



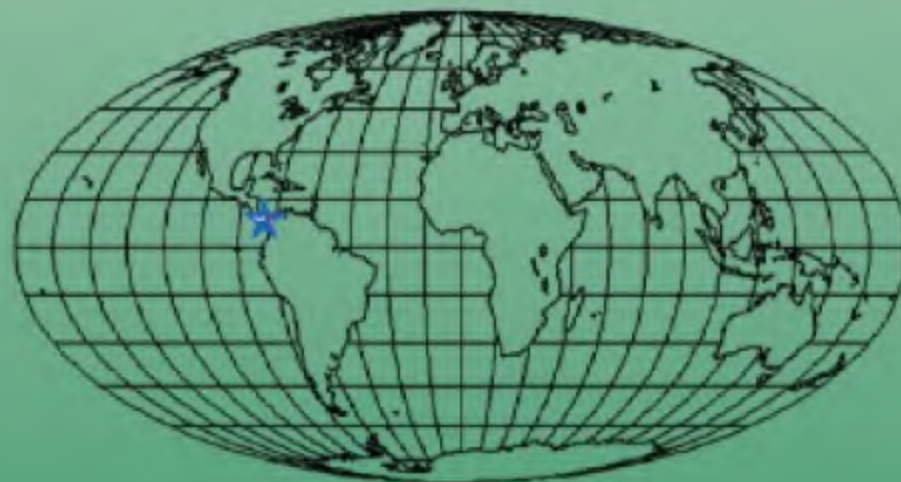
Universidad de Panamá



Facultad de Enfermería

Enfoque

Revista Científica de Enfermería



Vol. XXVI No. 22-- Panamá, Rep. de Panamá. Enero- Junio 2020

revista.enfoque@up.ac.pa

ZIKA COMO ENFERMEDAD EMERGENTE EN AMÉRICA: ABORDAJE DESDE EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL**ZIKA AS AN EMERGING DISEASE IN AMERICA: APPROACH FROM THE INTERNATIONAL HEALTH REGULATION****ZIKA COMO DOENÇA EMERGENTE NA AMÉRICA: ABORDAGEM DO REGULAMENTO INTERNACIONAL DE SAÚDE****Magister Gloria Rojas**

Universidad de Panamá, Panamá

<https://orcid.org/0000-0003-2346-2489>Correo: gloria.rojas@up.ac.pa**Magister Eyda Escudero**

Universidad de Panamá, Panamá.

<https://orcid.org/0000-0003-2292-0548>,Correo: eyda.escudero@up.ac.pa**Recepción:** 6 de agosto 2019**Aceptación:** 10 de enero 2020**Resumen**

El virus del Zika, causante de una enfermedad zoonótica emergente es aislado por primera vez en 1947 e identificado en el ser humano en 1952 en África, impactando al continente americano en el 2015. El virus se trasmite principalmente a través de la picadura de la hembra del mosquito *Aedes aegypti* infectado, por transmisión perinatal y la transmisión sexual.

El objetivo de esta revisión es analizar de manera crítica la expansión cronológica del Zika en América y los retos de vigilancia, control y prevención, abordados en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Para la búsqueda de datos se realizó una investigación documental de fuentes secundarias, de base de datos y portales de revistas especializadas, tales como Elsevier, Scielo, PubMed, Lilacs. También se utilizaron los documentos oficiales expedidos de las organizaciones especializadas (OPS, OMS), utilizando descriptores como: Zika, enfermedades emergentes, Reglamento Sanitario Internacional. En conclusión, en la región de las Américas el virus se propagó de una manera rápida, incrementándose los casos de afectaciones neurológicas como las malformaciones congénitas, microcefalia y síndrome de Guillán-Barré, es a través del tiempo

que el RSI y los sistemas de salud de muchos países, se han preparado y organizado para las notificaciones de las enfermedades emergentes y remergentes, que representan una amenaza para la salud pública donde la tecnología ha sido un pilar fundamental para que las informaciones sean dadas oportunamente.

Palabras claves: América, enfermedades emergentes, reglamento sanitario internacional, virus Zika.

Abstract

The Zika virus, which causes an emerging zoonotic disease, was isolated for the first time in 1947 and identified in humans in 1952 in Africa, impacting the American continent in 2015. The virus is transmitted mainly through the bite of the female of the infected *Aedes aegypti* mosquito, by perinatal transmission and sexual transmission. The objective of this review is to critically analyze the chronological expansion of Zika in America and the challenges of surveillance, control and prevention, addressed in the International Health Regulations. For the data search, a documentary investigation of secondary sources, databases and specialized journal portals, such as Elsevier, Scielo, PubMed, Lilacs, was also used the official documents issued by specialized organizations, PAHO, WHO) using descriptors such as: Zika, emerging diseases, International Health Regulations. In conclusion, in the region of the Americas the virus spread rapidly, increasing the cases of neurological affectations such as congenital malformations, microcephaly and Guillán-Barré syndrome, it is through time that the RSI and the health systems In many countries, they have prepared and organized for the notifications of emerging and re-emerging diseases, which represent a threat to public health, where technology has been a fundamental pillar for the information to be given in a timely manner.

Keywords: America, emerging disease, International Health Regulations, Zika virus

Resumo

O vírus Zika, causador de uma doença zoonótica emergente, foi isolado pela primeira vez em 1947 e identificado em humanos em 1952 na África, atingindo o continente americano em 2015. O vírus é transmitido principalmente pela picada da fêmea do *Aedes infectado* mosquito *aegypti*,

por transmissão perinatal e transmissão sexual. O objetivo desta revisão é analisar criticamente a expansão cronológica do Zika na América e os desafios de vigilância, controle e prevenção, abordados no Regulamento Sanitário Internacional. Para a busca de dados, também foi utilizada uma investigação documental de fontes secundárias, bases de dados e portais de periódicos especializados, como Elsevier, Scielo, PubMed, Lilacs, os documentos oficiais emitidos por organizações especializadas (OPAS, OMS), utilizando descritores como: Zika, doenças emergentes, Internacional Regulamentações sanitárias. Concluindo, na região das Américas o vírus se espalhou rapidamente, aumentando os casos de afecções neurológicas como malformações congênitas, microcefalia e síndrome de Guillán-Barré, é com o tempo que a LER e os sistemas de saúde Em muitos países, eles se prepararam e organizado para as notificações de doenças emergentes e reemergentes, que representam uma ameaça à saúde pública, onde a tecnologia tem sido um pilar fundamental para que as informações sejam prestadas em tempo hábil.

Palavras-chave: América, doenças emergentes, regulamentos internacionais de saúde, vírus Zika.

Introducción

La lucha de la humanidad contra las enfermedades infecciosas data de una larga historia, hace cincuenta años parecía una batalla ganada por la humanidad, sin embargo, en las últimas dos décadas las enfermedades emergentes y reemergentes han puesto en duda este logro. Las enfermedades emergentes son aquellas que no se han dado en humanos o se han dado en pocas cantidades y en los últimos 30 años, se ha incrementado, tales como el VIH, síndrome pulmonar por hantavirus, rotavirus, Zika y otras (National Institutes of health U.S, 2007).

Muchos factores se relacionan con las enfermedades emergentes o reemergentes tales como el cambio climático, los procesos de globalización, las nuevas formas de producción y manejo comercial de los alimentos, la movilización de la población entre fronteras, el desarrollo de la resistencia antimicrobiana, la pérdida de prácticas importantes en los sistemas de salud pública de los países y algunos factores de riesgo social, cultural y conductuales; así como las condiciones de vida y economía de la población (WHO, 2004).

Las zoonosis son enfermedades causadas por los animales en seres humanos, estas ocurren en todo el mundo y comprenden aproximadamente el 60% de todas las enfermedades transmisibles y representan un 75% de las enfermedades infecciosas emergentes. (CDC, 2018).

El virus del Zika es una enfermedad zoonótica emergente (ZIKV) el cual es transmitido por mosquitos del género *Aedes* en la familia *Flaviviridae* y el género *Flavivirus* (Lanciotti et al., 2008), fue aislado por primera vez en 1947 a partir de la sangre de un mono Rhesus centinela febril durante un estudio de fiebre amarilla (Dick, Kitchen, & Haddow, 1952) y posteriormente en ratones albinos suizos que eran susceptibles a inoculaciones intracerebrales con este agente (Dick, 1952).

El virus se trasmite principalmente a través de la picadura de la hembra del mosquito *Aedes aegypti* infectado. Otras vías de transmisión son la transmisión perinatal (el virus se ha aislado en líquido amniótico), la transfusión sanguínea durante el periodo de incubación o la fase virémica (que suele durar entre 3 y 5 días desde el inicio de síntomas) y la transmisión sexual (el virus se ha aislado en semen y se ha observado casos de transmisión de persona a persona por vía sexual). No existe transmisión directa de persona a persona (González Collantes, 2017).

América fue impactada por el Zika en noviembre del 2015, cuando Brasil declara la epidemia, dado el incremento en el número de casos y su posible relación con afectaciones neurológicas en los recién nacidos como microcefalia y el síndrome de Guillan Barré. (Valerio, Roures, Fernández, 2016; Pardo-Turriago, 2016).

A partir del 1 de febrero de 2016 el Comité de Emergencia, convocado por la Directora General de la OMS en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005), recomendó que se declare que el conglomerado reciente de casos de microcefalia y otros trastornos neurológicos notificados en el Brasil, después de un conglomerado similar en la Polinesia francesa en el 2014, constituye el Zika una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).(OMS, 2016) (OMS, 2018a)

Desde la perspectiva de la importancia del virus Zika en las Américas, es dado principalmente por las complicaciones y efectos a largo plazo, que genera en la salud del individuo, familia y comunidad, por lo que se intenta analizar de manera crítica la expansión cronológica del Zika en América, así como los retos desde la vigilancia, control y prevención del reglamento sanitario Internacional.

Métodos y Materiales

Esta revisión se desarrolló en base a los principios del abordaje de investigación documental de fuentes secundarias de base de datos y portales de revistas especializadas, tales como Elsevier, Scielo, PubMed y Lilacs; también se utilizaron los documentos oficiales expedidos de las organizaciones especializadas (OMS, OPS). Para la búsqueda se utilizaron como descriptores: Zika, enfermedades emergentes, Reglamento Sanitario Internacional, América. Se realizó un análisis crítico del Zika como enfermedad emergente y zoonótica, su situación en las Américas, la aplicabilidad del RSI y centros nacionales de enlace en respuesta a la ESPI del Zika y los retos y desafíos que enfrenta RSI en la actualidad.

Situación zika en América

Para abordar la situación actual del Zika en las Américas, se hace una breve cronología de este, en el continente, describiendo su expansión, hasta contextualizar la situación actual desde una perspectiva general.

El primer caso de virus autóctono del Zika en las Américas fue detectado en Chile en marzo del 2014 en la Isla de Pascua; para finales de abril 2015, el estado de Bahía Brasil compartió un informe preliminar de laboratorio de la presencia del virus Zika, aunque estaba pendiente la confirmación del laboratorio nacional de referencia, el 7 de mayo del 2015 por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emite una alerta epidemiológica sobre el virus Zika y brinda recomendaciones de prevención y control; en un lapso de dos semanas posterior a esta alerta el estado Sao Paulo confirma el primer caso de Zika en un paciente masculino de 52 años, en solo nueve días ya cinco estados de Brasil confirmaban la circulación del virus. En julio del 2015, el estado de Brasil confirma por criterios clínicos 29 casos del síndrome de Guillán-Barré, asociados temporalmente al virus Zika (OPS, 2016).

Analizando el desarrollo cronológico del virus del Zika en Brasil realizado por la OPS (2016), se evidencia una rápida diseminación del virus e incremento del número de casos desde inicios del 2015. Para octubre-diciembre del 2015, el virus del Zika se había propagado a 12 países adicionales en el continente: México, Guatemala, Honduras, El Salvador, Panamá, Colombia, Venezuela, Surinam, Guyana Francesa y Paraguay. Para finales del año 2016, 48 países en América habían presentado casos de Zika.

Varios estudios científicos genómicos, se han realizado para identificar el origen del primer caso del virus Zika en América, Rodríguez (2017) señala que, aunque los primeros casos de Zika en Brasil se reportaron en mayo del 2015, el virus ya se encontraba en este país desde febrero del 2014. Otro estudio sobre la transmisión del virus del Zika plantea que el virus del Zika detectado en el noroeste de Brasil fue de vital importancia para su propagación a otros estados de Brasil y en América Central, el Caribe y América del Sur (Faria, Quick, Claro, de Jesus, Giovanetti, 2017).

Según la actualización epidemiológica del 29 de diciembre del 2016 (OMS/OPS, 2016), 48 países de América presentaron casos autóctonos transmitidos de manera vectorial y cinco países reportan además transmisión sexual. Al evaluar en este informe los trastornos neurológicos asociados al Zika, se identifica el reporte de 22 países que confirman síndrome congénito asociado a la infección del virus zika y 13 países reportan un incremento del síndrome de Guillan Barré, de los cuales 7 países reportan por lo menos un caso con virus Zika.

La rápida diseminación del virus Zika en América y su relación con trastornos neurológicos, como el síndrome de Guillan Barré y la microcefalia producen su declaración como Emergencia de salud pública de interés internacional, la cual finaliza el 18 de noviembre del 2016, considerando al Zika y sus consecuencias un importante problema de salud pública (OMS, 2016).

Reglamento Sanitario Internacional y los Centros nacionales de enlace.

El recorrido del virus del Zika nos lleva al Reglamento Sanitario Internacional (RSI) que es un instrumento jurídico internacional de carácter vinculante para 194 países, entre ellos todos los Estados Miembros de la OMS. (OMS, 2018b). El mismo nace como respuesta a las diversas situaciones críticas que se enfrentaban a nivel internacional; entre estas tenemos las epidemias de cólera que asolaron Europa entre 1830 y 1847, catalizaron en una intensa actividad diplomática respecto de las enfermedades infecciosas y la cooperación multilateral en la esfera de la salud pública (OMS, 2005)

La finalidad y el alcance del RSI (2005) es «prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales» (OMS, 2008).

El trabajo de identificación, detección, control y prevención realizada frente a las diversas emergencias de salud pública internacional se ha visto efectivo gracias a este nuevo enfoque de vigilancia epidemiológica documentado en el RSI. En la actualidad se han declarado 4 emergencias de salud pública internacional Ébola, H1N1, SARS y el Zika a la que se hace referencia en el presente documento.

Es necesario señalar que para crear una mejor comunicación entre los estados partes y la OMS se crean los centros nacionales de enlaces donde son los encargados de notificar a la OPS/OMS el surgimiento de casos confirmados; basándose en el artículo 9 del RSI que obliga al Estado Parte a informar «en la medida de lo posible» a la Organización Mundial de la Salud (OMS), antes de que transcurran 24 horas desde que hayan tenido conocimiento de ellas, de las pruebas de que se haya producido fuera de su territorio, un riesgo para la salud pública, que podría causar la propagación internacional de una enfermedad, puesta de manifiesto por la exportación o importación de: a) casos humanos; b) vectores portadores de infección o contaminación; o c) mercancías contaminadas (OMS, 2008).

Existen muchos casos donde podemos observar la aplicabilidad del RSI y el Centro Nacional de Enlace. Por ejemplo, el Centro Nacional de Enlace para el RSI de Chile que notificó en marzo de 2016 a la OPS/OMS un caso confirmado de transmisión sexual del virus de Zika; se trata del primer caso adquirido en el territorio continental de Chile, donde no hay mosquitos vectores (*Aedes*). Se confirma que una de las parejas había viajado a un país en el que se sabe que hay transmisión local del virus. El 15 de abril de 2016 se declara Brote epidémico en Chile (OMS, 2018).

Este caso reportado en Chile es de transmisión sexual, el país aplica sus medidas de salud mientras que la OMS da sus recomendaciones e incluye que las prácticas sexuales sean seguras, y en particular el uso sistemático y correcto de preservativos para prevenir las infecciones de transmisión sexual, en particular por el VIH, y los embarazos no deseados. La OMS no recomienda análisis sistemáticos del semen para detectar el virus de Zika (OMS, 2018).

Es importante conocer el perfil de salud de las áreas afectadas por lo que se mencionan datos estadísticos generales obtenidos del Observatorio Mundial de la Salud: Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)= 21, Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016) = 76/82, Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)=

114/60, Gasto total en salud por habitante (\$int, 2014)= 1,749, Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2014)= 7.8 (OMS, 2018)

Otro ejemplo es el Centro Nacional de Enlace para el RSI de Santa Lucía que notificó a la OPS/OMS el 7 de abril de 2016, los primeros dos casos confirmados de infección autóctona por el virus de Zika. Se declaró brote epidémico el 20 de abril 2016 (OMS, 2018). La OMS ofrece una serie de recomendaciones generales para la prevención, control y manejo de esta infección por zika (OMS, 2018).

Por otro lado, el 17 de abril de 2016, el Centro Nacional de Enlace para el RSI del Perú notificó a la OPS/OMS un caso confirmado de transmisión sexual del virus de Zika. Se trata del primer caso de infección por este virus en el país. La paciente, una mujer de 32 años de la Provincia de Lima sin antecedentes de viajes al extranjero, presentó los primeros síntomas el 28 de marzo. Antes había tenido relaciones sexuales sin protección con su pareja, que había vuelto recientemente de un viaje (del 26 de febrero al 14 de marzo) a un país afectado por el zika. El 21 de abril de 2016 se declaró un brote epidémico (OMS, 2018).

Las autoridades sanitarias del Perú tomaron algunas medidas de salud pública; mientras que la OMS realiza una evaluación del riesgo y brinda sus recomendaciones al respecto. Teniendo en cierta la información disponible, la OMS no recomienda restricciones al comercio con el Perú ni a los viajes a ese país (OMS, 2018).

Por todo lo anterior expuesto, podemos decir que se reconoce la importancia del Centro Nacional de Enlace en los diversos países para la notificación fidedigna y real de los casos (Zika) a la OMS/OPS; que desde la creación del RSI 2005 se ha llevado una mejor identificación, registro y control de las enfermedades, por lo que se considera este reglamento como un nuevo enfoque de vigilancia epidemiológica.

También se rescata, que los países afectados por Zika realizan sus primeras intervenciones de salud pública según su legislación correspondiente, mientras esperan la respuesta de la OMS quien a su vez brinda las recomendaciones basadas en la necesidad y la magnitud del problema de cada país.

La infección por virus Zika es de notificación individual e inmediata de acuerdo con lo establecido en el Decreto ejecutivo N.º 1617 de 21 de octubre de 2014, tanto en los establecimientos públicos como privados y todos aquellos que establece los artículos 31 y 39 de

dicho decreto, los casos se reportan semanalmente, por instalación de salud, agrupados por sexo y edad (Santana y Kant, 2017).

Después de haber visto la aplicabilidad del RIS y los Centros de Enlace con la emergencia de salud pública internacional del Zika, se concluye que el manejo y el protocolo para el abordaje de las emergencias es muy complejo, elaborado y con resultados muy positivos; sin embargo se detectó que existe un gran reto y desafío que debe ir enfocado en gran medida a la prevención de enfermedades, por lo que se recomienda que se integre en el reglamento medidas para la eliminación y la vigilancia del vector.

Conclusiones

Para finalizar, es evidente que el virus del Zika es una enfermedad de tipo zoonótica, emergente la cual se transmite por la picadura de un vector (mosquito hembra, del género Aedes), infectado, puede ser de madre a hijo durante el embarazo o durante el parto y por vía sexual, inclusive si la pareja no presenta síntomas al momento; alrededor del 20% de personas infectadas con virus Zika desarrollan la enfermedad con manifestaciones.

En la región de las Américas el virus se propagó de una manera rápida, con lo cual se incrementó los casos de afectaciones neurológicas como las malformaciones congénitas, microcefalia y síndrome de Guillán-Barré, las cuales están estudiándose en la actualidad.

A través del tiempo el RSI y los sistemas de salud se han preparado y organizado para las notificaciones de las enfermedades emergentes y remergentes, que representan una amenaza para la salud pública, haciendo las recomendaciones necesarias en caso de su aparición, la tecnología ha sido un pilar fundamental para que las informaciones sean dadas oportunamente.

Es un gran reto mantener la vigilancia del evento, su comportamiento, propagación por lo que es de gran importancia la prevención del evento, donde se hace necesario desarrollar las estrategias necesarias para su erradicación, la comunidad en general deberá participar de una manera activa con conocimiento de la importancia del cuidado de su salud, eliminando los criaderos con acciones efectivas, evitando así que el mosquito complete su ciclo de vida

Se han realizado investigaciones, revisiones sobre la enfermedad del Zika, lo que ha permitido conocer su comportamiento a través de los tiempos, por ende, se hace necesario desarrollar proyectos de investigación e intervención, cuyo énfasis sea las estrategias para la prevención de la infección y finalmente la erradicación del vector.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Camacho B., K. y. (2016). *Una Visión Comprensiva del Dengue en Centroamérica y República Dominicana: Epidemiología y recomendaciones vacunales*. Costa Rica: AHF.
- CDC. (2016). *CENTRO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EMERGENTES Y ZOONÓTICAS-NCZID*. USA.gov. Obtenido de <https://www.cdc.gov/ncezid/es/que-hacemos.html>
- Cerezo, L. (2018). *BOLETIN EPIDEMIOLOGICO N°3: Zika*. Panamá: Ministerio de Salud.
- Dick, G. W. . (1952). Zika virus (II). Pathogenicity and physical properties. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 46(5), 521–534. [https://doi.org/10.1016/0035-9203\(52\)90043-6](https://doi.org/10.1016/0035-9203(52)90043-6)
- Dick, G. W., Kitchen, S. ., & Haddow, A. . (1952). Zika Virus (I). Isolations and serological specificity. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 46(5), 509–520. [https://doi.org/10.1016/0035-9203\(52\)90042-4](https://doi.org/10.1016/0035-9203(52)90042-4)
- Faria, N. R., Quick, J., Claro, I., & et al. (24 de mayo de 2017). Establecimiento y transmisión críptica del virus Zika en Brasil y las Américas. *Nature*, 546, 406-410. Obtenido de <https://doi.org/10.1038/nature22401>
- González Collantes, S. (2017). *Situación epidemiológica del virus zika*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú: An Fac med. doi:<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i1.13025>
- Méndez B., M., Alcalde R., J. M., & G., F. T. (febrero de 2017). Algunas especificidades sobre la enfermedad por el virus del Zika. *MEDISAN*, 21(2), 227-236. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000200014
- National Institutes of Health U.S. (2007). Understanding emerging and re-emerging infectious disease. Biological Sciences Curriculum Study. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20370/>
- Núñez, E. M.-L. (2016). Virus Zika en Centroamérica y sus complicaciones. *Scielo*, sp.
- OMS. (2016). *Reglamento Sanitario Internacional (2005)* (3a ed.). Avenue Appia 1211, Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS. Obtenido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf;jsessionid=31663C572CCB907829F70E86BC1CCCE6?sequence=1>
- OMS. (2018). *Enfermedad por el virus de Zika*. Washington, United States of America: WHO.

- OMS. (s.f.). *Reglamento Sanitario Internacional. Preguntas frecuentes acerca del Reglamento Sanitario Internacional (2005)*. Normas sanitarias Internacionales. Recuperado el octubre de 2018, de <https://www.who.int/ihr/about/faq/es/#faq02>
- OPS. (2017). Virus del Zika- incidencia y tendencias. *Zika- Actualización epidemiológica Regional de la OPS (Américas)*, sp.
- OPS/OMS. (2015). *Alerta Epidemiológica*. Washington, D. C.: WHO. Recuperado el 21 de julio de 2018, de <http://web.minsal.cl/node/794>
- OPS/OMS. (2016). *Cronología sobre la emergencia del virus del zika en la Américas*. Washington, D. C.: PAHO/WHO. Recuperado el 21 de julio de 2018, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11959%3Atimeline-of-emergence-of-zika-virus-in-the-americas&catid=8424%3Acontents&Itemid=41711&lang=es
- OPS/OMS. (2016). Virus del Zika - Incidencia y tendencia . *Zika - Actualización Epidemiológica* , sp.
- OPS/OMS. (2018). *Actualización Epidemiológica aumento de Malaria en las américas*. OPS/OMS.
- OPS/OMS. (sf.). *Análisis de Situación: Dengue*. Guatemala: WHO.
- Rodríguez, I. (24 de mayo de 2017). Virus del Zika llegó a América 15 meses antes de que se dieran los primeros casos. *La Nación*, pág. S/P.
- Santana S. y Kant, R. (2017). Enfermería arte y Ciencia, Enfermedad por Virus Zika: situación actual y Desafíos. Vol. 10, Caja del Seguro Social, Panamá. P.77-82
- WHO (2004). Report of the WHO/FAO/OIE joint consultation on emerging zoonotic diseases. Geneva, Switzerland.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_CDS_CPE_ZFK_2004.9.pdf?ua=1
- Valerio Sallent L, Roure Díez S, Fernández Rivas G (2016). Infección por el virus Zika o el futuro de las enfermedades infecciosas. *Medicina Clínica* 147 (7): 300-305, <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.03.012>

ASENTAMIENTOS INFORMALES EN AMÉRICA LATINA:*Impacto en la Salud Pública.***INFORMAL SETTLEMENTS IN LATIN AMERICA:***Impact on Public Health.***ASSENTAMENTOS INFORMAIS NA AMÉRICA LATINA:****Impacto na saúde pública.****Mgtra Ioris Morales González**

Enfermera

Estudiante de Maestría en Epidemiología

Profesora Departamento

Enfermería Salud Pública

Universidad de Panamá

Correo: isorales@gmail.com<https://orcid.org/0000-0001-7507-2357>**Dra. Dinora Bernal, PhD**

Enfermera docente

Facultad de Enfermería

Universidad de Panamá

Correo: dinoraceli25@hotmail.com<https://orcid.org/0000-0002-7219-5332>**Recepción:** 12 de enero 2020**Aceptación:** 16 de abril 2020**Resumen**

Los asentamientos informales en las principales urbes de Latinoamérica son el resultado del crecimiento exponencial, irregular, y sin control de los países en vías de desarrollo, y de grandes ciudades de primer mundo. El presente ensayo académico: Asentamientos Informales en América Latina: Impacto en la Salud Pública es una reflexión sobre la situación de tantas ciudades en Latinoamérica, que han ido creciendo de manera no planificada, con ausencia de los servicios esenciales, poniendo en riesgo la salud de toda la población.

La creación de políticas públicas de salud, e implementación de leyes, sobre la formación inicial de asentamientos informales, proveerá al Estado, de recursos para poder satisfacer la demanda habitacional/poblacional que se tiene en las comunidades.

El objetivo de este ensayo es compilar la evidencia científica, publicada sobre los asentamientos informales, como estrategias encaminadas a optimizar los recursos del Estado, para que a todos los niveles, las comunidades afectadas (donde se construye el asentamiento), y la comunidad invasora (la que crea el asentamiento), no sea una comunidad riesgo, que devengue más demanda económica, social, laboral, y una carga para el Estado.

Palabras claves: Asentamientos informales, América Latina, comunidad rural, crecimiento exponencial, informalidad, invasiones, precaristas, salud pública, toma de tierras.

Abstract

Informal settlements in the main cities of Latin America, are the result of irregular exponential growth and uncontrolled Latin American countries, and the biggest first world cities.

The creation of public health policies, and the implementation of laws, to the initial formation of informal settlements, will provide the state with resources to be able to satisfy the housing/population demand in the communities.

In assessing the level of scientific evidence on informal settlements, we can optimize the state's resources economically so that at all levels, the affected communities (where the settlement is built), and the invading community (the one that creates the settlement), is not a risk community, which accrues more economic, social, labor demand, and a burden for the state.

Keys words: Exponential growth, informality, informal settlements, invasions, land grabbing, Latin America, public health, rural community.

Resumo

Assentamentos informais nas principais cidades da América Latina são resultado de um crescimento exponencial, irregular e descontrolado em países em desenvolvimento e grandes cidades de classe mundial. Este ensaio acadêmico: *Assentamentos Informais na América Latina: Impacto na Saúde Pública* é uma reflexão sobre a situação de tantas cidades da América Latina, que vêm crescendo sem planejamento, com a ausência de serviços essenciais, colocando em risco a saúde de toda a população.

A elaboração de políticas públicas de saúde e a implementação de leis sobre a formação inicial de assentamentos informais, proporcionarão ao Estado recursos para atender à demanda habitacional/populacional nas comunidades.

O objetivo deste ensaio é compilar as evidências científicas, publicadas sobre assentamentos informais, como estratégias voltadas para a otimização dos recursos estatais, para que, em todos os níveis, as comunidades afetadas (onde o assentamento é construído) e a comunidade invasora (aquela que cria o assentamento), não seja uma comunidade de risco, que cause mais demanda econômica, social, trabalhista e um fardo para o Estado.

Palavras-chave: Assentamentos informais, América Latina, comunidade rural, crescimento exponencial, informalidade, invasões, invasores, saúde pública, tomada de terras.

1. Introducción

Los asentamientos informales son aquellos grupos comunitarios formados por varias familias, los cuales tienen como objetivo la toma de tierras para su propia ayuda. Con el paso de los años, esta práctica se ha vuelto más común en los países de América Latina, los cuales han ido incrementando prácticas para la solución habitacional en los lugares más pobres.

Según Sofía Mora (2014), de acuerdo a cifras presentadas por Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat), en 2003 un tercio de la población urbana del mundo vivía en este tipo de asentamientos, donde los índices de desarrollo humano son generalmente negativos.

Los asentamientos informales son la manifestación más clara de la desigualdad social que ha caracterizado a las ciudades latinoamericanas. Si bien en la última década han disminuido la explosión urbana y la migración del campo a la ciudad, al mismo tiempo que se han logrado importantes avances en el acceso a servicios básicos como agua potable, saneamiento, electricidad y transporte, estas ciudades siguen siendo las más inequitativas del planeta (ONU-Hábitat, 2012).”

La recopilación de información eficaz y sustentada, hace que siempre la evidencia sea la toma de fuentes de información para tomar decisiones mucho más precisas, disminuyendo así los riesgos de errores, a través de la investigación continua.

Pérez-Valecillos y Castellano-Caldera (2013), afirman:

“La transformación estratégica de nuestras ciudades ciertamente debe descansar en planes y proyectos integrales que puedan adoptar las metodologías, los procesos y el consenso de diversos agentes; lo cual implica que los planes y actuaciones sean realizados con compromiso, tengan contenidos reales, la capacidad de ilusionar y de convocar esfuerzos, y cuenten con la posibilidad de ser llevados a cabo de manera sostenida en el tiempo”

2. Para la realización de este ensayo se realizó una revisión descriptiva de artículos científicos consultando bases de datos y plataformas electrónicas, como ABC Científica, MedLine, Scielo, SIBIUP, Redalyc, Google Academy. Además, sus fechas fueron tomadas a partir del año 2000, en el idioma español o inglés donde originalmente sea plasmado el documento, a través de búsqueda manual y consultas con expertos. No se hará restricción en el tipo de estudio, teniendo en cuenta el título del tema que sea Asentamientos Informales, y no solo de ámbito científico, sino literatura concerniente a: ambiente, sociedad, economía, arquitectura, geografía, sociología, urbanismo, salud, topología, y demás.

La calidad de los artículos fue evaluada a través de diferentes ítems, los cuales son: el tiempo que se realizó la investigación o revisión,

3. Resultados: se seleccionan 13 artículos de los cuales la mayoría de ellos, con recomendaciones realizadas por sociedades de tipo gubernamentales o privadas a fines, y con el interés de ser guías informativas del tema, y de tipos narrativas y descriptivas, bibliográficas.

Los asentamientos informales reciben distintas denominaciones o nombres en el continente Americano: asentamientos irregulares o precarios, tugurios, asentamientos urbano-marginales, villas, entre otras. Esto genera cierta confusión al momento de definir el concepto, ya que todas esas expresiones, aunque en algunos contextos significan lo mismo, en sentido estricto son diferentes. Por tanto, es fundamental discutir los alcances y las limitaciones de las diferentes definiciones de asentamiento informal.

De acuerdo a la definición de ONU-Hábitat (2003), el asentamiento informal como un espacio o globo de terreno donde los habitantes se caracterizan por tener vivienda y servicios básicos inadecuados estar en una condición de hacinamiento crítico, estado precario de la vivienda (en relación a su estructura física y a su entorno), ausencia de algunos de los servicios públicos e ilegalidad de la tenencia de la tierra. Estas condiciones, se limitan por lo general a clasificar el problema desde una perspectiva física y legal, dejando por fuera las dimensiones humana y socioeconómica, a pesar de su importancia. Con frecuencia estos asentamientos informales y precarios no son una parte incorporada o igual a las demás partes de la ciudad por las autoridades públicas.

La urbanización, tiene que ir ligada a las demandas de suelo, servicios públicos, vivienda e infraestructura y a las necesidades de los ciudadanos para que puedan tener una vida digna y un desarrollo propio de un ser humano.

Problemática y causas

Costa y Hernández (2010), sostienen que cada vez se incrementa el número de personas que viven en asentamientos informales, lo que los coloca en situación de vulnerabilidad viviendo sin la seguridad de la tenencia, en condiciones precarias, insalubres y peligrosas. Diversos datos han revelado que consideradas estas formas de acceso al suelo urbano y de producción de la vivienda, entre el 40% y 70% de la población urbana en las grandes ciudades de los países en desarrollo están viviendo ilegalmente, de lo que se puede concluir que ésta es la forma dominante de producir la ciudad latinoamericana contemporánea, y no más una excepción a la regla.

En Latinoamérica, la mayoría de los países, incluyendo, Panamá, no escapan al fenómeno de la migración ilegal que es otra realidad que contribuye al desarrollo de los asentamientos informales. Es el fenómeno importante, y es cambiante, como lo describe Costa y Hernández (2010). La constante es el aumento de las condiciones insalubres, la vulnerabilidad y la falta de acceso a los servicios básicos.

El concepto de precario de acuerdo al derecho Romano implica la existencia de dos figuras que ambas son poseedores: el “precario dans” concedente o tolerante, y el precarista. Para que se pueda aplicar el concepto de precario, se tienen que dar tres elementos: la carencia de título en el usuario, la tolerancia del dueño y la gratuidad (Chacón y Freer, 2000).

Di Virgilio, Guevara y Arqueros (2014), presentan otro elemento relevante de La informalidad urbanística y ambiental :la calidad de los materiales constructivos de las viviendas, el cual es un indicador del nivel de ingresos que está relacionado con la capacidad de invertir. Sin embargo es necesario indicar que no todos los países reportan este indicador. El cual

en países como Argentina se denomina calidad de los materiales (CALMAT), el mismo arroja: un 38.4% de viviendas construidas con materiales precarios.”

Hay características generales en los lugares, que escogen los precaristas para situar los asentamientos, que también aumentan el riesgo del hogar que construye, entre ellas podemos mencionar:

- Zonas de riesgos boscosas, con lagos o ríos, manglares donde la vegetación es espesa.
- Lugares con acceso limitado a servicios básicos de primera necesidad (luz, agua potable, aguas servidas, calles, seguridad, etc.)
- Sitios sobre poblados, donde ya hay hacinamiento poblacional.
- Sin acceso a servicios básicos del Estado como salud, seguridad, disponibilidad de basura, etc.
- Materiales de construcción precarios.
- Zonas de asentamientos en áreas peligrosas, zonas rojas, con factores de riesgo social como delincuencia, prostitución, acceso a drogas, entre otras.

Según ONU Hábitat, en su informe del cuarto foro Urbano Mundial del año 2008, 113 millones de personas viven en asentamientos informales, un 25 por ciento de la población urbana. Los expertos creen que las cifras se quedan cortas a la realidad de las urbes más pobladas en nuestros países. En muchos países de la región se han identificado asentamientos informales, a saber: Argentina 1,834, Chile 673, en Costa Rica 394, en Nicaragua 402, y están en desarrollo catastros en Bogotá, Colombia; El Hatillo, Venezuela; en Ciudad de Guatemala y en cinco urbes de Paraguay.

De acuerdo a Urdaneta-Carruyo (2005), el crecimiento de los asentamientos informales es exponencial debido la migración a la ciudad. Las industrias también invaden con humo y basura, destrozando sus contornos, incrementando cada vez más el caos intransitable que transforman las urbes en un escenario hostil, alejándola progresiva e irremediamente de la naturaleza y por ende del hombre mismo.

Cómo combatir y hacer mejoras en las comunidades

Vargas y Jiménez (2010), nos permite reflexionar sobre cómo legalizar asentamientos informales? De esta reflexión se deduce que son necesarios los estudios de impacto ambiental, que permitan planificar la existencia de los servicios básicos a esas comunidades, tales como: salud, electricidad, agua, acueductos, transporte, áreas viables, etc.

Es necesario reflexionar sobre el rol de los gobiernos nacionales en la formulación e implementación de políticas urbanas y su relación con los otros niveles de gobierno. Las políticas públicas de regularización y el régimen de propiedad de la tierra deben ser cumplidas para así poder llevar un control, de las normativas que se tengan en ámbitos de salud, legalidad, propiedades, y demás.

En otras regiones, la participación comunitaria es fundamental, para ello se crean grupos para la asistencia comunitaria. El principal organismo constituido oficialmente para la participación

ciudadana es el patronato de vecinos, un organismo permanente de representación ciudadana. De acuerdo a las legislaciones, la función principal del patronato es establecer una relación entre la ciudadanía y el gobierno para la formulación y administración de peticiones y propuestas.

Conclusiones

En el conjunto de prácticas aplicadas en el proceso de invasión y apropiación de tierras intervienen diversos actores sociales, desempeñan variadas actuaciones, de manera deliberada o no, en momentos disímiles y con diferentes grados de participación. Cada uno actúa en función de sus intereses, generalmente contrapuestos. Pero los necesitados de tierra, desde el momento que gestan la idea de tomar el terreno comandan el proceso. Ejercen rol protagónico, se convierten en sujetos practicantes de principios de participación, logran identidad colectiva, realizan un conjunto de acciones con un propósito establecido: obtener la tierra.

Trabajar en soluciones para evitar que se continúen desarrollando problemáticas como estas, nos ayudan a que la planificación estratégica sea efectiva en todos los sentidos. No afectando los sistemas de salud, sistemas públicos, eléctricos, alcantarillados, recolección de basura, los hacimientos, seguridad pública; y así mismo toda la cadena que se desenvuelve luego de formada una comunidad espontánea, y todo lo que crean estos cordones de miseria.

Hemos hablado de las políticas que debe tener el Gobierno para la ejecución de planes efectivos, pero estos basados en Políticas de Salud Pública en las cuales se puedan prever eventualidades y crecimientos exponenciales como tal. Algunos de los Asentamientos Informales, surgen a partir de algunos desastres naturales tales como incendios, deslaves de tierras, inundaciones, terremotos, huracanes, etc. En Panamá, el desastre natural al que más se está expuesto es la inundación. Sumado a esto, que los lugares donde están los Asentamientos Informales no cumplen con las necesidades pertinentes para tener una vivienda adecuada, hace que estas comunidades sean más vulnerables.

Por otro lado, hacer estudios en los cuales se vea reflejado la inequidad social, nos es necesario, para estudiar a fondo este fenómeno exponencial que se da en América Latina. Esto crea los denominados *Cinturones de Miseria* en los cuales, alrededor se ven toda clase de desigualdades sociales, problemáticas políticas, y demás.

Es estrictamente necesario tomar medidas pertinentes para frenar y lograr acuerdos entre las partes afectadas. Si bien, en la comunidad que ha sido invadida, hay afectación, al final, toda la población está siendo afectada; tanto en el lugar donde se da la invasión, como para la comunidad que invade. Provocando una desigualdad e inequidad, que al final, afecta a estas comunidades - las ya estructuradas-, empobreciéndolas con más problemáticas, que al final, se deben afrontar con responsabilidad social.

Referencias

- Chacón y Freer. (2000). El precarismo: Análisis histórico y su desarrollo en el distrito de Pavas, San José, Costa Rica. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*. 20, 3-4, http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29481999000200007
- Costa, A. B. y Hernández, A. (2010) Análisis de la situación actual de la regularización urbana de América. *Revistas INVI*, 25,(68). <http://www.redalyc.org/pdf/258/25830416002.pdf>
- Di Virigilio, Arqueros, Guevara. (2012). Conflictos urbanos en los procesos de regularización de villas y asentamientos informales en la región metropolitana de Buenos Aires. *Revista Urban*, https://www.researchgate.net/publication/47559334_Veinte_anos_no_es_nada_Procesos_de_regularizacion_de_villas_y_asentamientos_informales_en_la_Region_Metropolitan_a_de_Buenos_Aires
- Di Virigilio, Guevara y Arqueros. (2014). Un análisis comparado sobre la implementación de políticas de regularización de asentamientos informales en Argentina, Brasil y México. *Revista INVI*. 29 (80) <http://www.revistainvi.uchile.cl/index.php/INVI/article/view/798/1121>
- Duhau, E. (2011). *Dimensiones socio-políticas de las irregularidades y la regularización de los asentamientos populares*. Lincoln Institute of Land Policy http://www.institutodeestudiosurbanos.info/dmdocuments/cendocieu/Especializacion_Mercados/Documentos_Cursos/Dimensiones_Socio_Politicas-Duhau_Emilio-2002.pdf
- Echeverry, H. & Giraldo Editores. (2010). *Del texto Síntesis del artículo Informalidad y Urbanismo Social, publicado en Medellín Medio ambiente urbanismo y sociedad*. Fondo editorial, Universidad EAFIT. http://www.eafit.edu.co/centros/urbam/articulos-publicaciones/Documents/111103_RS3_AEcheverri_%20P%2011-24.pdf
- Fernandez, E. (2011). Regularización de asentamientos informales en América Latina. Lincoln Institute of Land Policy, Cambridge, USA. Recuperado a partir de: https://www.lincolninst.edu/sites/default/files/pubfiles/regularizacion-asentamientos-informales-full_0.pdf
- Fracasso, L. (2000). Planificación Comunitaria y Participación en los Procesos de Decisión: categorías de análisis y argumentos. *Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona*. <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-216.htm>
- Lombard, M. (2015). Lugarización y la construcción de asentamientos informales en México. *Revista INVI* (30) 83, <http://www.revistainvi.uchile.cl/index.php/INVI/article/view/911>
- Mora Steiner, Sofía. (2014). Hogares en asentamientos informales en Costa Rica: quiénes son y cómo viven. *De la revista Notas de Población, Publicación de las Naciones Unidas*, <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37635-hogares-asentamientos-informales-costa-rica-quienes-son-como-viven>

Pérez-Valecillos y Castellano-Caldera (2013). Creación del espacio público en asentamientos informales: Nuevos desafíos urbanos. *Bdigital, portal de revistas UN, Bitácora Urbano Territorial*. 2 (23).

https://revistas.unal.edu.co/index.php/bitacora/article/view/39556/html_61

Urdaneta-Carruyo, Eliéxer. (2005). Siglo XX. Cien años de infortunio y esplendor. *Gac. Méd. Mex.* 141, [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000100014)

[38132005000100014](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000100014)

Vargas I., Jiménez E y Torres, C. (2010). Procesos de mejoramiento Barrial participativo en Asentamientos Informales: Propuesta de integración en la ciudad de Ibagué (Colombia). *Revista INVI* 25 (68).

<http://www.revistainvi.uchile.cl/index.php/INVI/article/view/493/501>

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE DETERMINAN LA CAPACIDAD DE RESPUESTA EN DESASTRES.**KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES THAT DETERMINE DISASTER RESPONSE CAPACITY.****CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS QUE DETERMINAM A CAPACIDADE DE RESPOSTA AOS DESASTRES.****Magistes Joel Edilberto Medina Jil**

Hospital Santo Tomás, Panamá

<https://orcid.org/0000-0002-4168-4299>Correo: jmedina89@hotmail.es**Dra Carmen María Flores de Bishop**

Universidad de Panamá, Panamá

<https://orcid.org/0000-0002-1950-2989>Correo: bishopcarmen@hotmail.com**Recepción:** 2 de julio 2019**Aprobación:** 3 de diciembre 2019**Resumen**

La gestión de riesgo de desastres es la capacidad que desarrolla una comunidad para manejar debidamente su relación con las amenazas, de manera que los riesgos no se conviertan en desastres. La incorporación de la gestión del riesgo de desastres en todos los ámbitos de actuación, incluidos la educación, es elemento clave para la preparación, mitigación y/o capacidad de respuesta de las comunidades.

Objetivo: Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas que determinan la capacidad potencial de respuesta a eventos de desastres del Centro Básico General El Espavé, ubicado en la región de Panamá Oeste, Distrito de Chame, corregimiento de Sajalices; realizado en los meses de octubre-noviembre de 2018.

Metodología: Este estudio es analítico, con un diseño de casos y controles. El análisis de asociación causal se realizó a través de la razón de productos cruzados (OR) y un intervalo de confianza del 95% en tablas 2x2. Para determinar si las diferencias encontradas fueron productos del azar o no, se utilizó la prueba Chi Cuadrado (X^2) de significancia estadística fijada en 95% y un grado de libertad igual a 3.84 y un valor de p de 0.05.

Resultados: Se encontró un adecuado nivel de respuesta al realizar cinco o más simulacros de evacuación. Mantener la calma, buscar una zona segura y estar capacitado en gestión de riesgo de desastre, son factores protectores para que se dé una adecuada capacidad de respuesta ante eventos de desastre.

Conclusión: Los conocimientos, actitudes y prácticas están asociados con la capacidad de respuesta potencial ante eventos de desastres.

Palabras Clave: Desastres, Gestión del Riesgo, Capacidad de respuesta, mitigación y vulnerabilidad.

Abstract

Disaster risk management is the capacity that a community develops to manage its relationship with hazards, so that risks do not necessarily turn into disasters. The incorporation of disaster risk management in all areas of action, including education, is a key element for the preparedness, mitigation and / or response capacity of the communities.

Objective: To analyze the knowledge, attitudes and practices that determine the potential capacity to respond to disaster events of the El Espavé General Basic Center, located in the West Panama region, Chame District, Sajalices district: carried out in the months of October-November 2018.

Methodology: This study is analytical, with a case-control design. The causal association analysis was performed through the ratio of cross products (OR) and a 95% confidence interval in 2x2 tables. To determine if the differences found were products of chance or not, the Chi Square (X^2) test of statistical significance set at 95% and a degree of freedom equal to 3.84 and a p value of 0.05 was used.

Results: A good level of knowledge, conduct five or more evacuation drills, remain calm, find a safe area, and be trained in disaster risk management; they are protective factors for an adequate response capacity to disaster events.

Conclusion: Knowledge, attitudes and practices are associated with potential response capacity to disaster events.

Key Words: Disasters, Risk Management, Response capacity, mitigation and vulnerability

Resumo

A gestão do risco de desastres é a capacidade que uma comunidade desenvolve para gerir adequadamente a sua relação com os perigos, para que os riscos não se transformem necessariamente em desastres. A incorporação da gestão do risco de desastres em todas as áreas de ação, incluindo a educação, é um elemento chave para a preparação, mitigação e / ou capacidade de resposta das comunidades. Objetivo: Analisar os conhecimentos, atitudes e práticas que determinam a capacidade potencial de resposta a desastres do Centro Geral Básico El Espavé, localizado na região Oeste do Panamá, distrito de Chame, distrito de Sajalices; realizado nos meses de outubro a novembro de 2018.

Metodologia: Este estudo é analítico, com delineamento caso-controle. A análise de associação causal foi realizada por meio da razão de produtos cruzados (OR) e intervalo de confiança de 95% em tabelas 2x2. Para determinar se as diferenças encontradas eram produtos do acaso ou não, foi utilizado o teste de significância estatística do Qui quadrado (X^2) fixado em 95% e um grau de liberdade igual a 3,84 e um valor de p de 0,05.

Resultados: Um bom nível de conhecimento, conduzir cinco ou mais exercícios de evacuação, manter a calma, encontrar uma área segura e ser treinado em gestão de risco de desastres; são fatores de proteção para uma capacidade de resposta adequada a eventos de desastre.

Conclusão: Conhecimento, atitudes e práticas estão associados à capacidade potencial de resposta a eventos de desastres.

Palavras-chave: Desastres, Gestão de Risco, Capacidade de resposta, mitigação e vulnerabilidade.

INTRODUCCIÓN

El creciente aumento de los eventos de desastres trae consigo repercusiones e impactos en los distintos escenarios en los que nos desenvolvemos a diario. Las pérdidas humanas, las pérdidas en infraestructura y los daños en el ecosistema, son las mejores evidencias que sustentan la necesidad de trabajar y seguir reforzando las medidas de prevención y mitigación de los eventos de desastres, como parte de la gestión del riesgo.

En América Latina y el Caribe se estima que, en las últimas cuatro décadas (1970-2010) 200 millones de personas fueron afectadas por desastres a causa de peligros naturales, socio naturales y/o antrópicos. En América Latina, entre los años 2005 y 2012, más de 240.000 personas han fallecido por desastres dejando más de 57 millones de afectados y por encima de los 85 mil millones de dólares americanos en pérdidas. (Wahlstrom, M., Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (CEPREDENAC); Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres (UNISDR), 2014)

Centroamérica se encuentra entre las regiones más vulnerables ante desastres en el mundo. La manifestación de riesgos en forma de desastres demuestra una tendencia hacia el aumento durante las últimas décadas, principalmente en los años recientes. Entre 1998 y 2008, más tormentas azotaron la región, a menudo el doble de la media de los últimos 50 años. En el 2005, más de 6 millones de personas fueron afectadas por la temporada de huracanes en la región. (Wahlstrom, M., Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (CEPREDENAC); Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres (UNISDR), 2014).

En el caso de Panamá, durante el período 1990 a 2013, se registraron más de 2,717 eventos de origen natural, de los cuales el 57% corresponde a inundaciones, 17% a vendavales/ vientos fuertes y el 15% a deslizamientos; con un total de 322 muertes y un impacto económico acumulado de al menos US\$ 353.43 millones, afectando sectores tan diversos como las viviendas, infraestructura vial, escuelas, centros de salud, cultivos entre otros (Gordon, 2014).

Madra Guinn Jones(200), en su artículo “Planificación frente a la catástrofe en las escuelas”, señaló que el Consejo de salud escolar de España en el 2008, realizó un monitoreo/ evaluación sobre más de 2100 escuelas, para establecer un diagnóstico en las instituciones educativas. Los resultados obtenidos fueron que la mayoría de las escuelas (86,3%) informaron

contar con un plan de respuesta a catástrofes, aunque fueron menos del (57,2%) los que tenían un plan de prevención. La mayoría (95,6%) tenía un plan de evacuación, pero casi la tercera parte (30%) nunca había efectuado un simulacro de evacuación. Casi la cuarta parte (22,1%) carecía de provisiones de un plan de catástrofes para los niños con necesidades especiales de asistencia sanitaria, y la cuarta parte informó carecer de planes para el asesoramiento tras la catástrofe. Casi la mitad (42,8%) nunca se había reunido con los agentes del servicio de urgencias médicas para analizar la planificación ante la emergencia.

Por otro lado, según Accatino, L. et al. (2010), existe una preocupante falta de formación en desastres dentro de las escuelas de medicina latinoamericanas. Una revisión de los planes de estudios de pregrado para la carrera de médico-cirujano de las treinta y siete (37) universidades hispanoparlantes que contaban con escuelas de medicina y conformaban el grupo de las cien (100) mejores universidades latinoamericanas, encontraron que solo una (2,7%) incluía algún grado de formación en situaciones de desastre, una realidad preocupante que debe ser encarada tanto por las autoridades sanitarias, como por las casas de altos estudios y otros centros de formación en salud.

El plan nacional de gestión de riesgos de desastres la República de Panamá, (2011-2015). Señala que según el estudio Hotspot del Banco Mundial, el 15% del área total del país se encuentra expuesta y un 12.5% de su población es vulnerable a dos o más amenazas, resaltando las de carácter hidrodinámico geo-sísmico. (Gordón, 2014).

Esta investigación realiza un abordaje epidemiológico de la gestión de los eventos de desastres; trabajando desde el enfoque de riesgo. Valorando el impacto de la preparación en gestión de riesgo a desastres y su relación con la capacidad de respuesta; considerando que a mayor preparación, mejor debe ser la respuesta ante un evento de desastre.

La metodología de este estudio fue de carácter analítico, con un diseño de casos y controles. Se trabajó con una muestra censal de 65 estudiantes de pre media, distribuidos en 13 casos y 52 controles. Se aplicó un instrumento de recolección de datos. El análisis de asociación causal, se realizó a través de la razón de productos cruzados (OR) y un intervalo de confianza del 95% en tablas 2x2. Para determinar si las diferencias encontradas fueron productos del azar o no, se utilizó la prueba Chi Cuadrado (X^2) de significancia estadística fijada en 95% y un grado de libertad igual a 3.84 y un valor de p de 0.05.

Los resultados obtenidos demostraron que existe asociación ($X^2=4.06$, $p=0.043$) entre la variable capacidad de respuesta potencial ante un evento de desastre y el nivel de conocimiento en gestión integral de riesgo.

Al medir la asociación de la variable capacidad de respuesta potencial ante un evento de desastre y el número de simulacros realizados, también se demostró que si existe significancia estadística entre las variables ($X^2=4.31$, $p=0.0037$). Realizar cinco y más simulacros de evacuación, resultó ser un factor protector para una adecuada respuesta (OR=0.24; IC95% 0.06-0.98).

Por otra parte al medir la asociación de la variable capacidad de respuesta potencial ante un evento de desastre y la actitud frente al mismo, se encontró significancia estadística en las

actitudes: correr y huir ($X^2=4.28$, $p=0.038$), mantener la calma ($X^2=8.05$, $p=0.004$) y buscar una zona segura ($X^2=6.76$, $p=0.009$). Las actitudes: no correr y huir (OR=0.10; IC95% 0.01-1.29), mantener la calma (OR=0.06; IC95% 0.01-0.69) y buscar una zona segura (OR=0.13; IC95% 0.02-0.72), son factores protectores para una adecuada respuesta, pudiendo generalizar estos resultados al resto de la población, excepto los resultados la actitud: no correr y huir.

Se concluyó que el nivel de conocimiento, las prácticas y actitudes están relacionadas con la respuesta del estudiante ante un evento de desastre.

METODOLOGÍA

Este estudio fue de tipo analítico de casos y controles, de corte transversal, donde se compararon dos grupos: estudiantes de premedia del CBGE de El Espavé con respuesta inadecuada ante eventos de desastres y el grupo de estudiantes de premedia con capacidad de respuesta adecuada ante eventos de desastres, con las mismas características de los casos seleccionados, en el mismo centro educativo.

Fue de corte transversal ya que se realizó en un tiempo exacto y se midieron todas las variables para establecer asociaciones entre la exposición (conocimientos, actitudes y prácticas) y el resultado final (capacidad de respuesta ante eventos de desastres).

La unidad de análisis para este estudio fueron los estudiantes de pre media del Centro Educativo Básico General El Espavé. La población estuvo conformada por 65 estudiantes de pre media. Debido a que la población era relativamente pequeña no se seleccionó muestra, se trabajó con todas las poblaciones. Tipo censo.

Para la selección de los controles el apareamiento de cada caso se hizo utilizando un formato guía, donde se apareó cada control con las variables religión y sexo, hasta terminar con cada caso. Esta selección de casos se hizo por conveniencia.

Para garantizar la calidad de la medición de los datos, los instrumentos fueron sometidos a consideración de tres expertos en gestión de riesgo y se midió la confiabilidad y consistencia interna del instrumento a través del índice de Cronbach, donde se obtuvo un puntaje de 0.8

Para determinar si las diferencias encontradas eran productos del azar o no, se utilizó la prueba Chi Cuadrado (X^2) de significancia estadística, fijada en 95% y un grado de libertad igual a 3.84 y un valor de p de 0.05. Seguido se hizo el análisis descriptivo y la discusión de los resultados fundamentados en el marco referencial.

El análisis de asociación causal se realizó a través de la razón de productos cruzados (OR) y el intervalo de confianza (IC) en tablas 2x2. La interpretación del riesgo se basó en los siguientes parámetros.

OR = 1: Indica que no hay asociación estadística, es decir, que es nula

OR > 1: Indica que la variable de exposición es un factor de riesgo del efecto

OR < 1: Indica que la variable de exposición es un factor protector para que el efecto no se dé.

Las hipótesis fijadas para este estudio fueron las siguientes:

Ho. El nivel de conocimientos en gestión integral del riesgo de desastres no está asociado a la capacidad de respuesta de los estudiantes de premedia del CBG El Espavé ante eventos de desastres.

Hi. El nivel de conocimientos en gestión integral del riesgo de desastres está asociado a la capacidad de respuesta de los estudiantes de premedia del CBG El Espavé ante eventos de desastres.

Ho. Las actitudes en gestión del riesgo de desastres no están asociadas a la capacidad de respuesta de los estudiantes de premedia del CBG El Espavé ante eventos de desastres.

Hi. Las actitudes en gestión del riesgo de desastres están asociadas a la capacidad de respuesta de los estudiantes de premedia del CBG El Espavé ante eventos de desastres.

Ho. Las Prácticas en gestión del riesgo de desastres no están asociadas a la capacidad de respuesta de los estudiantes de premedia del CBG El Espavé ante eventos de desastres.

Hi. Las Prácticas en gestión del riesgo de desastres están asociadas a la capacidad de respuesta de los estudiantes de premedia del CBG El Espavé ante eventos de desastres.

Para dar respuesta a las hipótesis planteadas utilizaremos la siguiente fórmula:

$$H_o \leq 3.84$$

$$H_i \geq 3.84$$

RESULTADOS

CUADRO 1. FACTORES PROTECTORES RELACIONADOS CON LA CAPACIDAD DE RESPUESTA EN DESASTRES, SEGÚN ESTUDIANTES DE PRE-MEDIA. CENTRO BÁSICO GENERAL EL ESPAVÉ, OCTUBRE-NOVIEMBRE 2018.

FACTORES PROTECTORES	X ²	p	OR	IC
Buen nivel de conocimiento en GIRD	4.06	0.043	0.28	0.08-1.00
Realizar 5 y más simulacros de evacuación	4.31	0.037	0.24	0.06-0.98
No huir y correr	4.28	0.038	0.10	0.009-1.29
Mantener la calma	8.05	0.004	0.06	0.006-0.69
Buscar una zona segura	6.76	0.009	0.13	0.02-0.72
Recibir capacitación	17.8	0.00002	0.06	0.01-0.27

Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes del Centro Básico General El Espavé.

Según Patterson (1988), citado por Campos, Peris, Galeano en el 2011; los factores protectores pueden considerarse como los recursos que tiene un individuo, comunidad o grupo para enfrentar su desarrollo y eventos vitales. Son características, rasgos, habilidades, competencias, medios, tanto de los individuos de una familia, de la familia como unidad y de su comunidad.

De los factores protectores presentados hay que señalar que todos tienen significancia estadística ($X^2 > 3.84$, $p < 0.05$) y al realizar el análisis de asociación causal a través de la razón de productos cruzados (OR), se encontró que el $OR < 1$ (lo que indica que la exposición es un factor protector para una adecuada respuesta ante un evento de desastre).

Es importante señalar que el único dato que no puede extrapolarse a la población es la actitud no correr y huir ($OR = 0.10$; $IC_{95\%} 0.01-1.29$).

CUADRO 2. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA CAPACIDAD DE RESPUESTA EN DESASTRES, SEGÚN ESTUDIANTES DE PRE-MEDIA. CENTRO BÁSICO GENERAL EL ESPAVÉ, OCTUBRE-NOVIEMBRE 2018.

FACTORES DE RIESGO	X^2	p	OR	IC
Conocimiento Regular en GIRD	4.06	0.043	3.50	0.99-12.3
Realizar de 1 a 4 simulacros de evacuación	4.31	0.037	4.01	1.01-15.8
No mantener la calma	8.05	0.004	15.3	1.44-162.4
No buscar una zona segura	6.76	0.009	7.25	1.38-38.07
No recibir capacitación	17.8	0.00002	15.9	3.63-69.7

Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes del Centro Básico General El Espavé.

Los factores de riesgo de acuerdo a Hidalgo (2002), citado por Campos en el 2011; constituyen condiciones o aspectos biológicos, psicológicos y/o sociales que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura ante determinada situación.

De los factores de riesgo presentados hay que señalar que todos tienen significancia estadística ($X^2 > 3.84$, $p < 0.05$) y al realizar el análisis de asociación causal a través de la razón de productos cruzados (OR), se encontró que el $OR > 1$ (lo que indica que la exposición es un factor de riesgo para una adecuada respuesta ante un evento de desastre).

DISCUSIÓN

Cardona, D. en el 2001 expresa que una educación deficiente o la ausencia de conocimiento sobre las causas, los efectos y las razones por las cuales se presentan desastres, el desconocimiento de la historia y la falta de preparación y desconocimiento del comportamiento individual y colectivo en caso de desastres son aspectos que hacen que una comunidad sea más

vulnerable. Por ello, el nivel de conocimiento que posean los estudiantes en gestión integral de riesgo es un elemento importante en la respuesta que puedan desarrollar ante los mismos, quiere decir o se infiere que cuanto mayor sea el nivel de conocimiento, mayor deberá ser la capacidad de respuesta del individuo.

Si una comunidad está preparada para atender con eficacia y oportunidad sus emergencias individuales estará mejor preparada para atender los efectos de un evento de desastre, entendiendo que cada individuo en sí, es parte de un sistema y como parte del mismo puede influir positivamente o negativamente en determinado suceso que se le presente. (Cohen, 2008)

La mayoría de las personas no han tenido la experiencia de hallarse ante una situación de peligro inminente y cuando esto ocurre algunas personas toman decisiones que incrementan al peligro para ellas y también para los demás. Vega (2008) nos dice que los comportamientos y actitudes que se producen van desde una actitud de calma hasta un verdadero pánico.

Por otra parte, Tudela (2014) señala que cada niño es diferente y responde de distinta manera a las situaciones, son considerados unos de los sectores más vulnerables de la población, en particular cuando se tratan de situaciones de emergencia y desastres ya que, por lo general, las medidas que se utilizan para su protección dependen de las decisiones que tomen los adultos. En comparación con el adulto, el niño se encuentra en un proceso de aprendizaje, no ha tenido las mismas experiencias que una persona en etapa adulta, es por ello que sus actitudes y respuestas pueden no ser las mejores, sino ha sido capacitado o no pertenece a una brigada, lo que lo convierte en un factor con mayor vulnerabilidad, he allí la importancia del abordaje de la GIRD en los proceso de enseñanza del estudiantado.

Morales & Basso (2008) señalan que una relación directa entre el grado de preparación de una comunidad y la capacidad para afrontar los efectos catastróficos de un evento, puede ser la diferencia del porqué un evento adverso resulta solo en una situación de emergencia para una comunidad organizada, mientras que puede llegar a constituir un verdadero desastre para otra que tiene una reducida capacidad de preparación y respuesta.

CONCLUSIONES

Se rechazan las hipótesis nulas y se aceptan las hipótesis de trabajo que demuestran que el nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas en gestión de riesgo de desastres; están asociadas a la capacidad de respuesta en desastres de los estudiantes del Centro Básico General el Espavé.

El nivel de conocimiento en gestión integral de riesgo de desastres está relacionado con la capacidad de respuesta potencial a los mismos. Un nivel de conocimiento bueno es un factor protector y un nivel de conocimiento regular, un factor de riesgo.

Actitudes como correr/huir, mantener la calma y buscar una zona segura, están relacionadas con la capacidad de respuesta potencial, ante eventos de desastres. Mantener la calma y buscar una zona segura son factores protectores para una adecuada respuesta, mientras que correr y huir es un factor de riesgo.

Prácticas en gestión de riesgo, como la realización de simulacros de evacuación, están asociadas a una adecuada capacidad de respuesta. Realizar cinco o más simulacros es un factor protector, mientras que realizar menos de cinco, un factor de riesgo para una adecuada capacidad potencial de respuesta ante eventos de desastres.

RECOMENDACIONES

Fomentar una cultura de prevención y gestión de riesgo, a través de juegos y metodologías educativas (educar con entretenimiento) para que el estudiantado, refuerce aspectos de prevención y respuesta ante eventos de desastres.

Incrementar el número de capacitaciones formales en gestión integral de riesgo, que se imparte a los estudiantes durante el año académico. Además, los docentes deben incluir en su planificación temas y actividades de prevención de eventos de desastres.

Aumentar el número de prácticas en gestión de riesgo, a través de la realización de más de cinco simulacros de evacuación por año en el centro educativo, evaluando en ellos limitantes, tiempo de respuesta, rutas de evacuación y ubicación de la zona segura.

Reforzar los programas de capacitación existentes, en gestión integral de riesgo de desastres (GIRD), incluyendo a toda la población educativa (docentes, estudiantes, administrativos y padres de familia)

Elaborar una planificación de trabajo en GIRD, que se ejecute en el año académico y se evalúe periódicamente para medir su efectividad.

REFERENCIAS

Acattino, L., Figueroa, R., Montero, J., González, M. (2010). La preocupante falta de formación en desastres dentro de las escuelas de medicina latinoamericanas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(2), 135–136. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892010000800010>

Campos, C., Peris, M., Galeano M. (2011). Factores protectores y de riesgo en alumnos de una institución pública y otra privada. *Eureka (Asunción) en Línea*, 8(1), 114-133. Recuperado el 03 de junio de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262011000100012&lng=pt&tlng=es.

Cardona, D., Hurtado, J., Correa, O., Mejía F., Martín A., Prieto S., Suárez, D. (2003). *Urbanización y desastres. Gestión integral de riesgos. (Tesis de maestría)*. Recuperado de http://www.osso.org.co/docu/tesis/2005/elementos/MarcoTeorico_UrbanizacionYDesastres.pdf

Cohen, R. (2008). Lecciones aprendidas durante desastres naturales: 1970 - 2007 TT-Lessons learned during natural disasters: 1970-2007. *Rev. Perú Med Exp Salud Publica*, 25(1),

109–117. Retrieved from

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Figuroa, R. A., Marín, H., González, M. (2010). Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Revista Médica de Chile*, 138(2), 143–151. Recuperado de <https://doi.org/10.4067/S0034-988720100>

Gordón, C. (2014). Caracterización de la ocurrencia e impacto por desastres de origen natural en Panamá. 1990- 2013. *Invest. Pens. Crit*, 2(5), 4–25. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/331354866> Caracterizacion de la ocurrencia e impacto por desastres de origen natural en Panama 1990- 2013

Jones, M. (2008). Planificación frente a la catástrofe en las escuelas. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-articulo-planificacion-frente-catastrofe-las-escuelas-13129424>

Morales, N., Alfaro, D. (2008). Génesis de las contingencias catastróficas: etiopatogenia del desastre. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25(1), 101-108. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342008000100012

Tudela, F. (2014). El papel de niñas y niños en los desastres. Recuperado de <https://conlaa.com/el-papel-de-ninas-ninos-en-los-desastres/?output=pdf>

Vega, F. (2008). La conducta humana ante situaciones de emergencia: análisis de proceso en la conducta individual. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene En El Trabajo*, 1–11. Retrieved from http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_390.pdf

Wahlstrom, M., Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (CEPREDENAC); Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres (UNISDR). (2014). *Informe Regional Del Estado de la Vulnerabilidad y Riesgos de Desastres en Centroamérica.*, 198 p. Retrieved from <http://www.cridlac.org/digitalizacion/pdf/spa/doc19617/doc19617.htm>

SIGNIFICADOS DEL CUIDADO CULTURAL, DE LA SALUD Y UNA VIDA LIBRE DE DROGAS**MEANINGS OF CULTURAL CARE, HEALTH AND A DRUG FREE LIFE****SIGNIFICADOS DE CUIDADOS CULTURAIS, SAÚDE E UMA VIDA LIVRE DE DROGAS****Dra. Griselda Isabel González,**

Universidad Especializada de las Américas

Correo:griselda.gonzalez@udelas.ac.pa

<https://orcid.org/0000-0003-0283-7798>**Dra. Lydia Gordón de Isaacs, PhD.**

Departamento Salud de Adultos

Profesora Titular e Investigadora

Coordinadora del Programa de Doctorado

Enfermería con Énfasis en Salud Internacional

Universidad de Panamá

Correo electrónico: isaacs@cwpanama.net<https://orcid.org/0000-0001-6322-0551>**Recepción:** 28 de junio 2019**Aceptación:** noviembre 2019**Resumen**

La *Cultura Guna* tiene miles de años conservando sus tradiciones y costumbres, teniendo como uno de sus problemas el consumo de drogas en la población joven y el trasiego por tierra y mar de estas sustancias ilícitas (MIDES, 2009). El estudio tiene como objetivo describir el significado del cuidado cultural, en relación con la salud y una vida libre de droga en los adolescentes Gunas de 10 a 14 años, dentro del contexto de vida. Se utilizó como metodología, la establecida por la Teoría de la Diversidad y la Universalidad del Cuidado Cultural, que establece el método etnoenfermería, planteado por la Dra. Leininger (1991,1995), que permitió lograr obtener los resultados dentro del dominio de estudio. De acuerdo con los pasos del método participaron seis (6) jóvenes o informantes claves y doce (12) generales, que incluían, maestros, padres, enfermeros, entre otros; a los cuales se realizó entrevistas relacionadas con el dominio de estudio. Como resultado se obtuvieron 87 categorías que permitieron generar 35 patrones y estos, a su vez generaron, cuatro temas universales y 3 diversos, relacionados con los cuidados culturales, valores y creencias de los adolescentes Gunas.

A través del estudio, se pudo confirmar los supuestos y las premisas planteadas por la Dra. Leininger en su teoría. Los patrones fueron analizados y además se descubrió un nuevo hallazgo empírico que alimentará la teoría como lo es el consejo, que caracteriza el significado del cuidado cultural de los adolescentes Gunas.

Palabras claves: significado, cuidado, cultural, salud, vida libre de drogas, adolescente.

Summary

The Guna culture has thousands of years and through them it has preserve its traditions and customs, annexed to the region is the route of trander by land and sea of drug trafficking and the problem of consumption in the young population (MIDES, 2009). The purpose of this study is to describe the meaning of cultural care, in relation to a healthy and drug-free life for teenagers between 10 and 14 years of age, within their environmental context of life. The patterns of cultural care discovered were described and analyzed, using the methodology of ethno-nursing, which establishes the theory of diversity and universality of Cultural care established by Madeleine Leininger (1991, 1995), which made it possible to obtain the results within the study domain. According to the steps of the method, six (6) young people or key informants, and twelve (12) general informants participated, which included teachers, parents, nurses among others; to which interviews were conducted related to the study domain. As a result, we obtained eighty-seven (87) categories that allowed generating thirty-five (35) patterns and these, in turn generated, four universal themes and 3 diverse, related to the cultural care, values and beliefs of the Guna teenagers.

Through the study, it was possible to confirm the assumptions and premises raised by Dr. Leininger in her theory. The patterns were analyzed and the modes of nursing action were established in each one of them; In addition, a new empirical finding was discovered that will feed the theory, as is the advice, which characterizes the meaning of the cultural care of Guna adolescent.

Keywords: Meaning, cultural, care, health, drug-free life, adolescent.

Resumo

A cultura Guna tem milhares de anos preservando suas tradições e costumes, tendo como um de seus problemas o uso de drogas na população jovem e a transferência por terra e mar dessas substâncias ilícitas (MIDES, 2009). O estudo tem como objetivo descrever o significado do cuidado cultural, em relação à saúde e à vida livre de drogas em adolescentes gunas de 10 a 14 anos, no contexto da vida. Foi utilizada como metodologia, aquela estabelecida pela Teoria da Diversidade e pela Universalidade da Atenção Cultural, que estabelece o método etnoenfemagem, proposto pelo Dr. Leininger (1991.1995), que permitiu obter os resultados dentro do domínio do estudo. De acordo com as etapas do método, seis (6) jovens-chave ou informantes e doze (12) gerais participaram, incluindo professores, pais, enfermeiros, entre outros; foram realizadas entrevistas relacionadas ao domínio do estudo. Como resultado, foram obtidas 87 categorias que permitiram gerar 35 padrões e estes, por sua vez, gerando quatro temas universais e três diferentes, relacionados ao cuidado cultural, valores e crenças dos adolescentes Gunas.

A través do estudo, as suposições e premissas levantadas pelo Dr. Leininger em sua teoria podem ser confirmadas. Os padrões foram analisados e também foi descoberto um novo achado empírico

que alimentará a teoría, como é o conselho, que caracteriza o significado do cuidado cultural dos adolescentes gunas.

Palavras-chave: significado, cuidado, cultural, saúde, vida livre de drogas, adolescente.

Introducción

El consumo de drogas está considerado en la actualidad como un problema que aumenta cada día, sobre todo en las regiones donde se tiene acceso y se facilita su consumo. La Comarca Guna Yala, región muy tradicionalista, preocupada por mantener su cultura, tiene el desafío del narcotráfico que ha traído como consecuencia el consumo de droga en los jóvenes, y otros problemas que arrastra este fenómeno (NIDA, 2012).

Estudios a nivel internacional, regional y local sobre el fenómeno de las drogas refieren que va en aumento este fenómeno y sobre todo en la edad de la adolescencia (CONAPRED, 2002; MIDES, 2009; ESPAD, 2015). Aunado a esta situación, se anexan ciertos factores sobre todo en grupos vulnerables, que propician el inicio y el uso de drogas lícitas e ilícitas. Una de ellas es el narcotráfico establecido en la región del Caribe del Istmo, donde se han incautado grandes cantidades de droga.

El estudio mas reciente realizado por el Ministerio de Desarrollo Social (2009), en los corregimientos de Narganá, Aligandí y Tubualá, en la población estudiantil entre los 12 a 20 años, se encontró que el (52.8 %) había consumido alcohol y tabaco, al menos una vez en la vida, le continua la marihuana con un (11%) de consumo, catalogada como segunda droga consumida por los encuestados; los inhalantes como aerosoles, rotuladores o marcadores líquidos, correctores, pegamentos, disolventes de pintura, fijadores de cabello entre otras, ocupan el tercer lugar con un (4.6%), le continúa la cocaína con un porcentaje menor de (2.8%) y por último las drogas sintéticas con un (0.3%), el uso y consumo de drogas lícitas e ilícitas parece ser un problema relevante en el entorno comunitario de la Comarca de San Blas y los estudios mencionados destacan que es un problema observado en los adolescentes mayoritariamente con más de 15 años.

Por otro lado, la región Guna Yala, guarda celosamente sus tradiciones y costumbre, para ello se establece la educación bilingüe intercultural, que permiten mantener las raíces de su cultura y propiciar el cuidado cultural a través de ella.

Este trabajo tuvo como objetivo describir los significados del cuidado cultural, ante la salud y una vida libre de droga de los adolescentes gunas de 10 a 14 años, que viven dentro del contexto ambiental de la Comarca Guna Yala. Se analizan e interpretan los aspectos culturales relacionados al cuidado tradicional de los jóvenes gunas, dentro del contexto ambiental de la comunidad de Río Tigre, que influyen en la salud y a una vida libre de drogas. Para lograr extraer las expresiones emicas, se utilizó la teoría Diversidad y la Universalidad de los cuidados culturales, determinada por la Dra. Madeleine Leininger.

Las principales premisas de la Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los cuidados culturales que establece la Dra. Madeleine Leininger (1991), son elementos que guían el trabajo

investigativo de las enfermeras, tras la búsqueda de soluciones a los fenómenos encontrados, que se relacionan con una visión verdadera del mundo cultural descrito a través del crisol de razas en que vivimos en la actualidad. En este estudio se asume los supuestos teóricos derivados de la Teoría de Leininger que fue examinado sistemáticamente en el proceso investigativo y que dicen a la letra: “Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos de los cuidados enfermero que permiten guiar los modos de acción en la práctica de esta disciplina”.

Los supuestos y afirmaciones teóricas que establece la Teoría de Madeleine Leininger que fue utilizada en esta investigación, identifican los significados de cuidado cultural, creencias, valores y modos de vida con relación a la salud y a una vida libre de droga en los adolescentes establecidos en la Comarca Guna, y que permitan desarrollar futuros cuidados de enfermería ante este problema.

Podemos decir que la cultural es inherente al ser humano, y que se caracteriza por una serie de valores, creencias prácticas que establecen su identidad como un sujeto que pertenece a un grupo social, por lo tanto, para brindar un cuidado de enfermería este aspecto cobra importancia en la búsqueda de bienestar de los individuos que lo integran.

Esta investigación evidencia elementos de factores de riesgo y protectores que interactúan con las dimensiones culturales de forma recíproca con el medio ambiente de vida del adolescente, que favorece o no a conductas psicoactivas hacia el consumo de drogas; por lo tanto, la familia juega un rol importante en el desarrollo de valores en los hijos, de ahí el interés en conocer las estructuras culturales que intervienen en este fenómeno, para así establecer las acciones a seguir.

Material y Método

El dominio de estudio de esta investigación es el paradigma cualitativo, de tipo etnoenfermería, como método de investigación, planteado por *Madeleine Leininger* (1991, 1995, 2006), el cual permite *describir, analizar e interpretar* lo que sucede en la población adolescente guna de Río Tigre, en relación a su salud y una vida libre de drogas y explicar los aspectos involucrados en esta temática para brindar cuidados enfermeros.

Los criterios de selección permitieron elegir a los informantes tanto claves como generales. Los participantes claves en este estudio fueron representados por adolescentes, y los generales por los padres, maestras y grupos de personas cercanas a los contextos de vida de los jóvenes.

Los informantes claves estuvieron integrados por jóvenes entre las edades de *10 a 14 años*, que viven dentro de un ambiente natural de la cultura de la Comarca de Guna Yala. El número de informantes claves fueron seis (6) participantes, cifra que dependió de la saturación de los elementos investigados. El grupo de informantes generales se conformó por (12) doce participantes. Siendo en su total 18 personas las que participaron en el estudio.

En relación con las consideraciones éticas del estudio se tomó en cuenta los permisos y autorizaciones establecidas por la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado como las autorizaciones al Congreso local, general y cultural de la Comarca Guna Yala, de la Dirección Institucional Bilingüe del Ministerio de Educación, la Región de Salud de Guna Yala. Además, a cada uno de los informantes claves (adolescentes) y a los informantes generales (padres, personal de salud y maestros) se les solicitó el consentimiento informado respectivo por escrito para realizar grabaciones, fotos, videos.

Discusión y resultados

Encontrar el significado del cuidado cultural, implicó, entender y comprender las manifestaciones de los adolescentes ante la salud y una vida libre de droga, en el contexto ambiental de vida.

Tomando en consideración la aplicación sistemática del método etnoenfermería, se realiza una categorización inductiva que emerge de los datos con base a la recurrencia que se presentan en ellos. Así, se identificó ochenta y siete (87) categorías, de las cuales se revisaron y se analizaron para construir treinta y cinco (35) patrones y siete temas, de los cuales cuatro (4) son temas universales relacionados con el dominio del tema y tres (3) temas diversos que se refieren a las variabilidades en los significados culturales, valores, creencias y modos de vida en los adolescentes gunas ante la salud y una vida libre de droga.

El significado del cuidado cultural en el pueblo *gunanega*, es humanizado y se caracteriza por la transmisión de valores al joven, conversar y dar el ejemplo por los abuelos, padres y hermanos sobre los aspectos que debe enfrentar el joven en su vida futura o al presentarse una situación indebida. el constructo aconseja es el elemento más sobresaliente relacionado con el consejo como una forma de cuidado cultural a los adolescentes de 12 a 14 años, que es son recomendaciones brindados por familiares cercanos, pares e integrantes del congreso para evitar o prevenir problemas de salud y de consumo de droga. Los hallazgos nos indican que existen elementos esenciales que permiten el desarrollo psicosocial del joven, siendo la familia el elemento más importante, que tiene influencia directa sobre los hijos. La familia es la unidad central trasmisora de cuidado cultural donde los padres, abuelos y hermanos brindan consejo para que se den conductas correctas, promover valores como la unión, cooperación, apoyo, ayuda, unión en las actividades diarias y dan el ejemplo al trabajo en la búsqueda del sustento diario en el monte actividades (Martínez, 2012; Méndez, 1992).

Se evidencio a través de las manifestaciones de los jóvenes que el consumo **de droga es una realidad** influyendo en la estructura social y en las prácticas culturales de los adolescentes. y se obtuvo al analizar los factores de la dimensión estructural de familia y factores sociales, valores culturales y políticos y legales. El consumo de drogas es un problema que se ha diagnosticado, según el informe Programa de Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas de Panamá (2016) y estudios realizados en la Comarca Guna (CONAPRED, 2002; Ministerio de Desarrollo Social, 2009), presentan la realidad de esta área en relación con este tema

El significado del cuidado cultural es el apoyo ayuda a los jóvenes, este se aprende a través de un sistema educativo organizado que se da desde el seno familiar y comunitario incluyendo aquí el Congreso y la educación bilingüe intercultural. La ayuda es un valor cultural que se practica en la comunidad y se representa por la cooperación que se inculca desde el inicio de la vida del joven en el seno familiar. Los valores de unión, ayuda y cooperación son profundos en los gunas y se reafirman en la educación que se inicia muchos antes de su nacimiento, a través de cantos sobre el comportamiento dentro de la familia, el cuidado de sus seres queridos, el compartir alimentos, entre otros que son practicados día a día dentro del hogar y sobre todos cuando hay enfermos, además se practica en festividades de la escuela y de la comunidad para compartir y como forma de ingreso para la escuela o la comunidad (Martínez, 2012; Meléndez, 1992).

La comunidad guna considera a la familia como la unidad fundamental de la organización, quien trasmite de generación en generación, los cuidados culturales (Oyarse y De Popolo, 2009). Los padres están conscientes del rol que desempeñan en la educación, en la prevención en drogas y en la formación de valores en el uso de drogas. (García-Rodríguez, et al., 2001; Molina, Inchaurredo y Violant 2015).

El cuidado significa ayuda, es la autoprotección que hacen sentir al joven los padres, abuelos y demás miembros de la comunidad, al transmitirle valores, creencias y prácticas culturales correctas, es además la protección ante los extraños y ante acontecimientos que puedan hacerle daños a la integridad de los adolescentes.

Las formas de brindar esta ayuda están reflejadas en el consejo, considerado uno de los hallazgos más importante en este estudio; se encontró un elemento que identifica el cuidado cultural, donde emerge un constructo adicional a los establecidos en la teoría de M. Leininger (1991, 1995), que orienta hacia un nuevo cuidado cultural. Lo consideramos de utilidad para brindar cuidados congruentes con la realidad en que viven los adolescentes gunas. El término que surge es *aconseja*, el cual describe una práctica de vida aprendida y transmitida oralmente por los miembros de la comunidad, es un concepto de cuidado cultural que ayuda, apoya y facilita a los jóvenes recuperar valores de los cuidados significativos para el bienestar de ellos. Consideramos que es una conducta que se trasmite de generación en generación, y que tiene relación con la formación y educación de los jóvenes (Leininger & McFarland, 2006), en este caso particular de los adolescentes gunas que habitan en la comunidad de Digir o Río Tigre de la Comarca Guna Yala.

Aconsejar, es el elemento que se identifica dentro del estudio como cuidado cultural y que se registra como un patrón cultural, se describe como una forma de crianza por los padres y abuelos; son recomendaciones que brindan en el Congreso por el Sagla en las sesiones semanales que se les brinda a los adolescentes, sobre práctica de vida cultural saludable; son expresiones de cuidado entre jóvenes que brinda los hermanos y pares. Podemos decir que aconseja es un constructo que se extrae y que hasta el momento no se encuentra dentro de los conceptos de la teoría de Leininger. Según Kerlinger y Lee (2002), un concepto es una abstracción formada de la generalización de un particular y el constructo es la conceptualización

del concepto y tiene relación con el tema abordado y la teoría utilizada, es de gran valor científico dentro de los términos teóricos y filosóficos de la ciencia, aconseja es un rasgo que surge de lo observado y que se vincula con los conceptos de la teoría en estudio.

Al vincular el concepto aconseja con la teoría de la diversidad y la universalidad del cuidado cultural de Madeleine Leininger (1991, 1995) podemos decir que es holístico y que relaciona el conocer, explicar, interpretar y predecir, el elemento cultural que permite tener una vida libre de droga en adolescentes gunas, siendo una práctica cultural que una vez conocida por la enfermera permite promover acciones congruentes con la realidad en que viven los jóvenes ante el problema de las drogas para. Por otro lado, el concepto aconseja está influenciado por el contexto en que viven los adolescentes gunas, desde el punto de vista de la cosmovisión y estructura social, en que viven los jóvenes permite protegerlo, ante el uso de droga, de extraños y a las adolescentes de un posible embarazo. Las personas que brindan este consejo son personas cercanas que tienen algún sentimiento hacia el joven, entre los cuales podemos mencionar a los padres, abuelos miembros de la familia que viven día a día con ellos, los maestros que comparte momentos de estudio, los amigos que se acompañan en las buenas y las malas y el Sahila, autoridad que a través de la ayuda que le puede dar a los integrantes de su comunidad, contribuye para vivir en paz y armonía.

En nuestro estudio se encontraron hallazgos que no tienen vínculo con el significado del cuidado cultural, sin embargo son parte de los resultados que se relacionan con el consumo de drogas y es importante señalarlos, siendo la adolescencia la etapa de la vida, considerada como la más vulnerable que se caracteriza por una serie de cambios, que corresponden al desarrollo y crecimiento de la niñez a la adultez, lo que implica aspectos de tipo intelectual, emocional, físico y espiritual (Castro Castellano et. al. 2004; OPS, 1995; Philip Rice, 2005). Además, es considerado el período de la vida con una serie de riesgos debido a las circunstancias sociales y cambios psico evolutivos en que vive, surgen patrones relacionado con la influencia de los pares al consumo de drogas, el conocimiento de formas de tráfico, venta y consumo de drogas por adolescentes y adultos, situación que se revela en los estudios revisados a nivel nacional e internacional donde la Comarca Guna no se escapa de esta problemática (MIDES, 2009). Otros estudios como el de Giraldo y otros (2008), señala el dar el ejemplo por los jóvenes mayores y adultos a los jóvenes iniciadores, son situaciones que inducen al uso de drogas, los patrones que emergen en el estudio demuestran claramente que existe consumo de droga en adultos y jóvenes, y comparado con los estudios revisados representan una evidencia más clara de cómo se dan los hechos: aspecto que no se diferencia del mundo occidental en que vivimos, ya que existe el consumo de drogas a nivel mundial (CONAPRED, 2002; MIDES, 2009).

El estudio revela que el consejo transmitido por la familia y la comunidad es el factor crucial, dentro de la dimensión de la estructura social, como elemento de la transmisión de la identidad cultural y sus repercusiones sobre los cuidados culturales, aspectos que en este trabajo se confirma y ratifica en algunas publicaciones revisadas, sobre el papel que desempeña la familia como eje central y formador de valores, creencias acerca del cuidado a la salud y una vida libre de droga.

Consideraciones finales

Una vez descrito el significado del cuidado cultural, las creencias, los valores y prácticas culturales en relación a su salud y una vida libre de droga de los adolescentes gunas de 10 a 14 años, en el contexto ambiental de la Comarca Guna Yala, a través del método etnoenfermería han emergido cuidados significativos, valores y creencias dentro de la familia y comunidad guna como lo son: el consejo, valores que se dan dentro de la formación dentro del contexto de vida del joven, como lo es la unión, ayuda, cooperación familiar, que son cultivados a través de la estructura social y política del pueblo guna.

A través del desarrollo del estudio se pudo entender el significado del cuidado cultural del grupo poblacional estudiado, que permitió extraer las creencias, valores y prácticas de vida de los adolescentes gunas, a través de treinta y cinco patrones culturales que hacen surgir los temas centrales, de los cuales cuatro (4) fueron universales y tres (3) diversos.

Una vez descrito los patrones en su respectivo acápite, se interpretaron y se recomendó las acciones y decisiones enfermero, tomando en consideración el contexto de vida de los adolescentes guna.

Resulta importante indicar, que los elementos aquí estudiados y revisados relacionados con el significado del cuidado cultural hacia la salud y una vida libre de droga en los adolescentes gunas, brindan una base cognitiva para realizar futuras investigaciones relacionadas en el grupo estudiados, que afecta a ambos sexos donde están involucradas la intervención de la familia, así como la comunidad en el contexto de vida.

Consideramos que esta etapa de la vida encierra una serie de riesgos y problemas, que al aplicar el método etnoenfermería proveerá a los profesionales de enfermería y al sistema de salud elementos emicos que guiaran a medidas preventivas y así para brindar cuidados con congruencia cultural.

Agradecimiento

Hacemos un reconocimiento a la Comisión Interamericana para el Control y Abuso de la Droga, por el apoyo monetario brindado para la realización de esta investigación.

Referencias bibliográficas

Castro Castellano, C., Maldonado Gómez, O., Benguigui, Y. (2004). *La Niñez, la Familia y la Comunidad*. OPS/OMS. Washington D.C.: Publicaciones Paltex.

Comisión Nacional para la Prevención de la Droga. (2002). Plan hemisférico de acción sobre drogas, 2002-2007 Recuperado de:
http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/esp/planes_nacionales/Panama%20-%20ESP.pdf

The European School Survey Project on alcohol and Other Drugs. (2015). The 2015 ESPAD Report. Results from the European School Survey, Project on Alcohol and Other

Drugs. Recuperado de: <http://espad.org/report/home/>

- Giraldo, A., Forero, M.A., Hurtado Ochoa, J.A., Suarez, L.M. & Valencia, A. (2008). Un viaje que puede controlarse: consumo de drogas en niños en situación de calle. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 26. 1, p. 11-17. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12026105>
- Kerlinger, F. N. y Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigaciones en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Leininger, M. (1991). *Culture care Diversity & Universality a Theory of Nursing*. National League for Nursing Press. New York, United States of America.
- Leininger, M. (1995). *Trascultural Nursing, concepts, Theories, Research & Practice*. McGraw-Hill, Inc. College Custom Series. New York, United States of America.
- Leininger, M. & Mc Farland, M. (2006). *Culture care Diversity & Universality a Theory a Worldwide Nursing Theory*. Segunda edición. United States of America.
- Martínez, A. (2012). *El Legado de los Abuelos*. Literatura Indígena. Dirección Técnica de Aiban Wagua. Meduc: Panamá
- Meléndez, I. (1992). Aspectos culturales relacionados con la salud y el ciclo vital femenino Kuna. 10(1): 131-151. Recuperado de: <file:///C:/Users/griseldaIsabel/Downloads/Dialnet-AspectosCulturalesRelacionadosConLaSaludYEICicloVi-5331898.pdf>
- Ministerio de Gobierno. (2016). Programa Integral de Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Panamá 2016-2020. Recuperado de: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/PAN/INT_CC
- Ministerio de Desarrollo Social. (2009). *Juventud de Kuna Yala libre de droga. Características asociadas al consumo y prevalencia de droga*. República de Panamá.
- Molina, C., Inchaurredo, A., Violant, V. (2015). Estilos de vida saludables de Adolescentes acogidos en familia extensa. *Rev. Servitluz*. 21/4
Recuperado de: <http://200.74.222.178/index.php/rcs/article/view/20893> García-Rodríguez
- National Institute of drug abuse. (2012). Tendencias entre los estudiantes de la secundaria y otros jóvenes. NIDA Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/tendencias-de-estudiantes-de-la-secundaria-y-otros-jovenes>
- National Institute of drug abuse. (2015). *Studio Monitoring the Future*, Universidad de Michigan. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/temas-relacionados/tendencias-y-estadisticas-sobre-el-consumo-de-drogas-y-tratamientos/tendencias-en-la-prevalencia-del-uso-d>
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *La Salud Adolescente y del Joven*. Publicación Científica No. 552. Washington, D.C.

Oyarce, A.M., & Del Popolo, F. (2009). Hogar y familia indígenas en Bolivia, Chile y Panamá: Algunos hallazgos y su aporte a la recolección de la información censal. CEPAL. 35/87. 121-149. Recuperado de <http://archivo.cepal.org/pdfs/NotasPoblacion/NP87Oyarce.pdf>

Philips Rice, F. (2005). *Desarrollo Humano, Estudio del Ciclo de Vida* Segunda Edición. Pretince –Hall Hispanoamericana, S.A. México.

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES EN EL MARCO DEL SISTEMA DE LA INTERACCIÓN DE CUIDADO ENFERMERA - PACIENTE**THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PERCEPTION OF STAKEHOLDERS IN THE FRAMEWORK OF THE NURSE-PATIENT CARE INTERACTION SYSTEM****RELAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DOS ATORES NO ÂMBITO DO SISTEMA DE INTERAÇÃO CUIDADO ENFERMEIRO-PACIENTE**

Mgter. Adalberto Joel Barsallo-Bremner;

Enfermero cardiovascular, Hospital Santo Tomás, Panamá

<https://orcid.org/0000-0003-0060-0180>.

Correo: adaljoel@hotmail.com

Dra. Yolanda M. González W.

Docente Facultad de Enfermería,

Universidad de Panamá. Panamá-

Orcid <https://0000-0002-3258-6400>

correo: yolamari22@yahoo.com

*Artículo generado de los resultados de la tesis de grado de maestría titulado relación entre la percepción de los actores en el marco del sistema de la interacción de cuidado enfermera - paciente: fundamentado en la articulación de las teorías de Imogenes King y Jean Watson

* This article is derived from the results of the master's degree thesis entitled "The relationship between the perception of the stakeholders in the framework of the nurse-patient care interaction system: based on the articulation of the theories of Imogenes King and Jean Watson

Resumen

En esta ocasión se aborda el cuidado de enfermería desde la perspectiva de la persona en su rol de paciente y el de la enfermera/o; analizando las percepciones en el contexto de la relación de interacción enfermera- paciente en la sala de cardiología del Hospital Santo.

Objetivo: Analizar la relación entre la percepción de la enfermera y la del paciente, en el marco del sistema de la Interacción de cuidado enfermera - paciente, en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás.

Metodología: Es una investigación correlacional; con una muestra de 131 pacientes y 7 enfermeras que laboraron en la sala objeto de estudio. Para la recolección de los datos se utilizó el instrumento "Escala de Interacción de Cuidado Enfermera-Paciente", versión corta para enfermeras y para pacientes por sus siglas en inglés CNPI-23, el cual fue traducido al idioma español para el presente estudio, obteniendo una confiabilidad de 0.94 para la versión paciente y 0.97 para la versión enfermera mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach.

Resultados: Para las dimensiones de cuidado obtenidas, según el criterio de siempre, para la dimensión de cuidado clínico: enfermeras 38.2% - pacientes 40% correlación positiva débil; dimensión de relación de cuidado: enfermeras 33.2% - pacientes 28.3% correlación inversa; dimensión de cuidado humanizado: enfermeras 37.4% - pacientes 30.5% existe correlación; y dimensión de cuidado de confort: enfermeras 42.3% - pacientes 42.7% correlación positiva considerable.

Conclusiones: Se determina que la relación global de las dimensiones entre la percepción de la enfermera y la del paciente en el marco del sistema de la interacción de cuidado enfermera-paciente, es independiente una de la otra; ya que las percepciones que se forman acerca del entorno e interacción con las personas que nos rodean son individuales lográndose un juicio concerniente al mismo.

Palabras Clave: Relación, percepción, cuidado de enfermería, interacción, enfermería cardiovascular, teoría de enfermería. (Fuente: Decs, Bireme).

Abstract:

Currently, nursing care is approached from the perspective of the patient and the nurse where the perceptions are analyzed in the context of the nurse-patient interaction relationship in the cardiology ward of Hospital Santo Tomas.

Objective: To analyze the relationship between the perception of the nurse and that of the patient, within the framework of the Nurse-Patient Care Interaction system, in the cardiology ward of Hospital Santo Tomás.

Methodology: This is a correlational investigation with a sample of 131 patients and 7 nurses who worked in the ward under study. For data collection, a short version of the instrument, "Caring Nurse-Patient Interaction Scale" (CNPI-23) for nurses and patients, was used and translated into Spanish for the current study. Using Cronbach's Alpha Coefficient, the instrument obtained a reliability of 0.94 for the patient version and 0.97 for the nursing version.

Results: For the dimensions of care obtained, according to the usual criteria, there was a weak positive correlation for the dimension of clinical care: nurses 38.2% - patients 40%; an inverse correlation for the care relationship dimension: nurses 33.2% - patients 28.3%; a correlation for the dimension of humanized care: nurses 37.4% - patients 30.5%; and a considerable positive correlation for the comfort care dimension: nurses 42.3% - patients 42.7%

Conclusions: It is determined that the global relationship of the dimensions between the perception of the nurse and that of the patient, in the framework of the nurse-patient care interaction system, is independent from each other since the perceptions that are formed about the environment and interaction with people around us are individual, concerns the individual judgment.

Key Words: Relationship, perception, nursing care, interaction, cardiovascular nursing, nursing theory. (Source: Decs, Bireme).

Resumo

Desta vez, o cuidado com a enfermagem é abordado sob a perspectiva da pessoa em seu papel como paciente e da enfermeira; analisando percepções no contexto da relação de interação enfermeiro-paciente na sala de cardiologia do Hospital Santo.

Objetivo: Analisar a relação entre a percepção do enfermeiro e a do paciente, no âmbito do sistema de interação do atendimento enfermeiro-paciente, na sala de cardiologia do Hospital Santo Tomás.

Metodologia: É uma investigação correlacional; com uma amostra de 131 pacientes e 7 enfermeiros que trabalhavam na sala de estudo. O instrumento "Escala de Interação Cuidado Enfermeiro-Paciente", versão curta para enfermeiros e pacientes, com o acrônimo em inglês CNPI-23, que foi traduzido para a língua espanhola para este estudo, foi utilizado para coleta de dados, que foi traduzido para o espanhol para este estudo, obtendo uma confiabilidade de 0,94 para a versão do paciente e 0,97 para a versão enfermeira utilizando o Coeficiente Alfa Cronbach.

Resultados: Para as dimensões do cuidado obtidas, segundo o critério usual, para a dimensão da atenção clínica: enfermeiros 38,2% - pacientes 40% de correlação positiva fraca; Dimensão da razão assistencial: enfermeiros 33,2% - pacientes 28,3% correlação reversa; dimensão do cuidado humanizado: enfermeiros 37,4% - pacientes 30,5% há correlação; e dimensão do cuidado de conforto: enfermeiros 42,3% - pacientes 42,7% correlação positiva considerável.

Conclusões: Determina-se que a relação global de dimensões entre a percepção do enfermeiro e a do paciente no âmbito do sistema de interação do cuidado enfermeiro-paciente, é independente uma da outra; porque as percepções que se formam sobre o ambiente e a interação com as pessoas ao nosso redor são individuais, alcançando um julgamento sobre ele.

Palavras-chave: Relacionamento, percepção, cuidados de enfermagem, interação, enfermagem cardiovascular, teoria da enfermagem. (Fonte: Decs, Bireme).

Introducción

El presente estudio da a conocer la manera en que los pacientes hospitalizados perciben los cuidados proporcionados por las enfermeras (os) en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás; mediante el análisis de las percepciones, permitiendo entender esta apreciación subjetiva, que tiene el paciente y la enfermera acerca del cuidado de enfermería y cuidado proporcionado en el contexto de la relación de cuidado enfermera-paciente.

El resultado de este estudio brinda pautas para la reorientación del cuidado producto de la relación enfermera-paciente, y sirve de fundamento para la elaboración de estrategias, planes, guías de cuidado y el mejoramiento de programas de formación del profesional de enfermería, logrando de esta manera la satisfacción en las necesidades específicas de las personas a su cargo.

El objetivo del estudio es analizar la relación entre la percepción de la enfermera y la del paciente, en el marco del sistema de la interacción de cuidado enfermera-paciente; en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás. Además hace referencia a un conocimiento o idea que es producto de esa impresión generada a través de los sentidos.

El valor de los resultados del estudio está fundamentado en la Teoría de Consecución de Los Objetivos de Imogenes King y la Teoría de Cuidado Humano de Jean Watson. Además, que la aplicación del instrumento, escala de interacción de cuidado enfermera-paciente, está basado en la teoría de Jean Watson, promoviendo así la autonomía del cuidado enfermero.

Uno de los metaparadigmas estudiados por el núcleo ontológico y epistemológico de la enfermería es el ENTORNO: espacio que nos rodea, nos vinculamos e interaccionamos con otras personas; y en ese entorno, es donde están inmersas las relaciones interpersonales que se mantienen con los demás, basándose cada una de ellas en diferentes intereses dependiendo del medio donde se desarrolle la misma; en el caso de la enfermera es el contexto donde se desarrolla el cuidado.

La escasa cantidad de estudios correlacionales hallados con base en el objetivo del estudio, limita la comparación del mismo con otras investigaciones. En países como Perú, Colombia y México, Delgado Panez (2008); Ramírez y Parra (2011); Ortega (2004); González y Quintero (2009) y Rojas y Barajas (2012), realizaron respectivamente estudios de la percepción del comportamiento, de la calidad y de la humanización, ya sea desde el punto de vista de la enfermera o del paciente; teniendo como resultados en algunos positivo hacia el lado humanizado y en otros una desfavorable aprobación hacia el lado personal y resaltando una mayor importancia solo en el lado del cuidado biológico.

La enfermería implica el cuidado de la salud del ser humano; y el desarrollo, los avances científicos y tecnológicos han direccionado el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, que la esencia de esta profesión es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano. En Colombia, Bautista (2008), señala que los comportamientos del personal de enfermería más importantes percibidos por los usuarios, se relacionan con las habilidades técnicas del profesional y encontrando en menor importancia, el trato al paciente.

En México, García y Cortés (2012), señalan que el 91% percibió un trato digno adecuado por la enfermera, y que el 90% manifiesta haber sido tratado con respeto.

Estas investigaciones tienen el fin de evaluar la efectividad de los cuidados proporcionado por el profesional de enfermería, ya que los mismos constituyen un indicador en la medición de calidad asistencial brindada, pudiendo ser afectados por ciertos factores como: el trato al paciente, experiencia técnica y el medio ambiente donde se propicia el cuidado.

Metodología

Se trata de una investigación enfocada en el paradigma cuantitativo, diseño correlacional descriptivo; según el tiempo de realización, es transversal.

Es un estudio correlacional, ya que determina la relación entre la percepción de la enfermera y la del paciente en el marco del sistema de interacción de cuidado enfermera - paciente, sin establecer causalidad en la relación.

Es una investigación no experimental, ya que el estudio no manipula deliberadamente las variables, sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

El estudio es transversal, ya que se recopilan los datos de la percepción de la enfermera y la del paciente en el marco de la interacción de cuidado enfermera - paciente en un momento único.

El universo lo conforman todas las enfermeras y los pacientes inmersos en la relación de interacción de cuidado enfermera - paciente, en el Hospital Santo Tomás. La población está conformada por todas las enfermeras y los pacientes inmersos en la relación de interacción de cuidado enfermera - paciente, en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás durante los meses de agosto 2017 a febrero de 2018.

Tipo de muestra es no probabilística, estas muestras son controladas según características específicas previamente establecidas en la investigación o por los propósitos del investigador; y no se dejan al azar, ya que no todos los individuos de la población tienen iguales oportunidades de ser seleccionados para el estudio (Sampieri, 2014). Será todo paciente que padezca patología cardíaca que se encuentre hospitalizado, y que ingresó a dicho nosocomio en el período de tiempo determinado, y toda enfermera que laboró en dicha sala de atención en ese período.

Se calcula el tamaño de la muestra para una población finita, utilizando la fórmula descrita por Reyes, Espinosa y Olvera (2013) y Aguilar-Barojas (2005).

Nuestro sistema de salud cuenta con un número limitado de enfermeras para la demanda de atención de pacientes hospitalizados, por tal razón, para el cálculo muestral siguiendo los objetivos planteados en el estudio que es, analizar la relación enfermera-paciente, se trabajó con el 100% de la población de enfermeras (7 enfermeras) y en base al número de egresos de pacientes por año en el 2017 (786 pacientes), siendo esta la población total de pacientes; estableciendo un nivel de confianza de 95% y una precisión absoluta del 8%.

Se obtuvo una muestra de 126 pacientes, lo que determina la cantidad de relaciones enfermera-paciente, ya que cada enfermera desarrolla un vínculo, una relación directa y distinta con cada paciente, haciendo única esa relación. Al número total de relaciones enfermera-paciente se agrega un 3.9% de relaciones adicionales por atrición.

En el estudio se utilizó una hoja de datos generales y la escala de interacción de cuidado enfermera – paciente, versión corta para pacientes y enfermeras (CNPI-23) del 2006, elaborado por la Dra. Sylvie Cossette, RN, PhD.

Se procedió a la recolección de los datos mediante la aplicación de la escala a las enfermeras y pacientes, los lunes y viernes en horario de 3pm - 11pm previa orientación y firma del consentimiento informado, e identificación personal.

El análisis de los datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences 23.0); se utilizó la estadística descriptiva aplicando medidas de tendencia central.

El estudio se sometió a consideración de la Comisión Académica de la Facultad de Enfermería y el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá, la cual otorga el aval mediante nota aprobatoria N° CBIUP/224/17 y la aprobación por los directivos del Hospital Santo Tomás; para la ejecución del estudio investigativo en esta institución, mediante nota aprobatoria N° 1632-2017/CEI-HST.

Resultados

En el estudio de la relación entre la percepción de los actores en el marco del sistema de la interacción de cuidado enfermera - paciente, se recopiló información de las enfermeras y de los pacientes de la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás. A continuación, se presentan en las tablas correspondientes que deriva del estudio de 7 enfermeras (la población) y n= 131 pacientes hospitalizados entre los meses de agosto 2017 a febrero 2018.

Tabla I. Percepción de la escala de interacción de cuidado enfermera-paciente, según las dimensiones globales para la consecución de objetivos de cuidado humanizado.

Criterios	Actores				Total	
	Enfermeras		Pacientes			
	N°	%	N°	%	N°	%
Casi nunca	1	0.4	2	0.8	3	1.1
Pocas veces	4	1.5	4	1.5	8	3.1
A veces	11	4.2	8	3.1	19	7.3
Casi siempre	14	5.3	24	9.2	38	14.5
Siempre	101	38.5	93	35.5	194	74.0
Total	131	50.0	131	50.0	262	100.0

Fuente: Barsallo, Adalberto. Escala de Interacción de Cuidado Enfermera – Paciente, versión de 23 enunciados para la enfermera y paciente (CNPI-23), 2018.

Respecto a la percepción global de la escala de interacción de cuidado enfermera-paciente, ambos actores perciben un mayor porcentaje en el criterio de siempre, infiriendo que ambos

comparten la percepción en este criterio en base a la escala en general para la consecución de objetivos de cuidado humanizado.

Mediante el análisis de los datos obtenidos se acepta la independencia entre la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la relación de interacción de cuidado.

Tabla II. Percepción de la enfermera y el paciente en la relación de interacción enfermera-paciente, según las diferentes dimensiones de cuidado para la consecución de objetivos del cuidado humanizado.

Dimensiones de cuidado	Criterios	Actores del cuidado				Total	
		Enfermera		Paciente			
		N°	%	N°	%	N°	%
Cuidado clínico	Casi nunca	1	0.4	2	0.8	3	1.2
	Pocas veces	15	5.7	2	0.8	17	6.5
	A veces	8	3	5	2	13	5.0
	Casi siempre	7	2.7	17	6.5	24	9.2
	Siempre	100	38.2	105	40	205	78.2
	Total	131	50.0	131	50.0	262	100.0
Relación de cuidado	Casi nunca	1	0.4	11	4.2	12	4.6
	Pocas veces	1	0.4	14	5.3	15	5.7
	A veces	3	1.1	15	5.7	18	6.8
	Casi siempre	39	14.9	17	6.5	56	21.4
	Siempre	87	33.2	74	28.3	161	61.5
	Total	131	50.0	131	50.0	262	100.0
Cuidado humanizado	Casi nunca	5	1.9	7	2.7	12	4.6
	Pocas veces	4	1.5	6	2.3	10	3.8
	A veces	20	7.6	13	5.0	33	12.6
	Casi siempre	4	1.6	25	9.5	29	11.1
	Siempre	98	37.4	80	30.5	178	67.9
	Total	131	50.0	131	50.0	262	100.0
Cuidado de confort	Casi nunca	2	0.8	1	0.4	3	1.2
	Pocas veces	1	0.4	2	0.8	3	1.2
	A veces	13	5.0	3	1.1	16	6.1
	Casi siempre	4	1.5	13	5.0	17	6.5
	Siempre	111	42.3	112	42.7	223	85
	Total	131	50.0	131	50.0	262	100.0

Fuente: Barsallo, Adalberto. Escala de Interacción de Cuidado Enfermera – Paciente, versión de 23 enunciados para la enfermera y paciente (CNPI-23), 2018.

Según lo observado en el cuadro para las dimensiones de cuidado clínico, relación de cuidado, cuidado humanizado y cuidado de confort, se encuentra un mayor porcentaje en el criterio de siempre para ambos actores del cuidado. Infiriendo sobre estos datos que las enfermeras indican como siempre, la realización de las actividades enlistadas para cada

dimensión en la práctica diaria del cuidado, en la relación de interacción de cuidado enfermera-paciente, y que los pacientes perciben y validan esas actividades de las enfermeras en el criterio de siempre.

Mediante el análisis estadístico utilizado el Rho de Spearman, en los datos obtenidos en base a las diferentes dimensiones investigadas se obtiene que para la dimensión de cuidado clínico existe una correlación positiva muy baja (Rho: 0.071) y una (sig: 0.249 > 0.05), dimensión de relación de cuidado existe una correlación negativa muy baja (Rho: -0.187) y una (sig: 0.002 < 0.05), dimensión de cuidado humanizado existe correlación negativa muy baja (Rho: -1.115) y una (sig: 0.064 > 0.05) y para la dimensión de cuidado de confort existe una correlación positiva muy baja (Rho: 0.023) y una (sig: 0.705 > 0.05).

*sig= significación aproximada

Discusión

A partir de los hallazgos encontrados en esta investigación, se acepta la independencia en cuanto a la percepción de la enfermera y la del paciente con respecto a la consecución de los objetivos del cuidado humanizado en las dimensiones globales de la escala en la interacción de cuidado enfermera-paciente. La mayoría de las investigaciones constatadas acerca de la percepción son de tipo descriptivo y no miden el grado de dependencia o independencia de sus resultados, describiendo solo los mismos, según sus hallazgos.

Para esta investigación de tipo correlacional, fue importante medir este grado con énfasis en la percepción de la enfermera y la del paciente; el resultado obtenido de independencia corrobora lo definido por Cinabal y Arce (2009), acerca de que la percepción es individual, con base a la interacción personal que el individuo ejerce con su entorno. De este modo mediante la interacción se crea un proceso constructivo de la información obtenida y la que ya se tenga, formándose un juicio concerniente sobre situaciones o las personas.

Para las enfermeras en este estudio se basó en una muestra de 7 profesionales, esta cantidad guarda cierto grado de relación con la cantidad de enfermeras profesionales encontradas en Ramírez y Parra (2011). Infiriendo que la percepción de cada persona es individual para cada una, cuando se estable un marco de relación o interacción con alguien.

Dimensión de cuidado clínico: en esta dimensión se miden aspectos que involucran la atención directa del personal de enfermería con base a los cuidados técnicos y científicos que ejerce en su área de atención hacia sus pacientes, encontrándose que existe una correlación positiva muy baja (0.071) entre la percepción de la enfermera y la del paciente en cuanto a esta dimensión. Estos resultados guardan cierto grado de concordancia con lo señalado por Ramírez y Parra (2011), los cuales arrojaron resultados de que existe una correlación positiva en cuanto a monitorea y realiza seguimiento, donde este dominio representa los conocimientos científicos y técnicos que tiene el profesional de enfermería.

Este nivel de relación entre los pacientes y el personal de enfermería coincidieron mayormente en el criterio de siempre, donde refleja la importancia de esta dimensión y la percepción positiva que tiene el paciente acerca del trabajo que desempeña el profesional con base a sus competencias técnicas y científicas para garantizar el cuidado.

Dimensión relación de cuidado: para el estudio en esta dimensión se encuentra una correlación negativa muy baja (-0.187) entre la percepción de la enfermera y la del paciente; estos datos no guardan relación con los encontrados por Ramírez y Parra (2011), quienes reportan una correlación positiva en el dominio relación de confianza, siendo donde se da la mayor interrelación de persona a persona.

En esta dimensión se observa a una enfermera que educa, guía y orienta; la cual integra esa parte emocional y social del paciente para la ayuda y solución de problemas, en beneficio de la recuperación mediante la interacción interpersonal enfermera-paciente; estos datos reflejan que los pacientes mayormente perciben un descenso en esta dimensión, en los criterios de a veces, pocas veces y casi nunca, frente a las enfermeras que perciben con mayor instancia los criterios de casi siempre y siempre.

Dimensión cuidado humanizado: los datos obtenidos concluyen que existe una correlación negativa muy baja (-0.115) entre la enfermera y el paciente con base a sus percepciones. Se estableció que en esta dimensión se da la aceptación humana para brindar un cuidado, integrando la espiritualidad del individuo en su ámbito bio-psico-social.

Dimensión cuidado de confort: en esta dimensión se encuentra una correlación positiva muy baja (0.023); estos datos tienen relación con los encontrados por Ramírez y Parra (2011), en su dominio accesible, donde el personal de enfermería considera las necesidades básicas de los

pacientes y realiza tratamientos oportunos según lo establecido, siendo importante el trabajo que desempeña el profesional en esta área que se relaciona positivamente.

- **Conclusiones y/o Recomendaciones**

Posterior al análisis de los datos recabados, se determina que la relación global de las dimensiones entre la percepción de la enfermera y la del paciente, en el marco del sistema de la interacción de cuidado enfermera-paciente, en la sala de cardiología del Hospital Santo Tomás, es independiente una de la otra; ya que las percepciones que se forman acerca del entorno e interacción con las personas que nos rodean son individuales lográndose así un juicio propio.

El análisis de la correlación de las dimensiones de la escala de interacción de cuidado enfermera-paciente respecto a las percepciones de la enfermera y el paciente: cuidado clínico correlación positiva débil (0.071), relación de cuidado correlación negativa muy baja (-0.187), cuidado humanizado correlación negativa muy baja (-0.115) y cuidado de confort correlación positiva muy baja (0.023), arrojó algunas variantes las cuales se pueden profundizar posteriormente. Aunque hubo correlación, resultaron con niveles bajos lo que puede reflejar alguna alteración o modificación en la percepción, lo cual repercute en el cuidado.

Realizar más estudios de tipo correlacional entre la percepción de la enfermera y el paciente, y de esta manera obtener más datos para poder constatar y comparar ambos puntos de percepción.

Ampliar el número de la muestra al disminuir el porcentaje de la precisión absoluta, disminuyendo más el margen de error.

Referencias

- Aguilar-Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, 11(1-2), 333-338. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711206>
- Cibanal J, L., y Arce Sánchez, M. (2009). *La Relación Enfermera - Paciente*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Cossette, S., (2006). *Caring Nurse Patient Interaction Scale (CNPI) User manual*. Quebec, Canada: Université de Montréal. Recuperado de http://www.academia.edu/6662742/Caring_Nurse_Patient_Interaction_Scale_CNPI_User_manual

- Delgado Panes, M. A. (2008). Percepción del paciente con SIDA sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Infectología del Hospital Nacional Dos de mayo 2007. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- García-Gutiérrez, C. & Cortés-Escarcéga, I. (2012). Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México. *Conamed*, 17(1), 18-23. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3884680.pdf>
- González, J. T., y Quintero, D. C. (2009). Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw - Hill Interamericana.
- Ortega, R. M. (2004). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería según la opinión del paciente y la enfermera (tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Ramírez Perdomo, C. A., y Parra Vargas, M. (2011). Percepción de los comportamientos de cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Avances de Enfermería*, XXIX (1), 97-108. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861> (14/08/2018).
- Reyes O., Espinosa R., y Olvera R. (2013). Criterios para determinar el tamaño de muestra en estudios descriptivos. *Academia Journals*, 5(3), 2919-2924. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Octavio_Lopez6/publication/331687597_Criterios_para_determinar_el_Tamano_de_Muestra_en_Estudios_Descriptivos/links/5c880965299bf14e7e7820d9/Criterios-para-determinar-el-Tamano-de-Muestra-en-Estudios-Descriptivos.pdf
- Rojas Martínez, W. & Barajas Lizarazo, M. A. (2012). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias. *Revista Ciencia y Cuidado*, 1, 13 - 23. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3986732>