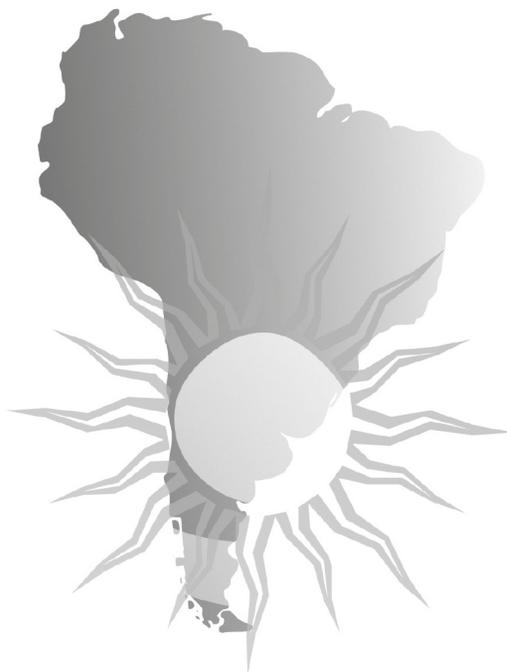


# Enfermería:

# Cuidados Humanizados

Revista Oficial de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud  
Universidad Católica del Uruguay



Universidad  
Católica del  
Uruguay

La Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* se encuentra incluida en las siguientes bases, catálogos y directorios, y es miembro de:



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional.

**Enfermería:  
Cuidados Humanizados**

Vol. 6 n° 1 Junio 2017  
ISSN: 1688-8375  
ISSN en línea: 2393-6606

PUBLICACIÓN OFICIAL  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
Y TECNOLOGÍAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DEL URUGUAY

**Directora:**

Dra. Natalie Figueredo.  
nfiguer@ucu.edu.uy  
Av. Garibaldi 2831 CP 11600  
Montevideo, Uruguay.

**Editor Responsable:**

PhD(c). Sebastián Griscti.  
sebastian.griscti@ucu.edu.uy  
Av. Garibaldi 2831 CP 11600  
Montevideo, Uruguay.

**Consejo Editorial:**

Mag. Esteban Pérez García,  
Universidad de Huelva, España.  
Mag. Miriam Costabel,  
Universidad de la República.  
Mag. Silvia Delgado,  
Universidad Católica del Uruguay.  
Mag. María Jesús Huget,  
Universidad Católica del Uruguay.  
Lic. Ernesto Benítez,  
Universidad Católica del Uruguay.

**Traducción:**

Prof. Marta Rodríguez.  
PhD(c). Sebastián Griscti.

**Asesora bibliográfica:**

Mag. Gabriela Cabrera.

**Maquetación:**

Mariana López Royes  
marianalopezroyes@gmail.com

**Imprenta:**

GRUPO MAGRO EDITORES  
Abayubá 2694 apto. 101  
Tel: 099.419.050 / 2202.09.31  
info@grupomagro.com  
www.grupomagro.com  
Montevideo - Uruguay

Dep. Legal N° 369.897 / 16  
Edición amparada en el decreto 218/996  
(Comisión del Papel)

**Periodicidad semestral**

Junio - Diciembre

**Facultad de Enfermería y Tecnologías  
de la Salud - Universidad Católica del  
Uruguay.**

Av. Garibaldi 2831 CP 11600  
Montevideo, Uruguay.  
Tel. Fax (598) 2487 93 08  
www.uvu.edu.uy  
ecuidadoshumanizados@ucu.edu.uy

ISSN: 1688-8375  
ISSN en línea: 2393-6606  
Título-clave:  
Enfermería (Montevideo)  
Título-clave abreviado:  
Enfermería (Montev.)  
Registro ante el MEC: 2395/2012.

**Diseño figura de tapa:**

Lic. Hernán Pereira



## EDITORIAL



Nos alegra mucho saludarlos una vez más en una nueva edición, la primera de este año en curso de la revista *Enfermería: Cuidados Humanizados*, que está entrando en su sexto año. Estamos muy conformes con el avance que ha tenido y cómo ha logrado mantener un debate interdisciplinar en el área de la salud en diversos países de habla hispana y portuguesa. Este número trae consigo un cambio en el Consejo Editorial de la Revista. Me incorporo desde el área de Nutrición de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, y, con la necesidad de representar a más áreas de la salud, se incorporó Ernesto Benítez del área de Fisioterapia. Asumimos con alegría y entusiasmo este desafío para continuar y seguir consolidando la gestión de la revista. Despedimos así a Beatriz Agazzi y Ana María García, agradeciéndoles por el apoyo y el compromiso que han tenido durante estos años.

Este número nos encuentra con cinco artículos provenientes de cuatro diferentes países. Contamos con una revisión integradora de Brasil que estudia el papel de la enfermera estomaterapeuta en la marcación del estoma intestinal en personas sometidas al tratamiento quirúrgico oncológico. Desde España tenemos un estudio descriptivo de 97 casos que explora los conocimientos de mujeres primerizas sobre la lactancia materna y la autoeficacia de ésta. El tercer artículo explora las prácticas de cuidado que identifican los cuidadores familiares de personas con enfermedad cardiovascular al final de la vida, un estudio colombiano cualitativo que utiliza el método etnográfico. Siguiendo con otra investigación cualitativa, desde Chile publicamos un artículo que estudia la percepción del cuerpo de las trabajadoras sexuales en Santiago, con el fin de mejorar la atención en salud de una población tan vulnerada como olvidada. Y, por último, desde Colombia tenemos una investigación sobre la mortalidad materna en las mujeres Wayúu: un artículo que también trata de otra población olvidada, la indígena.

La variedad de estos temas y la procedencia de los artículos nos confirman que la revista sigue por un excelente rumbo. Confiamos que estos artículos abrirán nuevas discusiones.

Saludamos a nuestros lectores hasta el próximo número.  
Silvia Delgado, miembro del Consejo Editorial

## EDITORIAL

We are very happy to greet you once again in a new issue, the first one of this year, of the journal *Enfermería: Cuidados Humanizados*, which is entering its sixth year. We are very pleased with the progress made so far, and also with the fact that the journal has been able to maintain an interdisciplinary debate in the area of health in several Spanish and Portuguese speaking countries. This issue presents changes in the Editorial Board. I have joined it from the Nutrition area of the Faculty of Nursing and Health Technologies, and, needing to represent more areas of health, also Ernesto Benítez has joined the Board from the area of Fisioterapy. We joyfully and enthusiastically face this challenge to continue and to consolidate the journal's management. We say farewell to Beatriz Agazzi and Ana María García, thanking them for the support and commitment they have had during these past years.

This issue presents five articles coming from four different countries. We have an integrative review from Brazil that studies the role of the stomaterapist nurse in the marking of the intestinal stoma in people undergoing oncological surgical treatment. From Spain we have a descriptive study of 97 cases that explores the knowledge of first-time mothers about breastfeeding and its self-efficacy. The third article is about the practices of caregivers that look after people with terminal cardiovascular disease, a qualitative Colombian study using the ethnographic method. Following with another qualitative research, from Chile we publish an article that studies the perception of the bodies of sexual workers in Santiago, in order to improve health care for a population as vulnerable as it is forgotten. And finally, from Colombia we have an investigation on the maternal mortality in the Wayúu women, an article that also deals with another forgotten population, the indigenous one.

The variety of these topics and the source of the articles confirm that the journal is still on an excellent path. We trust these articles will open new discussions

We say farewell to our readers until the next issue.  
Silvia Delgado, member of the Editorial Board

## EDITORIAL

Temos muito prazer em revê-los por ocasião deste novo número, o primeiro desse ano, da revista Enfermagem: Cuidados Humanizados. A revista está entrando no seu sexto ano, e estamos muito satisfeitos com o avanço que teve e como conseguiu manter um debate interdisciplinar na área da saúde em diversos países de língua espanhola e portuguesa.

Este número traz uma mudança no Conselho Editorial da revista. Integro-me da área de Nutrição da Faculdade de Enfermagem e Tecnologias da Saúde, e com a necessidade de representar outras áreas da saúde, incorporou-se Ernesto Benítez, da área de Fisioterapia. Assumimos com alegria e entusiasmo este desafio para continuarmos solidificando a gestão da revista. Despedimos e, ao mesmo tempo, agradecemos a Beatriz Agazzi e Ana María García pelo apoio e compromisso proporcionado durante todos esses anos.

Neste número, contamos com seis artigos, de seis países diferentes. De Cuba, publicamos uma pesquisa sobre o nível de competências teóricas da enfermagem em uma unidade de atenção ao paciente grave para a prevenção de sepse através de procedimentos de enfermagem. Contamos, do Brasil, com uma revisão integrativa que estuda o papel da enfermeira estomaterapeuta na marcação do estoma intestinal em pessoas submetidas ao tratamento cirúrgico oncológico. Da Espanha, compartilhamos um estudo descritivo de 97 casos que analisa os conhecimentos de mulheres em primeira gestação quanto à lactação materna e sua autoeficácia.

O quarto artigo explora as práticas de cuidado que identificam os cuidadores familiares de pessoas com doença cardiovascular no final da vida, um estudo colombiano qualitativo que utiliza o método etnográfico.

Do Chile, com mais uma pesquisa qualitativa, publicamos um artigo que estuda a percepção do corpo de trabalhadoras sexuais em Santiago, com a finalidade de melhorar a atenção em saúde de uma população tão vulnerável como esquecida.

Por último, da Colômbia, temos uma pesquisa sobre a mortalidade materna das mulheres Wayúu: um artigo que também trata de outra população esquecida, a indígena.

A variedade destes temas e a procedência dos artigos nos confirma que a revista segue por um excelente rumo. Confiamos que estes artigos abrirão novas discussões.

Despedimo-nos, e até o próximo número.  
Sílvia Delgado, membro do Conselho Editorial



Universidad  
Católica del  
Uruguay

La Universidad Católica del Uruguay  
pertenece a la Conferencia Episcopal Uruguaya y  
está confiada a la Compañía de Jesús.

## AUTORIDADES INSTITUCIONALES

Cardenal Daniel Sturla Berhouet SDB  
*Gran Canciller*

P. Alejandro Tilve SJ  
*Vice Gran Canciller*

P. Dr. Julio Fernández  
*Rector*

Dr. Ariel Cuadro  
*Vicerrector Académico*

Ing. Omar Paganini  
*Vicerrector de Gestión  
Económica y Desarrollo*

P. Dr. Álvaro Pacheco SJ  
*Vicerrector del Medio Universitario*

Dra. Sandra Segredo  
*Secretaria General y Asesora Jurídica*

Dra. Natalie Figueredo  
*Decana Facultad de Enfermería y  
Tecnologías de la Salud*

La Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* es una publicación oficial de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay que pretende contribuir al desarrollo científico, fomentando un ambiente de comunicación para el Uruguay y la región.

Los autores de las publicaciones y profesionales relacionados al área de la salud, establecen en forma escrita la cesión de derechos a la misma, conservan sus derechos de autor y su total responsabilidad en lo expresado en el artículo.

La revista no se hace responsable por las afirmaciones que éstos realicen. Está prohibida la reproducción total o parcial de sus contenidos de acuerdo a las leyes vigentes en el país.

Posee un consejo editorial, un editor responsable y una directora académica que trabajan en forma honoraria.

La revista está inscrita con el Número Internacional Normalizado para Publicaciones Seriadas (ISSN) 1688-8375 / ISSN en línea 2393-6606 y registrada ante el MEC. Está sometida a las normas Scielo de indización.

Los trabajos de investigación son evaluados en forma anónima por un árbitro internacional y uno nacional, con sistema doble ciego.

Se edita en la Universidad Católica del Uruguay regularmente, en forma semestral, junio y diciembre.

Las bases para los autores son publicadas en la revista y en la página web <http://enfermeriacuidadoshumanizados.ucu.edu.uy>

The Journal *Enfermería: Cuidados Humanizados* is an official publication of the Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud of the Universidad Católica del Uruguay. Its purpose is to contribute to scientific development, promoting a space for communication throughout Uruguay and the region.

The authors of the publications have stated in writing the transfer of rights, retaining their copyright and taking full responsibility for what is stated in their article. The magazine is not responsible for the claims they make. Reproduction of all or part of the content is forbidden according to the laws of the country.

It has an editorial board, a chief editor and an academic director working on a volunteer basis.

The journal is registered with the International Standard Serial Number (ISSN) 1688-8375 / ISSN online 2393-6606 and is registered in the MEC. It is subject to Scielo's indexing rules.

Research papers are evaluated anonymously by an international and a national arbitrator, using a double-blind system.

It is published in the Universidad Católica del Uruguay regularly, every six months, in June and December.

The guidelines for the authors are published in the magazine and on the website <http://enfermeriacuidadoshumanizados.ucu.edu.uy>

A Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* é uma publicação oficial da Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay, que está envolvida no desenvolvimento da ciência, de comunicação, promovendo um ambiente do Uruguai e da região.

Os autores de publicações e profissionais relacionados à área de saúde, declarou em uma transferência por escrito dos direitos a ele, manter o seu autor e total responsabilidade expresso no artigo. A revista não é responsável pelas afirmações que fazem. A reprodução de todo ou parte do conteúdo de acordo com as leis do país.

Tem um conselho editorial, um editor-chefe e um diretor acadêmico que trabalha em regime de voluntariado.

A revista está registrado com o número de série International Standard Serial Number (ISSN) 1688-8375 / ISSN em linha 2393-6606 e registrado com o MEC. Ele está sujeito às regras de indexação Scielo.

Trabalhos de pesquisa são avaliados anonimamente por um árbitro internacional e uma nacional, com sistema duplo-cego.

É publicado na Universidade Católica del Uruguay regularmente, a cada seis meses, Junho-Dezembro

As bases para os autores são publicadas na revista e no site <http://enfermeriacuidadoshumanizados.ucu.edu.uy>

## COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL E INTERNACIONAL

### COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL

**Prof. Dra. Zoraida Fort.**

Gerente de RRHH del Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

**Prof. Lic. María del Carmen Ferreiro.**

Universidad Católica del Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

**Prof. Lic. Álvaro Fernández.**

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

**Prof. Emérita Lic. Soledad Sánchez.**

Uruguay.

**Prof. Mag. Teresa Menoni.**

Universidad de la República Oriental del Uruguay, Uruguay.

**Prof. Lic. Maira Castro.**

Administración de Servicios de Salud del Estado, Uruguay.

**Prof. Mag. Rosana Tessa.**

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

**Prof. Dra. Adriana Misa.**

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

**Prof. Dr. Augusto Ferreira.**

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

### COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

**Prof. Dra. Beatrice Goodwin.**

Universidad de Nueva York, EEUU.

**Prof. Dra. Luz Angélica Muñoz.**

Universidad de Enfermería Andrés Bello, Chile.

**Prof. Mag. Ana María Vásquez.**

Universidad de la Serena, Chile.

**Prof. Mag. Alicia Reyes Vidal.**

Facultad de Enfermería Universidad Andrés Bello, Chile.

**Prof. Mag. Carmen Falconí.**

Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador.

**Prof. Dra. Olivia Sanhueza.**

Universidad de Concepción, Chile.

**Prof. Lic. María Virginia Hernández Alonso.**

Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, México.

**Prof. Dra. Adelaida Zabalegui.**

Hospital Clínico de Barcelona, España.

**Prof. Dra. M<sup>a</sup> Dolores Bardallo.**

Universidad Pompeu Fabra, Cataluña, España.

**Prof. Mag. Verónica Behn.**

Universidad de Concepción, Chile.

**Prof. Dra. Sandra Valenzuela.**

Universidad de Concepción, Chile.

**Prof. Dra. Alina María de Almeida Souza.**

Consejo General de Enfermería de España, España.

**Prof. Mag. Erika Caballero.**

Centro de Educación a Distancia, Chile.

**Prof. Dr. Gabriel Rodríguez.**

Universidad Andrés Bello, Chile.

**Prof. Dra. María Cristina Cometto.**

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

**Prof. Dr. Johis Ortega.**

Universidad de Miami, EEUU.

**Prof. Mag. María Cristina Torres.**

Universidad Austral, Chile.

**Prof. Dr. José Ramón Martínez Riera.**

Universidad de Alicante, España.

**Prof. Mag. María Antonia Jiménez.**

Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

**Prof. Dra. Maricela Torres.**

Escuela Nacional de Enfermería, Cuba.

**Prof. Mag. Lia Garnica.**

Universidad de Santiago del Estero, Argentina.

# CONTENIDO

EDITORIAL. Silvia Delgado	_____ pág. 3
<b>ARTÍCULOS ORIGINALES</b>	
DEMARCAÇÃO ABDOMINAL POR ENFERMEIRA ESTOMOTERAPÊUTA MARCACIÓN ABDOMINAL DEL ESTOMA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS POR ENFERMERA ESTOMOTERAPEUTA ABDOMINAL DEMARCATION STOMA IN ONCOLOGICAL PATIENTS BY STOMOTHERAPY NURSE Juliana da Costa Silva, Alessandra Zanei Borsatto, Enéas Rangel Teixeira, Augusto Ferreira Umpiérrez	_____ pág. 12
AUTOEFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN MUJERES PRIMÍPARAS DE MADRID SELF EFFICACY OF BREAST FEEDING IN FIRST-TIME MOTHERS OF MADRID EFICÁCIA DAS MULHERES ALEITAMENTO MATERNO EM MARRÃS MADRID Rafael Muñoz Cruz, María Rodríguez Mármol	_____ pág. 19
NECESIDAD DE CUIDADOS CULTURALMENTE CONGRUENTES EN PERSONAS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR AL FINAL DE LA VIDA NEED OF CULTURALLY COHERENT CARE FOR PEOPLE WITH CARDIOVASCULAR DISEASE AT THE END OF THEIR LIFE NECESSIDADE DE CUIDADOS CULTURALMENTE CONGRUENTES EM PESSOAS COM DOENÇA CARDIOVASCULAR AO FINAL DA VIDA Mónica Johana Muñoz Cardona, María del Carmen Zea Herrera	_____ pág. 25
PERCEPCIONES CORPORALES EN TRABAJADORAS SEXUALES BODY PERCEPTIONS IN FEMALE SEXUAL WORKERS PERCEPÇÕES CORPORALES EM TRABALHADORAS SEXUAIS Mirliana Ramírez Pereira, Dagher Casis Tapia, María Ignacia Castellano Yáñez, Andrea Covarrubias Vigar, Diego Figueroa Farías, Javiera López Muñoz, Adolfo Uribe Vidal	_____ pág. 37
MORTALIDAD MATERNA EN LA GESTANTE WAYÚU DE URIBIA, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA, COLOMBIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO AÑO 2016 MATERNAL MORTALITY IN THE PREGNANT WAYÚU WOMEN OF URIBIA, DEPARTMENT OF LA GUAJIRA, COLOMBIA. DESCRIPTIVE STUDY 2016 A MORTALIDADE MATERNA NA GRÁVIDA WAYUU DE URIBIA, DEPARTAMENTO NA GUAJIRA, COLÔMBIA. ESTUDO DESCRIPTIVO 2016 Javier Alonso Bula Romero, Keiner Galarza	_____ pág.46



# Artículos originales

# DEMARCAÇÃO ABDOMINAL POR ENFERMEIRA ESTOMOTERAPÊUTA

MARCACIÓN ABDOMINAL DEL ESTOMA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS  
POR ENFERMERA ESTOMOTERAPEUTA

ABDOMINAL DEMARCATION STOMA IN ONCOLOGICAL PATIENTS BY STOMOTHERAPY NURSE

## Juliana da Costa Silva

*Universidade Federal Fluminense. Niterói, Brasil.*

ju9costa@gmail.com

ORCID: 0000-0001-5764-6302

## Alessandra Zanei Borsatto

*Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, Brasil.*

ORCID: 0000-0003-4608-0918

## Enéas Rangel Teixeira

*Universidade Federal Fluminense. Niterói, Brasil.*

ORCID:0000-0002-1721-2056

## Augusto Ferreira Umpiérrez

*Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay.*

ORCID: 0000-0002-2088-382X

<http://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i1.1365>

Recibido: 07/06/2016

Aceptado: 10/10/2016

## RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa, cujo foco de estudo é a atuação do enfermeiro estomaterapeuta na demarcação do estoma intestinal em clientes submetidos à cirurgia oncológica. Objetivos: realizar levantamento da produção de artigos científicos referentes ao tema proposto; discutir as ações específicas utilizadas pelo enfermeiro estomaterapeuta na demarcação dos estomas intestinais em pacientes oncológicos. Foi realizado um levantamento de produções científicas nas seguintes bases eletrônicas: LILACS, SCIELO, periódicos CAPES. Durante a pesquisa, foram encontrados 292 artigos referentes aos anos de 1998 a 2013, porém, somente 4 artigos respondem ao critério de inclusão. Através destes documentos, foi realizada leitura analítica organizada em 3 temas: caracterização dos artigos; demarcação do estoma e peculiaridades da demarcação no paciente oncológico. Esta pesquisa demonstrou que, nas bases de dados incluídas, não há publicações recentes que incluam as peculiaridades dos pacientes oncológicos no tocante a demarcação do estoma, sendo necessária a utilização de literatura de oncologia para enriquecer a discussão. Conclui-se que o reconhecimento da demarcação realizada pelo enfermeiro estomaterapeuta ainda se faz pouco conhecida no âmbito da saúde, sendo assim necessário intensificar os estudos nesta área para esta especialização seja cada vez mais reconhecida, visando assim um cuidado específico e individual, colaborando com a qualidade dos cuidados de saúde das pessoas.

**Palavras-chave:** Ostomia, Enfermagem, Oncologia Clínica, Papel.

## RESUMEN

Es una revisión integradora, cuyo objeto de estudio es el papel de la enfermera estomaterapeuta en la marcación del estoma intestinal en clientes de cirugía oncológica. Los objetivos son realizar un estudio de la producción de artículos científicos sobre el tema propuesto y discutir acciones específicas utilizadas por la enfermera estomaterapeuta en la demarcación de los estomas intestinales en pacientes con cáncer. Realizamos un estudio de las producciones científicas en las siguientes bases electrónicas: LILACS, SCIELO y Revistas CAPES. Durante la búsqueda se encontraron 292 artículos, publicados durante los años de 1998 a 2013; sin embargo, sólo 4 artículos responden a los criterios de inclusión. A través de estos documentos fue realizada una lectura analítica organizada en tres temas: caracterización de los artículos; marcación del estoma y las peculiaridades de la marcación en el paciente oncológico. Esta investigación ha demostrado que, en las bases de datos incluidas, no hay publicaciones recientes que incluyan las peculiaridades de los pacientes de cáncer con respecto a la marcación del estoma, siendo necesaria la utilización de la literatura de oncología para enriquecer la discusión. Se concluye que el reconocimiento de la marcación que hace la enfermera estomaterapeuta es todavía poco conocido en el campo de la salud, por lo que es necesario intensificar los estudios en esta área para que esta especialización sea cada vez más reconocida, con el objetivo de una atención específica e individual, colaborando con la calidad de la atención de salud de las personas.

**Palabras clave:** Ostomía, Enfermería, Oncología Clínica, Rol.

## ABSTRACT

It is an integrative review, focused in the role of the ostomy nurse in the demarcation of intestinal stoma in oncologic surgery clients. Objectives: to conduct a survey of production of scientific articles concerning the proposed topic and to discuss specific actions carried out by the ostomy nurse on the demarcation of the stomata intestinal in such patients. We conducted a survey of scientific productions in the following electronic bases: LILACS, SCIELO and CAPES journals. During the search, 292 articles were found for the years 1998 to 2013; however, only 4 articles meet the inclusion criteria. Through these documents an analytical reading was organized in three topics: characterization of the articles, demarcation of the stoma, and peculiarities of the demarcation in the oncologic patient. This research has shown that in these databases there are no recent publications that include the peculiarities of cancer patients regarding demarcation of the stoma, requiring the use of oncology literature to enrich the discussion. It is concluded that the recognition of the marking done by the ostomy nurse is still little known in the field of health, making it necessary to intensify studies in this area for this performance to be increasingly recognized, aiming at a specific and individualized care, collaborating with the quality of health care of people.

**Keywords:** Ostomy, Nursing, Medical Oncology, Role.

## INTRODUÇÃO

O presente estudo apresenta como tema o paciente oncológico e a demarcação abdominal do estoma. O interesse por este tema emergiu nas discussões empreendidas no curso de especialização em estomaterapia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), quando observou-se empiricamente que era um tema complexo e pouco investigado na prática profissional. As neoplasias malignas, em termos mundiais, são responsáveis por aproximadamente 13% das causas de óbito, o que corresponde a mais de 7 milhões de pessoas (1). O câncer colorretal ocupa o primeiro lugar em incidência e mortalidade, sendo o terceiro tipo de câncer mais comum em homens e a segunda em mulheres em todo o mundo. (2) Isso significa que um problema de saúde pública, especialmente complexo de acordo com a rede de Sistemas de Informação e Epidemiologia em Câncer (REDEPICAN), que inclui registros de Espanha e América Latina (3).

No Brasil também é importante causa de morbimortalidade, sendo a segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (4). O câncer de cólon e reto configura-se como o terceiro mais comum no mundo em ambos os sexos e a segundo em países desenvolvidos (5). Uma das possibilidades com a execução do procedimento cirúrgico é a confecção do estoma intestinal temporário ou definitivo, seja para proteção da anastomose, seja para desvio definitivo do trânsito intestinal, contribuindo para a cura ou sobrevida do paciente.

Estoma, ostoma, estomia ou ostomia são palavras de origem grega que significam boca ou abertura, exteriorização de qualquer víscera oca através do corpo (6). As ostomias intestinais, dependendo do segmento exteriorizado podem ser jejunostomias, ileostomias e colostomias, sendo confeccionadas para o tratamento de várias doenças que incluem o câncer colorretal, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, colite isquêmica, polipose adenomatosa familiar, traumas abdominais, megacólon, infecções perineais graves, proctite actínica e Doença de Crohn. Os estomas permanentes substituem a perda de função esfinteriana resultante do tratamento cirúrgico ou incontinência, quando não há sucesso com outras opções com o intuito de restaurar a evacuação por via anal (9).

Independente da situação, observa-se a necessidade de um acompanhamento pré, trans e pós operatório por enfermeiro especializado que elabore um plano de cuidados individualizado que contemple todas essas fases. A Estomaterapia é uma especialidade da enfermagem que tem por abrangência o cuidado com ostomias, feridas, fístulas, incontinências, tubos, sondas e drenos. Várias dessas situações são possíveis de estarem presentes nesses pacientes, que necessitam de cuidado especializado tendo como objetivo final a sua reabilitação (8).

Em cada uma das fases do planejamento cirúrgico, o estomaterapeuta possui objetivos claros, e a fase pré operatória, é essencial para a prevenção de complicações e promoção da reabilitação (9). Das várias atribuições do estomaterapeuta na consulta pré operatória está a demarcação abdominal da derivação intestinal.

Para que esta atividade seja realizada no paciente com câncer de cólon e reto, conhecimentos de oncologia são fundamentais para este profissional, já que esses pacientes possuem peculiaridades importantes a serem avaliadas e que podem influenciar na demarcação. Entre elas podemos citar o estado nutricional, utilização de órteses, realização de radioterapia ou quimioterapia neo ou adjuvantes, restrições de mobilização temporárias ou permanentes, idade avançada, caquexia, patologias cutâneo-mucosas, entre outros (9).

Sendo assim, justifica-se a necessidade de estudar esta temática e para isso delimitou-se o seguinte objeto de estudo: atuação do estomaterapeuta (ET) na demarcação do estoma intestinal em clientes submetidos à cirurgia oncológica.

Temos como objetivo do estudo: realizar levantamento da produção de artigos científicos referentes ao tema proposto; discutir as ações específicas utilizadas pelo enfermeiro estomaterapeuta na demarcação dos estomas intestinais em pacientes oncológicos.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com abordagem descritiva. Esse tipo de estudo recupera os documentos divulgados a respeito do tema de interesse, permitindo que o pesquisador

tenha acesso às diversas publicações sobre o assunto (10). A pesquisa bibliográfica favorece ao investigador a cobertura de um determinado fenômeno de forma ampla, especialmente quando os dados das pesquisas são muito dispersos (11). Para isso, esse tipo de pesquisa inclui a identificação, compilação e fichamento dos documentos obtidos para sua posterior apresentação.

Neste estudo, a pesquisa bibliográfica veio ao encontro da temática a ser discutida, pois objetiva recolher, analisar e interpretar contribuições teóricas já existentes sobre determinado assunto (11). As pesquisas descritivas são capazes de retratar as características de indivíduos, situações, grupos e a frequência com que ocorrem determinados fenômenos (12).

Para a coleta de dados foi utilizada a base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Bireme, periódico CAPES. O recorte temporal incluiu publicações de 1998 a 2012. Esse recorte temporal foi adotado pois, em anos anteriores a 1998, na América Latina, não foram encontrados estudos a respeito do tema.

Foram utilizados os seguintes descritores de assunto: *ostomia; enfermagem e neoplasia*. Para cada um desses, foram selecionados os descritores padronizados que se relacionavam ao tema. Adotou-se os operadores booleanos *or* entre os descritores padronizados e *and* entre os descritores de assunto.

Os critérios de inclusão foram produções científicas disponibilizadas na íntegra, tendo como autores profissionais de saúde, independente da categoria, nos idiomas português e espanhol. Foram excluídos os documentos indisponíveis na íntegra e que não versavam sobre o tema em estudo.

Inicialmente foram encontrados 40 documentos, sendo 27 artigos, 9 teses e 4 capítulos de livro. Destes, apenas 4 atendiam aos critérios de inclusão. Estes foram submetidos a leitura analítica com posterior organização e elaboração de um quadro com as características de cada artigo, a saber: autores/ano de publicação/país, título, objetivo, método, amostra, principais achados e conclusões. (Estado da arte).

## DISCUSSÃO

Após a realizar os achados, verificou-se que:

### Caracterização dos artigos

De acordo com os critérios utilizados foram encontrados 4 documentos na íntegra disponibilizados on-line pela base de dados LILACS que adequavam-se aos objetivos do estudo. Todos os documentos selecionados apresentam-se como artigos, publicados no período de 1998 a 2012, sendo 1 estudo quantitativo e 3 revisões de literatura, todos em língua portuguesa. A estomaterapia surgiu no final dos anos 50 nos Estados Unidos da América, com o oferecimento de cursos de treinamento destinados aos pacientes ostomizados (14).

Em 1958, Norma Gill experenciou estar ileostomizada em decorrência de uma retocolite ulcerativa e, diante de suas dificuldades, procurou seu cirurgião, Dr. Turnbull, com a proposta de auxiliar outras pessoas ostomizadas. Dessa forma foi por ele contratada como técnica em estoma para atuar junto à pacientes estomizados na *Cleveland Clinic Foundation* (15).

Nos anos 60 e 70 os profissionais de saúde começaram a buscar treinamento especializado na área. Contudo, apenas a partir de 1980, a estomaterapia foi reconhecida como especialidade exclusiva do enfermeiro pelo *World Council of Enterostomal Therapists* (WCET). (14) Em 1993, a Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) foi fundada em no Brasil com o objetivo de promover o desenvolvimento técnico e científico dos profissionais em consonância com o *World Council of Enterostomal Therapists* (WCET).

Os quatro artigos selecionados propuseram-se a descrever a técnica de demarcação do estoma na parede abdominal, além de outros aspectos relevantes a serem considerados para que a localização do estoma seja adequada. Nunhum deles enfocou especificamente o paciente oncológico, em suas peculiaridades. Para dar prosseguimento à discussão utilizamos os artigos obtidos, além de outras literaturas pertinentes ao tema, relacionando ao paciente oncológico. Após a leitura, a categorização do estudo foi a **demarcação do estoma**, gerando subítens: a importância da demarcação, método de demarcação e peculiaridade da demarcação do paciente oncológico.

### A demarcação do estoma

Demarcar o estoma na parede abdominal significa delimitar uma região ideal e realizar a demarcação para que o cirurgião posicione o estoma em local que permita a adaptação/aderência de dispositivos coletores com o máximo de conforto para o paciente, facilitando a participação social e a otimização de recursos (15).

Na visita pré-operatória, o enfermeiro estomaterapeuta deve realizar a demarcação do local onde o estoma deve ser exteriorizado na parede abdominal, entre outras atividades. No casos de cirurgias eletivas, pode ser realizado no dia anterior a cirurgia ou algumas horas antes. Em caso de cirurgias de urgência/emergência, o procedimento pode ser realizado na sala operatória, apesar de ser mais complicado.

A atenção ao ostomizado deve ser integral e individualizada, devendo ser iniciada no período pré-operatório, de acordo com as suas necessidades, objetivando a construção de recursos para a sua reabilitação (16).

Além da avaliação geral pré operatória, na cirurgia geradora de estoma, outros aspectos devem ser enfatizados como a avaliação do estado nutricional, dos padrões de eliminações, existência de alergias, condições da parede abdominal e existência de necessidades especiais que interfiram na destreza e habilidade (alterações visuais, articulares, uso de aparelhos, próteses) (17).

## ESTADO DA ARTE

Autor(es), Ano e País	Título	Objetivo da Pesquisa	Método	Tamanho da Amostra	Principais Achados	Conclusões
MENDONÇA, R. de S.; VALADÃO, M.; CASTRO, L.; CAMARGO, T. C. 2007, Brasil.	A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais.	- Destacar a importância da sistematização na consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. - Descrever os aspectos a serem abordados e avaliados na consulta para se atingir um cuidado integral e humanizado.	Pesquisa bibliográfica, tendo como fontes artigos nacionais e internacionais e livros; leitura analítica do material coletado; elaboração da proposta de sistematização da consulta de enfermagem no pré-operatório de ostomias intestinais; utilização da teoria do autocuidado e do déficit de autocuidado de Orem como suporte teórico.	12 literaturas: 8 livros, 3 artigos nacionais e 1 artigo internacional.	- Descreve minuciosamente os cuidados no pré-operatório de ostomias, incluindo a avaliação física e psicossocial do paciente. - Apresenta uma proposta de sistematização da consulta de enfermagem no pré-operatório de ostomias intestinais, baseada na teoria de Orem. - Descreve a técnica de demarcação abdominal de estomas.	A assistência de enfermagem pré-operatória a esses pacientes deve incluir orientações gerais relativas ao tratamento cirúrgico e suas consequências e ações específicas para o autocuidado, incluindo nesse seguimento a demarcação abdominal do estoma.
MEIRELLES, C. A.; FERRAZ, C. A. 2001, Brasil.	Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados.	-Caracterizar os pacientes adultos cadastrados em um Programa de Educação e Apoio aos Ostomizados - Avaliar a qualidade da construção do estoma na parede abdominal, associando com o surgimento de complicações tardias.	-Estudo quantitativo, descritivo (não explicitado no artigo). - Os dados foram submetidos a operações estatísticas simples em porcentagem e cruzamento de variáveis.	50 sujeitos, sendo 76% portadores de colostomia e 34% portadores de ileostomias.	- Distribuição dos sujeitos por faixa etária e sexo. - Localização do estoma: 12% não demonstraram as especificações indicadas para a distância da linha da cintura, 2% para a crista ilíaca e 2% para a cicatriz cirúrgica; 96% estavam com o estoma inserido no músculo reto abdominal. - As complicações tardias aparecem em 44% dos sujeitos, sendo 28% hérnia periestomal, 16% prolapso de estomia e 4% hiperemia de pele.	A localização do estoma restringe ou potencializa a ocorrência de complicações. Os dados revelaram que, mesmo estando a maioria dos estomas localizados no músculo reto-abdominal, ocorreram 14 (28,0%) hérnias periestomais e oito (16,0%) prolapso de estoma. Fatores relativos à técnica cirúrgica, aumento da pressão intraabdominal e redução do tônus muscular colaboram para a incidência de tais complicações.
SANTOS, V. L. C. de G. 2000, Brasil.	Fundamentação teórica metodológica da assistência aos ostomizados na área da saúde do adulto.	Realizar uma revisão inovadora incluindo, além da abordagem técnico-científica, alguns aspectos éticos e legais que também fundamentam o cuidar da pessoa portadora de uma ostomia.	Revisão bibliográfica	20 literaturas: 9 nacionais e 11 internacionais.	Os cuidados específicos devem focar o preparo físico, nutricional, intestinal e de pele, incluindo, particularmente, a demarcação da localização do estoma como um fator essencial na recuperação e autonomia do autocuidado. Além disso, o preparo psicossocial também deve ser valorizado.	O trabalho interdisciplinar busca a otimização e potencialização dos recursos do sujeito/família para alcançar o melhor nível de qualidade de vida.
CESARRETTI, I. U.R. 1998, Brasil.	O enfermeiro e a demarcação prévia do estoma intestinal ou urinário	- Destacar os fatores de avaliação a serem utilizados ao selecionar o local para exteriorizar o estoma na parede abdominal como base para reabilitação do paciente. - Expor os métodos usados para demarcar o local do estoma - Descrever a atuação do enfermeiro durante o procedimento de demarcação.	Pesquisa bibliográfica com abordagem descritiva (não explicitado no artigo).	5 literaturas nacionais e 17 internacionais.	- Justifica a importância da seleção do local para posicionar o estoma; - Descreve os fatores de avaliação utilizados na seleção do local; - Descreve algumas circunstâncias especiais relacionadas à demarcação e à técnica empregada.	Selecionar e demarcar o local para o estoma intestinal e urinário ainda não é um procedimento sistematicamente desenvolvido na prática assistencial do enfermeiro, seja ele estomaterapeuta ou não.

Quanto às condições psicossociais, é fundamental a identificação da dinâmica e relacionamento familiar, onde são evidenciadas as relações, a sexualidade e os papéis exercidos, além das atividades de vida diária, de trabalho e lazer (18).

A localização adequada do estoma é fator determinante para a reabilitação e qualidade de vida do indivíduo e está relacionado à facilidade de manuseio, higienização e adaptação de dispositivo coletor. Do contrário, afirma a autora, um estoma mal localizado pode dificultar a adesão do dispositivo com consequente extravazamento de excretas que, em contato com a pele periestoma, pode causar lesões e infecções na pele e na ferida operatória. Esse tipo de problema pode aumentar os níveis de ansiedade do paciente e dificultar a sua (re)inserção social (13). A demarcação auxilia na promoção do auto-cuidado e redução da dependência de terceiros para realizar os procedimentos relativos ao estoma (16).

O risco de uma localização inadequada do estoma aumenta quando a demarcação não é realizada pois a posição supina propicia o relaxamento da musculatura abdominal, alterando o seu contorno, assim como a hiperextensão do corpo e posições incorretas na mesa cirúrgica (13). A Declaração dos Direitos dos Ostimizados foi elaborada em 1993 pela Associação Internacional de Ostimizados e expõe os direitos dos ostomizados de maneira geral. Entre eles está o de possuir um estoma bem contruído e bem localizado, que proporcione conforto ao paciente (17).

### **Peculiaridades da demarcação no paciente oncológico**

Anualmente há mais de 800.000 diagnósticos de câncer de cólon e reto no mundo, representando 9,4% e 10,1% de toda incidência de câncer em homens e mulheres, respectivamente (18).

Aproximadamente 9,4% de todos os cânceres são de cólon e reto. A distribuição geográfica no Brasil é bem similar entre homens e mulheres, apesar do câncer de reto ser cerca de 20% a 50% maior em homens na maioria das populações (19).

A história familiar e a predisposição genética ao desenvolvimento de doenças crônicas do intestino são os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento desse tipo de neoplasia. Além disso, uma dieta rica em gorduras animais, pobre em frutas, vegetais e cereais, assim como o consumo excessivo de álcool e o tabagismo, são fatores de risco para o aparecimento da doença. A idade também é considerada um fator de risco, e a incidência e a mortalidade elevam-se com o aumento da idade. A prática de atividade física regular está associada a um baixo risco de desenvolvimento (19).

Os fatores determinantes para escolha da cirurgia a ser realizada estão relacionados com o próprio tumor, com o paciente e com a equipe cirúrgica. Relacionados com o tumor são altura da localização, aspecto macroscópico, envolvimento circunferencial, fixação aos planos profundos e aspecto microscópico.

Os fatores relacionados com o paciente são sua funcionalidade, idade, sexo, presença de doença metastática, presença de doenças sistêmicas e comorbidades. Quanto à equipe cirúrgica, são importantes os recursos médico-hospitalares, a experiência da equipe e a relação equipe-paciente (20).

Para o câncer de cólon, a cirurgia possui intenção curativa em 75% dos casos, recomendando-se a excisão do tumor com margem de 5 cm. Em caso de aderência a outro órgão, a ressecção em bloco é necessária (21).

A radioterapia é apresentada como uma modalidade de tratamento utilizada em diversas doenças neoplásicas, podendo ter finalidade curativa ou paliativa. Consiste, segundo os autores, na propagação da radiação ionizante (capaz de retirar elétrons de sua órbita) através de fótons (não possuem massa nem carga) ou partículas (possuem massa e carga).

A dose da radiação é medida pela unidade Gray (Gy) e a aplicação é realizada basicamente de duas formas: a externa, denominada teleterapia, e a interna, braquiterapia. Na primeira forma de aplicação, o feixe de radiação ionizante é apontado para a região-alvo do corpo denominada campo, a uma distância determinada (aproximadamente 1 metro). Já na braquiterapia, o elemento radioativo é alocado próximo, em contato ou dentro do órgão a ser tratado (21).

Em qualquer um dos casos, a pele abdominal e da região perianal podem sofrer alterações perceptíveis ou não. Caso a radioterapia neoadjuvante seja necessária, especial atenção deve ser dada à pele da região abdominal pois pode ser necessária a construção de um estoma nesse local. Contudo, áreas irradiadas devem ser evitadas já que não há garantia de boa adesividade do dispositivo coletor nesse local (13).

Como outra forma de tratamento, a quimioterapia antineoplásica é uma modalidade sistêmica que pode ter objetivo curativo ou paliativo, dependendo do tipo e extensão da doença neoplásica e das condições físicas do paciente. Consiste na administração de uma ou mais substâncias químicas que atuam nos processos de crescimento e divisão celular. Os medicamentos, em sua maioria, são aplicados por via venosa, podendo também ser por via oral, intramuscular, subcutânea, tópica e intratecal (1). Os quimioterápicos não são seletivos apenas para as células tumorais. Os tecidos saudáveis que se renovam constantemente, como a medula óssea, os pêlos, a pele e a mucosa do tubo digestivo, são também atingidas pela ação dessas drogas. Todavia, como as células normais apresentam um tempo de recuperação previsível, a quimioterapia pode ser administrada repetidamente, desde que o intervalo necessário para a recuperação das células sadias seja respeitado. Por este motivo, a quimioterapia é aplicada em ciclos periódicos (4). Os efeitos terapêuticos e tóxicos dos quimioterápicos dependem do tempo de exposição e da concentração plasmática da droga. A toxicidade é variável para os diversos tecidos dependendo da droga utilizada (4).

As modalidades de tratamento do câncer pode ter sobre a qualidade de vida do paciente ostomizado. Em pacientes obesos, o estoma deve ser localizado nos quadrantes superiores (direito ou esquerdo), pois facilitará a visualização do estoma e, conseqüentemente o auto-cuidado. Em pacientes emagrecidos a demarcação do estoma deve ser realizada na parte superior do abaulamento infra-umbilical, evitando-se áreas escavadas, que podem dificultar a aderência do coletor (13).

Em pacientes idosos com ostomias abdominais participam de um grupo com especificidades importantes, a começar pelas alterações fisiológicas da pele e das possíveis comorbidades que podem afetar a capacidade de autocuidado relacionado ao estoma, como doenças neurológicas, distúrbios visuais e alterações na habilidade manual.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o envelhecimento da população mundial e a transição epidemiológica observada no Brasil, a morbimortalidade por câncer aumenta, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. O câncer de cólon e reto possui como modalidade principal de tratamento a cirurgia, podendo ser necessária a confecção de um estoma intestinal definitivo ou temporário. A depender do estadiamento e localização do tumor, outras terapias como a quimioterapia e radioterapia podem ser necessárias, contribuindo para a cura ou sobrevida do paciente.

Durante a produção do presente estudo, foi observado um número reduzido de produções com enfoque no tema abordado. Não foi encontrado nenhum artigo que abordasse as peculiaridades da demarcação no paciente oncológico. Apesar disso, ficou claro que, independente da doença de base, a construção de um estoma exige o acompanhamento pré, trans e pós operatório por enfermeiro especializado. Em todos os artigos, foi enfatizada a importância da demarcação do estoma na parede abdominal, delimitando uma região propícia para que o cirurgião o posicione, permitindo a adaptação dos dispositivos coletores, proporcionando assim, conforto para o paciente e facilitando principalmente a participação social e a realização de suas atividades habituais.

Outra conclusão relevante foi que todas as produções científicas captadas e utilizadas na análise e discussão deste estudo foram brasileiras, o que nos leva a inferir que a Estomaterapia no Brasil tem se interessado pela temática mais que em outros países da América Latina. Além disso, este achado aponta para uma produção científica na área que denota o envolvimento significativo dos enfermeiros brasileiros com a produção do conhecimento em Estomaterapia.

Para o cumprimento dos objetivos propostos optou-se por relacionar a literatura sobre demarcação do estoma com o conhecimento oncológico, descrevendo as principais situações encontradas nos pacientes para que a assistência seja integral e individualizada, priorizando o período pré-operatório como aquele em que é possível prevenir complicações e construir recursos para a reabilitação.

#### Cómo citar este artículo:

da Costa Silva, J; Zanei Borsatto, A; Rangel Teixeira, E; Ferreira Umpiérrez, A. Demarcação abdominal por enfermeira estomoterapeuta. Enfermería (Montev.). [Internet]. 2017 Jun [citado xxxx]; 6 (1) 12-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i1.1365>

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde, Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Consenso nacional de nutrição oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Consenso\\_Nutricao\\_internet.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Consenso_Nutricao_internet.pdf). Acesso em 23/03/2011.
2. World Health Organization – International Agency for Research on Cancer. Colorectal Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. France: Globocan; 2008.
3. Fernández Garrote LM. Red Iberoamericana de Epidemiología y Sistemas de Información del Cáncer. [Internet]. [citado May 2016]. Disponível em [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol\\_36\\_03\\_10/spu17310.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_36_03_10/spu17310.htm)
4. Ministério da Saúde, Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Ações de Enfemagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA, 2011. [Internet]. [citado May 2016]. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/enfemagem/index.asp>.
5. Ministério da Saúde, Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2012. [Internet]. [citado May 2016]. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010>.
6. Zampieri JC, Jabotá PP. En: Crema E, Silva E. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. Uberaba: Pinti; 1997.
7. Habr-Gama AE, Araujo SE. Estomas intestinais: aspectos conceituais e técnico. En: Santos V, Cesaretti IU. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2000.
8. Silva IJ, Oliveira MF, Silva SE, *et all*. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2009 Sep [citado 2017 May]; 43(3): 697-703. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>.
9. Ferreira A. Proceso de atención al paciente ostomizado: gestión de cuidados integrales. Montevideo: Ed. Psicolibros Waslala; 2011.
10. Marconi MA, Lacatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2007.
11. Cruz GMG, Ferreira RMRS, Neves PM. Cirurgias para câncer retal - estudo retrospectivo de 380 pacientes submetidos à cirurgia para câncer retal, ao longo de quatro décadas. [Rev Bras Coloproct] 2005 [acesso 22 de junho 2014]; 25 309-331. Disponible en: [http://www.sbc.org.br/revista/nbr254/p309\\_331.htm](http://www.sbc.org.br/revista/nbr254/p309_331.htm).
12. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

13. Cesaretti IUR. O enfermeiro e demarcação do local da estoma intestinal ou urinário. [Acta Paul.Enf.] [Internet] 1998 Oct-Dez. [acesso May 2017];60-69. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisCript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=239482&indexSearch=ID>
14. Santos VLCG. Fundamentação teórico-metodológica da assistência aos ostomizados na área da saúde do adulto. [Rev. Esc. Enf.] [Internet] 2000 Mar-Mai [acesso 15 maio 2010] 59 63. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a08.pdf>.
15. Meirelles CA, Ferraz CA. Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados. [Rev Latino-am Enfermagem] [Internet] 2001 Set- Out [acesso 15 maio 2010] 32 8. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7796.pdf>.
16. Mendonça RS, Valadão M, Castro L, Camargo TCA. Importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. [Revista Brasileira de Cancerologia] [Internet] 2007 Abr-Mai [acesso 21 outubro 2015] 431 45. Disponível em [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_53/v04/pdf/artigo5.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v04/pdf/artigo5.pdf). Associação Brasileira de Ostomizados. Declaração dos Direitos dos Ostomizados. Rio de Janeiro (RJ): ABRASO, 2003.
17. Gil-Delgado MA, Khayat D, Taieb J. Câncer do cólon e do reto. En: Pollock RE, *et al* Manual de oncologia clínica da UICC. 8 ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 2006.
18. Ferreira FO, *et. al*. Carcinoma do canal anal. En: Owalsky LP, *et al*. Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia. 3ed. São Paulo: Âmbito Editores; 2006.
19. Majerus E M, Birbaum E, Picus J. Processos malignos colorretais. En: Washington Manual de Oncologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
20. Waldron J N, O'Sullivan B. Principios da radioterapia oncológica. En: Pollock RE, *et al*. Manual de oncologia clínica da UICC. 8.ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 2006.

# AUTOEFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN MUJERES PRIMÍPARAS DE MADRID.

SELF EFFICACY OF BREAST FEEDING IN FIRST-TIME MOTHERS OF MADRID.

EFICÁCIA DAS MULHERES ALEITAMENTO MATERNO EM MARRÃS MADRID.

**Rafael Muñoz Cruz**

*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España.*

rafamunozcruz@gmail.com

ORCID: 0000-0001-9320-9409

**María Rodríguez Mármol**

*Enfermera. Hospital comarcal de Alcañiz. Teruel, España.*

ORCID: 0000-0003-1055-2135

<http://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i1.1366>

Recibido: 26/08/2016

Aceptado: 20/12/2016

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es estudiar los conocimientos de mujeres primerizas acerca de la lactancia materna, así como valorar la autoeficacia de ésta y analizar las diferencias en función de diversos factores sociodemográficos. Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal sobre 97 mujeres, mediante muestreo no probabilístico de conveniencia. Se utilizó un cuestionario previamente validado con preguntas sociodemográficas y 14 ítems sobre la autoeficacia de la lactancia materna, con cinco opciones de respuesta para cada ítem. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra para, posteriormente, llevar a cabo un análisis bivalente. La media de edad fue de 31,9 años; un 81,4% estaban casadas y un 22,7% no tenían estudios. Un 67% de las madres estudiadas fueron de nacionalidad española. Se encontraron diferencias significativas referidas a la nacionalidad, al estado civil y al nivel de estudios de la mujer. Se concluyó que la autoeficacia de la lactancia materna en la muestra estudiada es, en general, deficitaria. Las mujeres primerizas no se sienten capacitadas para llevar a cabo las circunstancias que se les propone.

**Palabras clave:** Autoeficacia, Lactancia Materna, Responsabilidad Parental, Paridad.

## ABSTRACT

The aim of this work is to study the knowledge of first time mothers about breastfeeding, to assess its efficacy and to analyze differences depending on various sociodemographic factors. It was carried out a cross-sectional descriptive study on 97 women through non-probability convenience sampling. A previously validated questionnaire was used, with sociodemographic questions and 14 items on the efficacy of breastfeeding and five possible answers for each item. A descriptive analysis

of the sample was performed to subsequently carry out a bivariate analysis. The mean age was 31.9 years, 81.4% were married and 22.7% had no education. 67% of the mothers studied were of Spanish nationality. Significant differences regarding nationality, level of studies and marital status were found. It was concluded that the efficacy of breastfeeding in the study sample is generally lacking. First time mothers do not feel able to carry out the circumstances proposed to them.

**Keywords:** Self Efficacy, Breast Feeding, Parental Responsibility, Parity.

## RESUMO

O objetivo deste estudo é estudar o conhecimento das mulheres gilts sobre amamentação, e para avaliar a eficácia deste e analisar diferenças dependendo de vários fatores sociodemográficos. Foi realizado um estudo descritivo transversal em 97 mulheres por meio de amostragem por conveniência não probabilística. previamente validado questionário com questões demográficas e 14 itens sobre a eficácia da amamentação, com Foram utilizados cinco opções de resposta para cada item. A análise descritiva da amostra foi realizado para levar posteriormente a uma análise bivariada. A idade média foi de 31,9 anos, 81,4% eram casados e 22,7% não tinham estudos. 67% das mães estudadas eram de nacionalidade espanhola. Foram encontradas diferenças significativas em relação à nacionalidade, nível de estudos e estado civil. Concluiu-se que a eficácia da amamentação na amostra do estudo é geralmente falta. Gilts as mulheres não se sentem capacitados para realizar as circunstâncias que lhes são propostas.

**Palavras-chave:** Autoeficácia, Aleitamento Materno, Poder Familiar, Paridade.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, ya que está demostrado que los niños alimentados exclusivamente con leche materna presentan menos enfermedades como la diarrea, las infecciones respiratorias o la otitis media aguda (1-6). Los beneficios de la lactancia materna dependen del momento de inicio, de la duración y de la incorporación progresiva de la alimentación (5, 7). A pesar de eso, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva a nivel mundial es menor al 40% en los primeros seis meses (8).

La autoeficacia es la percepción de las madres sobre su capacidad para dar el pecho, y está influenciada por la experiencia previa de la madre, el aprendizaje por observación, su estado fisiológico y afectivo y la persuasión verbal (9). Es un factor modificable que puede predecir la duración y la exclusividad de la lactancia (10).

Existen factores que no favorecen la lactancia materna, como es el caso de hospitales que no tengan un programa que la fomente, una baja escolaridad de los padres o la ocupación laboral de las madres, así como determinados factores socioculturales de la madre (11-16). También están los problemas derivados de la lactancia inadecuada, como es la producción de grietas, el dolor o la creencia de que el bebé no ha quedado satisfecho (17, 18).

Por contra, hay factores que van a favorecer la lactancia, como es el caso del deseo de la madre de amamantar, el apoyo de personas cercanas a ella y el importante papel de los profesionales de Enfermería a la hora de ofrecer una información adecuada sobre lactancia (19-21). Existen muchos mitos sobre la lactancia que son falsos y que se transmiten de una generación a otra, de ahí la importancia de la información sobre nutrición que se les da a los padres (22-24).

El objetivo del presente artículo es estudiar la autoeficacia en la lactancia que un grupo de mujeres primerizas de Madrid proporcionan a sus bebés. También se analizará la diferencia que puede existir en esta autoeficacia en función de diversos factores sociodemográficos.

## METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal sobre una muestra de 100 mujeres en periodo de lactancia materna, en la ciudad de Madrid. Del total de la muestra hubo 3 casos perdidos, por lo que se contabilizaron a 97 mujeres. Se realizó un muestreo no probabilístico de conveniencia, cuyos criterios de inclusión fueron mujeres primerizas en los primeros seis meses de lactancia materna.

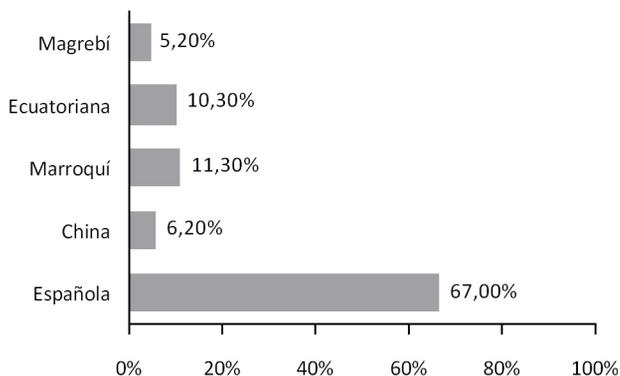
Los datos fueron recogidos durante los meses de agosto a noviembre del 2015, cuando las mujeres acudían a la consulta de revisión de Tocología o a la Consulta del Niño Sano. Se utilizó

la versión española de la Breastfeeding Self-Efficacy Scale, una escala que mide la autoeficacia de la lactancia materna (25). Dicha escala consta de 14 ítems precedidos de la frase “Yo siempre puedo”, y se puntúa del 1 al 5, siendo 1 “Nada en absoluto” y el 5 “Siempre”. Este instrumento fue validado obteniendo una alfa de Cronbach de 0,79. Se trata de una escala autoadministrada de forma anónima y voluntaria, previo consentimiento informado.

Los datos obtenidos se procesaron con el paquete estadístico SPSS 15, realizándose cálculos descriptivos a través de media y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas, mientras que para las variables cualitativas se usaron frecuencias absolutas y relativas. En los análisis donde la variable independiente era cualitativa dicotómica y la dependiente era cuantitativa se llevó a cabo con el estadístico t-Student, y en los casos donde este no podía utilizarse, ya que no cumplía los requisitos de normalidad y homocedasticidad, se llevó a cabo a través de la U de Mann-Withney. En todos los casos fue considerado que existen diferencias estadísticamente significativas cuando el valor de significación es menor a 0,05. En aquellos contrastes donde se encontraron diferencias significativas se llevó a cabo el cálculo de la fuerza de asociación a través de la D de Cohen.

## RESULTADOS

Se llevó a cabo un estudio sobre una muestra de 97 mujeres primerizas, que se encontraban en el periodo de lactancia materna. La media de edad de la muestra fue de 31,97 ±7,072 años, con un rango de edad de 18 a 45. En cuanto al estado civil, 79 (81,4%) estaban casadas según sus creencias o costumbres y 18 (18,6%) fueron madres solteras. Del total de mujeres, 22 (22,7%) no tenían cursados estudios, 20 (20,6%) habían cursado estudios primarios, 36 (37,1%) tenían estudios secundarios y 19 (19,6%) presentaban títulos universitarios. En cuanto a la distribución según la nacionalidad de la participante, se obtuvieron los resultados expuestos en la siguiente gráfica:



Fuente: Elaboración propia (2016)

Gráfica 1. Porcentaje de nacionalidades incluidas en la muestra.

En el análisis descriptivo del cuestionario, calculando la media y DE de cada ítem, se obtuvieron los resultados expuestos en la siguiente tabla: (ver Tabla 1).

El análisis bivalente se realizó en función del estado civil, de la nacionalidad y del nivel de estudios. Para este análisis segmentamos la muestra en función de no tener estudios o tener estudios primarios (43,29%) frente a tener estudios secundarios o universitarios (56,71%) (ver Tabla 2).

## **DISCUSIÓN**

En la mayoría de los ítems, la respuesta mayoritaria fue “casi nunca”, con una media de puntuación entre 2,09 y 2,87 excepto para los ítems 7, 9, 11 y 12, que obtuvieron medias y modas mayores. En este punto es conveniente resaltar el estudio de Nursan, Dilek y Sevin en 2013, donde el 75% de las mujeres estudiadas consideraron que la lactancia era una experiencia satisfactoria, factor al que se refiere el ítem 9 del presente artículo (10). Destaca que el ítem con una valoración media más alta fue el referido a “En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé”, concretamente casi de 3.5 sobre 5. Estos resultados son opuestos a los obtenidos por Mata y Pérez en 2013, donde se muestra que la sensación de que la toma es insuficiente está señalada como una de las causas principales para el destete (17).

En el análisis bivalente, al estudiar las diferencias en función del estado civil, son las casadas las que se sienten más capacitadas para las afirmaciones que corresponden “Siempre me apañó bien con la lactancia, igual que con otros retos de mi vida” y “Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí”. Estos datos están enfrentados a los obtenidos por Pino y cols., por Espinoza y cols., y a los obtenidos por Niño, Silva y Atalah, donde el estado civil no mostró diferencias significativas respecto a la lactancia materna (8, 18, 25). Respecto a la nacionalidad, son las mujeres inmigrantes las que se encuentran más capaces para apañarse bien con la lactancia, al igual que con otros retos, tal como ocurre con los resultados de Peña, donde la capacidad para vencer obstáculos se muestra como un factor favorecedor de la lactancia materna. Las mujeres inmigrantes también se ven más capaces para amamantar a su bebé sin leche artificial y para mantener las ganas de amamantar (ítems 2, 3 y 7), a diferencia de los resultados obtenidos por de las Heras en 2014, donde se concluye que el abandono de la lactancia materna en mujeres inmigrantes se produce, precisamente, por la introducción de leche artificial (13, 14). Por otro lado, las madres españolas se sienten más seguras de poder manejar la lactancia y de llevar bien el hecho de que la lactancia consume parte de su tiempo (ítems 5 y 10) aunque, tal y como afirman Belintxon, Zaragüeta, Adrián y López, la lactancia materna puede producir una desorganización de la vida de

la mujer (19). Cabe decir que esta influencia de la inmigración puede venir dada por las dificultades en la adaptación cultural y lingüística de las mujeres al llegar a un nuevo país.

También se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del nivel de estudios de las mujeres para los ítems referidos a la experiencia satisfactoria para el bebé y sobre si el pecho es suficiente para alimentar a su hijo, relación que puede ser explicada porque, tal y como concluye el estudio de Cabrera, Mateus y Carvajal, la falta de estudios o sólo poseer estudios primarios está asociado a un uso precoz de sustitutos de la leche materna (7).

En general se puede afirmar que la población estudiada tiene déficits en la autoeficacia de la lactancia, que pueden estar influenciados por factores como el acompañamiento, la cultura o el nivel de formación de cada mujer. Además, es posible que una formación sobre lactancia durante el embarazo aumente la autoeficacia en esta práctica, ya que en este aspecto los resultados hallados son contrarios a los obtenidos por Anguiano y cols., donde casi la mitad de las encuestadas presentó un nivel alto de conocimientos sobre lactancia materna, así como con los de Cabrera, Mateus y Carvajal, donde concluye que el nivel de conocimientos de su muestra es adecuado. Por otro lado, las mujeres de la muestra afirman que no se sienten capaces de realizar muchas de las acciones que se proponen en el cuestionario del presente estudio (7, 24). Todo esto supone un problema no sólo para el bebé, debido a los beneficios que produce la lactancia materna, sino también para la familia y, en último término, para los servicios de salud que van a ver como influye negativamente el fracaso de la lactancia en sus perspectivas económicas, debido a la prevención de enfermedades y problemas que la leche de la madre aporta (25).

Entre las limitaciones del estudio se encuentran las propias de un muestreo no probabilístico, lo que supone que los resultados no se pueden generalizar a otras poblaciones. Como propuesta de estudio para el futuro se plantean investigaciones basadas en la formación acerca de lactancia materna a aquellas mujeres en las primeras semanas de embarazo para lograr una mayor autoeficacia de la lactancia materna.

## **CONCLUSIONES**

Se concluye que en la muestra estudiada hay un déficit de autoeficacia en la lactancia materna. Además, las mujeres primíparas no se sienten, en general, capacitadas para llevar a cabo las circunstancias que se les propone en el cuestionario. Como se ha visto, existen diversos factores sociodemográficos como el estado civil, la nacionalidad de las madres o el nivel de estudios que van a influir en algunos aspectos relacionados con la autoeficacia.

**Tabla 1.** Análisis descriptivo del cuestionario a través de media y DE.

	Media ±DE
1.- Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche	2,16 ±1,048
2.- Siempre me apaño bien con la lactancia, igual que con otros retos de mi vida	2,36 ±1,091
3.- Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento	2,87 ±1,296
4.- Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma	2,55 ±1,137
5.- Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí	2,38 ±1,065
6.- Siempre puedo dar de mamar, incluso cuando el bebé está llorando	2,53 ±1,200
7.- En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé	3,03 ±1,185
8.- Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia	2,09 ±1,001
9.- Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí	3,07 ±1,409
10.- Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consuma parte de mi tiempo	2,37 ±1,054
11.- Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro	2,62 ±1,150
12.- En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé	3,47 ±1,165
13.- Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide	2,70 ±1,284
14.- Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar, sé responder si lo ha hecho o no	2,57 ±1,172

Fuente: Elaboración propia (2016)

**Tabla 2.** Diferencias significativas a través del estadístico U de Mann-Whitney.

<b>Estado civil (Casada/Soltera)</b>			
	Valor de p	D de Cohen	IC 95%
2. Siempre me apaño bien con la lactancia, igual que con otros retos de mi vida	0,027	0,61	[0,20-1,02]
9. Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí	0,020	0,62	[0,21-1,01]
<b>Nacionalidad (Inmigrante/Española)</b>			
	Valor de p	D de Cohen	IC 95%
2. Siempre me apaño bien con la lactancia, igual que con otros retos de mi vida	0,001	0,79	[0,37-1,20]
3. Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento	0,021	0,52	[0,11-0,98]
5. Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí	0,003	-0,70	[-1,11; -0,28]
7. En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé	0,001	0,80	[0,38-1,22]
10. Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consuma parte de mi tiempo	0,034	-0,49	[-0,90; -0,09]
<b>Nivel de estudios (sin estudios o primarios/ secundarios o universitarios)</b>			
	Valor de p	D de Cohen	IC 95%
9. Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí	0,008	-0,59	[-1,00; -0,18]
12. En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé	0,009	-0,46	[-0,86; -0,05]

Fuente: Elaboración propia (2016)

**Cómo citar este artículo:** Muñoz Cruz, R; Rodríguez Mármol, M. Autoeficacia de la lactancia materna en mujeres primíparas de Madrid. *Enfermería (Montev.)*. [Internet]. 2017 Jun [citado xxxx]; 6 (1) 19-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i1.1366>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliver-Roig A, Chulvi-Alabort V, López-Valero F, Lozano-Du-  
ra MS, Seva-Soler C, Pérez-Hoyos S. Momentos críticos de  
abandono de la lactancia materna en un seguimiento de 6  
meses. *Enfermería Clínica* 2008;18 (6):317-320.
2. Fernández IM, González CT. Lactancia materna: preven-  
ción de problemas tempranos en las mamas mediante  
una técnica de amamantamiento eficaz. *Enfermería Global*  
2013;12(31):443-451.
3. Bolado A, Crespo S, Hernáiz M, Hoz A, Lasarte L, Lla-  
no C et al. Estudio y análisis de los conocimientos sobre  
lactancia materna en el puerperio inmediato. *Nuberos*  
2010;14(56):18-23.
4. Sanabria M, Coronel J, Díaz C, Salinas C, Sartori J. Perfil de la  
lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal.  
*Revista chilena de pediatría* 2005;76(5):530-535.
5. Bautista LE. Factores asociados al inicio de la lactancia ma-  
terna en mujeres dominicanas. *Rev Panam Salud Pública*  
1997;1:200-207.
6. Haider R, Islam A, Hamadani J, Amin N, Kabir I, Malek M, et  
al. Orientación sobre lactancia materna en un hospital para  
enfermedades diarreicas. *Pan American Journal of Public  
Health* 1997;1:355-361.
7. Cabrera G, Mateus J, Carvajal R. Conocimientos acerca de la  
lactancia materna en el Valle del Cauca, Colombia. *Rev Fac  
Nac Salud Pública* 2003;21:27-41.
8. Pino JL, López MÁ, Medel AP, Ortega A. Factores que in-  
ciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en  
una comunidad rural de Chile. *Revista chilena de nutrición*  
2013;40(1):48-54.
9. Marco TD, Martínez D, Muñoz MJ, Sayas I, Oliver-Roig A, Ri-  
chart-Martínez M. Valores de referencia españoles para la  
versión reducida de la Escala de Autoeficacia para la Lactan-  
cia Materna BSES-SF. *An Sist Sanit Navar* 2014;37(2):203-  
211.
10. Nursan C, Dilek K, Sevin A. Breastfeeding Self-efficacy of  
Mothers and the Affecting Factors. *Aquichan*  
2014;14(3):327-335.
11. Gasa A, Pié N, Martorell MA. Principales factores que in-  
fluyen en el abandono precoz de la lactancia materna.  
*Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*  
2013;10(41).
12. Margotti E, Epifanio M. Aleitamento materno exclusivo  
e a Escala de Autoeficácia na Amamentação. *Rev Rene*  
2014;15(5).
13. de las Heras J, Lobato CL, Delgado E, Reina MJ, Rodríguez  
IM, Aranda AM. Lactancia e interculturalidad: estudio com-  
parativo del éxito y la adherencia de la lactancia materna  
entre la población autóctona e inmigrante dentro de un  
mismo contexto deprimido. *Biblioteca Lascasas* 2014;10(3).
14. Peña Mijangos MI. Factores promotores de salud y prácti-  
ca de lactancia materna 2000. Universidad Autónoma de  
Nuevo León.
15. Puig N, Gazo A, Gómez P, Higuera E, López AI, Salazar S. Co-  
nocimientos, valores y creencias sobre lactancia materna.  
*Enfermería Científica Altoaragonesa* 2010;5.
16. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa  
Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados  
con la duración de la lactancia materna exclusiva durante  
los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa.  
*Gac Sanit* 2015;29(1):4-9.
17. Mata MJ, Pérez A. Lactancia materna: factores asociados a  
su abandono y su continuidad. *Paraninfo Digital* 2013;7(18).
18. Espinoza C, Zamorano CA, Graham S, Orozco A. Facto-  
res que determinan la duración de la lactancia materna  
durante los tres primeros meses de vida. *An Med (Mex)*  
2014;59(2):120-126.
19. Belitxon-Martín M, Zaragüeta MC, Adrián MC, López-Dicas-  
tillo O. El comienzo de la lactancia: experiencias de madres  
primerizas. *An Sist Sanit Navar* 2011;34(3).
20. Peripolli A, de Mello SM, Cardoso C, de Azevedo L. Factors  
those influence in self-efficacy of breastfeeding: an integra-  
tive review. *Journal of Nursing* 2013;7.
21. Anguiano AC, Marín MM, Lemus BM, Galván G, Lizalde  
A, Álvarez C. Nivel de conocimientos de las madres ado-  
lescentes acerca de la lactancia materna. *Paraninfo Digital*  
2013;7(19).
22. Escobedo E, Grande A, Pazos L, López L, Pavón MJ, Casa-  
do C. Valoración de los conocimientos sobre lactancia ma-  
terna en madres primerizas de Sevilla. *Paraninfo Digital*  
2012;6(16).
23. Paricio J, Santos L, Fernández A, Martí E, Bernal A,  
Ferriol M, et al. Lactancia materna: conocimientos, ac-  
titudes y ambigüedad sociocultural. *Atención primaria*  
1999;24(6):337-343.
24. Llopis Rabout-Coudray M, López-Osuna C, Durá Rayo M,  
Richart Martínez M, Oliver-Roig A. Fiabilidad y validez de  
la versión española de una escala de autoeficacia en la lac-  
tancia materna. *Matronas Prof* 2011;12(1):3-8.
25. Hansen K. Breastfeeding: a smart investment in people and  
in economies. *The Lancet* 2016;387(10017).
26. Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lac-  
tancia materna exclusiva. *Revista chilena de pediatría*  
2012;83(2):161-169.

**ANEXO**

**Anexo.** Cuestionario utilizado. Versión Española de la Breastfeeding Self-Efficacy Scale (25).

Ítem	1	2	3	4	5
1. Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche					
2. Siempre me apaño bien con la lactancia, igual que con otros retos de mi vida					
3. Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento					
4. Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma					
5. Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí					
6. Siempre puedo dar de mamar, incluso cuando el bebé está llorando					
7. En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé					
8. Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia					
9. Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí					
10. Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consuma parte de mi tiempo					
11. Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro					
12. En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé					
13. Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide					
14. Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar, sé responder si lo ha hecho o no					

# NECESIDAD DE CUIDADOS CULTURALMENTE CONGRUENTES EN PERSONAS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR AL FINAL DE LA VIDA

NEED OF CULTURALLY COHERENT CARE FOR PEOPLE  
WITH CARDIOVASCULAR DISEASE AT THE END OF THEIR LIFE

NECESSIDADE DE CUIDADOS CULTURALMENTE CONGRUENTES  
EM PESSOAS COM DOENÇA CARDIOVASCULAR AO FINAL DA VIDA

**Mónica Johana Muñoz Cardona**

*Universidad de Antioquia*

mumonica@hotmail.com

ORCID: 0000-0003-2200-1955

**María del Carmen Zea Herrera**

*Universidad de Antioquia*

ORCID: 0000-0001-6312-9694

<http://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i1.1306>

Recibido: 12/12/2016

Aceptado: 15/04/2017

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue conocer las prácticas de cuidado que identifican los cuidadores familiares de personas con enfermedad cardiovascular al final de la vida. Se realizó una investigación cualitativa, que utilizó el método etnográfico particularista, en Medellín, Colombia, entre septiembre de 2014 y junio de 2015. Las participantes fueron mujeres cuidadoras familiares de personas con enfermedad cardiovascular en la etapa final de la vida. El estudio fue efectuado en tres escenarios de cuidado: domicilios, instituciones hospitalarias y centro geriátrico con unidad de cuidados paliativos. Con base en el análisis de los datos, emergió la categoría "Prácticas de Cuidado", que contiene cuatro subcategorías: a) Estar pendientes: insistir al paciente, brindar cuidados respiratorios, alimentarios, de hidratación, temperatura corporal, eliminación urinaria y fecal, movilidad y postura, cuidados de la piel, higiene y estéticos; b) Mitigar el dolor y el sufrimiento; c) Cuidados espirituales; y d) Cuidados paliativos. Del estudio se concluye que unas buenas prácticas cuidantes exigen conocimientos específicos por parte de las cuidadoras familiares, de las personas con enfermedad cardiovascular en la etapa final de la vida, así como de la patología misma. Además, se requiere un abordaje desde la multidimensionalidad humana para tomar decisiones acertadas y respetuosas culturalmente, con cuidados orientados al binomio (paciente- cuidador familiar).

**Palabras clave:** Investigación de Enfermería, Investigación cualitativa, Cuidados Paliativos, Enfermedades Cardiovasculares, Etnografía.

## ABSTRACT

One of the goals of this study was to know the care practices performed by caregivers who look after people with cardiovascular disease at the end of their life. A qualitative research was conducted using the particularist-ethnographic method in Medellín, Colombia, between September 2014 and June 2015. The participants were all women, family caregivers of persons presenting cardiovascular disease in their final stage of life. The study was carried out in three scenarios: patient homes, hospital centers and a geriatric center with a palliative care unit. The analysis of the data led to the emergence of the Caring Practices category, which includes four subcategories: a. To be alert: insisting with the patient, providing respiratory, feeding and hydration care, checking body temperature, urinary and fecal elimination, mobility and posture, providing skin, hygiene and esthetic care. b. To mitigate any pain and suffering. c. Spiritual care. d. Palliative care. From the study it can be concluded that good caring practices demand that family caregivers must have specific knowledge to properly look after people with cardiovascular disease in the final stage of life, and also about the pathology itself. It is also required an approach from the point of view of human multiple dimensionality in order to make correct and culturally respectful decisions, with care oriented both to the patient and the caregiver.

**Keywords:** Nursing Research, Qualitative Research, Palliative Care, Cardiovascular Diseases, Ethnography.

## RESUMO

Um objetivo do estudo foi conhecer as práticas de cuidado que identificam os cuidadores familiares de pessoas com doença cardiovascular ao final da vida. Uma pesquisa qualitativa foi feita por meio do método etnográfico particularista na cidade de Medellín, Colômbia entre setembro de 2014 e junho de 2015. As participantes foram mulheres cuidadoras familiares de pessoas com doença cardiovascular na etapa final da vida. O estudo foi efetuado em três cenários de cuidado: domicílios, instituições hospitalares e centro geriátrico com unidade de cuidados paliativos. Com base na análise, emergiu a categoria práticas de cuidado, que contém quatro subcategorias: a. Estar atentos: teimar com o paciente, brindar cuidados respiratórios, alimentares, de hidratação, temperatura corporal, eliminação urinária e fecal, mobilidade e postura, da pele, higiene e estéticos. b. Mitigar a dor e o sofrimento. c. Cuidados espirituais. d. Cuidados paliativos. Do estudo se conclui que umas boas práticas de cuidado exigem que as cuidadoras familiares tenham conhecimentos específicos das pessoas com doença cardiovascular na etapa final da vida, assim como da mesma patologia. Além disso, requer-se uma abordagem desde a multidimensionalidade humana para tomar as decisões certas e culturalmente respeitadas, com cuidados orientados ao binômio (paciente – cuidador familiar).

**Palavras Chave:** Pesquisa em Enfermagem, Pesquisa Qualitativa, Cuidados Paliativos, Doenças Cardiovasculares, Etnografia.

## INTRODUCCIÓN

El final de la vida continúa siendo para la cultura occidental un tema tabú, sensible, de mucha expectativa y recordación para quienes lo viven. De acuerdo con Ruland & Moore, el cuidado al final de la vida consiste en proporcionar el mejor cuidado posible mediante el uso juicioso de la tecnología y de las medidas de bienestar, para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila de las personas (1). El objetivo de cuidado en esta etapa se enfoca en la proporción de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el alivio de los síntomas, la adecuada comunicación, la toma de decisiones asertivas, mejorar el aspecto psicológico, el apoyo emocional, la dignidad y el respeto a la persona enferma, a su cuidador y a su familia.

Como problemas en el estudio se plantean situaciones tales como la necesidad de interacción entre el personal de salud y la familia en la orientación y acompañamiento para el final de la vida de la persona que padece la enfermedad (2-4); la sobrecarga de trabajo para el cuidador del paciente (5-6); la enfermedad cardiovascular como problema de salud en el mundo y en Colombia; las personas con enfermedad cardiovascular en fase terminal de la enfermedad, como grupo infratratado en comparación con las personas que padecen enfermedad oncológica (7-9); y finalmente los vacíos en la investigación en enfermería, a pesar de que existen estudios en la disciplina con relación a cuidados paliativos o el buen morir en el paciente con enfermedad cardiovascular; los existentes en su mayoría lo muestran como un fenómeno cuantitativo, todavía externo a las personas (10-14).

La revisión del concepto de cuidados al final de la vida para el paciente con enfermedad cardiovascular guarda relación con el desarrollo de los cuidados paliativos no oncológicos. Las investigaciones hacen manifiesta la necesidad de fortalecer el avance de esta área más allá de las personas enfermas de cáncer (1, 3).

Existen pocos estudios acerca de los elementos que constituyen los cuidados para la persona con enfermedad cardiovascular en la etapa final; los existentes se han enfocado desde la fisiopatología, en función de comprender las respuestas metabólicas y cambios estructurales, en los cuales las enfermeras se han interesado por el diseño y aplicación de escalas para medir la calidad de la atención o la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular (15-17). También algunos estudios hablan de las experiencias de vida de las personas enfermas: sentimientos, significados, percepciones; la investigación hallada respecto al final de la vida del paciente con enfermedad cardiovascular precisa relación con los conceptos de cuidado paliativo no oncológico, al paciente en fase terminal o al final de la vida y atención tanatológica (18, 21-24). Por otro lado es importante resaltar que en México se ha avanzado de manera significativa en la investigación de cuidados al final de la vida para la persona con enfermedad cardiovascular; lo exponen bajo el concepto de tanatología, que sugiere facilitar desde el inicio del proceso a paciente-familia el acompañamiento para la elaboración del duelo y posterior a la muerte; se documentan programas de atención en sesiones terapéuticas donde paciente-familia se expresan con relación a su experiencia de enfermedad en fase terminal, y se señala en la literatura que estos programas favorecen el proceso de duelo y previenen problemas bioéticos (conspiración del silencio, representación de la comedia o tratamiento médico fútil), claudicación del cuidador primario o duelos complicados, además de favorecer la muerte digna (25,26).

En Colombia, por el contrario, no se encontraron estudios publicados con relación al buen morir o cuidados paliativos en pacientes con cardiopatías. La tendencia de investigación resalta la importancia de la dimensión espiritual del cuidado, las percepciones del paciente y de la familia en situación crítica o de cronicidad (27-29). No hay evidencia de investigación en Colombia de cuidados paliativos o de calidad de los cuidados al final de la vida para esta población específica de pacientes. Por los anteriores argumentos, el presente estudio buscó describir los significados que construyen los cuidadores familiares de los cuidados al final de la vida de personas con enfermedad cardiovascular. En el desarrollo del presente artículo se abordará uno de sus objetivos, orientado a conocer las prácticas de cuidado que identifican los cuidadores familiares de personas con enfermedad cardiovascular al final de la vida en tres diferentes escenarios de cuidado: el domicilio, el hospital y el hogar geriátrico con unidad de cuidado paliativo.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó en la ciudad de Medellín, Colombia entre septiembre de 2014 y junio de 2015. Se hizo un estudio cuali-

tativo y se aplicaron herramientas del método etnográfico. Los participantes, un grupo heterogéneo, fueron ocho cuidadoras familiares que estaban viviendo o habían vivido la experiencia de cuidar personas con enfermedad cardiovascular en etapa final de la vida, quienes tenían diferente edad, parentesco, religión, nivel de formación y condición socioeconómica.

Como *criterios de inclusión* se consideraron: cuidadores familiares que estaban o estuvieron más tiempo cuidando un paciente con enfermedad cardiovascular en la fase final, mayores de edad, hombres o mujeres, que aceptaran participar voluntariamente y firmaran el consentimiento informado. Como *criterios de exclusión*: que fueran cuidadores familiares de pacientes con enfermedad oncológica o que no desearan participar del estudio.

Específicamente se abordaron características de la etnografía particularista; considerando que la investigación fue desarrollada en un periodo de tiempo limitado, corto pero de manera intensiva; se tomó parte de una subcultura, un grupo pequeño de cuidadores familiares dentro de su entorno contextual (30). Del método etnográfico se usaron características esenciales: la reflexividad; la recolección de datos a través de la observación y la entrevista; la descripción contextualizando los actores y los escenarios en su ambiente físico natural; la visión desde la perspectiva del participante (emic) y del investigador (etic) (31).

La recolección de los datos se obtuvo a través de 100 horas de observación y de ocho entrevistas a las cuidadoras familiares. En el periodo de trabajo de campo se tuvo relación con personas clave o porteros (las enfermeras, personas del voluntariado, amas de casa, amigos, vecinos, compañeros de trabajo), quienes facilitaron el contacto con las cuidadoras familiares participantes del estudio que cumplían con los criterios de inclusión, así como el acceso a los escenarios ideales donde ellos se encontraban (32).

Previo al inicio del trabajo de campo en las instituciones hospitalarias y de cuidados paliativos se hizo la negociación para el acceso, mediada por permisos oficiales y avales éticos formales; luego se hicieron recorridos semanales en los escenarios de cuidado y la obtención del censo de pacientes y cuidadores presentes los servicios, lo que permitió establecer contactos para concertar la realización de las entrevistas en el tiempo y espacio propuesto por los participantes.

En el estudio se hizo observación participante: el observador participa sólo estando en la locución en vez de ser miembro activo del grupo estudiado. En este caso el investigador puede observar unidades particulares pero no trabajar de manera directa como parte de la fuerza laboral donde desarrolla el trabajo de campo (33).

La observación se desarrolló sin la ayuda de guías escritas; se tuvieron como puntos de orientación los objetivos de la investigación. Se observaron los diferentes escenarios en los que acontece el cuidado del final de la vida de las personas con enfermedad cardiovascular, las prácticas de cuidado, las dinámicas e interacciones, rituales y cotidianidades entre cuidadores familiares, pacientes y el personal de salud (34).

Durante el proceso investigativo se llevó diario de campo, donde se consignó el producto de las observaciones, de las conversaciones informales con otros actores, las entrevistas y notas de campo. Las entrevistas fueron no estructuradas, enfocadas en las situaciones generadas, resultado del estado de salud de la persona cuidada y hasta el final de la vida. Previamente se aclaraba con los participantes en qué consistía el encuentro; se les recordó que era un trabajo investigativo, se hizo lectura y explicación del consentimiento informado; posteriormente accedieron de forma libre a participar, firmaron y autorizaron la grabación de dicha conversación. Las cuidadoras entrevistadas relataron, con sus propios términos, hechos y cuidados del final de la vida de su paciente y lo que les significó haber vivido esa experiencia (35).

Previo a la salida del campo se hizo un grupo focal, con el fin de dar informes parciales del estudio y validar hallazgos como, por ejemplo, ver si las cuidadoras se reconocían o veían reflejada su vivencia en el trabajo. El grupo citado fue heterogéneo en edad, experiencia y nivel de formación; se pidió y se obtuvo consentimiento verbal para la participación, que fue de manera voluntaria y también se autorizó la grabación del audio. Durante la sesión los cuidadores reafirmaron qué significaban para ellos y para los pacientes la enfermedad y la muerte; se sintieron reflejados en su experiencia, en las prácticas de cuidado y en las complejidades que enfrentaban.

La recolección de la información finalizó siguiendo el criterio de saturación de los datos, lo que denota que con el análisis de nueva información se llega a redundancia y no emergen propiedades o dimensiones que amplíen las variaciones encontradas (36).

En cuanto al análisis de la información, se llevaron a cabo simultáneamente los procesos de recolección y análisis de los datos, la lectura cuidadosa de la información inicial recogida de diferentes fuentes, se ordenaron y seleccionaron observaciones, entrevistas y notas, se hizo relectura, se segmentaron párrafo por párrafo en tarjetas manuales, se identificaron las unidades significativas, códigos o palabras claves hasta el punto de encontrar una estrecha familiaridad con ellas y se buscaron relaciones iniciales entre ese corpus global (37).

Se detectaron los primeros conceptos analíticos que fueron surgiendo espontáneamente, posteriormente siguiendo la pista de los conceptos nativos y de las nociones identificadas por la experiencia personal en la relación con los participantes en el campo. Los datos codificados se registraron, agruparon y se fueron alimentando con los nuevos códigos hasta tener un grupo estable de categorías analíticas para la organización de la información; se empezó a trabajar con aquellas que parecían fundamentales para el análisis; se buscó clarificar su significación y se establecieron relaciones con otras categorías. Se generó un modelo de interpretación y se inició un proceso de verificación con la teoría; posteriormente se realizó triangulación teórica para aproximarse a la información por medio de múltiples perspectivas para darle sentido a los datos. Finalmente se consideró que el alcance de los resultados de este estudio logró llegar hasta el nivel de descripción.

### **Criterios de rigor: para salvaguardar la calidad científica del estudio se vigilaron los siguientes criterios:**

*La credibilidad:* la formación, habilidades, competencias, discusión de las interpretaciones, rigor investigativo de la autora y directora de la tesis durante la realización del trabajo de campo; la triangulación entre notas de campo, observaciones, entrevistas y el grupo focal para determinar la congruencia entre los resultados.

*La auditabilidad:* se guardaron en medio magnético las entrevistas a los participantes y fueron custodiadas por las investigadoras; se hizo fiel transcripción de la voz de los cuidadores familiares (37-39).

*La transferibilidad o aplicabilidad:* se describieron los escenarios y características de los cuidados del final de la vida, junto con el informe de investigación, escritos en un lenguaje entendible a fin de que más investigadores puedan transferirlos en otros contextos.

*La dependibilidad:* proceso sistemático que incluyó la conciencia reflexiva de la perspectiva propia y ajena, imparcialidad en las construcciones, descripciones, representaciones y valores que sustentan los hallazgos (37-39). Se buscó que los resultados fueran una descripción fiel de la perspectiva de los cuidadores familiares.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En las etapas del proceso de investigación: diseño, trabajo de campo, análisis y publicación, se establecieron tres niveles de control (40, 41).

*Nivel de los principios universales de la ética.* Se reflexionó en torno a la conservación de los principios éticos universales: Beneficencia, no maleficencia, Autonomía, Justicia y Respeto. Normas éticas universales: plantean las pautas éticas sobre experimentación con seres humanos, el Código de Núremberg de 1947, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, la Declaración de Helsinki de 1964 y el Código de Belmont de 1978; Normas del Consejo Internacional de Enfermeras-CIE y de la Organización Mundial de la Salud-OMS. En lo científico y ético se buscó la revisión de bibliografía actualizada y clásica y el reconocimiento a los autores en los cuales se soportaron los elementos del estudio (41). Además se retomaron las directrices éticas nacionales: Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (42). Este estudio se contempla dentro de la clasificación de investigación sin riesgo. Finalmente se consideró legislación en enfermería en Colombia: Ley 266 de 1996 y Ley 911 de 2004: “El profesional de enfermería partícipe deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental” (43).

*Los comités éticos de revisión.* El trabajo se sometió a los avals institucionales, tanto de la institución educativa universitaria (CBE: Comité de Bioética de la Sede de Investigación Universi-

taria SIU, de la Universidad de Antioquia) como de los Comités de Ética e instituciones de salud, para que fuera comprendido, juzgado y que asegurara que la investigación se ajustaba a los principios y al rigor de la ética, al uso del consentimiento informado y al balance de riesgos / beneficios. Finalmente se obtuvo el permiso de acceso a las instituciones, con el compromiso de realizar devolución de resultados investigativos y propuestas una vez fuera culminado el estudio. Durante el proceso se enviaron informes de avances al Comité de Investigación y de Ética de la institución de la institución hospitalaria, del centro geriátrico con unidad de cuidados paliativos cuando fueron requeridos y en la institución educativa se hizo sustentación pública, cuando fueron requeridos y se hizo sustentación pública, tanto de los avances semestrales como del informe final de resultados en la institución educativa.

*El nivel de los principios generales en torno a la conservación de los principios éticos universales* se conservaron en el estudio de la siguiente forma: el principio de respeto a la autonomía se conservó durante el trabajo de campo a través de la solicitud de consentimiento informado a los participantes y su participación voluntaria, previa explicación del estudio y su alcance; se puso a su disposición en caso de inestabilidad emocional un psicólogo y se garantizó la libertad de retirarse del estudio en el momento que así lo decidiera.

La veracidad, en este estudio, se conservó mediante el uso adecuado de citas, la coherencia interna del documento, la revisión de los aspectos metodológicos planteados en el anteproyecto frente a lo efectivamente realizado y la concordancia de las conclusiones con los hallazgos del estudio.

La fidelidad se guardó procurando en todo momento salvaguardar la intimidad y privacidad de las personas que participaron del estudio; la información fue de uso exclusivo de las investigadoras. Los resultados del estudio presentados en ponencias o publicaciones científicas no utilizaron los nombres e imágenes de los participantes; en su lugar se asignó durante la codificación de la información un nombre ficticio a cada uno, en la identificación se les asignó un nombre ficticio a las cuidadoras, a los pacientes mencionados por ellas y a las instituciones; de esta forma aparecen en los diferentes informes.

El principio de Justicia, en busca de la distribución de los beneficios y las cargas se vio reflejado en la investigación: la misma no fue realizada con fondos públicos, por lo cual no se presentó dificultad en distribuir ningún tipo de beneficio material. La selección de los participantes se hizo preservando la vulnerabilidad de las personas y fueron elegidas por estar relacionadas de manera directa con el problema de investigación, los cuales posteriormente recibieron devolución de los resultados y capacitación para el cuidado.

El principio de reciprocidad se preservó a través de asesoría y educación brindada a los cuidadores participantes que se encontraban en ejercicio de su labor frente a los aspectos básicos del cuidado. Además se les dejó como guía la cartilla educativa “Lecciones de vida: aún con el diagnóstico de una enfermedad

maligna, su vida tiene sentido. ¡vívala hoy!<sup>1</sup>; de igual manera, a las personas que participaron del grupo focal en la institución de cuidados paliativos se les proporcionó dos días de capacitación en actividades de higiene, confort y seguridad del paciente, administración segura de medicamentos, sensibilización al personal de enfermería frente al cuidado de las personas en la etapa final, además de brindar apoyo a las enfermeras de la institución en la conformación del Comité de Ética institucional y del acompañamiento a través de un grupo de estudio con el personal de enfermería y del voluntariado los martes cada 15 días, hasta el mes de Julio de 2016.

## RESULTADOS

En este estudio todas las participantes, ocho cuidadoras familiares, resultaron ser mujeres de edad promedio 56 años (edad mínima 36 y máxima 77 años). El parentesco con la persona cuidada: en su mayoría, eran hijas del paciente. El nivel educativo: heterogéneo, varió desde analfabetismo hasta formación profesional de posgrado. Creencias religiosas: la mayoría eran católicas. La situación socioeconómica: residían en barrios populares de la ciudad, pertenecían a estratos sociales bajos, a excepción de una de ellas. Las fuentes de ingresos para el cuidado: variables, algunas eran simultáneamente cuidadoras y trabajadoras, recibían salario; otras subsistían del dinero de la pensión de jubilación del paciente; la mayoría recibían ayudas por parte de familiares o mínimamente de algún subsidio estatal. Las condiciones para brindar el cuidado: algunas llevaban hasta tres cuartas partes de su vida cuidando, iniciaron desde la adolescencia; otras, por el contrario, fueron cuidadoras en la etapa de adultas mayores. El tiempo promedio de cuidado: 12 años (mínimo 2 años y máximo 30 años). El tiempo de disponibilidad para el cuidado: en todos los casos fue superior a la jornada laboral de 8 horas por día, con tiempos de descanso mínimos o inexistentes. Las condiciones de salud de las cuidadoras: siete de ellas tenían una enfermedad de base asociada a los estilos de vida o compatibles con las cargas de cuidado: hipertensión, estrés, migraña, depresión, escoliosis, lumbalgia, entre otras.

En el estudio las personas receptoras de cuidado fueron hombres y mujeres, la inmensa mayoría adultos mayores, con edad promedio de 75 años. Algunos pacientes vivieron un proceso patológico crónico mixto, es decir, la enfermedad cardiovascular concomitante con otras dolencias; se encontraban en su casa con dispositivos de uso terapéutico considerados de complejidad para los cuidadores que no tenían formación en el área de la salud: ejemplo, oxigenoterapia, sonda vesical, de gastrostomía, catéter para diálisis.

1 El uso de la cartilla fue autorizado por las autoras para ser replicada con los respectivos derechos de autor en medio impreso y electrónico: Aponte A, Molina ME, Zuluaga S. Lecciones de Vida. Aún con el diagnóstico de una enfermedad maligna, su vida tiene sentido, "Vívala Hoy". Publicación derivada de la investigación, Talleres de Publicaciones del Politécnico Colombiano "Jaime Isaza Cadavid" 1992. 68 p.

## Características de los escenarios.

*El domicilio:* El lugar de residencia y el estrato social guardaron relación directamente proporcional con el tamaño de espacios y barreras arquitectónicas que deben enfrentar. *El hospital:* estos escenarios correspondieron a instituciones privadas de alta complejidad en nivel de atención médica, con gran uso de tecnología y poca privacidad para pacientes y familias. *El hogar geriátrico y de cuidados paliativos:* sitio privado, ubicado en una zona residencial de la ciudad, con un ambiente físico hogareño de muebles, enseres y decoración, acordes con el gusto y estilo del paciente y familia, con menos artefactos, sin restricción en el número de visitantes por paciente, ni en los horarios de visitas; por ejemplo, estaba permitido el ingreso de niños y de mascotas.

## Las prácticas cuidantes al final de la vida en personas con enfermedad cardiovascular.

Las principales prácticas cuidantes identificadas y referidas por las cuidadoras familiares, hechas cuando el paciente estaba "maluco o malito" y que les anunciaba que iba a empeorar en su estado de salud, fueron: estar pendientes, mitigar el dolor y el sufrimiento, brindar cuidados espirituales y paliativos para darle sentido a los días que quedaban de vida.

a. Estar pendientes, atentas de asistir las principales necesidades físicas que el paciente requería que hicieran por él o que le ayudaran: el manejo de líquidos, el control de temperatura corporal, facilitar la movilidad y posturas, saber qué hacer cuando estaba ahogado o con dolor. Involucraba actividades y rutinas necesarias para el cuidado, como estar alerta con medicamentos, alimentos, citas médicas, higiene y estar vigilantes en caso de complicación o muerte.

*"(...) Yo generalmente me quedaba dormida juntico a ella, pues dormía por un periodo corto por la noche para estar pendiente de ella por si le pasaba algo (...)" Mary: 1 y 15*

Estar pendiente también fue una actividad delegada por el personal de salud a la cuidadora familiar mientras se encontraban en el hospital, donde debían ser vigilantes de pedir ayuda en caso de detectar complicaciones del paciente, acompañarlo, evitar caídas, informar y hacer lo que se les ordenara.

*"(...) Uno está pendiente, si le da algo, uno sale y llama a la enfermera (...)" Gloria: 5*

*Insistirles.* En el ámbito domiciliario, cuando el paciente se pone mal, la cuidadora asume la función de insistirle para que acepte ir al servicio de urgencias o al hospital con la esperanza de calmar el sufrimiento de ambos, frente a lo cual se presenta una tensión o ambivalencia: por un lado, los pacientes desean morir en su casa y las cuidadoras también se sienten mejor allí, en su entorno, pero por otro lado, las cuidadoras sienten frustración por no saber qué hacer para atender las molestias físicas de los pacientes y temen enfrentar el momento de la muerte.

*“ (...) Ese día él era maluco, yo le dije: ¿qué tiene?. Era el dolor aquí en el brazo tenía la presión bajita, le insistimos mucho para que nos fuéramos para urgencias y él decía: jno ahorita, ahorita (...). Eliana: 2 y 3*

*Cuidados respiratorios, lo que hacen cuando el paciente está ahogado.* Las cuidadoras relacionan la disnea con incomodidad para el paciente en fase final de la enfermedad cardiovascular y con el inminente riesgo de morir. Para atender esta molestia recurrieron a medidas farmacológicas y no farmacológicas, según el lugar donde se encontraran.

En el hospital las cuidadoras, al identificar el ahogo, acudían a llamar a las enfermeras. En la casa, con el objetivo que el paciente respirara mejor, las cuidadoras elevaban la cabecera de la cama, utilizando cojines o almohadas y movilizándolo al paciente cuando él lo indicara y permitiera; además expresaban que el ahogo era más frecuente en horas de la noche.

*“(...) Esta semana ha estado que no duerme bien, está ahogada, la levanto, la recuesto en el recostador [cojín alto en forma de triángulo], entonces la pongo bien cómoda, que quede alta, la dejo un rato así, se desespera y ya dice que la baje, entonces la pongo otra vez con la almohada y así es toda la noche (...). Gloria: 11a*

También recurrían a la realización de “masajes en los pulmones”, que consistían en palmaditas en la espalda, imitando la terapia respiratoria que les hacían en el hospital con aparatos y personal capacitado.

Cuando los pacientes estaban asfixiados lo relacionaban con riesgo de muerte, por lo cual los llevaban nuevamente al hospital; en ocasiones el personal médico declaraba que no había nada que hacer por ellos y les ordenaban medicamentos inhalados o nebulizados (“los puff”). En otras ocasiones, al no recibir atención hospitalaria y al ser devueltos a casa, las cuidadoras con el método ensayo-error, decidían manejar a su criterio los medicamentos, esperando que sus pacientes mejoraran. *Cuidados alimentarios. ¿Qué puede comer vs qué quiere comer el paciente?* El estar pendientes de las comidas las cuidadoras lo consideraron un acto indispensable para proteger a los pacientes del daño que pudieran ocasionarles los alimentos prohibidos, según las indicaciones dadas por el personal de salud; eran vigilantes que los pacientes no consumieran alimentos dañinos o que alguien ajeno no se los proporcionara. Las cuidadoras consideraban como alimentos perjudiciales para el paciente con enfermedad cardiovascular la sal, las grasas y los dulces, por tener las arterias obstruidas en la enfermedad cardíaca; los cítricos por los problemas de la coagulación, el banana, plátano verde y maduro por las alteraciones del potasio y la diálisis o administración abundante de líquidos porque se edematizaban.

*“(...) Él quería limones y yo se los escondía porque él no podía comer, le hacían daño por*

*la coagulación y él creyó que era que yo no quería darle (...). Olga: 2*

Frente a lo anterior se presentaban paradojas; las cuidadoras estaban pendientes de no darles los alimentos prohibidos, pero los pacientes en esa etapa final de la enfermedad no querían comer casi nada y sólo se antojaban de lo que no podían, por lo que algunos se enojaban al pensar que no les querían cumplir sus peticiones. De otra parte estaba la lucha de las cuidadoras por insistirles para que ellos recibieran alimentos, a pesar de su inapetencia, e identificaron que a veces complacerlos también generaba sentimientos ambivalentes; entonces optaban por darles gusto en sus antojos, además por miedo a quedar con remordimientos por no haberlos complacido.

A veces al darles los alimentos, se empeoraban los síntomas y la disnea de los pacientes; entonces optaban por darles alimentos que ellos consideraron “livianos” como sopa de arroz, carne molida, purés, coladas de pan y en medio de ellos, jugos y gelatinas. Aunque muchos pacientes tenían restringido el volumen de líquidos a ingerir por día, los alimentos que mejor apetecían y toleraban eran las bebidas, pues se sentían menos ahogados con su consumo.

Algunas cuidadoras tuvieron que alimentar al paciente a través de otras vías diferentes a la oral, más complejas, como sondas nasogástricas o de gastrostomía.

*“(...) Me levantaba, le preparaba su desayuno que era asqueroso, porque licuar un huevo con chocolate y pasárselo por ahí y que la bolsita de la nutrición quede grasosa por la mantequilla y el huevo, eso es muy desagradable, demasiado (...). Mary: 8*

*El manejo de los líquidos.* También en casa fue importante el control de los líquidos; algunas cuidadoras estaban pendientes de disminuir el consumo de líquidos, para evitar que el paciente se edematizara.

*Cuidados de la temperatura corporal.* Les aplicaban paños o compresas de agua con sal en los pies con edema y utilizaban bolsas o frascos con agua caliente bajo las cobijas para mantenerlos calientes o que no se enfriaran.

*“(...) Él se mareaba mucho, se ponía frío y se le hinchaban los pies; yo le pregunté al médico y él me dijo que era del corazón, porque la sangre no le bajaba bien y entonces se hinchaba. Yo le ponía trapitos o frasquitos calientes en los pies, agüita con sal para que se deshinchara (...). Eliana: 8*

*Cuidados de la eliminación (urinaria y fecal).* Para atender los problemas urinarios, si los pacientes podían eliminar espontáneamente o tenían necesidad de asistencia para la eliminación, las cuidadoras estaban pendientes de estar llevándolos al baño o de pasarles con frecuencia el pisingo o pato urológico para que orinaran. Cuando tenían dificultad para orinar, la práctica

de cuidado empleada era la realización de sondajes vesicales evacuantes ordenados desde el hospital y en las situaciones en las cuales los pacientes no eliminaban nada (anuria), requirieron ser llevados por las cuidadoras a la unidad hospitalaria o de diálisis casi hasta el final de sus días.

*Se observa que dentro de las actividades de cuidado le realizan al paciente un sondaje evacuante cada cuatro horas, la auxiliar de enfermería le dice a la cuidadora que observe cómo se hace, que de pronto le toca hacerlo en la casa (...). Observación 6, unidad hospitalaria: 2b*

Las participantes describieron que cuando el paciente no podía defecar, o sufría de estreñimiento, recurrían a la utilización, primero de alimentos o laxantes naturales (papaya, pitaya, naranja, ciruelas pasas) y luego de fármacos laxantes o enemas ordenados por el médico. En los casos en los cuales los pacientes no podían consumir alimentos con fibra, decidían llevarlos a consulta, o si estaban en el hospital informaban para que les hicieran “lavados intestinales” o enemas.

**Cuidados de la movilidad y la postura.** Cuando la persona enferma tenía la movilidad intacta, la función de la cuidadora era ayudarle en las actividades de la vida diaria: vestirse, facilitar los implementos para que el paciente pudiera asearse, cambiarlo de posición, acompañarlo en los desplazamientos; pero cuando se encontraba con la movilidad reducida, el estar en cama era sinónimo de cansancio, frente a lo cual las cuidadoras utilizaban como estrategia su propio cuerpo, para dar apoyo y descanso al paciente, ya que el significado que tenían de la cama era el de ser un lugar que cansa.

**Cuidados de la piel:** También la cama “pela” (ladera la piel) y mantener al paciente limpio, voltearlo, acomodarlo, echarle cremas hidratantes o lubricantes, eran cuidados que permitían evitar lesiones y complicaciones de piel secundarias.

**Cuidados de la higiene y la estética.** *Limpios y arreglados hasta el final.* Un objetivo importante para las cuidadoras, era mantener al paciente limpio y arreglado hasta el final y para lograr este objetivo ellas los ayudaban o les realizaban el baño, tanto en casa como en el hospital, ordenaban y cambiaban las ropas de cama, les llevaban vestuario adecuado para que estuvieran con sus propias prendas, se preocupaban porque se vieran limpios, estaban pendientes que se sintieran cómodos y para que la gente los viera presentables.

*(...) En mi casa todos lo visitaban, yo lo afeitaba, lo motilaba, lo manteníamos arreglado, para que lo vieran así, él se murió muy bonito (...). Eliana: 8*

Las cuidadoras expresaron que les gustaba cuando después de fallecido se dejaba al paciente como si no pasara nada, que no querían que muriera oliendo mal, flaquito o cadavérico, por la importancia de conservar la estética durante la enfermedad y la muerte.

**b. Mitigar el dolor y el sufrimiento.** Los pacientes de este estudio vivieron el dolor físico como un síntoma que les produjo malestar, incomodidad y pérdida de la calidad de vida cuando se acercaba el final de la misma; las estrategias para atenderlo variaron de acuerdo a la recursividad, a la formación académica, a las creencias sociales y culturales de las cuidadoras. En el caso de los pacientes hospitalizados, el manejo del dolor estuvo influido por las jerarquías o roles del personal de salud y del papel del cuidador familiar como mediador entre el paciente y el personal. Cuando los dolores del paciente eran intensos, la cuidadora familiar sufrió ante esta situación y su forma de intervenir en ese momento era insistirle al personal de salud para que le ordenaran, le administraran o le reformularan medicamentos. También en algunos casos la enfermera era quien debía insistir frente al médico para reforzar u ordenar la analgesia.

*(...) El paciente presenta dolor, la enfermera le informa al médico de la sala y le solicita evaluación, a lo cual él responde: ¿qué quiere que haga, no ve que es no RCP (reanimable), además ya tiene un acetaminofén venoso, la morfina es para los pacientes con cáncer(...). Observación 5: 3*

Cuando el paciente se encontraba en casa con dolor, las cuidadoras familiares recurrieron a los conocimientos de su saber popular y a sus creencias:

*(...) Era el dolor aquí en el brazo, entonces yo empecé a echarle con la mano alcohol con marihuana en el pecho para que se le calmara (...). Eliana: 2.*

También, frente al dolor del paciente, las cuidadoras recurrieron a la automedicación de analgésicos de uso comercial, haciendo todo lo posible pero con impotencia por no poder hacer lo suficiente; para calmar el dolor recurrían a la mediación del afecto, a través de abrazos, caricias y consuelo.

*(...) Se me recostó, me dijo: “quítame este dolor, yo no quiero sentir más este dolor”, y yo lo que hacía era abrazarla y le decía: mami, si en mis manos estuviera, ese dolor no lo tendrías vos sino yo (...). Mary: 14*

**c. Cuidados espirituales.** Las cuidadoras en sus relatos manifestaron que la espiritualidad fue una dimensión que se afectó en ellas y en los pacientes, por las condiciones de vulnerabilidad en las que se encontraban; expresaron necesidad que atendieran sus múltiples necesidades de compañía, amor, compasión, escucha y sobre todo, que su paciente pudiera morir tranquilo. También hicieron reclamaciones de buen trato y de caridad por esa persona que estaba muriendo.

"(...) Pero yo quiero decir que las enfermeras traten muy bien a los pacientes, porque a veces los tratan muy mal, o sea, no tienen caridad por esa persona que se está muriendo, es entendible que tienen mucha gente para cuidar, si yo sé eso, pero al menos que le den a él y a uno ese apoyo de amor (...)" *Eliana: 13*

Algunas cuidadoras manifestaron que mientras estuvieron en hospital nunca recibieron cuidados espirituales; otras, por el contrario, lo recibieron según el sitio donde estaban hospitalizados. Si eran confesionales católicos, por ejemplo, pasaban confesando, repartiendo la comunión, administrando los santos óleos, haciendo oraciones a un ser superior o Dios, en quien se buscaba tranquilidad y doble fortaleza para el paciente y para ellas como dolientes.

En casa los cuidados y rituales espirituales fueron permeados por creencias religiosas particulares como recibir la comunión, rezar el rosario, recibir la visita de sacerdotes o agentes de la pastoral de salud; si eran católicos o de los hermanos o pastores, en otras religiones, les hablaban, los escuchaban, recibían sus peticiones de oración y les transmitían consuelo.

"(...) Cuando la cirujía, como estaba hospitalizada, nosotros buscábamos el apoyo espiritual, porque ella siempre, por lo menos antes de que le hicieran la cirugía de corazón abierto, nos decía que quería hablar con el sacerdote y que fueran a darle la comunión; entonces nosotros buscamos al sacerdote de la clínica y le comentamos que le iban a hacer la cirugía, él fue, la confesó, le dio la comunión; pero con nosotros no hacían nada (...)" *Patricia: 4 y 6*

En el hogar geriátrico y de cuidado paliativo se facilitó la expresión de la religiosidad y la relación con Dios, a través de actos, símbolos y rituales según las creencias y preferencias del paciente al momento de la muerte. Luego de las honras fúnebres, hacían un altar en honor al paciente, ponían sus fotos, mensajes, flores, camándula y una cruz.

"(...) Cuando el paciente ya fallece, uno lo acomoda en la cama, le organiza sus ropas, le pone sábanas blancas, una vela y un Cristo, le hacemos un rezo mientras viene la familia y la funeraria (...)" *Grupo focal centro de cuidado paliativo: 4.*

Algunos cuidadores que tuvieron la oportunidad de recibir educación en cuidados paliativos y para la muerte hablaron de la atención espiritual como una acción orientada a que el paciente tenga paz, porque, según ellas, cuando se asisten también las preocupaciones de sus seres queridos se ayuda a que el paciente no tenga nada pendiente, atender todo lo que sea una barrera.

"(...) Yo digo que nos preocupamos por el cuidador: Ella no ha almorzado, tráiganle el

almuercito a la señora también y eso tranquiliza al enfermo, a la familia; que yo quiero amanecer con mi abuela, bien pueda quedarse con su abuela, cosas como esas se permiten, entonces la muerte se vuelve un proceso armonioso, familiar, no complicado, hemos visto también que a la persona le da brega morir si tiene algo pendiente, entonces hacer hasta lo imposible para que eso no sea una barrera y se convierta en sufrimiento para todos (...)" *Susana: 3-7*

**d. Los cuidados paliativos: darle sentido a los días que quedan de vida.** Las cuidadoras que tuvieron la oportunidad de tener a su paciente en servicios o instituciones de cuidados paliativos consideraron que fue lo mejor que pudo haberles pasado a ambos para manejar necesidades personales como el dolor y el sufrimiento, pues fueron abordados desde su individualidad, nombre, gustos, acompañamiento y la atención a sus problemas reales. Los cuidados paliativos buscan un doliente, acudiente o soporte familiar como fuente de apoyo y cariño, tanto para el paciente como para el cuidador.

"(...) Ella con dolor y nosotros volvimos a insistir y a llevarla hasta que finalmente le ordenaron cuidado paliativo, yo pienso que fue lo mejor que le pudo haber pasado (...)" *Mary: 3*

## DISCUSIÓN

Unas buenas prácticas de cuidado exigen por parte de los cuidadores un conocimiento específico de la persona con la enfermedad y de la patología misma. Los cambios que vive la persona enferma y las molestias manifiestas son diferentes de paciente a paciente. Están determinadas por la enfermedad que se sufre son distintas si se está en la fase final de un cáncer, de una enfermedad neurodegenerativa o de un padecimiento cardiovascular (44). Actualmente las personas con enfermedad cardiovascular al final de la vida reciben menos cuidados paliativos, en relación a pacientes con enfermedad oncológica; sigue latente en el medio académico, científico y asistencial la necesidad de desarrollar conocimientos concretos para el cuidado de esta población específica, resultados similares a los de otros estudios abordados desde la medicina tales como el de Aguayo, Gelfman y Howlett et al (10, 19, 24).

La evolución y deterioro de la enfermedad cardiovascular, en ocasiones silenciosa, puede tener cercanía con la muerte; un alto porcentaje de los pacientes creen poseer una buena calidad de vida y poco se percatan de la proximidad de los últimos meses de vida, por lo cual no suelen percibir la sensación de estar ante una enfermedad terminal; ni el propio paciente, ni la familia o hasta el personal de salud. Formiga expone en concordancia lo que significa morir en un hospital por enfermedad terminal no oncológica y la dificultad en la toma de decisiones, en ocasiones similar y en otras compleja respecto a los pacientes que viven una enfermedad oncológica (9).

Aunque muchos de los pacientes desean morir en sus casas y alrededor de sus seres queridos, al avanzar la enfermedad crónica sus síntomas, malestares y estrés hacen que algunos acaben falleciendo en los hospitales, en servicios para atención de enfermedades agudas con tratamiento activo para la patología, o en cubículos de reanimación, a pesar de estar en fases terminales de la enfermedad.

El paciente requiere ser visto desde sus múltiples dimensiones humanas, no sólo desde su enfermedad; es indispensable tener conocimientos específicos de la fisiopatología y de los cambios subyacentes del padecimiento. Por ejemplo, no serán iguales las molestias físicas al final de la vida de un paciente con una falla cardíaca izquierda, en quien serían más fuertes las manifestaciones físicas relacionadas con la alteración del patrón respiratorio, que en uno con falla cardíaca derecha en quien se esperarían cambios en la perfusión sistémica, donde uno de los problemas podría ser la pérdida del apetito debido a la congestión de los tejidos periféricos que consecuentemente afectan el tracto gastrointestinal, incremento de la presión venosa central, hepatomegalia, ascitis, edema en extremidades, a pesar que ambas son enfermedades del mismo grupo.

En nuestro estudio se pudo analizar que, aunque el paciente se encuentra "desahuciado" por el personal de salud, en ocasiones continúa siendo sometido a medidas agresivas, desproporcionadas, que prolongan su existencia, pero con poca calidad y dignidad de vida, con pobre relevancia en la atención del dolor y de otros síntomas desagradables que consecuentemente pueden alterar su confort y bienestar en relación con la enfermedad o con los efectos adversos de los medicamentos para su tratamiento como náuseas, disnea o estreñimiento. Situación contraria a lo que pueden experimentar pacientes de otras latitudes del mundo como es el caso de los estudios que se reportan en México, donde contar con centros de tanatología cardiovascular permiten una mejor calidad de vida y de muerte en esta última etapa de la enfermedad (25, 26).

La práctica actual de los cuidados paliativos se encuentra orientada más hacia el tratamiento de los síntomas que hacia un cuidado personalizado e integral para el paciente y su familia que requieren formación, protección y cuidados (45). Erróneamente se cree que los cuidados paliativos son exclusivos para el manejo del dolor, para la fase terminal de la enfermedad o que son una especialidad dirigida sólo a los pacientes con cáncer (46).

Algunos modelos teóricos actuales de enfermería plantean que el desarrollo de los cuidados del final de la vida se encuentran orientados a brindar cuidado complejo y holístico para lograr el mayor confort y calidad de vida posibles en los procesos de enfermedad terminal que preceden a la muerte. Valdría la pena retomar los modelos teóricos de enfermería que contemplan, dentro de sus bases filosóficas y científicas, posibles respuestas a las complejidades de cuidado en la fase final de la vida para el paciente y el cuidador familiar: la satisfacción de necesidades jerárquicas y complejas, el manejo de la incertidumbre, el confort, el cuidado espiritual, así como el imperativo de un cuidado que ayude a conseguir el más alto nivel de armonía entre

el alma, el cuerpo y el espíritu del binomio paciente- cuidador familiar (47- 54).

La NIC dentro de sus 542 intervenciones y 12.000 actividades de cuidado contempla sugerencias para atender las necesidades al final de la vida: Asistencia a la persona durante la agnía; Manejo del dolor; Actividades orientadoras para brindar cuidado espiritual; Cuidados que ellas llaman postmortem(52). Sin embargo, no dejan de ser escritos porque, como pueden evidenciar, los resultados de este estudio no están siendo aplicados o utilizados en muchas de las situaciones de cuidado. Al contrario, se pone de cara una manifestación de desconocimiento e incertidumbre por parte de cuidadores profesionales y familiares que no saben qué hacer frente al cuidado durante la última fase de la enfermedad y la muerte.

Valdría la pena preguntarnos: ¿los cuidados del final de la vida que están brindando los enfermeros, son responsables en la medida en que sean coherentes con las creencias, modos de vida y cultura de las personas? La respuesta a tal cuestionamiento parte de pensar que somos responsables del otro en la medida de su fragilidad o vulnerabilidad. Para desempeñar el cuidado, sea como actividad (lo realizamos todos los seres humanos para ayudar a la necesidad del otro), o como tarea profesional, debemos converger finalmente en un cuidado como actitud y como compromiso moral, ya que estamos ante personas que padecen enfermedades crónicas durante meses e inclusive años, con continuo deterioro, sorteando dificultades, sufrimientos y afectados en sus dimensiones física, social, psicológica, espiritual, tanto en condición de pacientes como de cuidadores (55, 56).

El binomio paciente-cuidador, por su fragilidad y vulnerabilidad, se convierte en razón de cuidado para el profesional de enfermería y requiere que quien se ocupe de ellos tome en cuenta sus conocimientos y habilidades, ya que las enfermeras no pueden separar las concepciones del mundo del cuidado profesional, de la estructura social, ni de las creencias culturales. Es indispensable, durante la planeación de los cuidados, descubrir y respetar aquellas prácticas genéricas brindadas por las familias, en contraste con lo estipulado por los cuidados profesionales, en términos de simbología, rituales, conductas y significados. Cuanto mayores sean las diferencias de los valores de los cuidados tradicionales con los profesionales habrá mayores signos de estrés y conflicto cultural, por la ceguera, choques e imposiciones y la consecuente disminución en la calidad del cuidado enfermero (56).

El estudio presenta algunas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta en la interpretación de los resultados. Es un estudio cualitativo en temas y momentos muy sensibles para los cuidadores familiares; tal vez otros estudios puedan ser más específicos en abordar la información del pasado, separada del presente, así como poder hacer seguimientos longitudinales que permitan una mejor comprensión del fenómeno estudiado.

De los resultados de esta investigación se obtuvo que las participantes fueron sólo mujeres, siendo éste un aspecto que pudo influir en el fenómeno estudiado, dado que la literatura reporta

que el cuidado es un aspecto atribuido al género. Este aspecto puede considerarse como posible sesgo y debe ser tenido en cuenta en la selección de los participantes de posibles y futuros estudios de la misma naturaleza.

No se pueden hacer inferencias aparte de lo que pensaba y expresaba el paciente, independiente de las que comunicaban las cuidadoras, pues en muchos casos funcionan estructuralmente como un binomio. Próximos estudios podrían enfocarse en ahondar en los significados que construye el paciente, aparte de los que construye la cuidadora.

Aunque durante las etapas del proceso investigativo del presente estudio se cumplieron los requerimientos de tipo ético para obtener los avales de los Comités de Ética o Comités Técnico-Científicos institucionales (de las instituciones de salud y de la institución educativa) hubo dificultades y demoras administrativas en los tiempos de consecución de los diversos campos donde se hacía la investigación; hubo retrasos en las respuestas, negativas por parte de algunas organizaciones para hacer el trabajo de campo, exigencias de tener que vincular al estudio académico, personal de las instituciones que no conocían el trabajo, ni participaron desde su diseño inicial, lo que generó retrasos para la obtención de la información.

## CONCLUSIONES

Al facilitar unas prácticas cuidantes del final de la vida, culturalmente coherentes, se recupera una forma de humanizar los cuidados de la salud, buscando una estrecha relación entre las creencias del cuidador profesional y de quienes reciben los cuidados de manera efectiva, satisfactoria y coherente con sus propias creencias, valores y necesidades, en calidad de pacientes y de cuidadores familiares. Cuidados que no deben ser generalizados por respeto a la individualidad humana, aunque compartan similitudes en las formas de afrontar acontecimientos vitales como la enfermedad y la muerte.

Pasarán algunos años, así como ha sucedido históricamente con el desarrollo de la enfermería como ciencia, para que los cuidados paliativos cada vez más formen parte integral y práctica de la formación, de la investigación y de la asistencia enfermera. Sin embargo puede iniciarse con la adopción de los cuidados paliativos como una postura, una reflexión, decisión o filosofía que llegue más allá del diseño de grandes infraestructuras o lugares especializados para llevarlos a cabo.

Las prácticas de cuidado, en ocasiones, son realizadas por personal de salud y de enfermería que tiene poca sensibilidad o entrenamiento para enfrentar el final de la vida, pues de acuerdo con sus creencias ante la muerte, será su forma de brindar el cuidado. Si la muerte es parte de la vida para ellos, la atención se configura en un profesional solidario, que físicamente no puede hacer mucho, pero que proporciona las condiciones más dignas hasta que llegue este momento; en cambio, aquel que teme a la muerte o lo asume como una derrota de la vida toma decisiones de cuidado enfocadas en la biología más que en la biografía del paciente, emprende una lucha contra la muerte, o en otros casos su temor es tal, que sus acciones de cuidado se

traducen en abandono o delegación de la tarea como forma de evadir sus propios temores.

A pesar que otros investigadores y teóricas de enfermería han planteado que en los procesos de enfermedad crónica el paciente y el cuidador conforman un binomio en doble situación de vulnerabilidad, ambos son sujetos requirientes de cuidado. Aún desde la atención en salud las acciones siguen orientadas al modelo biomédico, centrado en el paciente, privilegiando sólo el aspecto físico o biológico, con olvido de otras dimensiones humanas fundamentales en una visión de cuidado integradora: mental, cognitiva, emocional, social y espiritual.

Los cuidados propios de la enfermedad cardiovascular hay que diferenciarlos con los de pacientes con otras enfermedades crónicas en fase terminal. Más que una práctica específica y fragmentaria del cuidado se recomienda una visión integral, y, mejor aún, un cuidado desde una perspectiva del ser humano total, pluridimensional, holístico, donde se consideren sus capacidades y carencias a lo largo de la existencia para llegar a comprender la vulnerabilidad en condiciones límites de la existencia, como lo son el dolor o el final de la vida.

Por otro lado, para ampliar las prácticas de cuidado, las voluntades anticipadas son un tema del cual se debería trabajar más desde la investigación y en la práctica para que sea aplicado desde los inicios de la enfermedad crónica, para que paciente y familia puedan arreglar sus asuntos cuando el paciente es aún sujeto moral capaz de tomar decisiones. De esta manera se favorecería la planificación de unos cuidados más dignos, un menor sufrimiento para el binomio, el respeto de la individualidad y se evitaría el ensañamiento terapéutico en muchas situaciones.

**Cómo citar este artículo:** Muñoz Cardona, MJ; Zea Herrera, MC. Necesidad de prácticas cuidantes culturalmente congruentes: personas con enfermedad cardiovascular al final de la vida. *Enfermería (Montev.)*. [Internet]. 2017 Jun [citado xxxx]; 6 (1) 25-36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i1.1306>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ruland C, Moore S. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*.1998; 46(4):169-175.
2. Luker KA, Widdershoven GM. Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity. *Scand J Caring Sci*. 2003; 17:113-121.
3. Aldasoro E, Mahtani V, Sáenz de Ormijana A et al. Necesidades en cuidados paliativos de las enfermedades no oncológicas. Un estudio cualitativo desde la perspectiva de profesionales, pacientes y personas cuidadoras. En: Plan

- Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Madrid. (Osteba) [Internet]. 2012. OSTEBA Nº 2006/04. [Consultado mayo de 2013]. Disponible en: [http://www.actasanitaria.com/fileset/file\\_\\_Cuidados\\_paliativos\\_111522.pdf](http://www.actasanitaria.com/fileset/file__Cuidados_paliativos_111522.pdf).
4. Zea Herrera MC, Torres Marín BP. Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado. *Invest Educ Enferm*. 2007; 25(1):40-49.
  5. Alfaro Ramírez I, Morales Vigil T, Vázquez Pineda F, Sánchez Román S, Ramos B Guevara U. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46(5): 485-94.
  6. Muñoz Cobos F, Espinosa Almendro JM, Portillo Strempe J, Rodríguez González G. La familia en la enfermedad terminal. *Medicina de Familia (And)*.2002; 3(3):190-199.
  7. Martínez Sellés M, Gallego L, Ruiz J, Fernández F. Órdenes de no reanimar y cuidados paliativos en pacientes fallecidos en un servicio de cardiología. ¿Qué podemos mejorar? *Rev Esp Cardiol*. 2010; 63(2): 233-37.
  8. Murray SA, *et al*. Dying of lung cancer or cardiac failure: Prospective qualitative interview study of patients and their carers in the community. *BJM*. 2002; 325: 929-32.
  9. Formiga F, Vivanco V, Cuapio Y, Porta J, Gómez X, Pujol R. Morir en el hospital por enfermedad terminal no oncológica: Análisis de la toma de decisiones. *Med Clin (Barc)*. 2003; 121(3): 95-97.
  10. Aguayo B, Beistegui I, Echavarri M, Jiménez A, Fernández P, Ibarra L. Cuidados paliativos en insuficiencia cardíaca (IC), ¿podemos hacer más?. *Enfermería en Cardiología*. 2011; 53(2): 58-65.
  11. Gómez J. Morbimortalidad cardiovascular en el mundo. *Rev. Colomb. Cardiol*. 2012; 19(6): 298-299.
  12. Roig E, Pérez Villa F, Cuppoletti A, Castillo M, Hernández N, Morales M, Venturi A. Programa de atención especializada en la insuficiencia cardíaca terminal. Experiencia piloto de una unidad de insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59(2): 109-116.
  13. Han PJ. Palliation in heart failure: when less and more are more. *Am J Hosp Palliat Care*. 2006; 23:150-152.
  14. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, *Et al*: ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: Executive summary: A report on the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1995 guidelines for the evaluation and management of heart failure). *J Am Coll Cardiol*. 2001; 38: 2101-13.
  15. Naderi S, Bestwick J, Wald D. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *The American journal of medicine*. 2012; 125(9): 882-887.
  16. Cruz SE, Osorio FR. Percepciones y creencias en personas que padecieron un evento coronario agudo. *Av enferm Col*. 2011; 29(2): 307-18.
  17. Arredondo Holguín E. Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con insuficiencia cardíaca. *Av enferm Col*. 2010; 27(1): 21- 30.
  18. Mercado F. El infierno y la gloria: Experiencias de la enfermedad crónica en un barrio urbano. [Internet]. México: Universidad de Guadalajara 1996. p.10-60. [Consultado 2013 Sept 2]. Disponible en: [http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/entre\\_el\\_infierno\\_y\\_la\\_gloria.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/entre_el_infierno_y_la_gloria.pdf).
  19. Gelfman L, Kavalieratos D, Teuteberg WG. *et al*. Primary palliative care for heart failure: what is it? How do we implement it?." *Heart Fail Rev*. 2017: 1-10.
  20. Mizuno A, *et al*. Potential palliative care quality indicators in heart disease patients: A review of the literature. *J Cardiol*. 2017: 1-7.
  21. Iranmanesh S, Esmaili M. Evaluating the "Good Death" concept from iranian bereaved family members perspective. *J Support Oncol*. 2011; 9 (2): 59-63.
  22. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo I, Alarcos Martínez F, Barbero J, Couceiro A, Robles P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calidad Asistencial*. 2008; 23(6): 271-85.
  23. Griggs CH. Community nurses perceptions of a good death: a qualitative exploratory study. *Int J Palliat Nurs*. 2010; 16:140-49.
  24. Howlett J, Morrin L, Fortin M, Heckman G, Strachan P, Suskin N, Shamian J *et al*. End of life planning in heart failure: It should be the end of the beginning. *Can J Cardiol*. 2010; 26(3):135-41.
  25. Vega S. Efecto de la intervención tanatológica con grupos de encuentro en el paciente cardiopata y familiares durante la hospitalización. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2014; 22 (2): 53-59.
  26. González NE. Hacia una atención integral del paciente y la familia en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2015; 23 (3):141-143.
  27. Sánchez Herrera B. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. Colombia, Bogotá. *Aquichan*.2004; 4(1): 6-9.
  28. Uribe Escalante MT, Muñoz Torres C, Restrepo Ruiz J. Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. *Invest Educ Enferm*. 2004; 22(2): 50-61.
  29. Zapata NE. La experiencia de sufrir una Insuficiencia Cardíaca Crónica. Un padecimiento que acerca a la muerte. *Invest Educ Enferm*. 2011; 29(3): 419-27.
  30. Morse JM. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
  31. Guber R. *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2001.
  32. Hammersley M, Atkinson P. *Etnografía. Métodos de investigación*. España: Paidós; 2001.
  33. Monticelli M, Cruz J, Villarreal MA. *Etnografía: bases teórico- filosóficas y metodológicas y sus aplicaciones en enfermería*. EN: Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. Washington, DC; Organización Panamericana de la Salud, 2008. p. 137
  34. Galeano Marín ME. *Estrategias de investigación social cualitativa: El giro en la mirada*. Bogotá: La carreta Editores; 2004.
  35. Galeano E, Sandoval C, Alvarado SV, Vasco C, Vasco E, Luna MT. *El proceso de recolección de información: técnicas e instrumentos. Construcción de los datos en la investigación en ciencias sociales*. Medellín: CINDE; 2007.

36. Strauss A; Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
37. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills: Sage Publications; 1985.
38. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Revista Colombia Médica*. 2003; 34 (3):164-167.
39. Arias MM, Giraldo CV. El rigor científico en la investigación cualitativa. *Invest Educ Enferm*. 2011;29(3): 500- 514.
40. Sánchez González MA, Souza ML, Cruz Junior JB, Camargo Bub MB, Cunba Neto LB. Ética en la investigación en enfermería. EN: *Investigación cualitativa en enfermería, contexto y bases conceptuales*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
41. Garzón Alarcón N, Peña Riveros B, Arango Bayer G, Aguinaga O, Munévar R, Prieto R. Recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. [Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Centro de Extensión e Investigación; 2008. [Consultado 2015 Jul]. Disponible: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/descargas/ugiEtica/Guia\\_etica\\_FEUN.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/descargas/ugiEtica/Guia_etica_FEUN.pdf).
42. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993, octubre 23, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud; 1993.
43. Colombia. Congreso Nacional. Ley 266 de 1996, 5 de febrero, Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Bogotá: 1996.
44. Sporken P. Ayudando a morir. Aspectos éticos, asistenciales, pastorales y médicos. Santander: Sal terrae; 1978.
45. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP. 1a ed. Houston: IAHPC Press; 2012 p. 52.
46. Callaway M, Ferris F. Advancing Palliative Care: The Public Health Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2007; 33 (5): 483- 485
47. Newman M, Sime A, Corcoran P. The focus of the discipline of nursing. *Advances in nursing science*. 1991; 14 (1):1-6.
48. Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Madrid: Elsevier; 1993.
49. Watson J. Nursing: Human science and human care. A theory of nursing. Jones & Bartlett Publishers; 1999. p.115-126.
50. Henderson V. The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education. New York: Macmillan; 1966.
51. Mishel M. Uncertainty in illness. *JNS*.1988; 20 (4):225-232.
52. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier; 2009.
53. Kolcaba, K. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs*.1994;19(6):1178-84.
54. Leininger M. Cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*. 1988; 1(4):152-160.
55. Arós F, Loma Á, Alonso Á, Alonso J, Cabadés A, Coma I, et al. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Cardiol*. 1999; 52(11): 919-56.
56. Feito L. Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enfermería clínica*. 2005; 15(3): 167-174.

# PERCEPCIONES CORPORALES EN TRABAJADORAS SEXUALES

BODY PERCEPTIONS IN FEMALE SEXUAL WORKERS

PERCEPÇÕES CORPORALES EM TRABALHADORAS SEXUAIS

## **Mirliana Ramírez Pereira**

*Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago, Chile.*

*mirliana@uchile.cl*

ORCID: 0000-0003-1439-4162

## **Daghir Casis Tapia**

*Universidad de Chile. Santiago, Chile.*

ORCID: 0000-0003-1676-6062

## **María Ignacia Castellano Yáñez**

*Universidad de Chile. Santiago, Chile.*

ORCID: 0000-0002-4256-4731

## **Andrea Covarrubias Vigar**

*Universidad de Chile. Santiago, Chile.*

ORCID: 0000-0002-9655-4563

## **Diego Figueroa Farías**

*Universidad de Chile. Santiago, Chile.*

ORCID: 0000-0002-2297-942X

## **Javiera López Muñoz**

*Universidad de Chile. Santiago, Chile.*

ORCID: 0000-0002-8203-8410

## **Adolfo Uribe Vidal**

*Universidad de Chile. Santiago, Chile.*

ORCID: 0000-0002-3882-5038

<http://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i1.1367>

Recibido: 05/01/2017

Aceptado: 01/04/2017

## **RESUMEN**

En Chile existe un déficit de información respecto a la vida de las trabajadoras sexuales, lo que ha implicado una barrera para la comprensión y formulación de medidas de salud que respondan de manera efectiva a sus necesidades. El objetivo de esta investigación es comprender la percepción de cuerpo de las trabajadoras sexuales en Santiago, para contribuir en la atención de salud y en la orientación de la gestión del cuidado de Enfermería desde las percepciones que las trabajadoras presentan en torno a su cuerpo y a su experiencia con él. Para esto se desarrolló un estudio de tipo cualitativo, con enfoque teórico-metodológico de Teoría Fundamentada, utilizando entrevistas en profundidad como técnica de recolección de datos, las cuales fueron analizadas hasta la codificación abierta. Se pudo determinar que las participantes relacionan su percepción corporal asociada al cuerpo físico, realizando acciones de autocuidado orientadas a la mantención, higiene y seguridad física de éste; sin embargo, la percepción se manifiesta también mediante la influencia de la construcción social en torno

al cuerpo de la trabajadora sexual, generando efectos tanto en su visión del trabajo sexual como en las experiencias asociadas en torno a su práctica.

**Palabras clave:** Investigación Cualitativa, Prostitución, Percepción, Salud Sexual, Investigación de Enfermería.

## **ABSTRACT**

In Chile there is a lack of information regarding the lives of sexual workers, which has imposed a barrier to the understanding and formulation of health policies that respond effectively to their needs. The objective of this research is to understand the self perception of the body of the female sexual workers in Santiago, in order to contribute to the health care and orientation of the management of Nursing care from the perceptions that they present around their body and their experience with

it. A qualitative study was developed, with a theoretical-methodological approach based theory, using in-depth interviews as a technique of data collection, which were analyzed using open coding. It was possible to determine that the participants relate their body perception associated to the physical body, performing self-care actions oriented to the maintenance, hygiene and physical security of the body. However, perception is also manifested through the influence of social construction around the body of the sexual worker, generating effects both in her vision of sexual work and in the experiences associated with her practice.

**Keywords:** Qualitative Research, Prostitution, Perception, Sexual Health, Nursing Research

## RESUMO

Em Chile existe um déficit de informação com respeito à vida das trabalhadoras sexuais, o que tem implicado uma barreira para o entendimento e formulação de medidas de saúde que respondam de maneira efetiva a suas necessidades. O objetivo desta investigação é compreender a percepção de corpo das trabalhadoras sexuais em Santiago, para contribuir na atenção de saúde e na orientação da gestão do cuidado de Enfermaria, desde as percepções as trabalhadoras apresentam em torno de seu corpo e a sua experiência com ele. Para isto se desenvolveu um estudo de tipo qualitativo, com enfoque teórico-metodológico de Teoria Fundamentada, utilizando entrevistas em profundidade como técnica de coleta de dados, as quais foram analisadas até a codificação aberta. Pôde-se determinar que as participantes relacionam sua percepção corporal sócia ao corpo físico, realizando ações de autocuidado orientadas à manutenção, higiene e segurança física deste no entanto, a percepção manifesta-se também mediante a influência da construção social em torno do corpo da trabalhadora sexual, gerando efeitos tanto em sua visão do trabalho sexual como nas experiências associadas em torno de sua pratica.

**Palavras-chave:** Pesquisa Qualitativa, Prostituição, Percepção, Saúde Sexual, Pesquisa em Enfermagem.

## INTRODUCCIÓN

La disciplina de Enfermería ha avanzado en la consolidación de un enfoque integral de cuidados, con el objetivo de que las acciones que se realicen desde el quehacer profesional consideren todos los aspectos relevantes que afectan la salud de las personas. La investigación disciplinar permite generar modificaciones dinámicas acerca de los conocimientos de los cuidados proporcionados, entregando nuevas miradas y herramientas al momento de efectuar la labor de Enfermería. Según Martinsen, la Enfermería debe estar constantemente transformándose en base a una perspectiva crítica de la sociedad actual, con el fin de proteger la dignidad humana como parte de un compromiso con la población, es decir, responde a un deber ético-moral con las personas (1).

En la praxis de Enfermería, el cuerpo es el medio por el cual se hace continuo el proceso de interrelación entre el medio interno y externo, de la misma forma que Merleau-Ponty define cuerpo como un documento histórico personal, ya que a través de él se obtiene la experiencia (2). Sin embargo, cuerpo como concepto puede ser abordado desde muchas perspectivas y puede ser objeto de diferentes interpretaciones y definiciones. Desde lo esencial Le Breton plantea que el cuerpo es una construcción simbólica y no una realidad por sí sola, por lo que cada sociedad lo entiende y esboza desde su propia visión de mundo, con todos sus usos y constituyentes, otorgándole un sentido y valor determinado en el mundo social e individual (3).

A su vez, el cuerpo puede comprender diversas dimensiones. En la investigación en Enfermería toma especial relevancia la dimensión subjetiva propuesta por Vidal & Donoso, que se refiere al análisis y las vivencias individuales de las personas sobre su cuerpo inmerso en los sistemas sociales y culturales en los cuales se desenvuelven (4). Por otra parte, existe la dimensión social, que tiene que ver con las instituciones y las normas sociales. Foucault establece que se generan relaciones explícitas entre las sociedades y el cuerpo fundamentadas en las relaciones de poder y cómo éstas condicionan los cuerpos desde la institucionalidad (5).

Finalmente, nos encontramos con la dimensión simbólica desarrollada por Durán, la cual se orienta a la forma en que los cuerpos constituyen representaciones cargadas de significados, donde se revestirán de signos y valores simbólicos que imposibilitan una visión neutra de las imágenes y discursos relacionados al cuerpo (6). Desde las diversas dimensiones donde se esgrime el cuerpo, se comprende que éste es lugar de procesos sociales e influencias culturales, donde Lamas estipula que se incluyen representaciones sociales que definen diversas políticas sobre la reglamentación del uso del cuerpo, las cuales son construidas por las tendencias intelectuales dominantes, desde el significado de los distintos aspectos corporales hasta las reformulaciones políticas que controlan y regulan diferenciadamente los cuerpos desde el género, la etnia, la cultura y la religión (7).

Esta construcción diferenciada se aplica al cuerpo femenino, el cual se funda en un contexto de disputa entre el sistema patriarcal y las resistencias centrífugas, generando una lucha entre la sujeción y soberanía desde las imágenes, usos y representaciones del cuerpo de la mujer hasta el límite que separa la vida pública de la privada, por lo que toda comprensión relacionada a la identidad femenina requiere la exploración del espacio, cuya primera geografía en disputa es el cuerpo, donde se marcan los signos de poder y dominación ejercidos por los sistemas imperantes que determinan un espacio sobre el cuerpo femenino (6).

De esto se advierte que el cuerpo tiene un componente social inherente y determinante. Sin embargo, para fundar el conocimiento individual y social es necesaria la percepción como factor ineludible en el origen del proceso del conocimiento en torno al cuerpo y las diferentes experiencias a las cuales nos enfrentamos como individuos. La percepción, según Spirkin,

corresponde a la primera interacción de los sentidos con el mundo material, nutriéndose según se conforma el pensamiento lógico-abstracto y permitiendo, así, incorporar lo sensorial a lo racional para forjar el conocimiento (8). Ante esto y según lo planteado por Díaz, se debe reconocer que toda persona se constituye como un ser social, por lo cual generará una visión propia de sí mismo y de su realidad subyacente, permitiéndole enfrentarse a lo cotidiano como componente de una estructura social organizada, es decir, lo sentido y lo percibido derivará tanto de las necesidades propias de la persona como de la sociedad y las estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que en ella influyen, otorgando un carácter representativo de la cultura a aquellas percepciones, de la misma forma en que lo plantea Vargas (9)(10). Merleau-Ponty también se refiere a la percepción desde una arista análoga, donde la percepción finaliza en los objetos, y una vez que hemos sido capaces de constituir el objeto aparecerá como la razón de todas las experiencias que fuimos capaces de integrar a partir de él, es decir, mirar algo desde distintos ángulos o espacios nos hace obtener experiencias distintas en torno al mismo objeto; sin embargo, el objeto no será ninguna de esas visiones aisladas, sino que la suma de todas las perspectivas posibles, por lo que la percepción que podamos obtener de todo lo que nos rodea será variable dependiendo de la persona y su contexto (11).

Kari Martinsen incentiva a reflexionar sobre el núcleo disciplinar de la Enfermería desde una perspectiva crítica, con el fin de que el profesional de Enfermería sea consciente de su realidad histórica y social, y desde ahí construya conocimientos significativos para lograr transformaciones dentro de la comunidad y/o grupo en el cual trabaja (1). Sin embargo, en Chile se reconocen sectores invisibilizados por la sociedad, donde se presenta déficit en torno al conocimiento de la población.

En este escenario se encuentran las trabajadoras sexuales, quienes durante la historia se han desempeñado en una labor contraria a lo moralmente aceptado según el contexto socio-cultural, siendo excluidas de gran parte de los análisis laborales, sin ser consideradas como participantes en el escenario productivo. Esto ha contribuido a la exclusión social a la cual se ven enfrentadas, aun cuando las trabajadoras sexuales se definen como todas las mujeres adultas que reciben dinero u otro tipo de pago a cambio de servicios sexuales, siendo ésta una actividad de tiempo completo o parcial que permite la obtención de ingresos, de la misma forma a la que apunta el concepto de trabajo general, el cual se define como el empleo en que se ejercen fuerzas físicas y morales para la producción de riquezas o servicios, definiendo la actividad por sus fines de utilidad, fin último al cual también apunta el trabajo sexual (12) (13).

Así como se mencionó previamente, en Chile existen pocas referencias, estudios y cifras en relación al ejercicio actual del trabajo sexual, donde las últimas estimaciones realizadas por Rajevic el año 2000 contabilizó al menos veinticuatro mil mujeres que ejercían el trabajo sexual con diferentes propósitos, siendo en primera instancia una actividad de sobrevivencia (14). Sin embargo, cada vez son más las mujeres que lo consideran una actividad económica sustentable, que les permite alcanzar y mantener un nivel de vida más alto (15). Pese a esto,

actualmente en Chile se adopta el modelo de abolición del trabajo sexual, el cual no sanciona ni castiga el trabajo sexual; sin embargo, sostiene que "...la prostitución es la explotación del cuerpo humano y que cualquier reglamentación perpetuaría la injusticia y la explotación. Es por ello, que se persigue con este modelo la rehabilitación de la persona que ejerce esta actividad, de modo que ya no se considera delincuente, sino víctima", manteniendo también ciertos sesgos del modelo reglamentarista, ya que el estado regula ciertos aspectos relativos a la prostitución, existiendo un control de salud sexual y registro sanitario (16). Respecto al marco legal en torno a la salud, la Norma General Técnica N° 103 y el Decreto N° 206, del Ministerio de Salud, están enfocados a la prevención de la transmisión de infecciones de origen sexual y establecen un control gratuito y voluntario para todas las trabajadoras sexuales. Sin embargo, este enfoque legislativo tiene una visión de las trabajadoras sexuales como foco de transmisión de enfermedades, lo cual no permite una atención y valoración integral, que sumado a la escasa legislación en este tema, podría constituir una barrera entre las trabajadoras sexuales y el sistema de salud (17).

La investigación que se presenta a continuación tuvo como objetivo comprender la percepción de cuerpo en las mujeres que ejercen el trabajo sexual en la ciudad de Santiago de Chile durante el año 2016, de forma de aportar al campo de conocimientos disponible sobre las trabajadoras sexuales en relación a su cuerpo, reconociendo su percepción del mismo como un factor determinante en el ejercicio de acciones para la mantención de su salud.

## METODOLOGÍA

Esta investigación corresponde a un estudio de carácter cualitativo, el cual busca conocer las percepciones que poseen las trabajadoras sexuales acerca de su cuerpo, por medio de sus vivencias y experiencias, construyendo de esta forma una realidad subjetiva. El paradigma utilizado fue el constructivista, según el cual las realidades se aprehenden bajo diversas construcciones abstractas basadas en hechos sociales y experiencias específicas (18). Los criterios de rigor considerados para esta investigación fueron los desarrollados por Guba y Lincoln (19). Los autores mencionan que se debe evaluar la confiabilidad de los procesos y procedimientos en investigación adoptando un marco referencial. Se consideran paralelos a las nociones positivistas de rigor e incluyen la credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad.

La credibilidad se refiere a la confianza que da la veracidad de la información obtenida. Son fundamentales la narrativa y las evidencias que apoyan el desarrollo de la investigación. Con el fin de lograr la credibilidad en esta investigación se realizaron reuniones de acercamiento previas entre los informantes claves y los investigadores. Las descripciones e interpretaciones fueron trianguladas por los distintos investigadores con reuniones de trabajo calendarizadas a priori. Además, se cuenta con la totalidad de las entrevistas transcritas y los memos, siendo estos últimos utilizados como parte del análisis.

La transferencia se refiere a la posibilidad de transferir los hallazgos a otros contextos. En relación a esto se trabajó en una descripción exhaustiva, con la intención de que la información obtenida pueda ser utilizada en otros contextos y situaciones de mujeres trabajadoras sexuales que pudiesen compartir una cultura, historia y vivencia similar a la de Chile. Sin embargo, se asume que la generalización no es posible dado el carácter único de los fenómenos y contextos, pero, sí es posible la transferencia entre contextos según la semejanza entre ellos. La dependencia, en inglés dependability, es la consistencia de las observaciones en el tiempo (19). En esta investigación los criterios de dependencia se garantizan por medio de la triangulación de los resultados, pues se ha contrastado la interpretación de los diferentes investigadores. También se han contrastado los resultados obtenidos por memos y notas de campo. La confirmabilidad se considera un concepto paralelo a la concepción de objetividad en investigaciones positivistas. Para alcanzar este criterio se precisan los resultados, con sus correspondientes citas extraídas de las entrevistas. De tal forma que los resultados puedan ser movilizados y adaptados a otros contextos culturales y sociales.

Se utilizó como enfoque teórico metodológico la teoría fundamentada, la cual se identifica por su énfasis en la construcción de teorías, a partir de la información directa entregada por los participantes que se encuentran inmersos en la realidad estudiada, de forma dinámica y abierta (20). La técnica de recolección de información fue la entrevista en profundidad. Luego fueron transcritas sin edición por los propios autores. Con el fin de ser coherente con los objetivos planteados, el análisis llegó hasta la codificación abierta; sin embargo, en un futuro se espera replicar la investigación con un mayor número de participantes, pudiendo alcanzar un análisis de tipo explicativo con el uso de codificación axial y selectiva.

Con la codificación abierta se obtuvieron los códigos que más tarde fueron clasificados en categorías mediante un proceso inductivo para llegar finalmente a la formación de familias o supra categorías. Además, se utilizó el método de comparación constante, en el cual se codifica y analizan los datos de forma simultánea para el desarrollo de conceptos y contraste de categorías, dentro de un contexto específico. La selección de las participantes se realizó mediante el método de bola de nieve a partir de un informante clave y posteriormente, se buscaron participantes de forma directa en sus lugares de trabajo. Esto se realizó hasta lograr la saturación de datos, es decir, hasta recopilar la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos, lo cual se logró con cinco mujeres trabajadoras sexuales (20).

Las participantes fueron seleccionadas mediante los siguientes criterios de inclusión: mujeres que ejercen el trabajo sexual, al menos durante un año, mayores de edad y residentes de la Región Metropolitana que acepten el consentimiento informado. Con respecto a los aspectos éticos de esta investigación, se cumplieron con los criterios éticos Ezekiel Emanuel (21). Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos con el Acta de Aprobación del proyecto N° 152- 2016. Todas las participantes firmaron un consenti-

miento informado mediante el cual se protege su identidad y se asegura el cumplimiento de todos los aspectos éticos mencionados. Además como una forma de asegurar el anonimato, cada mujer escogió un nombre con el cual quería ser entrevistada, por lo que todos los nombres que aparecen en las citas son ficticios. Esta investigación posee valor dado por su importancia social y científica. Sus resultados podrían aportar al campo de conocimientos sobre la percepción de cuerpo de las trabajadoras sexuales, permitiendo orientar acciones eficientes para el cuidado y empoderamiento de su salud.

## RESULTADOS Y ANÁLISIS

A continuación, se presentan los resultados y análisis de las entrevistas. En éstos se incluyen las categorías centrales de la investigación, vale decir: vivencias en el trabajo sexual; emociones asociadas; formas de ejercicio del oficio; relación cuerpo/cliente; autocuidado; autoconcepto; autoestima; violencia física de los clientes; violencia institucional; respuestas del cuerpo al sexo con parejas; respuestas del cuerpo al sexo con clientes y atención de salud.

En la categoría “Vivencias en el trabajo sexual”, las mujeres entrevistadas expresan pensamientos e ideas que surgen a partir de la permanencia en el trabajo sexual. Las entrevistadas no hacen diferencia entre su actividad con cualquier otro trabajo; sin embargo, señalan que es un trabajo difícil, lo cual se expresa en los siguientes códigos: Vendo mi cuerpo, trabajo complicado emocionalmente, trabajo sexual honrado, malestar por trabajo oculto, desarrollo personal, satisfacción en el ambiente, entrega de un servicio. Además, mencionan la respuesta social negativa que provoca su trabajo, con los códigos: vergüenza, visión social errónea, discriminación, descontento por juicio social.

*“lo más fuerte que he hecho en mi vida, y como que me va a marcar el resto de mi vida. Y lo que me ha marcado ha sido, nunca pensé que iba a tener tantos hombres en mi vida”  
(Bárbara)*

*“Me da vergüenza, porque igual tu sabes que este trabajo como no es bien visto, no es bien mirado. Entonces, igual me ha influido en ese sentido que... tengo que estar escondiendo mi trabajo” (Coni)*

La categoría “Emociones asociadas”, hace referencia a las emociones y sentimientos que les produce a las mujeres ejercer el trabajo sexual. Dentro de éstas, se encuentran emociones relacionadas a la interacción con clientes expresadas en los siguientes códigos: satisfacción, asco, odio a los hombres. A su vez, emociones asociadas a la visión negativa que se tiene de la ocupación en la que se encuentra: vergüenza, trabajo difícil emocionalmente, miedo a infecciones, cuerpo como objeto, preocupación por opiniones de otros.

*"Me da asco igual, sentir que te quedó el semen ahí... un cliente por plata igual te... es diferente a la forma que cuando tienes tu marido y es obvio que tienes relaciones y es sin preservativo... es otra la sensación, me entiendes, te da un asco enorme" (Bárbara)*

En la categoría "Formas de ejercicio del oficio" se hace alusión a la diversidad de condiciones y modos que adoptan las trabajadoras al ejercer su trabajo, así como también la libertad y flexibilidad asociadas a éste. Las mujeres refieren clasificar a sus clientes, basándose en la higiene, apariencia y situación económica que estos poseen. Además, realizan cobros extra cuando los clientes traspasan los límites de tiempos y reglas establecidas con sus cuerpos. Algunas trabajadoras refirieron consumir marihuana y alcohol para poder ejercer su trabajo, manteniéndolo oculto de sus familias. Los códigos asociados a esta categoría son: clasificación de clientes, cobro extra al traspasar límites, flexibilidad horaria, establecimiento de reglas, lugar de trabajo permanente, trabajo oculto, consumo de drogas y alcohol.

*"...uno también juzga más que todo como por las apariencias, como andan, y esas cosas, por ejemplo, de repente hay clientes que te ofrecen menos de lo que uno pide, y tampoco" (Coni)*

*"No tengo que estar dándole explicaciones a nadie en el trabajo, o sea como que yo hago mis horarios, entonces ya, yo manejo mis tiempos, cachay, y manejo mi plata..." (Coni)*

*"Siempre estamos fumando... o estamos tomando, o las dos cosas. Porque hay muy pocas mujeres cafeteras que no trabajan así. O toman pastillas, o consumen cocaína o fuman marihuana (...) Y eso es porque tienes que tienes que consumir algo para poder estar aquí, no cualquier mujer se va a poner un bikini y estar con tacones ahí llamando a un tipo" (Bárbara)*

En cuanto a "Relación cuerpo y cliente" La categoría se refiere al uso del cuerpo físico en la interacción con las personas que pagan por el servicio sexual. Esto involucra códigos relacionados con su cuerpo y el trabajo sexual: fijación de límites corporales, intimidad con su cuerpo, autonomía del cuerpo, venta del cuerpo, prestación de servicio.

Además, emergen códigos relacionados al uso del cuerpo en el acto sexual: cuerpo deseado por clientes, cuerpo como objeto sexual, uso variado del cuerpo, excitación de clientes, conocimiento de cuerpo excitado de sus clientes, importancia del olor corporal, disfrute del cuerpo, besos ocasionales para excitación, captación de clientes según estado físico. Esto se puede apreciar en las siguientes citas:

*"La gente que no trabaja en esto se imagina que el hombre se aprovecha de una y no es así, no... Nosotras... uno manda su cuerpo." (Andrea 1)*

*"Saben que me van a penetrar, que me van a tocar. Soy un objeto para ellos." (Bárbara)*

En la categoría "Autocuidado" se mencionan las acciones que realizan las mujeres para el cuidado de sí mismas. Se destaca que las trabajadoras instalan una posición de protección frente a los clientes, seleccionándolos o negándose a prestarles atención. En relación a esto, todas usan preservativo como forma de protección ante infecciones de transmisión sexual y establecen límites claros en relación al uso de su cuerpo dentro del acto sexual. Por otra parte, las mujeres refieren acciones realizadas para el cuidado de su cuerpo físico, ya sea mediante actos de autocuidado, controles de salud periódicos y seguridad personal en el ejercicio de su trabajo. Los códigos asociados son: Límites corporales, uso de preservativo, riesgos de las drogas, higiene corporal constante, uso de jabón, controles de salud al día, selección de clientes, conocimiento de riesgos, lavado post contacto cliente.

*"La primera cosa es: sin preservativo, no. Y la segunda no quiero saber nada de... de la parte de atrás, no" (Marisol)*

*"El hombre cuando se acuesta con una trabajadora sexual le piden más, le piden más y como que se quieren aprovechar de uno, entonces uno no, pone límites, hasta ahí." (Andrea 1)*

*[en relación a los controles de salud sexual]  
"Me gusta, porque así me cuido yo, me cuido... mi hija, mi familia, todo, porque si tú te contagias algo en la vagina, con una toalla se lo puede pegar mi hija" (Andrea 2)*

Otra categoría emergente fue "Autoestima" en la cual se expresa la valoración que tienen las mujeres que ejercen el trabajo sexual sobre sí mismas. Este proceso, mencionan, se ve influenciado principalmente por sus características corporales, expresadas con los códigos: disconformidad con dentadura, malestar por aumento de peso, entrega de amor, autoestima alta. Además, señalan la importancia de las opiniones que los clientes tengan sobre ellas y la influencia del ejercer el trabajo sexual, expresado con los códigos: baja autoestima, autoestima según número de clientes. No obstante, si bien algunas mujeres reconocen baja autoestima, lo sobrellevan siendo positivas con la realidad vivida.

*"...la autoestima, aquí, de pronto se le baja un poquito, pues a mí lo, es particular porque tengo un problemita que quiero solucionar en mí. Tengo algo que, por eso que también estoy*

*trabajando, que voy a cambiarme lo que es, tengo un problema en la dentadura.” (Marisol)*

*“...uno mientras más clientes tenga como que igual te mejora la autoestima” (Coni)*

En la categoría de “Autoconcepto” se muestra la visión y las representaciones que cada trabajadora tiene de sí misma, tanto sobre su cuerpo físico como personalidad. Se abordan las diversas opiniones de las entrevistadas, que a pesar de ser muy distintas, están todas relacionadas con la influencia de su trabajo sobre ellas, sus rasgos característicos y descontento con algunos aspectos. Las principales confluencias son la aceptación de su cuerpo físico, sentirse a gusto con su personalidad, sentir autonomía al expresar que ellas son dueñas de su cuerpo en el ejercicio del trabajo y la sensación de que el trabajo sexual ha contribuido a su desarrollo personal. Los códigos asociados son: Las citas que dan cuenta de esto son los siguientes: desarrollo personal, satisfacción por su personalidad, percepción de obesidad, feminidad, cuerpo físico, madurez, autonomía del cuerpo, sensualidad, mente abierta, sentirse querida.

*“Si estoy con un cliente ahí y quiero tener sexo, tengo sexo ahí, si quiero darle beso le doy beso (...), y así, mi vida trato de controlarla yo misma” (Bárbara)*

*“Yo me definiría con la sensualidad y ser sexy”. (Marisol)*

La categoría “Atención en salud” se refiere a las opiniones de las trabajadoras en relación a la atención en salud y las relaciones con las profesionales, principalmente matronas u obstetras. Ellas manifiestan sentir que son bien tratadas, con respeto y las profesionales saben cuál es su oficio sin discriminar y manteniendo la reserva. Los códigos asociados son: buena relación, trabajo sexual oculto, conocimiento de su trabajo, importancia de entrega de información. Esto se ve expresado en las siguientes citas:

*“...muy buena relación con las matronas, nos dan los preservativos...yo hasta el momento no tengo nada que decir de la salud pública de las trabajadoras sexuales...” (Andrea)*

*“...tengo a mi matrona de toda la vida, la que me ve desde que estoy embarazada, yo voy comúnmente, me hago mis exámenes igual, como toda persona...” (Andrea 2)*

En la categoría “Violencia física de los clientes” se mencionan las experiencias de violencia corporal vividas por las mujeres en el trabajo sexual y que han sido ejercidas por clientes, así como también las repercusiones emocionales que han sufrido debido a esto. Lo siguiente se expresa con los códigos: clientes violentos, violencia verbal, hombres que las obligan a besarlos, estrés emocional. Las citas que reflejan esto son:

*“Te encuentras con hombres muy complicados. Que te dicen cosas, son bruscos. Me han pasado cosas que no... No. Fuertes.” (Bárbara)*

*“me hizo desnudarme entera y después que yo lo atendí quería que lo siguiera atendiendo y me salió arrancando con una navaja” (Andrea 1)*

Con respecto a “Violencia Institucional”, las trabajadoras sexuales refieren que no poseen protección de parte de la policía ni de otras instituciones estatales. Los códigos asociados son: persecución policial, violencia verbal, abuso de poder, apatía policial, discriminación por profesionales de salud, inseguridad en ámbito legal. Las citas son:

*“Nosotras somos muy discriminadas por carabineros, supongamos si yo estoy en la calle y a mí un tipo me va a pegar, los carabineros se hacen a un lado” (Andrea 1)*

*“Si yo le dijera a una enfermera sabe que esto y esto, si yo le dijera soy una trabajadora sexual y ellas lo pueden ver desde otra forma, con prejuicios y ofensas” (Cari)*

En la categoría “Respuestas del cuerpo al sexo con clientes” se describen aquellas sensaciones que las trabajadoras sexuales perciben en su cuerpo ante el contacto sexual con el cliente. Se menciona la presencia de placer fingido en el acto sexual únicamente para beneficio del cliente. Además, destacan las sensaciones vividas posteriormente al servicio sexual entregado. Esto se expresa con los códigos: fingir placer, ausencia de placer, placer con hombres atractivos, suciedad, cambio de olor corporal, placer con clientes de eyaculación tardía. Las siguientes citas reflejan lo mencionado:

*“Para mí no es importante sentir placer, no, para mí lo importante es terminar el servicio luego...pero siempre y cuando el cliente se vaya contento.” (Andrea 2)*

En Respuestas del cuerpo al sexo con parejas se describen aquellas sensaciones que las trabajadoras perciben en su cuerpo ante el contacto sexual con sus parejas. Emerge como tema principal el placer y los códigos asociados son: Bajo placer sexual, ausencia de placer, trabajo sexual disminuye el placer. La cita asociada es:

*“Es que claro es que te metes tanto en el asunto del trabajo que de repente estay con tu pareja y no sentí el mismo placer, por eso hay muchas mujeres que trabajamos aquí en el café que quedamos solteras...” (Bárbara)*

## DISCUSIÓN

La presente discusión se posiciona desde la perspectiva de la enfermería crítica propuesta por Kari Martinsen, quien plantea que la práctica profesional, y finalmente la entrega de los cuidados, debe construirse a partir de un contexto histórico y social determinado (1); esperando así contemplar, y a la vez considerar, todas las dimensiones expresadas en los discursos de las mujeres que ejercen el trabajo sexual. El primer ejercicio es reconocer que estas mujeres se encuentran dentro de una realidad que ellas deben vivir día a día. Realidad con características socio-culturales específicas, situada en un espacio y tiempo establecido y donde ocurren cambios y/o nuevas experiencias que determinarán no solo la vida cotidiana de la persona, sino que también, sus estructuras de percepción (10). En relación al contexto en el que se ubican las trabajadoras sexuales, surgieron en sus discursos aquellas motivaciones que las llevaron a utilizar su fuerza de trabajo, y su cuerpo como tal, en esta ocupación. La principal motivación es la necesidad de obtener altos ingresos económicos de forma rápida, transformándose en el sostén económico de sus hogares y así sustentar no sólo sus necesidades sino principalmente la de sus hijos/as; concordando con lo expuesto por Grande Muyon al referir que las trabajadoras sexuales definen su actividad conscientemente, como una actividad de tiempo completo o parcial, para obtener ingresos (13). Las participantes caracterizan al trabajo sexual como bien remunerado y flexible en horarios, permitiendo equilibrarlo con las labores del hogar que recaen involuntariamente en ella por su rol materno. A la vez lo reconocen como un trabajo oculto, ya que sus familias no conocen de su ocupación. Allí la mujer está inserta, en un vaivén entre la vida del hogar y el trabajo sexual, distinguiéndose el espacio cotidiano de este último como peligroso y asociado al consumo de drogas.

En cuanto a las relaciones interpersonales, entendidas como la interacción del cuerpo consigo mismo y con los diferentes componentes del espacio, incluidas las personas con las que convive cotidianamente (1), se presentan las relaciones familiares, con pareja, hijos/as o amigas/os dentro o fuera del ambiente laboral, pudiendo representar o no un apoyo para las mujeres. Destacan redes de apoyo recibido de organizaciones socio-políticas como la *Fundación Margen*, quienes le entregan educación sexual y reproductiva; o relaciones de confrontación con instituciones de seguridad pública como carabineros de Chile, quienes permiten hechos de violencia en el ambiente de trabajo al no interferir en riñas o agresiones hacia a las trabajadoras, o discriminar directamente a las mujeres por su rubro. Desde el punto de vista sociocultural, según Foucault, existen dinámicas sociales que se establecen a partir de relaciones de poder, las cuales determinarán las representaciones de cuerpo (5). Considerando además el género asociado al cuerpo femenino desde su construcción de la forma en que lo desarrolla Lamas, la violencia física de los clientes también se justificaría en relaciones de poder ejercidas por el hombre sobre la mujer y su cuerpo, así como los discursos de algunas trabajadoras donde refieren sentirse objetos sexuales de sus clientes (7).

Tras discutir sobre el contexto del trabajo sexual, y según expone Merleau-Ponty, cada mujer construye sus propias percepciones a partir de él (11). Las representaciones de su cuerpo logran evidenciarse en diversos aspectos. Uno de ellos son las opiniones acerca del trabajo sexual, resultado de la interacción de ellas y sus cuerpos con su propio trabajo. Se presenta una idea común entre las participantes, quienes visualizan el trabajo sexual como un trabajo honrado con el cual no se daña a terceros al ejercerlo, refiriendo más bien que entregan un servicio necesario para los hombres deseosos de tener relaciones sexuales. De manera contraria, las trabajadoras expresan molestia con la manera en que el resto ve su trabajo, al referir que existe una visión errónea y sesgada del trabajo sexual, razón por la cual son discriminadas física, psicológica y socialmente.

Otro aspecto para conocer la percepción de cuerpo tiene que ver con el conocimiento y relación con ellas mismas, abarcando la dimensión de la autoestima, donde la mayoría de las trabajadoras sexuales presentan conformidad con ellas mismas y sus cuerpos, pese a declarar que hay características físicas que no les agradan, como puede ser condiciones de sobrepeso o problemas dentales. Por otra parte, en la dimensión del auto-concepto, destaca la autonomía del propio cuerpo de las trabajadoras sexuales, así como los procesos de maduración personal gracias al ejercicio del trabajo sexual. Desde los resultados obtenidos desde ambas categorías cabe destacar el abordaje del cuerpo desde Durán, quien habla de la re-apropiación del cuerpo femenino por parte de las mujeres, el cual se ha visto sometido a un sistema patriarcal (6). Estas resistencias al sometimiento del cuerpo se confirman en las formas como las trabajadoras hacen uso de él en su trabajo, siendo autónomas en las acciones y límites que establecen en el acto sexual; por ejemplo, cuando se niegan a entregar los servicios si no se cumplen las medidas mínimas de seguridad sexual o la instauración de restricciones de contacto relacionadas al cuerpo.

Con el abordaje de los elementos externos e internos de las mujeres se articularon sus representaciones del cuerpo, contenidas en los discursos donde relataban sus experiencias y visiones del trabajo sexual y su propia vida. Las participantes presentaron, en su mayoría, una percepción de cuerpo centrada en la condición física y a la realización de acciones de autocuidado permanentes relacionadas a la higiene posterior al acto sexual, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual o el establecimiento de límites con los clientes.

Algunas mujeres expresan cambios corporales relacionados al placer y el deseo sexual, viéndose disminuido producto del trabajo sexual. Sus procesos de percepción de cuerpo son influidos por las experiencias novedosas que se presentan dentro del ambiente laboral modificándolo (10). Por otra parte, se manifiesta una construcción social en torno al cuerpo de las trabajadoras sexuales, evidenciado en cómo los prejuicios sociales afectan emocionalmente a las mujeres, quienes han experimentado sensaciones de asco y vergüenza hacia ellas durante el tiempo de ejercicio del trabajo sexual, además del mismo contexto de ocultar su rubro por temor a la respuesta de las y los otros. Respecto a esto, y según lo abordado por Foucault, las construcciones sociales del cuerpo de la trabajadora

son normadas también por las fuerzas sociales dominantes que imperan en las conciencias humanas (5). Le Breton, de igual manera, relata cómo el cuerpo es esbozado según las características que configuran cada sociedad, por lo que se puede asumir que independiente del significado personal que se le otorgue al cuerpo, éste siempre se encontrará supeditado en primera instancia a factores externos que determinan la construcción del cuerpo individual (3).

La objetificación del cuerpo, descrita por Fredrickson y Roberts, como el hecho que las mujeres y niñas son habitualmente convertidas en objetos por medio de comentarios de índole sexual, miradas lascivas y tocaciones, con esto, las mujeres internalizan los estándares de ser atractivas según lo aceptados socialmente, con lo cual se enfocan en su apariencia física según las exigencias de los otros y no de las propias, pudiendo llevar a la presencia de sintomatología depresiva y trastornos alimenticios (22-23). Esto se condice con lo manifestado por las participantes, quienes refieren ser un objeto para sus clientes, al que usan según su deseo además de referir consumo problemático de alcohol y drogas, como una forma de aminorar la depresión y ansiedad.

## CONCLUSIONES

Para Lee los temas sensibles son aquellos en que la investigación penetra en el mundo privado de los participantes, pudiendo examinar alguna experiencia personal profunda, actividades que hacen referencia a la desviación o control social, que afecta a los intereses de personas poderosas con el ejercicio de la coerción y la dominación (24). Según esta definición, el estudio de la percepción de la corporalidad en trabajadoras sexuales puede ser considerado un tema sensible, por ser una actividad que se desvía de los cánones tradicionales de moralidad. Para los autores constituyó una experiencia alejada de la enfermería de tipo clínica, ya que significó conocer un mundo al que habitualmente no tenemos acceso.

Dentro de las limitaciones que tuvimos como equipo se encuentra el que fue necesario salir a los lugares de trabajo de las mujeres y esperar que tuvieran un espacio entre sus clientes para ser entrevistadas. Los investigadores debieron esperar fuera de departamentos, hoteles y cines eróticos en barrios no exentos de peligro, con el consiguiente riesgo para ellos. Otra dificultad que surgió fue la exigencia de parte de las trabajadoras de que se les pagara aproximadamente USD 8 por entrevista, aspecto del que luego desistieron, ya que valoraron el espacio de escucha y desahogo.

Los resultados de la investigación aportan en información acerca de las mujeres que ejercen el trabajo sexual, permitiendo una práctica de Enfermería bajo una perspectiva crítica de la realidad histórica y social, construyendo el conocimiento y el análisis de este en conjunto con las trabajadoras sexuales. Durante la investigación las entrevistas fueron realizadas en sus espacios de trabajo, lo que fue significativo en la comprensión

de su percepción de cuerpo y la manera en que se debiese trabajar con ellas desde la enfermería, transformando nuestro accionar en una búsqueda del bienestar a partir de las propias mujeres y sus contextos.

Dentro de los hallazgos de esta investigación, es de suma importancia el hecho de que todas son madres y consideran a sus hijos como principal motivación para ejercer su trabajo. Cada una de ellas logró expresar su percepción de cuerpo; sin embargo, creemos que se requiere una reflexión más profunda de parte de las participantes acerca de aspectos de su vida relacionadas con una definición propia y vivencias complejas de su historia de vida, las cuales podrían ser abordadas desde otra perspectiva metodológica como la fenomenología.

Para alcanzar este conocimiento es que se profundiza en ámbitos que construyen su realidad y se fundamentan según el vínculo entre las mujeres y su cuerpo, tales como su autoconcepto, autoestima, las relaciones sociales que mantienen tanto fuera como dentro del ambiente laboral y la forma en que utilizan su cuerpo en el trabajo.

Se logra evidenciar que la ocupación que desempeñan es fundamental para el proceso de construcción de la percepción del cuerpo, ya que determina las experiencias adquiridas e influye la existente relación dialéctica entre el mundo externo- ambiente, relaciones con otros, contexto- y el mundo interno, relacionado con la conciencia interna de ellas mismas; todo esto determinará la propia percepción de las mujeres y la forma que tienen de desenvolverse en su entorno. Además, se logra evidenciar cómo el cuerpo femenino se utiliza en el trabajo desde lo físico y ligado muchas veces al ámbito sexual, para consumo de otros, siendo prueba de esto la violencia constante que viven las mujeres que ejercen esta ocupación. Por último, mencionar que en esta relación cuerpo- trabajo surge la necesidad de ser autónomas y de sentirse dueñas de ellas mismas y de su cuerpo. Es a partir de lo anterior que se comprende la importancia de la construcción social del cuerpo, en el que el ambiente de su lugar de trabajo, la imagen social que se tiene sobre ellas y las experiencias que han vivenciado, determinarán los cuidados de Enfermería que se otorgarán según las necesidades y potencialidades de las mujeres que ejercen el trabajo sexual.

Nos parece interesante continuar con una investigación con un mayor número de participantes, con el fin de llegar a generar un modelo de enfermería que sea desarrollado a partir de nuestra identidad latinoamericana y con el cual se pueda abordar desde una mirada integral el cuidado de las mujeres trabajadoras sexuales.

**Cómo citar este artículo:** Mirliana Ramírez, P; Casis Tapia, D; Castellano Yáñez, MI; Covarrubias Vigar, A; Figueroa Farías, D; López Muñoz, J; Uribe Vidal, A. Percepciones corporales en trabajadoras sexuales. *Enfermería (Montev.)*. [Internet]. 2017 Jun [citado xxxx]; 6 (1) 37-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i1.1367>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marriner Tomey A, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 6° ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
2. Sosa-Rosas M, Luna-Victoria F. Cuidado de Enfermería en el cuerpo de la persona con cáncer. Elsevier [Internet]. 2014 Feb-Mar [citado May 2016]; 11(2): 73-78. Disponible en: [www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-pdf-S1665706314726685-S300](http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-pdf-S1665706314726685-S300)
3. Le Breton D. Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Nueva visión; 2002.
4. Vidal F, Donoso C. Cuerpo y sexualidad. Santiago: Universidad Arcis-FLACSO; 2002.
5. Foucault M. Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión. México: Siglo veintiuno editores; 2002
6. Durán Sandoval M. Higienismo, cuerpo y espacio: Discursos e Imágenes sobre el Cuerpo Femenino en las Teorías Científicas e Higienistas. Chile Siglos XIX-XX [Internet]. Santiago: Repositorio académico de la Universidad de Chile [Actualizada Jul 2006; citado May 2016]. Disponible en: [http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2006/duran\\_m2/html/index-frames.html](http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2006/duran_m2/html/index-frames.html)
7. Lamas M. Cuerpo: diferencia sexual y género. 1° ed. México: Taurus; 2002.
8. Spirkin A. Materialismo dialéctico y lógica dialéctica. México: Grijalbo; 1969.
9. Díaz Martínez, C. Modelos de autopercepción social entre alumnos de octavo de EGB. Revista de educación [Internet]. 1992 [citado May 2016]. (299): 293-305. Disponible en: <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/detalle.action?cod=487>
10. Vargas Melgarejo, L. Sobre el concepto de percepción. Alteridades [Internet]. 1994 [citado Jun 2016], 4(8): 47-53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
11. Merleau-Ponty, M. Fenomenología de la percepción. Barcelona: Península; 1975.
12. Aguirrez Domínguez P. El cuerpo de la mujer como instrumento de comercio en los tres niveles de prostitución en el municipio del centro perteneciente al estado de tabasco [Internet]. Tabasco: Acta científica XXIX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología 2013 [actualizada 2013; citado Mayo 2016]. Disponible en: [http://acta-cientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT11/GT11\\_AguirrezDominguezP.pdf](http://acta-cientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT11/GT11_AguirrezDominguezP.pdf)
13. Cáceres C., Mogollón M., Pérez-Luna G., Fernando Olivos (eds). Sexualidad, ciudadanía y derechos humanos en América Latina, un quinquenio de aportes regionales al debate y la reflexión. 1° ed. Lima: IESSDEH; 2011.
14. Rajevic P. El libro abierto del Amor y el Sexo en Chile. Santiago de Chile: Planeta; 2000.
15. Rodríguez G. Trabajadoras sexuales: relaciones de trabajo invisibilizadas [Internet]. Santiago: Repositorio académico de la Universidad de Chile [Actualizada Nov 2012; citado May 2016]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116379/TESES.pdf?sequence=1>
16. Oyarzo T. El derecho a ejercer la prostitución voluntaria: análisis en el derecho comparado y en el derecho chileno [Internet]. Valdivia: Tesis electrónicas UACH [Actualizada 2012; citado May 2016]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2012/fjo.98d/doc/fjo.98d.pdf>
17. Observatorio de Políticas Públicas en VIH y SIDA y Derechos Humanos. Investigación de monitoreo y valoración de la política pública de prevención y atención integral del VIH y SIDA en población de mujeres ejercen el comercio sexual [Internet]. Santiago: Fundación Savia [actualizada 2012; citado May 2016]. Disponible en: [http://www.fundacionsavia.cl/media/uploads/docs/INVESTIGACION\\_COMERCIO\\_SEXUAL\\_-2012.pdf](http://www.fundacionsavia.cl/media/uploads/docs/INVESTIGACION_COMERCIO_SEXUAL_-2012.pdf)
18. Guba E., Lincoln Y. Competencia de paradigmas en la investigación cualitativa. California: Sage Publications; 1994.
19. Johnson S. Rasulova S. Qualitative impact evaluation: incorporating authenticity into the assessment of rigour. [citado 2 de diciembre del 2016] Disponible en <http://www.bath.ac.uk/cds.publications/bpd45.pdf>
20. Thorne S. Qualitative Research in the Applied Disciplines, Interpretive Description. Inc. Walnut Creek, California: Left Coast Press; 2008
21. González M. Aspectos éticos de la investigación cualitativa. Revista interamericana de educación [Internet]. 2002. [citado Jun 2016]; 29: 85-103. Disponible en: <http://www.rioei.org/rie29a04.htm>
22. Velez B. Campos I., Moradi B. Relations of Sexual Objectification and Racist Discrimination with Latina Women's Body Image and Mental Health. The Counseling Psychologist. 2015. 43 (6): 906-935
23. Szymanski D., Moffitt L., Carr E. Sexual Objectification of Women: Advances to Theory and Research. The Counseling Psychologist. 2011. 39 (1): 6-38
24. Lee R. Doing Research on Sensitive Topics. California: Sage Publications; 1993.

# MORTALIDAD MATERNA EN LA GESTANTE WAYÚU DE URIBIA, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA, COLOMBIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO AÑO 2016

MATERNAL MORTALITY IN THE PREGNANT WAYÚU WOMEN OF URIBIA,  
DEPARTMENT OF LA GUAJIRA, COLOMBIA. DESCRIPTIVE STUDY 2016

A MORTALIDADE MATERNA NA GRÁVIDA WAYUU DE URIBIA,  
DEPARTAMENTO NA GUAJIRA, COLÔMBIA. ESTUDO DESCRIPTIVO 2016

**Javier Alonso Bula Romero**

*Universidad Antonio Nariño. Bogotá, Colombia.*

Jabular@unal.edu.co

ORCID: 0000-0002-0788-0472

**Keiner Galarza**

*Universidad Antonio Nariño. Bogotá, Colombia.*

ORCID: 0000-0002-2744-4491

<http://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i1.1369>

Recibido: 28/02/2017

Aceptado: 22/03/2017

## RESUMEN

La tendencia de mortalidad materna en el municipio de Uri-bia, Departamento de la Guajira, Colombia, ha mostrado un ascenso vertiginoso. Si bien existen esfuerzos por mejorar la cobertura en la atención del parto institucional en el municipio, el parto domiciliario, que es una práctica cultural habitual de poblaciones indígenas como la Wayúu, sigue siendo, por diversas razones, la primera opción para un número significativo de mujeres Wayúu. Esta práctica cultural expone a las mujeres a complicaciones durante la atención del parto que, de no ser remitidas a tiempo a un centro hospitalario, conducen a una muerte materna. La presente investigación tuvo como objetivo describir el comportamiento de la mortalidad materna en la gestante Wayúu del municipio de Uri-bia en el periodo comprendido entre el primero de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2016. Los resultados de este estudio muestran cómo las prácticas tradicionales de parto, el difícil acceso a los servicios de salud y la edad de la madre son factores que contribuyen a aumentar la tasa de mortalidad materna y esto, a su vez, revela la vulnerabilidad social y de salud a la que está expuesta esta comunidad indígena. La investigación concluyó además que la hemorragia posparto fue la principal causa de mortalidad ma-terna en la gestante Wayuu del municipio de Uri-bia, durante el período estudiado. La atención domiciliaria del parto, realizada por madres, abuelas o hermanas mayores, puede ser un factor desencadenante de este tipo de complicaciones obstétricas que, si no son atendidas adecuadamente, pueden conducir a la muerte de la madre.

**Palabras clave:** Mortalidad Materna, Mujeres Embarazadas, Características Culturales, Salud de Poblaciones Indígenas.

## ABSTRACT

The trend of maternal mortality rate in the municipality of Uri-bia, Department of Guajira, Colombia, has shown a dizzying increase. Although there are efforts to improve the coverage of childbirth occurring in institutions of the municipality, home deliveries, which are a normal cultural practice in indigenous populations such as the Wayúu, remains, for various reasons, the first option for a significant number of Wayúu women. This cultural practice exposes women to complications during childbirth care, which, if not sent to a hospital in time, can result in maternal death. The objective of the present study was to describe the behavior of maternal mortality in the pregnant Wayúu of the municipality of Uri-bia in the period between January 1st, 2010 and December 31, 2016. The results of this study show how traditional practices of childbirth, the difficulty of access to health services and the mother's age are factors that contribute to increase the maternal mortality rate and this, in turn, reveals the social and health vulnerability to which this indigenous community is exposed. The study also concluded that postpartum hemorrhage (PPH) was the main cause of maternal mortality in the pregnant woman Wayuu of the municipality of Uri-bia, during the period studied. Home care at the delivery, performed by mothers, grandmothers or older sisters, can be a trigger for this type of obstetric complications that, if not addressed properly, can lead to the death of the mother.

**Keywords:** Maternal Mortality, Pregnant Women, Cultural Characteristics, Health of Indigenous Peoples.

## RESUMO

A tendência da mortalidade materna no município de Uribia, Departamento de Guajira, Colômbia, mostrou um rápido aumento. Embora existam esforços para melhorar a cobertura de cuidados ao parto institucional no município, o parto em domicílio, que é uma prática cultural comum dos povos indígenas como o Wayuu, permanece, por várias razões, a primeira escolha para um número significativo de mulheres Wayúu. Esta prática cultural expõe as mulheres a complicações durante a assistência ao parto que, se não oportuna ser enviado para um hospital, levam à morte materna. Esta pesquisa teve como objetivo descrever o comportamento da mortalidade materna no Wayuu gestante no município de Uribia no período de 1 de Janeiro de 2010 a 31 de Dezembro de 2016. Os resultados deste estudo mostram fazer tradicional práticas do nascimento, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e idade materna são fatores que contribuem para o aumento da taxa de mortalidade materna e este, por sua vez, revela a vulnerabilidade social e de saúde que esta comunidade indígena está exposto. A investigação também concluiu que a hemorragia pós-parto (PPH) foi a principal causa de mortalidade materna em Wayuu gestante o concelho de Uribia, durante o período de estudo. O parto em domicílio cuidado, pelas mães, avós e irmãs mais velhas, pode ser um gatilho para este tipo de complicações obstétricas, se não forem devidamente tratados, podem levar a fator de morte materna.

**Palavras-chave:** Mortalidade Materna, Gestantes, Características Culturais, Saúde de Populações Indígenas.

## INTRODUCCIÓN

La salud materna no sólo es el resultado de las condiciones de las mujeres durante la gestación, el parto y el posparto, sino que es un indicador del grado de desarrollo de un país y su capacidad para garantizar derechos humanos y salud a su población (1-7). Las condiciones de desigualdad e inequidad que enfrentan las mujeres en distintas regiones del mundo se reflejan especialmente en los casos de muerte materna y representan serias implicaciones no sólo para las mujeres en gestación y sus hijos por nacer, sino para sus familias y la sociedad en general. El bajo nivel educativo de las gestantes, las barreras geográficas, económicas, culturales y de calidad de la atención en salud son elementos causales relacionados con la mortalidad materna (8).

Cada día se producen en el mundo aproximadamente 830 muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Casi todas estas muertes suceden en países en desarrollo y, en su mayoría, podrían haber sido evitadas (9). En 2015 la razón de mortalidad materna en los países en desarrollo fue de 239 por 100000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados fue tan sólo de 12 por 100000 nacidos vivos (9). En el contexto colombiano, la razón de esta mortalidad es 3,02 veces más alta en los departamentos con mayor Índice de Pobreza Multidimensional. Entre ellos se destaca el Departamento de la Guajira, que posee además la particularidad de tener

uno de los principales asentamientos indígenas en el territorio nacional. El caso de las mujeres indígenas del Departamento de la Guajira representa una de las tasas más altas de mortalidad materna en Colombia: para el año 2015, esta región presentaba una Razón de Mortalidad Materna por encima de las 100 muertes por 100000 nacidos vivos (1).

El Departamento de la Guajira está localizado al norte de Colombia. Cuenta con una extensión de 20.848 kilómetros cuadrados, lo que representa el 1,8% del territorio nacional (4, 10, 11). En este departamento se concentra el mayor número de población indígena del país, especialmente de la comunidad Wayúu (4, 11). Ocupando más de la tercera parte de la superficie terrestre del Departamento de la Guajira, el Municipio de Uribia se ubica en el extremo más septentrional de América del Sur y tiene una posición marítima y fronteriza estratégica en la región. Se estima que cerca del 95,9% de la población total del municipio pertenece al pueblo Wayúu (1-4, 10-12).

A pesar de contar con una importante cobertura en los servicios de salud, hay un porcentaje significativo de la población rural del departamento que no accede ni hace uso de estos servicios por motivos culturales, geográficos e institucionales. Esta situación, entre otras prácticas culturales propias de las mujeres de esta comunidad, impacta negativamente los indicadores de morbimortalidad materno-perinatal de la población indígena Wayúu, como lo demuestran las estadísticas (13-16).

## Prácticas de cuidado cultural relacionadas con el embarazo, parto y posparto de la mujer Wayúu

Desde el inicio de su pubertad la mujer Wayúu participa en distintas tradiciones de su comunidad asociadas a la sexualidad y la vida fértil (15-19). Las mujeres embarazadas toman consejos de su madre o sus hermanas mayores, en especial durante su primer embarazo, pues la preocupación por la llegada del parto está determinada por el número de hijos que la mujer haya tenido: la primeriza recibe más atención que las mujeres que han parido varias veces, pues se dice que a ellas «*el niño les sale solito, solito, sin problema*» (13, 15, 16). La gestante sigue recomendaciones para protegerse a sí misma y al bebé: procura no salir de noche, ni ir al monte, al jagüey<sup>1</sup>, a velorios o entierros, con el fin de evitar los espíritus malignos que puedan afectarla a ella o a su hijo (18).

Aunque algunas mujeres jóvenes están empezando a acudir más a los hospitales, los partos son por lo general atendidos en casa por un familiar, por una partera o, en algunos casos, por la misma gestante (14-16). La nativa Wayúu, con el fin de prepararse para el parto, se lava el cuerpo y el cabello, se limpia el pubis y se coloca ropa limpia. Asimismo, alista el sitio donde tendrá lugar el parto disponiendo de una hamaca o una soga para sujetarse. La madre se acuesta o se sienta sobre un asiento de madera para llevar a cabo el parto (15, 16). Cuando realiza el parto sentada, la madre pone su espalda contra un chin-

1 Palabra propia de la cultura wayúu. Hace referencia al pozo de donde se obtiene el agua.

chorro colgado y extiende sus brazos tomándose del mismo; frente a ella está ubicada una capa de arena cubierta con una sábana para coleccionar la sangre derramada y sacarla de la casa después (14). En caso de que el parto se complique, se llama a la partera o se transporta a la mujer al hospital si las distancias lo permiten (15, 16). Tras dar a luz, se lava con agua de hierbas, se le hace un masaje en el abdomen y se le dan bebidas para el dolor y para el sangrado (15, 16).

La placenta debe ser enterrada. Si el nacimiento ocurre en un hospital, le piden la placenta al médico para enterrarla en la rancharía (18-20). De igual manera, el ombligo del recién nacido se limpia, se amarra con hilo de coser blanco tratado con yerbas medicinales y, según la tradición cultural, las madres lo guardan en una cajita y posteriormente lo entierran para que los hijos permanezcan en sus territorios (18, 19).

La lactancia materna es la única fuente de alimentación que recibe el recién nacido; si ésta no es abundante, la madre toma chicha de maíz o leche de cabra (15, 16). Cuando la leche de la madre no baja, le masajean los senos después de calentarse las manos en ceniza caliente y le ofrecen ajonjolí molido con agua, un remedio que también le suministran a las cabras cuando tienen el mismo problema (18).

La mujer Wayúu guarda una cuarentena que puede extenderse hasta dos meses. En este periodo se baña normalmente todo el cuerpo, pero no la cabeza y se cuida de no «serenarse». Las mujeres primerizas no realizan todos los trabajos caseros, como lavar y cocinar; estas labores son realizadas generalmente por la madre o por una hermana mayor. Si el padre del recién nacido no asume la responsabilidad de sustentar económicamente a la mujer durante el posparto, los tíos maternos son los encargados de esta función (14-19).

Entre los años 2010 y 2012, Nájera & Tuesca realizaron un estudio en el que analizaron los casos de muerte materna ocurridos en el Departamento de la Guajira (21). El objetivo de su estudio fue identificar si las desigualdades sociales y las características sociodemográficas del departamento incidían de manera negativa en la mortalidad materna. Estos autores encontraron que, para el periodo estudiado, se habían registrado 54 muertes maternas, de las cuales el 61,1% eran indígenas y el 33,3% no contaba con ningún estudio. Este estudio concluyó que la tasa de mortalidad materna fue significativamente más elevada en las mujeres indígenas que en las no indígenas.

La presente investigación tiene como objetivo describir el comportamiento de la mortalidad materna de la gestante Wayúu en el municipio de Uribia, Departamento de la Guajira, Colombia, en el periodo comprendido entre el 1 enero de 2010 y 31 diciembre de 2016. La información para esta descripción fue recolectada a partir de los registros históricos sobre el número de nacimientos y defunciones fetales y no fetales reportados y validados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas del año 2016 (DANE- 2016)<sup>2</sup>.

Al describir las prácticas de cuidado cultural en las gestantes indígenas Wayúu, se busca que el profesional de enfermería

conozca cómo estas prácticas influyen en los indicadores de mortalidad materna. Este conocimiento ha sido poco explorado, por lo que se hace necesario abordarlo para tomar decisiones y emprender acciones orientadas al cuidado de las gestantes en comunidades indígenas. En consecuencia, la investigación presente ofrece un aporte significativo a la disciplina de Enfermería.

## METODOLOGÍA

Esta investigación corresponde a un estudio descriptivo retrospectivo cuyo objetivo consistió en describir el comportamiento de la mortalidad materna en la población indicada, a partir de información extraída de registros históricos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas en relación con los casos de muerte materna reportados en el periodo comprendido entre 2010 y 2016. Para realizar esta investigación no se requirió consentimiento informado, dado que los datos recolectados se extrajeron de fuentes documentales. Sin embargo, se realizó una solicitud formal a los entes gubernamentales del Departamento de la Guajira y del municipio de Uribia (Secretaría de Salud Departamental y Municipal) con el fin de obtener la información requerida para este estudio. Los datos obtenidos fueron transcritos a una base de datos elaborada en Microsoft Excel versión 3.5 diseñada especialmente para la investigación. Los datos suministrados no fueron alterados en ningún momento del proceso, de modo que es posible garantizar la veracidad de la información aquí reunida.

Con respecto a los materiales y métodos, en la primera fase de este estudio se revisó la literatura existente en relación con el comportamiento de la mortalidad materna, especialmente en comunidades indígenas. Se hizo énfasis en la búsqueda de factores relacionados con este tipo de evento, tales como: pertenencia étnica, grupo etario, profesional de salud que realiza la atención del parto, causas asociadas a la mortalidad materna y prácticas culturales de cuidado en las gestantes de comunidades indígenas.

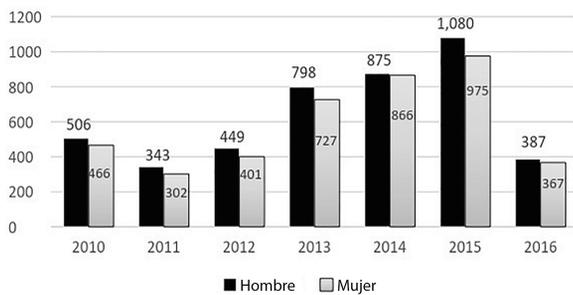
La segunda fase consistió en contrastar los hallazgos reportados en el proceso investigativo a la luz de la literatura disponible sobre el fenómeno estudiado. Es preciso aclarar que en el contexto colombiano existen pocos estudios relacionados con la mortalidad materna en la comunidad indígena Wayúu, por lo que la discusión de los resultados en torno a este tópico se realizó con base en los perfiles epidemiológicos y el comportamiento de la mortalidad materna en las distintas regiones del país, de acuerdo con los reportes oficiales del DANE del año 2016.

---

2 El DANE consolida, valida y procesa la información de los nacimientos a partir de los Certificados de Nacido Vivo diligenciados por personal de salud autorizado y funcionarios de Registro Civil. La información de defunciones fetales y no fetales corresponde a la consolidación, codificación de causas de muerte, validación y procesamiento realizado por el DANE, a partir de los certificados de defunción.

## RESULTADOS

A pesar de los esfuerzos gubernamentales por mejorar la cobertura en el programa de control prenatal, incrementar la atención del parto institucional y desarrollar programas comunitarios en salud con enfoque diferencial étnico, la mortalidad materna sigue cobrando un número importante entre las mujeres de la etnia Wayúu del Departamento de la Guajira. La tendencia de la mortalidad materna en el municipio de Uribia, en específico, mostró un ascenso vertiginoso los primeros cuatro años del periodo estudiado (2010-2014). El pico de mortalidad materna más alto reportado por el ente territorial del municipio de Uribia ocurrió en el año 2013: se presentaron 7 muertes maternas por 1525 nacidos vivos y todas eran mujeres de la etnia Wayúu. El mayor número de nacimientos ocurridos en el municipio de Uribia durante los periodos estudiados se presentó en los años 2014 y 2015; los recién nacidos de sexo masculino representaron la mayor proporción reportada, 32 % vs 30%.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, Registro de nacimientos por sexo y municipio de residencia. Periodo 2010- 2016.

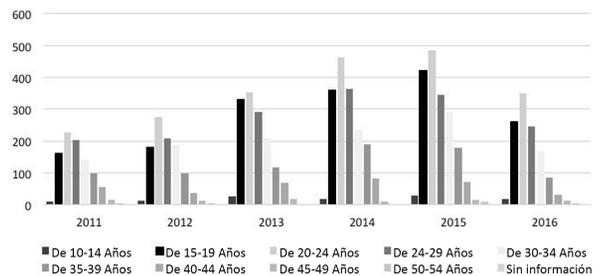
**Gráfico 1.** Número de nacimientos por sexo en el municipio de Uribia, Departamento de la Guajira. Enero 2010–Diciembre 2016.

Al determinar el número de nacimientos por área de residencia de la madre, se observa que en la cabecera municipal ocurre el mayor número de nacimientos registrados (5086 Nacimientos). Sin embargo, llama la atención que en las zonas rurales dispersas se ha concentrado un importante número de nacimientos a través de los años (1976 Nacimientos).

Al comparar el número de nacimientos por edad de la madre y sitio de residencia, se puede apreciar que las mujeres entre los 15 y 35 años reportan el mayor número de nacimientos. En este grupo se concentra el mayor número de mujeres embarazadas en el municipio de Uribia, de acuerdo a cifras oficiales del Boletín epidemiológico de la semana 52 del 2016 en Colombia. La mayor razón de mortalidad materna se registró en el área rural con 78,8 muertes maternas tempranas por 100000 nacidos vivos; el 63,7 % se registró en el régimen subsidiado y la mayor

razón se presentó en la población de mujeres no afiliadas, con 62 muertes maternas tempranas por 100000 nacidos vivos.

La razón de mortalidad materna en Colombia para mujeres de pertenencia étnica indígena fue de 316,5 muertes maternas tempranas por 100000 nacidos vivos; de estas, el 24,6 % fueron en las mujeres de 20 a 24 años. De otro lado, el número de nacimientos de madres entre 15 y 19 años en el municipio de Uribia ha mostrado una tendencia creciente. Con esto se evidencia un aumento significativo en las tasas de embarazo adolescente, factor que contribuye a la mortalidad materna y perinatal del municipio.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, Registro de nacimientos por grupo de edad de la madre. Periodo 2010- 2016.

**Gráfico 2.** Número de nacimientos por grupo de edad de la madre en el municipio de Uribia, Departamento de la Guajira. Enero 2010–Diciembre 2016.

El municipio de Uribia no es entonces ajeno a realidad nacional; las características demográficas de la población objeto de estudio guardan relación con el panorama nacional. No obstante, la desventaja social que tiene la gestante Wayúu es mucho más evidente, no sólo por las barreras de acceso a los servicios de salud sino también por las barreras geográficas a las que se encuentra expuesta esta comunidad.

Un estudio realizado durante el 2000-2003 por la Organización Panamericana de la Salud sobre mortalidad materna evidenció una serie de desventajas de la población indígena con respecto a la no indígena. Entre las desventajas se destaca el embarazo a edades tempranas, la falta de asistencia médica, el domicilio en zonas rurales dispersas y la baja o nula escolaridad (22). La mayor proporción de muertes maternas ocurre en mujeres indígenas con bajo o ningún nivel educativo. El riesgo de muerte es 10 veces mayor respecto a las no indígenas; en mujeres indígenas de 10 a 14 años el riesgo es cuatro veces mayor, además de pertenecer al régimen subsidiado y haber tenido el parto en el domicilio (23).

En el Departamento de la Guajira, la atención del parto institucional ha venido aumentando a través de los años. Los esfuerzos por mantener una cobertura útil en la atención del parto institucional se reflejan en los datos estadísticos. Al determinar el número de partos de acuerdo a la persona que realizó la atención del mismo, se puede apreciar que, a medida que crece el número de partos atendidos por personal médico, decrece el número de partos atendidos por parteras. (Gráfico 3)

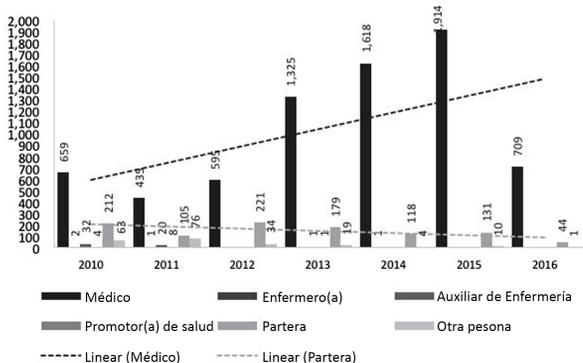
Para acceder a los servicios de salud institucionales, sin embargo, generalmente la gestante o la puérpera Wayúu tiene que recorrer largas distancias hasta un centro de salud. Las vías y los medios para movilizarse se encuentran restringidos para muchas comunidades indígenas de la etnia Wayúu. Por tanto, existe un grupo significativo de mujeres Wayúu del municipio de Uribia que prefiere la atención del parto en su sitio de asentamiento. Además de las dificultades de acceso a los servicios de salud, las particularidades geográficas y las largas distancias que habría que recorrer, es común que estas mujeres prefieran ser atendidas por una partera de su propia comunidad, por razones culturales.

La atención domiciliaria del parto puede ser un factor desencadenante de complicaciones obstétricas que, si no son atendi-

das adecuadamente, pueden conducir a la muerte de la madre. La hemorragia posparto (HPP) fue la principal causa de mortalidad materna en el municipio de Uribia. En segundo orden aparecen los trastornos hipertensivos de la gestación. (Gráfico 4)

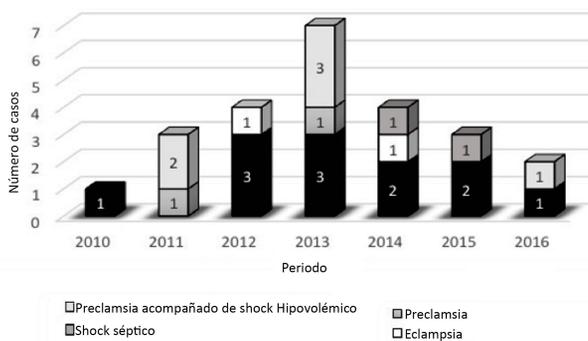
Las causas de muerte materna por hemorragia, sepsis e hipertensión son dos veces mayor en población indígena que no indígena. Teniendo en cuenta las zonas rurales dispersas, en las que se presentan complicaciones relacionadas con el tiempo prolongado del trabajo de parto (más de 24 horas), también hay riesgos de ruptura de útero, hemorragias severas y retención de la placenta (24-26).

Las causas de mortalidad materna siguen siendo las mismas descritas por la literatura. Las causas más comunes y frecuentes son los trastornos hipertensivos, la hemorragia post parto y la sepsis obstétrica. Sin embargo, para la gestante Wayúu existen complicaciones adicionales en relación con el manejo oportuno de este tipo de condiciones. Adicionalmente, la situación se ve afectada en primer lugar por la remisión oportuna de la mujer a los centros asistenciales y en segundo lugar por la capacidad resolutoria de los prestadores de atención en salud para responder a este tipo de eventualidades.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE. Registro de los nacimientos por tipo de persona que atendió el parto según el municipio y sitio de ocurrencia. Periodo 1 de enero de 2010 - 31 de diciembre de 2016.

**Gráfico 3.** Número de nacimientos atendidos por tipo de persona que atendió el parto en el municipio de Uribia, Departamento de la Guajira. 1 de enero 2010–31 de diciembre 2016.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE. Registro de Defunciones no Fetales según el municipio y sitio de ocurrencia. Periodo 1 de enero de 2010 - 31 de diciembre de 2016.

**Gráfico 4.** Causas de defunción materna en el municipio de Uribia, Departamento de la Guajira. 1 de enero 2010 – 31 de diciembre 2016

## DISCUSIÓN

Como se mencionó, el municipio de Uribia es habitado en su mayoría por población Wayúu, el 93% habita en el área rural y el 7% restante en el área urbana (1-5, 10-12, 27). Con todo, cada vez son más las mujeres del municipio de Uribia que se acercan a la cabecera municipal para recibir la atención del parto en las instituciones de salud. El mayor número de nacimientos en la cabecera municipal reportado en los periodos estudiados se presentó en el año 2015. Sin embargo, por ser el municipio de Uribia un territorio inhóspito, desértico, semiárido y poco accesible, la mayoría de las indígenas Wayúu prefieren aún permanecer en su lugar de origen y disponer de los recursos locales para dar respuesta a sus necesidades de salud (27, 28).

A partir de esta situación es pertinente preguntar qué condiciones comparten los territorios de la Guajira para que se presente una tendencia creciente en el comportamiento de la mortalidad materna. Tres elementos, en efecto, se encontraron como los patrones comunes que juegan un papel decisivo en el comportamiento y la tendencia de este indicador: la pobreza, la etnicidad y la ruralidad. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar acciones que contribuyan a superar las brechas, con el fin de adecuar los programas de salud materna a las particularidades de cada pueblo.

En relación con las prácticas de cuidado en las gestantes de comunidades indígenas, Ramos Lanfot realizó una investigación de abordaje cualitativo, con el enfoque de etnoenfermería, propuesto en 1991 por Leininger, en una comunidad indígena Zenú, o Sinú, del departamento de Córdoba (29, 30). Los resultados de este estudio describieron cuatro dominios culturales relacionados con el proceso de embarazo: el significado del embarazo para la mujer zenú, las maneras de cuidarse, la comadrona como elemento fundamental en el control del embarazo y la atención de la mujer zenú durante el embarazo y el parto. Este estudio concluyó que las prácticas culturales identificadas en las gestantes indígenas zenú evidencian el apego que tienen hacia sus costumbres y tradiciones y resaltan la confianza que manifiestan respecto a los cuidados y la atención que le brindan las comadronas o parteras de la comunidad. A pesar de lo señalado, el estudio propuesto por Ramos no menciona cuál ha sido la contribución de la comadrona en los indicadores de morbi-mortalidad materna de las gestantes del resguardo indígena Zenú del departamento de Córdoba.

Otros autores, como Oviedo M, et al. realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de describir las prácticas de cuidado durante el proceso de gestación en las comunidades Embera y Wuanán, del departamento del Chocó (31). Los datos obtenidos en la investigación reflejan cuatro categorías que dan cuenta de las prácticas de cuidado alrededor de la gestación en las comunidades indígenas estudiadas: los cuidados de la pareja, los cuidados ofrecidos por la familia, la alimentación durante la gestación y las actividades realizadas por la gestante. La decisión de buscar ayuda para la gestante es tomada por el hombre, él es quien determina cuándo y a quién solicitarla. En estas

comunidades no se acostumbra a realizar controles periódicos de salud durante el embarazo; sin embargo, se reconocieron dos momentos en los cuales acuden: cuando consideran que la gestante está enferma y cuando se acerca el momento del parto. La partera es quien identifica los problemas que puedan surgir durante el embarazo: "La partera sabe si el niño viene normal, o no, y le avisa al gobernador de la comunidad indígena para que hable con el hombre, para que la lleve al médico" (31). La decisión final de llevarla, en todo caso, sigue siendo potestad del hombre.

Aunque las mujeres reciben apoyo de su comunidad y su familia durante el embarazo, continúan realizando actividades de la vida cotidiana y asumiendo todas las labores del hogar. Se señaló también que los conocimientos y las prácticas de cuidado de las gestantes obedecen a la información que han recibido de sus progenitoras, de manera intergeneracional, y estos elementos son convertidos así en normas culturales (31).

Medina & Mayca realizaron un estudio etnográfico en comunidades indígenas de la Amazonía peruana, en los pueblos Awajun y Wampis. Con este estudio identificaron que el nacimiento está asociado a componentes de orden cultural que le dan un sentido mágico: el contexto familiar, la administración de infusiones calientes a base de plantas medicinales, el lugar del parto, la participación de la partera, los elementos que serán usados y las dietas, entre otros (32).

En la mayoría de casos de mortalidad materna se identifican factores comunes, como las prácticas culturales en torno al embarazo, parto y posparto, la responsabilidad de la familia en la toma de decisiones cuando existe algún tipo de complicación y las intervenciones realizadas por las parteras o comadronas de la comunidad (29, 32, 34-36). Sin embargo, poco se conoce sobre el impacto que tienen estas prácticas de cuidado en la reducción de la mortalidad materna y perinatal de las comunidades indígenas (32, 33, 37-39).

En este sentido, la OMS recomienda articular los diferentes sistemas médicos tradicionales con el sistema oficial de salud a fin de reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad en poblaciones pobres y marginadas (40). Es importante señalar que, para que esta recomendación sea implementada, se debe partir del respeto por las diferentes culturas (33, 37, 38). Los grupos étnicos poseen maneras propias de entender lo que les rodea y tienen fundamentadas razones para hacerlo; por esto, es necesario que el sistema de salud reconozca y respete dichas prácticas y razones y, a partir de ellas, genere espacios para la construcción y articulación de acciones encaminadas a mejorar la salud de las poblaciones indígenas (41- 43).

Tomando en consideración esta premisa, la inclusión de un enfoque diferencial se convierte en una de las alternativas claves para el fortalecimiento de la salud materna y perinatal de esta población. La apuesta para lograrlo tiene como base la construcción de relaciones de confianza entre las autoridades tradicionales y la institucionalidad.

## CONCLUSIONES

Por razones que atienden a la dificultad de acceder a los servicios de salud, a las características geográficas de la región o a las prácticas tradicionales de la comunidad, hay un número significativo de mujeres de la comunidad indígena Wayúu del municipio de Uribia que prefieren llevar a cabo los partos en su sitio de asentamiento. Aunque esta situación ha disminuido con el tiempo, gracias a los esfuerzos por mejorar la salud materna en el departamento de la Guajira, la atención domiciliaria del parto persiste y es uno de los factores más asociados con la alta tasa de mortalidad materna. Este factor es una evidencia, a su vez, de la vulnerabilidad social y de salud a la que están expuestas estas comunidades.

La atención de partos domiciliarios, por parteras o familiares, es una práctica cultural habitual de poblaciones indígenas como la Wayúu, pero puede ser la causa de complicaciones obstétricas como la hemorragia posparto, identificada como la principal causa de muerte materna. Es necesario, entonces, articular acciones que no desconozcan las prácticas y saberes propios de las comunidades indígenas, ni sus necesidades en temas de salud.

Finalmente, aunque no se trabajó directamente con las comunidades indígenas Wayúu, es recomendable, para un siguiente estudio en relación con la población Wayúu u otro grupo étnico, poder interactuar con las comunidades y proponer estudios etnográficos o Investigación de Acción Participativa IAP, con el fin de determinar cómo influyen las prácticas de cuidado cultural durante la gestación en los indicadores de mortalidad materna y perinatal del pueblo Wayúu.

**Cómo citar este artículo:** Alonso Bula Romero, Galarza, K. Mortalidad materna en la gestante Wayúu de Uribia, Departamento de la Guajira, Colombia. Estudio descriptivo año 2016. Enfermería (Montev.). [Internet]. 2017 Jun [citado xxxxx]; 6 (1) 46-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i1.1369>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Romero, A. La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos. DANE. Bogotá: Imprenta Nacional. [citado May 2017]. Disponible en [https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad\\_estadistica\\_etnicos.pdf](https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad_estadistica_etnicos.pdf)
2. Departamento de la Guajira. Análisis de situación de salud, municipio de Uribia, la Guajira 2016. Secretaría Departamental de Salud- Gobernación de la Guajira.
3. Departamento de la Guajira. Análisis de situación de salud, municipio de Uribia la Guajira 2014 Secretaría Departamental de Salud- Gobernación de la Guajira.
4. Departamento de la Guajira. Análisis de situación de salud, municipio de Uribia la Guajira 2012 Secretaría Departamental de Salud- Gobernación de la Guajira.
5. Departamento de la Guajira. Análisis de situación de salud, municipio de Uribia la Guajira 2010 Secretaría Departamental de Salud- Gobernación de la Guajira.
6. Boletín Epidemiológico Semanal. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Semana epidemiológica número 52 de 2014 (Consultado 27 dic. al 02 ene.)
7. Boletín Epidemiológico Semanal. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Semana epidemiológica número 52 de 2013 (27 dic. al 02 ene.)
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. [Internet] Chile: CEPAL; 2010. [Citado 11 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.eclac.org/cgi-bin/get-Prod.asp?xml=/publicaciones/xml/9/41579/P41579.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>
9. Ortega J. Géneros y generaciones: conducta reproductiva de los Mayas de Yucatán, México. Salud Colectiva. [Internet]. 2015 [citado 10 de enero de 2016]; 2 (1): 75-89. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S185182652006000100007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652006000100007&lng=es&nrm=iso).
10. Departamento de la Guajira. Análisis de situación de salud, municipio de Uribia la Guajira 2013 Secretaría Departamental de Salud- Gobernación de la Guajira.
11. Departamento de la Guajira. Análisis de situación de salud, municipio de Uribia la Guajira 2011 Secretaría Departamental de Salud- Gobernación de la Guajira.
12. Departamento de la Guajira. Análisis de situación de salud, municipio de Uribia la Guajira 2015 Secretaría Departamental de Salud- Gobernación de la Guajira.
13. Informe Final MIRA: Alta Guajira – Uribia (La Guajira), Colombia. Desabastecimiento de alimentos en comunidades Wayúu de la Alta Guajira 2014. [Internet]. [citado May 2017]. Disponible en: <https://www.humanitarianresponse.info/es/operations/colombia/assessment/informe-final-mira-municipio-de-uribia-desabastecimiento-de-alimentos>
14. Bodnar Y. Pueblos indígenas de Colombia: Apuntes sobre la diversidad cultural y la información Sociodemográfica. Trabajo de grado. Bogotá D.C. Universidad Externado de Colombia. Facultad de Sociología. 2006. 231-262 p.
15. Unidad de Planeación Minero Energética. Los Wayuu. Ciclo de vida. [Internet] [citado Nov 2015]. Disponible en: [http://www.upme.gov.co/guia\\_ambiental/carbon/areas/minorias/contenid/wayuu.htm](http://www.upme.gov.co/guia_ambiental/carbon/areas/minorias/contenid/wayuu.htm)
16. Aniyar, A. La concepción del mundo y la vida guajiro. En Revista de la Facultad de Derecho, 14 (43): 391-429.
17. Boletín Epidemiológico Semanal. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Semana epidemiológica número 52 de 2012 (27 dic. al 02 ene.)
18. Colmenares, F. Acerca del blanqueo omajayuraaa entre los guajiros. En Venezuela Misionera, XXXII (371): 58-59.
19. De Cora M. Kuai-Mare. Mitos aborígenes de Venezuela. Caracas: Herrero Hermanos; 1972

20. López Cuesta L. Elaboración participativa del plan integral de vida del resguardo de lomamoto – guajira. *Revista de la unidad de educación de la facultad de ciencias humanas y sociales horizontes pedagógicos*. 2012; 14 (1); 68-96.
21. Nájera Arregocés S, Tuesca Molina R. Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna en La Guajira, Colombia, 2010-2012. *Rev Panam Salud Pública*. Apr. /May. 2015; 37 (4-5)
22. Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS. Reducción de la mortalidad Materna y Neonatal, con enfoque intercultural, de derechos y de género. Estrategia de cooperación interagencial en salud materna y neonatal indígena 2015-2019.
23. Instituto de Salud Pública. Pontificia Universidad Javeriana. Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígena arhuaca y wayuu: Evidencias y propuestas de intervención. Documento técnico. Bogotá: PUJ; 2016.
24. Valdebenito *et al*. Salud intercultural: Impacto en la identidad social de mujeres aimaras. *Acta bioeth*. [Internet]. 2006 [citado 13 de Enero de 2016]; 12 (2): 185-191. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2006000200007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000200007&lng=es)
25. Umeora OUI, Egwuatu VE. The role of unorthodox and traditional birth care in maternal mortality. *Tropical Doctor*. 2010; 40(1): 13-17
26. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> Consultado el 06 de mayo de 2017.
27. Boletín Epidemiológico Semanal. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Semana epidemiológica número 52 de 2016 (27 dic. al 02 ene.)
28. Boletín Epidemiológico Semanal. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Semana epidemiológica número 52 de 2015 (27 dic. al 02 ene.)
29. Ramos Claudia P. Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el Resguardo Zenú ubicado en la Sabana de Córdoba. [Tesis de Maestría] Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/5416/1/539507.2011.pdf>.
30. Leininger Madeleine. *Transcultural Nursing Concepts. Theories, Research & practices Second Chapter 3. Overview of Leininger's Culture Theory*. New York McGraw- Hill, Inc College Custom Series; 1995. 3-52.
31. Oviedo M, et al. Comunidades Embera y Wounaan del departamento de Chocó: prácticas de cuidado durante el proceso de gestación. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2014; 32(2): 17-25.
32. Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública* [Internet]. 2006 ene-mar [citado 22 enero 2016]; 23 (1). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci>
33. Saenz T. Prácticas indígenas y tradicionales respecto al embarazo, el parto, el amamantamiento y la nutrición. Lima: Asociación Uripichallay; 2002. Disponible en: <http://www.lactared.com.pe/conferencia/igam2002/resúmenes/PRACTICAS%20INDIGENAS%20Y%20TRADICIONALES-TULA%20SAENZ.doc>.
34. Bello Á, Rangel M. La equidad y la exclusión de los pueblos indígenas y afro descendientes de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile [Internet]. [22 01 2016], Disponible en:([www.cholonautas.edu.co/pe/modulo/aproad/equidad%20exclusion%20Bello-%20Rangel.pdf](http://www.cholonautas.edu.co/pe/modulo/aproad/equidad%20exclusion%20Bello-%20Rangel.pdf))
35. Organización Mundial de la Salud. Parteras tradicionales: Guía práctica para el adiestramiento, la evaluación y la articulación de este personal en los servicios de salud. Ginebra: OMS; 1979.
36. Vargas R, Naccarato P. Allá las antiguas abuelas eran parteras. *Etnografía de las parteras empíricas*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán; 1995.
37. Myrna C. Etnia, Cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua. Washington DC: Organización Panamericana de la salud.
38. Cárdenas C. Conocimientos y prácticas médicas tradicionales de la población colona asentada en la carretera Puerto Maldonado - Mazuko. *Amazonía Perú*. 1999; 26: 157-210.
39. Chávez *et al*. Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú Texto & Contexto Enfermagem. [Internet]. [Citado 22 enero 2016]. Disponible en: [www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71416412](http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71416412)
40. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. [Internet]. [Citado 5 de enero de 2016]. Disponible en: [http://new.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=684&Itemid=25](http://new.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=684&Itemid=25)
41. Muñoz *et al*. Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* [Internet]. 2012 abril [citado 19 de junio de 2013]; 44 (1): 39-44. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072012000100005&lng](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072012000100005&lng).
42. Mayca J, et al. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región huánuco. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. [Internet] 2009 [citado 19 de enero de 2016]; 26 (2): 145-60. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a04v26n2.pdf>
43. Castro R, Bronfman M, Loya M. Embarazo y parto entre la tradición y la modernidad: el caso de Ocuituco. *Estudios Sociológicos*. [Internet] 1991 sep-dic [citado 26 de Enero de 2016]; 9 (27). Disponible en: <http://www.jstor.org/discover/10.23>



# Normas Editoriales

# NORMAS EDITORIALES

La Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* es editada como publicación oficial de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay para la difusión del conocimiento de la disciplina y ciencias afines a nivel nacional e internacional.

La Revista aceptará para su publicación artículos originales e inéditos, reservándose los derechos exclusivos para la publicación de los trabajos seleccionados. Los trabajos presentados no pueden presentarse de forma simultánea a otra revista. Los conceptos, juicios y opiniones contenidos en los artículos serán de responsabilidad de los autores.

La Revista tiene dos números al año: el número de diciembre cubre el período del 1ero de enero al 31 de junio del año siguiente; y el número de junio cubre el período del 1ero de julio al 31 de diciembre del mismo año.

## Sistema de Evaluación y Arbitraje

El sistema de evaluación es doble ciego. Puede otorgarse la aceptación de la investigación, la aceptación con cambios o el rechazo de los artículos. Los resultados deberán ser elaborados en la revisión por al menos dos pares evaluadores uno interno y otro externo a la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. Estos resultados serán informados oportunamente al autor principal, a través de una carta o email, de parte del editor responsable. En caso de controversia, el Comité Editorial votará a mano alzada la publicación o rechazo del artículo, para tomar una decisión se necesita una mayoría simple.

El orden de las publicaciones queda a criterio del consejo editorial. En caso de existir conflictos de intereses entre los autores y determinados expertos nacionales o extranjeros, los autores adjuntarán una nota confidencial en un sobre sellado dirigido a los Editores de la Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* indicando el nombre de las personas que no se desea participen en el proceso arbitral. Esta información será manejada en forma estrictamente confidencial. Los trabajos seleccionados serán de propiedad de la revista y publicados, a menos que el autor principal remita por escrito la decisión de retirar el artículo para su publicación.

El proceso de evaluación consta de 4 etapas en un total aproximado de 7 semanas

- 1) Revisión del Editor a cargo (1era a 3era semana)
- 2) Revisión del Consejo Editorial (4ta semana)
- 3) Revisión y devolución de árbitros (5ta a 7ma semana)

## Consideraciones éticas

La Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* adhiere a los principios éticos universales como el contribuir al bien común con los aportes que la revista realice a la sociedad y en particular al conocimiento de las disciplinas, igualdad de oportunidades de publicar artículos en igualdad de condiciones que cumplan con la normativa establecida previamente. Rechaza cualquier tipo de discriminación individual o grupal, protege la discreción y confidencialidad al mantener en reserva el nombre de los autores de los trabajos recibidos, el nombre de los pares y los artículos seleccionados para la publicación, veracidad de la información otorgada y transparencia en todas las etapas del proceso de selección y publicación de los artículos seleccionados. La Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* asume que cada investigación a publicar ha cumplido previamente el requisito de ser evaluada por el respectivo comité de Ética, quedando de tal forma claramente estipulado el procedimiento utilizado para obtener el consentimiento informado. De este modo existe constancia que se aseguró el anonimato y la confidencialidad de las personas involucradas en la investigación.

## Formato de los trabajos

Los escritos se realizarán en letra CAMBRIA tamaño 12, interlineado a espacio y medio con margen de 3 cm. en toda la página. Los anexos, las tablas, fotos u otras figuras, irán al final del cuerpo del trabajo en el mismo archivo. La extensión del texto tendrá como máximo 12 páginas en el caso de artículos y recensiones, 20 páginas para investigaciones, 10 páginas para avances de investigaciones en curso y 2 páginas para otras publicaciones. Se enviará el trabajo a los evaluadores por la vía de correo electrónico a [ecuidadoshumanizados@ucu.edu.uy](mailto:ecuidadoshumanizados@ucu.edu.uy) en formato Word, para la revisión del mismo. En caso de existir conflicto de intereses de algún tipo los autores deben informarlo al editor de la Revista.

## Normas para autores

Trabajos que se podrán presentar y normas exigidas: Los artículos de investigación se compondrán de título y resumen en español, inglés y portugués; cuatro palabras clave basadas en los Descriptores de Ciencias en la Salud; introducción; material y método; resultados; discusión y conclusiones o consideraciones finales; referencias bibliográficas. Se aceptarán trabajos de investigación vinculados a la Enfermería y a aportes de otras profesiones que estén relacionados a los cuidados en el proceso de salud-enfermedad. También pueden publicarse artículos relacionados con aspectos metodológicos del proceso de investigación.

## Guía de organización para trabajos de investigación

**Autores:** Los autores se publicarán con nombre y apellido sin títulos académicos y con su filiación académica nombrando solamente la Universidad o Institución acompañado de la ciudad y el país. El primer autor irá acompañado de su correo electrónico. A modo de ejemplo:

**Juan Pérez**  
*Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay.*  
ORCID: 0000-0000-0000-0000  
juanperez@correo.com

**Título:** Debe ubicarse en la primer página, debe ser concreto reflejando lo que contiene el trabajo, con letra mayúscula (en español, inglés y portugués), con no más de 15 palabras, las que incluirán los descriptores.

**Resumen:** Se enviará redactado (no por ítems independientes) en idioma español, inglés y portugués. Debe contener objetivos, metodología, resultados y conclusiones, con cuatro palabras clave. Tendrá como máximo 900 caracteres y 250 palabras escritas con interlineado simple. Los trabajos pueden ser escritos en lengua materna pero el título y resumen irán en los 3 idiomas mencionados.

**Palabras clave:** Al final del resumen se deberá especificar un mínimo de 4 palabras clave que identifiquen el contenido del trabajo. Se deben emplear términos del tesoro MeSH Medical Subject Headings), como también consultar una edición en español del MeSH elaborado por Bireme "Descriptores de Ciencias de la Salud (DeSC). El control de las palabras permitirá introducirlas a bases de datos nacionales e internacionales

**Introducción:** Debe contener, al menos: a) Problema específico de estudio de la investigación y como se abordará. Formulación del qué y porqué de la investigación; b) Revisión de antecedentes, que justifica el trabajo de investigación, con las citas que dan reconocimiento de estudios anteriores que se relacionan específicamente con el trabajo; c) Objetivos, o enunciado formal del fin que se persigue. El objetivo debe indicar en forma inequívoca qué es lo que el investigador intenta observar y medir, redactados en forma afirmativa.

**Metodología:** Definir: Diseño del estudio, lugar y tiempo en que se realizó, población estudiada y características relevantes para la interpretación de los resultados. Universo, selección y tipo de muestra, instrumentos, materiales y estrategia de recolección de la información, procedimientos. Si se utilizaron instrumentos de medición, se deberá especificar nombre del fabricante. Describir los sujetos o participantes, incluyendo elegibilidad y criterios de exclusión así como una descripción de la población de origen. Describir observaciones, métodos estadísticos empleados y el nivel de significación estadística establecido previamente para atribuir a los resultados. Indicar tipo de análisis y software utilizado. Se explicitará quién, cómo, cuándo y dónde compiló la información. Asimismo, se informará las dificultades halladas, se informará si hubieron colaboraciones.

Señalar (si corresponde) la obtención del consentimiento informado de los participantes. Deberá presentar una declaración de aprobación del proyecto, o si está exonerado de la necesidad de una revisión por un Comité de Ética. De acuerdo a ello, se resolverá si es necesario la aprobación por parte de un CE o se incluye una declaración que indique que la investigación se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki.

**Resultados:** Deberán presentarse con un orden lógico y tener un análisis estadístico satisfactorio (si corresponde). Se incluirán tablas o gráficos, numeradas, y tituladas expresando concisa y claramente su contenido. Los Gráficos deben estar en blanco y negro. Solo destaque o sintetice en el texto los fenómenos importantes.

**Discusión:** A la luz de los resultados y con los antecedentes y conceptos establecidos realizar un diálogo, interpretando y comparando los fenómenos y datos encontrados a la luz de lo planteado en otros estudios (antecedentes).

**Conclusiones / Consideraciones finales:** Sobre la base de los objetivos en las conclusiones, se evalúa el alcance de los mismos y el grado de cumplimiento en todo el proceso. Agregue los aspectos nuevos y limitaciones que tiene el estudio, elaborando proyecciones o nuevas hipótesis si lo considera importante. Establezca algún grado de generalización y recomendaciones según lo considere pertinente.

**Referencias bibliográficas:** Aportar las fuentes utilizadas para llevar a cabo el trabajo de investigación. Se sugiere no menos de 15 referencias. Todas las citas en el texto deben aparecer en la lista de referencias bibliográficas. Estas y la lista final se deben presentar utilizando el Estilo "de Vancouver", según el cual las referencias deben citarse en el texto con números arábigos consecutivos, entre paréntesis, de acuerdo a su aparición.

Para ampliar más ejemplos de cómo escribir las referencias, se puede consultar la página de la National Library of Medicine (NLM): [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

### Modelos de citas y referencias

Las referencias en el texto se presentan en el orden que aparecen y se citan con un paréntesis al final de la oración y antes del punto.

Este estudio se realizó de acuerdo a la teoría de cuidado humanizado de Jean Watson obligando a reflexionar acerca de las competencias pertinentes (1). Junto con lo anterior se toma una visión genealógica entendida por Michel Foucault (2).

### Libro:

Autor (Apellidos Inicial del nombre). Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año.

Marriner Tomey A, Allgood MR. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.

## Autoría

Sólo deben constatar como autores quienes hayan tomado parte en el trabajo de manera suficiente como para responsabilizarse públicamente del contenido. Además todos los autores deberán estar calificados para ello. Cuando se envía un manuscrito se requiere que se adjunte hoja de Declaración de responsabilidad del autor y derechos de autor confirmando que el trabajo es inédito, que no ha sido publicado anteriormente en formato impreso o electrónico y que no se presentará a otro medio antes de conocer la decisión de la revista. Además de la transferencia de derechos de autor a la Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados*.

A partir del número de diciembre 2016 se pide que los autores sean parte en el registro de identificación Orcid, el cual garantiza la identidad de los autores. Más información en: <http://orcid.org/>

*Enfermería: Cuidados Humanizados*, promueve y apoya el movimiento de acceso abierto al conocimiento como bien común, por lo que la revista provee acceso libre e inmediato a su contenido y sus ediciones no tienen cargos ni para el autor ni para el lector, bajo el principio de que ofrecer a la sociedad en general la producción científica y académica, sin restricciones, contribuye a un mayor intercambio del conocimiento global.

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL AUTOR Y DERECHOS DE AUTOR

### I) RESPONSABILIDAD DEL AUTOR

TÍTULO COMPLETO DEL ARTÍCULO EN ESPAÑOL, INGLÉS Y PORTUGUÉS

PALABRAS CLAVE – KEYWORDS – PALAVRAS CHAVE DEL ARTICULO

CATEGORÍA A LA QUE PERTENECE SU ARTÍCULO EN LA REVISTA

El (los) autor(es), que en la parte inferior de este documento firma(n) DECLARAN que contenido es original, no ha sido publicado ni está siendo considerado para ser publicado en otra revista, ya sea en formato papel o electrónico. El (los) autor(es) cumple(n) los requisitos de AUTORÍA mencionados en este documento. El comité editorial no tiene responsabilidad alguna por la información de este artículo.

Firma del (los) autor(es)

Firma Nombre Fecha

### II) TRANSFERENCIA DE DERECHOS DE AUTOR

Declaro que en caso de aceptación del artículo, estoy de acuerdo en que los derechos de autor sean transferidos a la Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados*, por lo tanto no se autoriza la reproducción total o parcial en cualquier otra parte o medio de divulgación impresa o electrónica, sin la autorización previa. Firma del (los) autor(es). \_\_\_\_\_

### Artículo de revista en papel:

Mencionar los seis primeros autores, seguidos de "et al." Los nombres de las revistas deben abreviarse de acuerdo con el estilo usado en catálogo de revistas en la base de datos de la National Library of Medicine: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Autor/es (Apellidos Inicial del nombre). Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. Año; Volumen (Número): página inicial-final del artículo.

Carballo Álvarez M, Martínez Vilariño M, Llagas Rodríguez M, Llinas Vidal M. Trastornos psicopatológicos en pacientes VIH-SIDA. *Rev. Rol enferm.* 2008 Nov; 31 (11): 45-52.

### Artículo de revista en internet:

Autor (Apellidos Inicial del nombre) del artículo. Título del artículo. Nombre abreviado de la revista [Internet]. Año [fecha de consulta]; Volumen (Número): [Extensión páginas/ pantallas]. Disponible en: <http://paginainternet.com>

Porter Lewallen L. Practical strategies for nursing education program evaluation. *J Prof Nurs.* [Internet]. 2015 Mar-Abr [citado 27 Abr 2015]; 31 (2): 133-140. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.proxy.timbo.org.uy:443/science/article/pii/S8755722314001550>

### Página principal de un sitio web:

Autor (Apellidos Inicial del nombre). Título de la página web [Internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de publicación [fecha de actualización; fecha de acceso]. Disponible en:

Fisterra.com. Atención Primaria en la Red [Internet]. La Coruña: Fisterra.com; 1990- [actualizada 3 Ene 2006; acceso 27 Abr 2006]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>

### Base de datos:

Institución/Autor. Título [Internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de creación, [fecha de actualización; fecha de consulta]. Disponible en:

Cuiden. [Internet]. Granada: Fundación Index [actualizada Abr 2004; citado 27 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.doc6.es/index/>