. La desinformación en la embarazada es un factor de riesgo para ella y su bebé quienes pueden enfermar y hasta morir de influenza.

**Tabla N°2 Embarazadas por aplicación de la vacuna contra la influenza durante el embarazo según factores relacionados al personal de salud**

Factores del personal de salud	Total		Vacuna contra la influenza durante el embarazo				OR	IC	X <sup>2</sup>	p
			Sin Vacuna		Con Vacuna					
	N°	%	N°	%	N°	%				
<b>Ofrecimiento de la vacuna por algún personal de salud</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>16,1</b>	<b>141</b>	<b>83,9</b>				
Si	112	66,7	1	0,6	111	66,1	0,01	0,001-0,079		
No	56	33,3	26	15,5	30	17,9	96,2	12,5-738,09	57,4	0,0000
<b>Accesibilidad a los servicios de salud - transporte</b>										
Bus	71	42,3	7	4,2	64	38,1	0,42	0,16-1,05	3,51	0,0606
Caminando	21	12,5	1	0,6	20	11,9	0,23	0,02-1,81	2,27	0,1314
Carro propio	16	9,5	4	2,4	12	7,1	1,87	0,55-6,30	1,04	0,3066
Taxi	60	35,7	15	8,9	45	26,8	2,66	1,15-6,16	5,52	0,0188
<b>Costo de movilización/ B/</b>										
Menos de B/ 1,00	41	24,4	3	1,8	38	22,6	0,28	0,08 -1,00		
Más de B/ 1,00	106	63,1	23	13,7	83	49,4	56,5	0,99 -12,41	4,19	0,0404

Fuente: Encuesta aplicada a las puérperas de la sala de Maternidad del Hospital Nicolás Solano

Se observa que al 66,7% de las puérperas entrevistadas, algún personal de salud le ofreció la vacuna de influenza durante el embarazo y por ende, el 66,1% de ellas mantenía la vacuna de influenza aplicada. El análisis de riesgo señaló que si algún personal de salud le ofreciera la vacuna de influenza a la embarazada es un factor protector para que la embarazada pueda aplicarse la vacuna según el resultado de OR=0,01, el cual presentó significancia estadística  $X^2=57,4$  la  $p = 0,000$  en el que el margen de error demuestra una alta confiabilidad. El IC (0,001 - 0,079) indica que se pueden generalizar los resultados del estudio a toda la población. Existe una fuerte asociación entre que algún personal de salud no le ofrezca la vacuna de influenza a la embarazada y ella se la aplique, lo que a su vez se convierte en un factor de riesgo (OR = 96,2); además, se pueden generalizar los resultados del estudio a toda la población como lo indica IC

(12,5 -738,09). El ( $X^2 = 57,4$ ) y la ( $p = 0,000$ ) con significancia estadística y el margen de error demuestra una alta confiabilidad.

En cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud a través del transporte, el cual es sumamente importante para el cumplimiento de la vacunación. Se identificó que el 42,3% de las embarazadas llegaba a la instalación de salud en bus y el 38,1% de ellas mantenía la vacuna de influenza aplicada. El 35,7% de las embarazadas se traslada en taxi y de estas el 26,8% tiene la vacuna de influenza aplicada, el 12,5% de las embarazadas llega a la instalación de salud caminando, sin embargo, el 11,9% están vacunadas y el 9,5% de las embarazadas se traslada en carro propio y un 7,1% de ellas están vacunadas.

El análisis de riesgo demostró que la embarazada al andar en bus e ir caminando hacia la instalación de salud constituye un factor protector ( $OR = 0,42$  y  $OR = 0,23$  respectivamente) para el grupo estudiado, ya que las pruebas de  $X^2$ , IC y p no demostraron resultados estadísticamente significativos; se necesita ampliar la muestra.

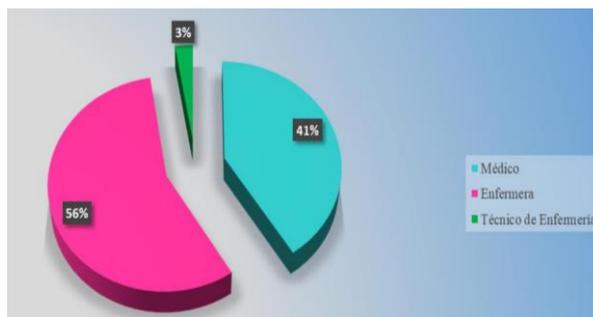
De estos resultados se puede inferir que el bus por su costo mínimo a pagar para trasladarse de un lugar a otro y el caminar que no implica gasto, lo convierte en factor protector para que la embarazada se vacune.

El carro propio lo convierte en un factor de riesgo ( $OR = 1,87$ ) para la embarazada y las pruebas de  $X^2 = 1,04$ ; IC (0,55-6,30) y  $p = 0,3060$ , no demostraron resultados estadísticamente significativos y sólo se pueden aplicar a la muestra.

Se puede decir que para la embarazada el andar en taxi lo convierte en un factor de riesgo para aplicarse la vacuna de influenza  $OR = 2,75$ ; además, se pueden generalizar los resultados del estudio a toda la población como lo indica IC (1,19 – 6,37). Existe una significancia estadística  $X^2 = 5,89$  y un margen de error pequeño  $p = 0,01$ .

Del total de las puérperas entrevistadas (168), la mayoría, 147, de ellas pagaban un transporte ya que el resto, 21 embarazadas, lo hacían caminando. Puede observarse que según la accesibilidad a los servicios de salud en cuanto al costo de la movilización, el 72,1% de las embarazadas paga más de un dólar, del cual el 56,5% mantiene aplicada la vacuna de influenza. El otro grupo 27,9% paga menos de B/1,00 dólar. El análisis de riesgo señaló que pagar más de un dólar, se considera un factor de riesgo para aplicarse la vacuna  $OR = 3,51$  el cual presentó significancia estadística  $X^2 = 4,19$ . La probabilidad de error fue menor de la esperada  $p = 0,04$ , lo que indica este resultado es confiable. El IC (0,99 -12,41) no indicó representatividad de la muestra, esta se debe ampliar. El pagar menos de B/ 1.00 dólar se convierte en un factor protector para asistir a la instalación de salud y aplicarse la vacuna de influenza  $OR = 0,28$ , este resultado sólo puede ser aplicado a la muestra como lo indica IC (0,08-1,00) y existe una significancia estadística  $X^2 = 4,19$  y con un margen de error  $p = 0,04$ , lo que indica este resultado es confiable.

Figura N°2    Personal de salud que recomendó a la embarazada la vacuna de influenza durante su embarazo.



Fuente: Encuesta aplicada a las púérperas de la sala de Maternidad del Hospital Nicolás Solano

Se observa que el personal que más recomendó la vacuna de influenza a la embarazada es la enfermera con un 56,0% luego el médico con un 41,0%.

## **Discusión**

Los resultados que tienen relación con el estado civil, coinciden con Minguéz (2014), donde el estar en unión libre y casada no tiene significancia estadística cuando se compara la embarazada vacunada y no vacunada con el estado civil; además, el no contar con el apoyo de una pareja puede llevar a la embarazada a un deficiente control prenatal (vacunación), lo cual lo convierte en un factor de riesgo.

Por otro lado, se puede inferir que lo encontrado en el nivel académico es coincidente con la literatura, donde los estudios superiores (secundaria completa y universidad), pueden fácilmente tener acceso a la tecnología lo que hace que investiguen y obtengan información a través de páginas web no científicas y se convierta en un factor de riesgo para no aplicarse la vacuna (Miranda 2011).

Definitivamente, mantener un trabajo impide en muchas ocasiones que la embarazada no pueda asistir a las citas de control prenatal (vacunación), ya que esto ocasiona permisos y horas descontables, que al final redundan en un recorte para el sustento familiar.

Las creencias religiosas se convierten en un factor protector para que la embarazada pueda vacunarse, ya que están conscientes e informadas sobre los beneficios de esta para ella, para la protección de su bebé y que un ser divino las bendice.

Según (A. Minguéz, 2014), un estudio realizado en Argentina indica que la mayor cobertura de vacunación antigripal se obtiene si la embarazada mantiene al menos un control durante el embarazo. Definitivamente, para lograr una mejor captación a la vacunación antigripal, la embarazada debe asistir a sus controles prenatales para que pueda ser captada por el servicio de enfermería y ofrecerle la vacuna.

Un estudio realizado en España (Vilca Yengle, 2010), indica que mantener una comorbilidad no mejora las tasas de vacunación a pesar de que estas pacientes mantienen doble indicación.

Es muy importante que la embarazada cuente con los conocimientos necesarios para la toma de decisiones, en este caso sobre la vacuna influenza, por lo que un estudio en España, señalar que el 15,8% de las mujeres solicitó la vacuna por iniciativa propia (Vilca Yengle et al., 2010). Otro estudio en México, sobre “Percepción de la influenza A H1N1 de embarazadas y la conducta del cuidado” señala que independientemente de que las embarazadas se hayan vacunado o no, y que hubiesen presentado la enfermedad, reconocen la importancia de ésta, manifestando que toda la gente debe de vacunarse. Asimismo, enfatizan en la necesidad de información oportuna de la vacuna a las mujeres embarazadas, ya que por el estado reproductivo son mayormente vulnerables a contagiarse, complicando el embarazo y poniendo en riesgo al bebé. (Miranda 2011.) Estos resultados dejan evidente la necesidad de brindar información oportuna de la vacuna antigripal a las mujeres embarazadas, ya que por el estado reproductivo son mayormente vulnerables a contagiarse, complicando el embarazo y poniendo en riesgo al bebé.

Al evaluar la persona que había ofrecido orientación sobre la vacuna de influenza a la embarazada, los resultados fueron congruentes con un estudio de Estados Unidos (Henninger, Irving 2015), donde se encontró que las mujeres que habían recibido una recomendación de un profesional de salud para vacunarse tenían una opinión positiva de la vacuna contra la influenza y más probabilidades de ser vacunadas. También podemos indicar que el total de púerperas entrevistadas manifestaron que la vacuna de influenza que se les aplicó durante el embarazo la recibieron en forma gratuita en las instalaciones de salud, como lo establece la Ley de Vacunas N°48 del 5 de diciembre de 2007, para toda la población panameña y extranjera en el territorio nacional.

Lo mismo que comenta un estudio (Vilca Yengle, 2010), en el que se manifiesta que múltiples trabajos han puesto en evidencia que la prescripción del médico es el factor más importante para que el paciente se vacune, por lo que es fundamental que los profesionales que intervienen en el control prenatal de la embarazada confíen en esta medida preventiva y la apliquen.

### **Consideraciones Finales**

Se demostró estadísticamente que existe asociación entre el conocimiento que posee la embarazada sobre la vacuna de influenza y su embarazo; del Personal de Salud que no ofrece la vacuna de influenza a la embarazada y Accesibilidad a los servicios de salud (transporte/taxi) y la vacunación de influenza durante el embarazo

Entre los factores protectores con significancia estadística que se identificaron están la edad de 30-39 años, el saber que se puede poner la vacuna durante el embarazo, ofrecer la vacuna por un personal de salud, el costo de movilización de menos de un balboa/dólar.

Las embarazadas y el personal de salud necesitan obtener más información sobre la seguridad y eficacia de la vacuna de influenza para promover la vacuna y aumentar así la cobertura de embarazadas vacunadas.

### **Referencias Bibliográficas**

CDC, L., & Cdc, L. (2016). Medidas preventivas diarias para ayudar a combatir gérmenes como el de la influenza.

Disponible: [www.cdc.gov/flu/pdf/freeresources/update/everyday-preventive-actives](http://www.cdc.gov/flu/pdf/freeresources/update/everyday-preventive-actives).

Departamento de Registros y Estadísticas del PAI/MINSA.

Disponible:

[https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodeInmunizaciones\(PAI\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodeInmunizaciones(PAI).aspx)

Freund, R., Le Ray, C., Charlier, C., Avenell, C., Truster, V., Tréluyer, J. M., ... Launay, O. (2011). Determinants of non-vaccination against pandemic 2009 H1N1 influenza in pregnant women: A prospective cohort study. *PLoS ONE*, 6(6), 1–7.

Disponible: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0020900>.

Minguez, Á. R., Spitale, N. B., Visconti, L. M., Bernardi, G. A., Vozza, M. L., Brito, R., & Cubas, M. H. (2014). Estado de vacunación en embarazadas y puérperas de un hospital público polivalente, 87–94.

Miranda, G. S., Damián, R. F., Chávez Courtois, M. & Vázquez, A. C. (2011). Percepción de la influenza A H1N1 de embarazadas y la conducta del cuidado en México.

OPS (2017). Guía de Campo sobre la Inmunización Materna y Neonatal para Latinoamérica y el Caribe. [internet].50-56.

Report, M. W. (2012). Influenza vaccination coverage among pregnant women - 29 States and New York City, 2009-10 season. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61(7), 113–8.

Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22357402>.

Varea, N. B. (2015). Vacunación antigripal en el embarazo, [internet] 9–10.

Vilca Yengle, L. M., Campins Martí, M., Cabero Roura, L., Rodrigo Pendás, J. Á., Martínez Gómez, X., Hermosilla Pérez, E., & Vaqué Rafart, J. (2010). Vacunación antigripal en gestantes. Cobertura vacunal y conocimientos y prácticas de los obstetras. *Medicina Clínica*, 134(4), 146–151.

Disponible: <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.10.004>

OPS (2014). Recomendaciones del Grupo Técnico Asesor(GTA) para la vacuna contra la influenza.

Disponible:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=4048&Itemid=4210](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=4048&Itemid=4210)

**CUIDADO CULTURAL DE LA SALUD DE LOS GUNAS DE KOSKUNA.  
VERACRUZ. REPÚBLICA DE PANAMÁ.**

**CULTURAL HEALTH CARE OF THE GUNAS OF KOSKUNA.  
VERACRUZ. REPUBLIC OF PANAMA.**

**ASSISTÊNCIA MÉDICA CULTURAL DOS GUNAS DE KOSKUNA.  
VERACRUZ. REPÚBLICA DO PANAMÁ**

Dra. Lydia Gordón de Isaacs<sup>1</sup> \* ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6322-0551>

Dra. Edith Morris<sup>2</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4979-8597>

Mgter Tamara Solanilla<sup>1</sup> | ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0725-4735>

Mgter Ana de Russo<sup>1</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5527-8590>

<sup>1</sup> Universidad de Panamá. Facultad de Enfermería. Panamá.

<sup>2</sup> University of Cincinnati

\* Autor de correspondencia: isaacs@cwpanama.net

Fecha de **Recepción**: 2 de agosto de 2018

Fecha de **Aceptación**: 12 de diciembre de 2018

## **RESUMEN**

Este estudio con abordaje cualitativo, utiliza el método de etnoenfermería y se sustenta en la teoría del Cuidado Cultural Diversidad y Universalidad, de Leininger (1991; 2006). Se desarrolla en Koskuna, comunidad conformada en su mayoría, por el grupo cultural indígena panameño Guna.

El propósito del estudio era descubrir, describir y entender los patrones culturales relacionados a la salud y bienestar de las gunas.

Los informantes claves fueron los pobladores más antiguos de Koskuna, el número fue de seis, determinado por la técnica de saturación. Los informantes generales fueron familiares de los claves, maestros y expertos en la cultura Guna. Su número fue diez.

Para la recolección de datos se utilizaron las guías de la teoría, con las técnicas de entrevista a profundidad y registros en diarios de campo. Las consideraciones éticas incluyeron el consentimiento informado y la autonomía de la participación. Para el análisis de datos se utilizó el facilitador de las cuatro fases de análisis de la teoría.

Los resultados revelaron 25 patrones culturales del grupo Guna, que se agruparon en siete temas de cuidado cultural. También se descubrieron dos nuevos constructos de cuidado cultural: la solidaridad como cuidado cultural del grupo y el respeto por la naturaleza como cuidado del entorno cultural. Las conclusiones se refieren a los modos de decisión y de acción de Enfermería, determinados, por los patrones culturales identificados.

**Palabras claves:** cultura, cuidado cultural, cuidado de Enfermería y patrones culturales.

## **ABSTRACT**

This study uses a qualitative approach, the ethnonursing research method, and it is based on the theory of Cultural Care Diversity and Universality of Madeleine Leininger (1991; 2006). The study was done in the community of Koskuna that is mostly formed, by the Panamanian indigenous group called Gunas. The purpose of this study was to discover, describe and understand the cultural patterns related to health and wellbeing of this group.

The key informants were the group of older gunas that founded the community. The number was six, determined by saturation. The general informants were ten, represented by family members, teachers from the community school, and experts on the guna's culture.

For the collection of data, the enablers from the culture care theory were used, and the techniques were recorded interviews and participant observation with systematic registration in field journals. All participants gave informed consent and had autonomy to leave the study if desired. The analysis of data used Leininger's (1991) phases of analysis.

The results revealed 25 patterns of cultural care that were grouped in seven central themes. Two new constructs of culture care were identified in this study: solidarity as a form of group culture care and respect for nature as a cultural care of the environmental context. The conclusions of the study were geared to the nursing modes of decisions and actions, according to the theory of culture care.

**Key words:** culture, culture care, nursing care, cultural patterns

## **RESUMO**

Este estudo qualitativamente abordado utiliza o método de etnoenfermagem de Leininger e é baseado na teoria de Leininger sobre diversidade e universalidade do cuidado cultural (1991; 2006). É desenvolvido em Koskuna, uma comunidade composta principalmente pelo grupo cultural indígena panamenho Guna.

O objetivo do estudo foi descobrir, descrever e compreender padrões culturais relacionados à saúde e bem-estar das gunas. Os informantes-chave eram os colonos mais antigos de Koskuna, o número era seis, determinado pela técnica de saturação. Os informantes estavam familiarizados com as chaves, professores e especialistas em cultura Guna. O número deles era dez.

Para a coleta de dados, foram utilizados os guias teóricos, com técnicas de entrevista aprofundadas e registros de revistas de campo. As considerações éticas incluíam consentimento informado e autonomia de participação. Utilizou-se o facilitador das quatro fases da análise teórica para análise de dados.

Os resultados revelaram 25 padrões culturais do grupo Guna, que foram agrupados em sete temas de cuidado cultural. Também foram descobertas duas novas construções de cuidados culturais: a solidariedade como o cuidado cultural do grupo e o respeito à natureza como cuidado com o meio cultural. As conclusões referem-se aos métodos de tomada de decisão e ação da enfermagem, determinados pelos padrões culturais identificados.

**Palavras-chave:** cultura, cuidados culturais, cuidados de enfermagem e padrões culturais.

## **INTRODUCCIÓN**

Todas las culturas del mundo tienen prácticas culturales propias, las cuales incluyen modos de cuidar su salud y su bienestar (Leininger, 1999). El conocimiento de esas formas o modos culturales en que se cuidan las personas desde sus culturas, es relevante para los profesionales de la salud y muy especialmente para las enfermeras, ya que ese conocimiento es una dimensión de su competencia cultural.

El conocimiento de los patrones culturales relacionados a la salud y al bienestar de las personas, es esencial para que los profesionales de Enfermería puedan aplicarlos durante el cuidado brindado a sus pacientes. Al respecto Leininger, señaló “para que el cuidado de enfermería sea de calidad, debe ser culturalmente congruente”.

En Panamá existen siete grupos culturales, de los cuales los gunas de la Comarca de San Blas, hoy Comarca Guna Yala, son uno de ellos.

Este estudio buscaba descubrir, describir y entender los patrones culturales relacionados a la salud y el bienestar de los Gunas más antiguos de la comunidad Koskuna, localizada en Veracruz. República de Panamá.

La Facultad de Enfermería ha organizado prácticas de las estudiantes de Enfermería en la comunidad Koskuna desde hacen varios años, por su cercanía a la Universidad d Panamá y también porque en los diagnósticos de salud pública previos, se detectó que en esta comunidad existen problemas apremiantes sociales y de salud.

El estudio propuesto se basó en la teoría del cuidado cultural diversidad y universalidad de Madeleine Leininger (1991:2006).

Esta teórica sostiene que el cuidado de Enfermería sólo puede ser de calidad, cuando toma en cuenta los valores, las creencias y las prácticas culturales de las personas. Por lo tanto, es necesario incorporar al cuidado de Enfermería, el conocimiento científico de los patrones culturales relacionados a la salud y al bienestar, de las personas que forman parte de los diferentes grupos culturales del país.

Algunos investigadores que siguen la teoría del cuidado cultural definen la salud como un estado de bienestar constituido culturalmente (McFarland, 2006; Morris, 2015), en ese sentido, argumentan que la salud debe ser estudiada desde una perspectiva cultural. Esta argumentación tiene implicaciones para los profesionales de la salud, ya que para restablecer la salud de las personas, o para promover la salud, la dimensión cultural deberá incorporarse al cuidado, a la educación sanitaria y a todo el quehacer de los profesionales de la salud.

De la teoría de Leininger, hemos tomado dos premisas para este estudio:

1. El cuidado culturalmente congruente y terapéutico ocurre cuando los valores, creencias, expresiones y patrones de cuidado cultural son conocidos científicamente y usados apropiada y sensitivamente al atender a las personas de culturas diferentes.
2. Los valores, creencias y prácticas culturales de las personas, están influenciados por su visión de mundo y por los factores de la estructura social, tales como: aspectos religiosos o espirituales, relaciones interfamiliares, aspectos políticos, económicos, de educación, de tecnología, la etnohistoria, el entorno ambiental y el idioma.

Los planteamientos anteriores, nos llevaron a realizar este estudio con el método de etnoenfermería, con el propósito de descubrir, describir y entender los patrones culturales del grupo cultural Guna, y de esa manera, contar con los conocimientos científicos necesarios para brindar los cuidados de Enfermería a este grupo, con congruencia cultural.

Se seleccionó la comunidad de Koskuna por estar conformada en su mayoría, por indígenas gunas que emigraron de la Comarca Guna Yala, a mediados de la década de los ochenta, e invadieron las tierras localizadas en Veracruz, distrito de Arraiján, Provincia de Panamá.

En un inicio solo eran de 3 a 5 hombres gunas, que trabajaban en la antigua Zona del Canal, quienes trajeron a sus familias e invadieron esas tierras. Sus primeras viviendas fueron “chozas”.

Después llegaron otras familias de la Comarca de San Blas, renombrada actualmente Comarca Guna Yala. Con el pasar del tiempo se fueron organizando, para ello, se nombró una Junta local para atender sus problemas, y así fueron respondiendo como grupo a sus necesidades.

De acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda (2010), el corregimiento de Veracruz tenía en ese momento, un total de 18,589 habitantes, de los cuales 9,589 eran hombres y 9,067 mujeres. El mismo documento indica que, en esa fecha, en Koskuna había 2,000 habitantes.

En la actualidad las condiciones de la comunidad han mejorado, cuenta con una escuela primaria y una secundaria. Se logró asfaltar la calle principal. Las diez calles laterales que corren a cada lado de la calle principal, en su mayoría, no están asfaltadas. Los gunas habitan primordialmente desde la tercera hasta la décima calle.

Actualmente cuentan con los servicios de luz eléctrica, agua potable, servicios higiénicos, aunque algunas familias continúan con letrinas. Tienen una iglesia católica, una adventista y varias evangélicas. En la comunidad existen abarroterías donde los habitantes compran sus alimentos de primera necesidad. La escuela primaria fue ampliada y mejorada y las casas ahora son de bloques. Existe un sistema interno de buses, una casa comunal y “una cancha”, donde los jóvenes practican deportes.

El Centro de Salud de Veracruz atiende las necesidades de salud de la comunidad de Koskuna. Muchos pobladores se atienden con sus curanderos tradicionales. Muchas mujeres gunas visten sus vestidos tradicionales confeccionados por ellas mismas.

A pesar de los avances, los gunas de Veracruz, aún tienen muchos problemas que fueron detectados por un grupo de estudiantes de Enfermería de Salud Pública, como parte de su práctica en la comunidad. Entre los problemas detectados podemos mencionar: el inadecuado manejo y

disposición de la basura, la falta de agua potable durante el día, el aumento de la violencia y la inseguridad, el pandillerismo y el marcado desempleo de los jóvenes, que han desertado del sistema escolar.

Antes de realizar el estudio procedimos a revisar la literatura, para tener un marco empírico relacionado a los estudios realizados con la teoría del cuidado cultural, entre los estudios revisados, encontramos que McNeil (1990), realizó un estudio de las cuidadoras de pacientes con SIDA en Baganda, África, y encontró que para las mujeres estudiadas, el cuidado cultural significaba respetar las diferencias, así como los valores y creencias de las pacientes acerca de su cuidado y del duelo. En ese estudio los temas centrales identificados fueron: la responsabilidad, el amor y el confort. Por otro lado, Purnell (2001), estudió los grupos originarios de Guatemala, y encontró que este grupo cultural le daba mucho valor al respeto, este investigador señala que el grupo indicó que de no recibir el respeto a sus creencias y prácticas de cuidado, no aceptarían el cuidado profesional que les ofrecían. Otro estudio realizado por McFarland (1997), en un grupo de adultos mayores angloamericanos institucionalizados en un hogar para personas mayores, encontró que este grupo estableció, un acuerdo antes de su admisión a la institución, para mantener sus cuidados tradicionales y aceptaron combinarlos con los cuidados profesionales, que se brindaban en la institución.

Kraatz (2001), estudió el cuidado cultural de mujeres residentes en las favelas de Brazil, encontró que este grupo daba relevancia a los temas de higiene, nutrición, los remedios con hierbas ancestrales, la magia y la espiritualidad. La investigadora recomendó integrar esos componentes en los programas de educación para la salud dirigidos a estas mujeres.

El cuidado cultural ha sido estudiado e incorporado a programas de prevención de riesgos de salud, promoción de la salud, y como parte de la formación de enfermeras (Campinha-Bacote, 2002).

Otros estudios más recientes con la teoría del cuidado cultural y el método de etnoenfermería hacen referencia a los patrones culturales descubiertos en los grupos estudiados, y cómo incorporarlos al cuidado con competencia cultural (Eipperle, 2015; Morris, 2015; Strang y Mixer, 2016; Coleman, Garretson, Weebe, Alamah, McFarland and Wood, 2016).

## **METODOLOGÍA DEL ESTUDIO**

Esta investigación siguió un abordaje cualitativo. Se utilizó el método de etnoenfermería (Leininger, 1991; 2006). Este método tiene tres etapas: la de inmersión, la de colección y análisis de datos, y la tercera etapa de descripción y resultados.

**La etapa de inmersión** en la comunidad del estudio, tiene el propósito de lograr que los datos de la investigación cumplan con el criterio de credibilidad. Al conocer a las personas de la comunidad y que ellas conozcan a los investigadores, aumentará la credibilidad de los datos que proporcionan. También permite a los investigadores seleccionar a los posibles participantes o informantes del estudio.

En esta etapa se utilizaron dos facilitadores o guías: del extraño al amigo confiable y el facilitador O-P-R (Observación-participación y reflexión), para este último las anotaciones se realizaron en un diario de campo. Ambos facilitadores fueron creados por Leininger (1991). En este estudio la inmersión se extendió por tres meses e incluyó participación en celebraciones especiales del grupo, también en ferias; se organizaron reuniones para la toma de presión arterial y se ofrecieron conferencias de salud a la comunidad.

**La segunda etapa** de la etnoenfermería, incluye la colección de datos y el análisis simultáneo. Inicia cuando la guía “del extraño al amigo confiable” indica a los investigadores que son consideradas personas confiables en la comunidad. En esta segunda etapa, se continua usando el facilitador O-P-R, pero se acompaña de la técnica de entrevistas a profundidad grabadas, previo consentimiento informado de los participantes.

Para la colección de datos, el número de participantes claves entrevistados, se determinó por la técnica de saturación y fueron seis (6) participantes claves. El número de participantes generales fue de diez (10), teniendo en consideración que el número de participantes generales varía, de acuerdo a la necesidad de confirmar la información.

La técnica de saturación establece que después de cada entrevista grabada, se transcribe la misma y se analiza, antes de ir a la siguiente entrevista. El procedimiento se realiza en esta forma para determinar el momento en que los resultados del análisis se vuelven repetitivos. En ese momento se detiene el proceso de entrevistas, porque los datos están completos. De esa forma se establece el número de participantes. Para este estudio los datos fueron repetitivos en la sexta entrevista.

**La tercera etapa** incluye la organización y descripción de los patrones culturales y los temas centrales que emergen de los datos. Se seleccionan, e incluyen los descriptores que son las palabras textuales significativas que les darán vida a los patrones culturales y mayor entendimiento a los patrones culturales.

El investigador procede después a analizar los temas centrales y sus respectivos patrones culturales, para diferenciar los temas universales, de los que y son diversos.

## **RESULTADOS**

El análisis sistemático y reflexivo de los datos, siguiendo la guía para el análisis de datos de Leininger, nos permitió identificar 25 patrones culturales. Los patrones fueron agrupados en siete (7) temas centrales, mediante el análisis ideográfico de los datos. Después cada tema se organizó con sus respectivos patrones culturales. En la tercera parte se describen los patrones culturales incluyendo las palabras textuales significativas de los participantes, lo cual permite ampliar el entendimiento de los patrones culturales. Finalmente se determinan los temas universales y los diversos. En este estudio todos los temas centrales fueron universales.

### **I. TEMAS CENTRALES**

**Tema 1.** Los alimentos ingeridos por los gunas deben ser naturales y frescos directos de la tierra y del mar.

**Tema 2.** El cuidado del cuerpo se logra con el trabajo físico y mental.

**Tema 3.** El cuidado de la familia se logra viviendo en espacios cercanos.

**Tema 4.** El cuidado de la comunidad como responsabilidad de todos.

**Tema 5.** La consulta a los curanderos tradicionales es tan importante como la consulta a los profesionales de la medicina moderna.

**Tema 6.** El cuidado del cuerpo y del alma se logra durante la vida, y después de morir, con la ayuda de un ser supremo con nombre propio.

**Tema 7.** La solidaridad como forma de cuidado de la comunidad para apoyar cuando hay dolor y falta de recursos.

## **II.    TEMAS CENTRALES CON SUS PATRONES CULTURALES**

Los 25 patrones culturales descubiertos en los datos, se agruparon para formar los siete temas centrales.

**Tema 1.** Los alimentos ingeridos por los gunas deben ser naturales y frescos directos de la tierra y del mar.

### **Patrones culturales:**

- La práctica de trabajar la tierra para que produzca los alimentos básicos que consumen.
- La práctica de comer ciertos alimentos cultivados por ellos mismos.
- La práctica de preparar los alimentos hervidos. Si tienen que usar aceite ellos mismos lo generan del coco.

**Tema 2.** El cuidado del cuerpo se logra con el trabajo físico y mental.

### **Patrones culturales:**

- La práctica de participar en la construcción y mantenimiento de sus viviendas.
- La práctica de realizar los trabajos en la comunidad de manera voluntaria.
- La práctica de realizar sus danzas culturales como una forma de ejercicio.
- La práctica de trabajar la tierra en sus patios,

**Tema 3.** El cuidado de la familia se logra viviendo en espacios cercanos.

### **Patrones culturales:**

- La familia extendida vive bajo un mismo techo.
- Los abuelos ayudan en la crianza de los nietos

- Todos los familiares en la casa se cuidan unos a otros.
- En los terrenos grandes se construyen varias casas para los familiares.

**Tema 4.** El cuidado de la comunidad como responsabilidad de todos.

**Patrones culturales:**

- El presidente de la junta comunal recibe las inquietudes de la comunidad y las discute con la junta directiva.
- El presidente hace convocatorias para reuniones de la comunidad.
- El presidente de la junta puede invitar a personas expertas para ayudarlos en la solución de sus problemas.
- El fiscal de la junta directiva puede hablar a la comunidad, de las buenas prácticas que deben seguir.

**Tema 5.** La consulta a los curanderos tradicionales es tan importante como la consulta a los profesionales de la medicina moderna.

**Patrones culturales:**

- Los curanderos botánicos les prepara bebidas a base de hierbas para la limpieza para que se mantengan saludables.
- Cuando tienen dolores o malestares van primero adonde el curandero tradicional.
- Durante el embarazo las mujeres son cuidadas por curanderas parteras.
- Con frecuencia se atiende al centro de salud después de visitar al curandero.

**Tema 6.** El cuidado del cuerpo y del alma se logra durante la vida, y después de morir, con la ayuda de un ser supremo con nombre propio.

**Patrones culturales:**

- Todos los adultos mayores en Ibiurgum, su Dios Todopoderoso y creador.
- Cuando tienen problemas se ponen en manos de su Dios.
- Al morir el cuerpo es llevado a la montaña de su Dios.
- Se canta durante toda la agonía de la persona que se muere y después de morir se canta por varios días.

**Tema 7.** La solidaridad como forma de cuidado de la comunidad para apoyar cuando hay dolor y falta de recursos.

**Patrones culturales:**

- La solidaridad se practica cuando muere alguien en la comunidad, se realiza una colecta.
- La cantidad aportada se asigna según la jerarquía de la persona que murió.

**III. TEMAS CENTRALES, PATRONES CULTURALES Y EXPRESIONES TEXTUALES SIGNIFICATIVAS**

Los temas centrales con sus patrones culturales y algunas palabras, frases y expresiones significativas de la voz de los participantes, que permiten un mayor entendimiento de los temas y de los patrones culturales:

**Tema 1.** Los alimentos ingeridos por los gunas deben ser naturales y frescos directos de la tierra y del mar.

**Patrones culturales:**

- La práctica de trabajar la tierra para que produzca los alimentos básicos que consumen.
- La práctica de comer ciertos alimentos cultivados por ellos mismos.
- La práctica de preparar los alimentos hervidos. Si tienen que usar aceite ellos mismos lo generan del coco.

**Expresiones Textuales Significativas de los participantes:**

“Comemos tulemasi, se prepara con pescado, leche de coco y guineo o yuca. El pescado lo ahumamos un poco. Se hecha limón, sal, y picante encima. También como el plátano maduro machacado con leche de coco. Todo tiene que ser fresco y todo se hierve: la yuca, el plátano, el guineo verde. ....Se hierve en leche de coco”

“No hay que comprar aceite, se usa coco rallado y se hace el aceite”.

**Tema 2.** El cuidado del cuerpo se logra con el trabajo físico y mental.

**Patrones culturales:**

- La práctica de participar en la construcción y mantenimiento de sus viviendas.
- La práctica de realizar los trabajos en la comunidad de manera voluntaria.
- La práctica de realizar sus danzas culturales como una forma de ejercicio.
- La práctica de trabajar la tierra en sus patios,

**Expresiones Textuales Significativas:**

“Allá en la isla se trabajaba el monte, cultivando arroz, plátano, y guineo y se pescaba”  
El que trabaja siempre tiene.....acá en Koskuna yo trabajo...cultivo también....no es como allá, pero hay que trabajar mucho”.

“yo bailo nuestras danzas y le enseñé también a los jóvenes y sabe cuántos años tengo? .... 86 años.....las danzas me mantienen joven!”.

**Tema 3.** El cuidado de la familia se logra viviendo en espacios cercanos.

**Patrones culturales:**

- La familia extendida vive bajo un mismo techo.

- Los abuelos ayudan en la crianza de los nietos
- Todos los familiares en la casa se cuidan unos a otros.
- En los terrenos grandes se construyen varias casas para los familiares.

**Expresiones Textuales Significativas:**

“Mi familia es de 10, pero en el terreno que me dejó mi papá, están mis hermanas, mi papá lo dispuso todo antes de morir...él lo dijo y lo escribió, que en el terreno vivirían las tres hermanas, Yo vivo atrás, tengo mi casa, mis hermanas más adelante en sus casas, cada una de nosotras come en su propia paila”

“En mi casa viven 12 personas, mis hijos, un visitante, mi esposa y yo”.

“Mi hijo mayor vive con nosotros, yo vivo allá arriba....mi otro hijo vive más arriba en su casa.....mi hija no tiene plata y estaba en un cuartito, tuvo un hijo y tuve que ayudarla y ella regresó a mi casa”.

**Tema 4.** El cuidado de la comunidad como responsabilidad de todos.

**Patrones culturales:**

- El presidente de la junta comunal recibe las inquietudes de la comunidad y las discute con la junta directiva.
- El presidente hace convocatorias para reuniones de la comunidad.
- El presidente de la junta puede invitar a personas expertas para ayudarlos en la solución de sus problemas.
- El fiscal de la junta directiva puede hablar a la comunidad, de las buenas prácticas que deben seguir.

**Expresiones Textuales Significativas:**

“La Junta local está abierta para todos, el Presidente de la Junta lo sabe, y como líder debe pedir apoyo a todos, no puede inclinarse por ningún partido”

“Cuando el Presidente llama a convocatoria....todos debemos ir”

“En 1997 la calle era de tierra, y no había agua....había que ir a buscarla...a mí me nombraron presidente de la Junta Local, y yo fui a hablar por mi gente y conseguimos el agua....Ahora hay problema con la presión del agua. El presidente debe hacer algo”.

**Tema 5.** La consulta a los curanderos tradicionales es tan importante como la consulta a los profesionales de la medicina moderna.

**Patrones culturales:**

- Los curanderos botánicos les prepara bebidas a base de hierbas para la limpieza para que se mantengan saludables.
- Cuando tienen dolores o malestares van primero adonde el curandero tradicional.

- Durante el embarazo las mujeres son cuidadas por curanderas parteras.
- Con frecuencia se atiende al centro de salud después de visitar al curandero.

**Expresiones Textuales Significativas:**

“En 1976 yo iba a un pequeño centro en San Blas, tuve dos niñas allá. Estaba la botánica tradicional, que me daba un té durante el embarazo y me cuidaba...y la partera me atendió allá...aquí en Koskuna también hay curanderos tradicionales...pero acá no hay las mismas hierbas, algunas no crecen aquí”

**Tema 6.** El cuidado del cuerpo y del alma se logra durante la vida, y después de morir, con la ayuda de un ser supremo con nombre propio.

**Patrones culturales:**

- Todos los adultos mayores en Ibiurgum, su Dios Todopoderoso y creador.
- Cuando tienen problemas se ponen en manos de su Dios.
- Al morir el cuerpo es llevado a la montaña de su Dios.
- Se canta durante toda la agonía de la persona que se muere y después de morir se canta por varios días.

**Expresiones Textuales Significativas:**

“El ser supremo, siempre nos tiene bien, No creemos en Jesucristo”.

“ Él es .....Ibiurgum vino porque vino el pecado”.

**Tema 7.** La solidaridad como forma de cuidado de la comunidad para apoyar cuando hay dolor y falta de recursos.

**Patrones culturales:**

- La solidaridad se practica cuando muere alguien en la comunidad, se realiza una colecta.
- La cantidad aportada se asigna según la jerarquía de la persona que murió.

**Expresiones Textuales Significativas:**

“La Junta local es como el Congreso en San Blas, tenemos reglas. Si un dueño muere, cada familia pone un dólar y se le da a la esposa. Si muere la esposa se da un dólar o menos y si muere el hijo, se da cincuenta centavos. Eso es importante, eso viene de allá, de la isla, nos ayudamos. Los líderes saben que tienen que pedir a todos en la comunidad, hay que cooperar, pero el Presidente lo dirige”

### **TEMAS DE “NO CUIDADO”**

En este estudio también se encontraron dos temas que hemos llamado de “No cuidado”, por incluir patrones que el grupo debe erradicar, porque representan un riesgo para su salud. Consideramos que estos dos temas requieren un seguimiento y mayor estudio para su abordaje, ya que entran en el grupo de decisiones y acciones que consideramos, requieren la participación interdisciplinaria. Los dos temas de “No cuidado” fueron:

1. Las costumbres ancestrales de los gunas se han ido perdiendo, no se les enseña a los jóvenes las tradiciones de las generaciones anteriores, no saben cuidar su cuerpo, no respetan a los mayores.
2. Se consume mucho, una bebida alcohólica tradicional, llamada “chicha fuerte”  
El primer tema se sustenta en tres patrones que claramente describen cómo los jóvenes han ido cambiando las costumbres tradicionales y han introducido comportamientos que afectan la seguridad e integridad física de ellos mismos y de los otros miembros de la comunidad. Por otro lado, el segundo tema se relaciona al abuso en el consumo de la bebida alcohólica tradicional, conocida como “chicha fuerte”.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

De acuerdo a la teoría del cuidado cultural (Leininger, 1991; 2006), la aplicabilidad de la teoría a la práctica por las enfermeras y profesionales de la salud se logra, con el descubrimiento y entendimiento de los patrones culturales de las personas. Al conocer los patrones culturales se pueden incorporar a los cuidados que brindamos mediante los tres modos de decisión y de acción planteados por la teoría. Los modos de decisión y de acción son: 1. Preservación y mantenimiento del patrón cultural que es positivo para la salud. 2. Acomodación o negociación del patrón cultural, que tiene aspectos positivos, pero también algunos aspectos que podrían causar riesgos para la salud y 3. Reestructuración total o eliminación del patrón cultural que podría causar daño a la salud. Este tercer grupo se refiere a los temas que hemos llamado de No cuidado.

Los 25 patrones culturales de cuidados relacionados a la salud y al bienestar de los gunas, identificados en este estudio, pueden ayudar a los profesionales de la salud, especialmente a las enfermeras, al brindar cuidados de enfermería con congruencia cultural a los gunas.

De acuerdo a McFarland (2006), es importante primero, determinar lo que el grupo estudiado está haciendo bien, para cuidarse a sí mismos y a su familia. Señala que muchas veces las personas brindan excelentes cuidados en sus hogares, a sus hijos y a sus adultos mayores, por lo tanto esos cuidados deben mantenerse y deben ser apoyados por las enfermeras. En Koskuna los programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, pueden basarse en los patrones culturales positivos identificados en este estudio.

En el tema 1, los tres patrones descritos son positivos, por lo que deben ser preservados. Es necesario destacar el valor nutritivo de la comida tradicional Guna.

En relación al tema 2, los cuatro patrones relacionados al ejercicio físico son positivos para la salud física y mental.

El tema 4 presenta cuatro patrones relacionados a la organización social que se han mantenido por generaciones en este grupo, los cuales resultan positivos para el orden, la convivencia, y el bienestar del grupo, por lo tanto deben mantenerse.

En el tema 6 se destaca la relevancia de la espiritualidad para la salud y el bienestar de las personas de esta cultura. El hecho de creer en un ser Superior disminuye el estrés y la ansiedad, asociados a los problemas cotidianos, por lo que estos cuatro patrones deben ser respetados por los profesionales de la salud.

El tema 7 relacionado a la solidaridad, lo consideramos un valor grupal que debe ser mantenido y promovido por ser positivo para la salud y el manejo del duelo.

Por su lado, Wehbe-Alamah, et al., (2011), señalan que al usar la acomodación y negociación del patrón cultural, es esencial que los profesionales de la salud apliquen la sensibilidad, la flexibilidad y el respeto para lograr los ajustes a los patrones culturales.

El tema 3 presenta algunos patrones que pueden ser ajustados, presenta la costumbre de los gunas de convivir con muchos miembros de la familia, se podrían negociar algunas modificaciones para prevenir el hacinamiento y los problemas de salud relacionados al mismo. En cuanto al tema 5, los curanderos tradicionales son figuras relevantes para los gunas, corresponde entonces, a los profesionales de la salud trabajar con ellos, respetar sus conocimientos, pero recomendar asistir a tiempo a las instalaciones de salud antes de complicaciones de su salud.

Al estudiar la solidaridad como concepto de cuidado cultural, encontramos que Farrel (1991), al estudiar los patrones culturales de los indígenas Potawatomi de los Estados Unidos, encontró el patrón cultural de generosidad y solidaridad, ya que para ellos el cuidado se brinda compartiendo y este acto debía representar un sacrificio, señala que para ellos se debe dar lo que necesitan, no lo que les sobra.

Los hallazgos de este estudio nos permiten llegar a las siguientes conclusiones:

Los patrones culturales encontrados en los gunas, deben ser incorporados a los programas de promoción de la salud dirigidos a esta comunidad. Por otro lado, consideramos que se requieren esfuerzos adicionales que no solo involucren a los profesionales de la salud, sino equipos multidisciplinarios para erradicar los dos temas de “No Cuidado”. También se recomienda realizar otros estudios con la misma metodología, en la Comarca Guna Yala, para contrastar y validar los resultados de este estudio.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- Campinha-Bacote, J. (1998). Cultural diversity in nursing education. Issues and concerns. U.S.A. Journal of Nursing Education.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. U.S.A. Journal of Transcultural Nursing.
- Contraloría General de la República de Panamá. (2010). Censo de Población y Vivienda de la República de Panamá. Panamá: Imprenta de la Contraloría.
- Farrell, L. (1991). Culture care of the Potawatomi Native Americans who have experienced family violence, In Leininger, M. (1991), Culture Care Diversity and Universality. A worldwide nursing theory. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Gordón de Isaacs, L. (2013) Proyecto Integrado Inter facultades sobre el Fenómeno de las Drogas en una comunidad indígena. Documento de Universidad de Panamá. Panamá: Vicerrectoría de investigación y Postgrado.
- Kraatz (2001), en Leininger, M and MacFarland, M. (2006). Culture Care. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Kolcaba, K. (2003). Comfort Theory and Practice. A vision for holistic health care and research. New York; Springer Publishing Company.
- Leininger, M. (1988). Care: The Essence of Nursing and Health Care. U.S.A, Wayne State: University Press.
- Leininger, M. (1991), Culture Care Diversity and Universality. A worldwide nursing theory. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Leininger, M. (1991). The Theory of Culture care diversity and universality: Theory of Nursing. In M. Leininger (Ed), Culture care diversity and universality: Theory of Nursing. New York: National League for Nursing.
- Leininger, M. (2001). Culture Care diversity and universality: A theory of nursing. New York: National League for Nursing Press.
- Leininger, M. and McFarland, M. (2006). Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Theory of Nursing. Massachusetts, USA: Jones and Bartlett Publishers.

- McFarland, M. (1995). Culture care Theory and elderly polish Americans; In Leininger (Ed.), *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*. New York: McGraw-Hill.
- .McFarland, M. (1997). Use of Culture care Theory with Anglo and African elders in a long term care setting. *Nursing Science Quaterly*. 100 (4), 186-192.
- McFarland, M. and Zehnder, N. (2006). Culture care of German American Elders in a nursing home context, in Leininger, M. and McFarland, M. (Ed.) *Culture Care Diversity and Universality A Worldwide Nursing Theory*. Massachusetts, U.S.A: Jones and Bartlett Publishers.
- McNeil (1990). En Leininger, M. (1991), *Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide nursing theory*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Morris, E. (2015). An examination of subculture as a theoretical social construct Through an ethnonursing study of urban African American adolescents gang members. In McFarland, M. and Wehbe-Alamah, H. (Ed.). *Leininger's Culture Care Diversity and Universality A Worldwide Nursing Theory*. 3rd. Ed. Michigan, USA: Jones and Bartlett Publishers. 255-285.
- Purnell, L.(2001). Guatemalans Practices for health promotion and the meaning of respect afforded them by health providers. *Journal of Transcultural Nursing*. 12 (1), 40-47.
- Spector, R. (1996), *Cultural Diversity in health and Illness*. 4<sup>th</sup>. Ed. Stanford, CT: Appleton and Lange.
- Stevens, B. (2003). *Spirituality in Nursing. From traditional to new age*. 2<sup>nd</sup>. Ed. New York: Springer Publishing Company.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and Science of caring*. Colorado: Associated University Press.
- Wehbe-Alamah, H. (2011). Folk Care Beliefs and Practices of Traditional Lebanese and Syrian Muslims in the Midwestern United States. In McFarland, M. and Wehbe-Alamah, H. (2015). *Leininger's Culture Care Diversity and Universality A Worldwide Nursing Theory*. 3<sup>rd</sup>. Ed. Michigan, USA: Jones and Bartlett. 137-181.