

Una experiencia curricular en enfermería

Curricular nursing experience

Mónica Andrade Nieves*

Presentado: 20 febrero de 2010 Aprobado: 3 de mayo de 2010

Resumen

Introducción: el presente artículo muestra los resultados de un estudio que pretendió evidenciar el impacto logrado por las intervenciones de los estudiantes de enfermería en las comunas 3 y 6 del distrito turístico, cultural e histórico de Santa Marta. **Metodología:** descriptiva. Se abordaron estrategias relacionadas con: familias sanas, autogestión comunitaria y cuidado del medioambiente. Los menores de cinco años, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y adultos fueron las poblaciones priorizadas. **Resultados:** los resultados indican que la intervención de los estudiantes de enfermería logró modificar los estilos de vida de las comunidades e incrementar la accesibilidad y productividad de los programas de protección específica y detección temprana en el primer nivel de atención en salud. **Conclusiones:** las situaciones de riesgo en estas comunas radican más en las condiciones de las viviendas. Su estado demostró que los servicios públicos es uno de los factores determinantes en el padecimiento de las enfermedades que afectan a todos los grupos poblacionales, pero sobre todo a los niños.

Palabras clave: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, impacto, atención primaria.

Abstract

Introduction: this article shows the results of a study which show the impact achieved by the interventions of nursing students in the districts 3 and 6 of the cultural and historical district of Santa Marta. **Methodology:** descriptive. Related strategies were discussed: healthy families, self-management and environmental care. All children under five years, adolescents, women of childbearing age, pregnant women and adults were prioritized populations. **Results:** the results indicate that the involvement of nursing students achieving change the lifestyles of communities and increase the accessibility and productivity of specific protection programs and early detection in the first level of health care. **Conclusions:** the risk situations in these communities lie more in the housing conditions. The state of the houses showed that public services are one of the factors determining the condition of the diseases affecting all population groups but especially children.

Keywords: health promotion, disease prevention, impact, first aid.

* Docente de tiempo completo. Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud. Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Cooperativa de Colombia, seccional Santa Marta. Correo electrónico: monica_andradenieves@yahoo.es

Introducción

El presente artículo es el resultado de un estudio de tipo descriptivo-retrospectivo, donde se mostrarán los resultados obtenidos en el proyecto de intervenciones en salud por los estudiantes de enfermería de los niveles III-VI, que realizaron sus prácticas formativas en Santa Marta, mediante una experiencia pedagógica de formación sustentada en el currículo, con la participación de docentes facilitadores de práctica, estudiantes y actores sociales, durante el periodo comprendido entre el 2002 y el 2007.

Antecedentes

En los escenarios prácticos de los estudiantes de enfermería es fundamental la existencia de dos aspectos: la educación y la atención primaria en salud. Así lo revelan estudios como el de Juanola, Blanco, Consul y Zapico (Juanola, Blanco, Cónsul y Zapico, 1998), donde se describe la experiencia educativa en el medio clínico y se valora el entorno educativo, ya que terminan detectando aspectos que incrementan la satisfacción de los estudiantes y la calidad de la enseñanza. De ahí que se señale, con relación a la aplicación de la teoría a la práctica, que para los estudiantes resultaba muy positivo poder aplicar sus conocimientos, mientras que para el grupo de enfermeras lo más importante era la personalización de los cuidados.

Asimismo, Zurro y Cano (2003) referencian aspectos como: conceptos, organización y práctica clínica, afirmando que es necesario que "El profesional de enfermería asuma todas las facetas de la atención primaria en salud, incluyendo la de decisión y planificación de las actividades asistenciales, docentes y de investigación".

La Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (2007) comparte la posición del Consejo Internacional de Enfermeras, y ha sido reiterativa en la importancia que tiene integrar la atención primaria en salud en la elaboración de los currículos de las facultades de enfermería, por cuanto se debe orientar el papel del profesional hacia el cuidado comunitario mediante el desarrollo de competencias propias de la enfermería en esta área de formación. La asociación destaca el papel de la profesión en la comunidad cuando afirma que: "Las enfermeras exploran modos nuevos y mejores para la preservación del bienestar, o el mejoramiento de la salud para prevenir la enfermedad y la discapacidad" (Amaya, 2006).

Frente al tema de la intervención comunitaria en Colombia, se han realizado estudios similares como el de Amaya (2006), quien atendiendo las disposiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizó una propuesta de autoformación haciendo énfasis en las distintas culturas y tradiciones, para ofrecer modelos de atención y promoción de la salud que consideren las particularidades culturales, el perfil epidemiológico y las posibilidades contextuales con una mirada intercultural.

Un estudio con variables muy similares es el de Tejada (Mazarrasa et ál., 2003), que a partir de la caracterización de una comuna vulnerable de Bucaramanga pone en evidencia que, además de las necesidades de intervención en enfermería en salud, que son detectadas en un diagnóstico, surgen otros factores de riesgo que deben intervenir.

Intervención comunitaria en enfermería

Mazarrasa et ál. (2003) definen la intervención comunitaria y su cambio en los últimos

diez años, basados en dos graves inconvenientes estructurales: a) los que surgían cuando ya existían demandas y casi nunca con una óptica preventiva sino inevitablemente asistencial, y b) no procedían de una lógica de programación, sino de ámbitos administrativos muy parcializados. En consecuencia, toda la interacción llegaba a la comunidad fragmentada, bien por el ámbito de intervención, bien por competencias administrativas, o por destinatarios o usuarios.

Sin embargo, todos estos servicios, programas y profesionales ven la necesidad de una relación con la comunidad porque constatan que la simple vocación asistencial y lo individual es claramente insuficiente y no permite atajar las causas de los problemas, ni eliminar los factores de riesgo, ni prevenir las diferentes patologías sociales. Reconocen que los agentes de la intervención comunitaria tienen competencias como la elaboración del diagnóstico de la salud de la comunidad y su inclusión en el diagnóstico comunitario y la necesidad de asesorar a los grupos en cuanto a problemas de salud.

La promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención primaria en salud

García y Tobón (s.f.) hicieron una distinción entre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y reconocieron que las medidas de la promoción de la salud tienen efectos preventivos, y no lo contrario. Asimismo, las autoras definen la atención primaria en salud como el conjunto de actividades dirigidas a reducir el riesgo de sufrir enfermedad mediante la disminución de los factores de riesgo o la probabilidad de su ocurrencia, de tal forma que en el esquema de atención

primaria se contemplan dos niveles: el primero es la promoción general de la salud y, el segundo, la protección específica.

Como objetivo de la promoción general plantearon la necesidad de: “crear condiciones más favorables para resistir la enfermedad, aumentar la resistencia y colocarlo en un ambiente favorable a la salud”. En este sentido, se aprecia que el objeto relevante para la intervención del profesional de la salud es la enfermedad y no el fomento del cuidado de la salud y de la vida, que es lo primordial.

Metodología

Diseño Metodológico

La investigación fue de tipo descriptivo, retrospectivo de intervención (Flórez, 1994). La razón por la cual el estudio se centró en estas dos comunas obedece a una concertación previa con los directivos de la ESE Alejandro Prospero Reverend y la Universidad Cooperativa de Colombia, seccional Santa Marta, soportado en el convenio docencia-servicios mediante el cual se le asignan a la institución de educación superior comunas específicas con el fin de lograr medir el impacto de la formación académica, al tiempo que se promueven estrategias que permitan que la comunidad se integre a los programas de protección específica y detección temprana.

Población y muestra

El universo del estudio está conformado por 1642 familias que viven en cuatro barrios de las comunas 3 y 6, los 400 estudiantes y los 20 docentes facilitadores de la práctica comunitaria.

La muestra fue de 136 familias. Con el fin de abordar el número de familias asignadas, se

ubicó un estudiante por manzana. Se utilizó un cuestionario sobre el maltrato, que consta de 15 preguntas agrupadas en tres aspectos: 1) el maltrato y las circunstancias asociadas a éste, 2) las actividades que fomentan la unión entre los miembros de la familia, y 3) los aspectos relacionados con los adolescentes.

Igualmente, participaron 128 niños menores de 14 años a los cuales se les aplicó el QRC, cuestionario que consta de diez preguntas para ver si el niño tiene alguna probabilidad de sufrir alteración en la salud mental.

Asimismo, participaron 159 adultos, a quienes se les aplicó el SQR, cuestionario que ayuda en la determinación de las posibles alteraciones del estado de salud mental. Éste consta de treinta preguntas y valora cuatro aspectos: depresión, psicosis, epilepsia y alcoholismo.

Procedimiento

El estudio se desarrolló en tres fases: diagnóstica, intervención e impacto.

En la fase diagnóstica, de elaboración del perfil epidemiológico y selección de monitores solidarios en salud, se pretendió mostrar el estado de salud de las comunas en relación con su entorno, estado de las viviendas y factores de riesgo que se presentaban en la población en conformidad con los factores de riesgo detectados en la matriz de riesgo. Los datos arrojados por el ecomapa salud de las familias y las causas más frecuentes de consulta

consignadas en los Registros de Información de Procedimientos (RIPS) dejan al descubierto las primeras causas de consulta por enfermedad, de tal forma que estas últimas constituyeron los elementos de análisis para las intervenciones de enfermería realizadas por el monitor solidario en salud estudiantil y el monitor solidario en salud comunitario.

La fase de intervención surgió a partir del diagnóstico, y permitió que se identificaran los grupos de mayor proporción, los grupos vulnerables y los problemas de salud que más afectaban a la población. En esta fase se orientaron las acciones de fomento y promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Se elaboró un plan de acción que respondiera a las estrategias de intervención en forma particular utilizando los hallazgos y resultados del perfil epidemiológico, las políticas de gobierno en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como las características del grupo de estudiantes según las competencias a desarrollar en su nivel de formación académica (tabla 1).

Igualmente, se coordinaron acciones con la ESE Alejandro Próspero Reverend del Distrito de Santa Marta, y mediante el Programa de enfermería se proporcionaron los elementos e insumos necesarios para cubrir las demandas de la programación establecida, así como los servicios profesionales de apoyo que se requerían.

Tabla 1. Estrategias de intervención por nivel académico

Nivel	Barrio	Estrategia	Actividades
III	Ensenadas 1, 2 y 3 de Juan XXIII	Promoción de la convivencia pacífica y Prevención de la violencia intrafamiliar	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de la salud mental en el núcleo familiar y comunitario. • Detección de posibles situaciones que alteran la salud mental en la familia y comunidad. • Selección y capacitación de monitores de salud solidarios en el barrio. • Fomento de valores en niños y adolescentes. • Divulgación de los Derechos Humanos de los niños y niñas y de la mujer. • Intervención de enfermería a familias a riesgo: intervención en crisis.
	Asilo	Fomento del cuidado geriátrico	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de las condiciones de salud del anciano en la institución. • Detección de posibles situaciones que alteran la salud mental en el anciano. • Intervención de enfermería geriátrica. • Actividades de remotivación y reempoderamiento en la salud geriátrica.
IV	Nacho Vives	Por una localidad (comunidad) saludable	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento del saneamiento básico en la comunidad. • Selección y capacitación de monitores de salud solidarios en el barrio. • Jornadas de sensibilización hacia la conservación del ambiente. • Detección de posibles situaciones que alteran la salud mental en la familia y comunidad.
V	Bolivariana	Orientación e identificación de la población hacia el diagnóstico temprano de posibles alteraciones en la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Selección y capacitación de monitores de salud solidarios en el barrio. • Detección de posibles situaciones que alteran la salud mental en la familia y comunidad. • Diagnóstico del estado de salud en la comunidad. • Búsqueda activa de casos/convivientes/ contactos de carácter infectocontagioso. • Búsqueda activa de casos de carácter crónicos no contagiosos. • Conformación de Unidades de Rehidratación Oral comunitarias (UROC). • Conformación de unidades de atención a las infecciones respiratorias agudas (Uairac).
VI	San Fernando	Escuelas saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación y selección de los colegios objeto de intervención de enfermería. • Jornadas de intervenciones en enfermería para la conservación de la salud infantil.
		Promoción de la salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Selección y capacitación de monitores de salud solidarios en el barrio. • Jornadas de intervenciones en enfermería para el fomento de una sexualidad responsable en adolescentes y adultos.
		Promoción de la lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Jornadas de intervenciones de enfermería para el fomento de la lactancia materna.

Fuente: los autores

En la fase de impacto se mostró que las intervenciones planeadas fueron efectivas mediante los indicadores de familias sanas, los colegios que intervinieron en las estrategias y el número de intervenciones que mostraron reducción de los índices de morbimortalidad poblacional en el periodo de desarrollo del estudio.

Instrumento

Está condicionado al desarrollo de cada una de las fases. En la fase I se aplicó el Censo de Población y Vivienda para clasificar el riesgo familiar. Las viviendas se marcaron con un distintivo para indicar que esa familia estaba participando en el proyecto de intervención.

El alcance estuvo determinado por la recolección de la información general sobre la organización familiar, el número de personas y los grupos de edad, el estado de salud de sus miembros y las condiciones de las viviendas.

En el censo de población y vivienda se tuvo presente las siguientes variables:

1. El estado de las viviendas incluyó aspectos como: el tipo de vivienda, la fuente y el tratamiento del agua para el consumo humano, la eliminación de excretas y basuras, las condiciones sanitarias de las viviendas en cuanto a convivencia con animales, los roedores o reservorios de agua como factores de riesgo o condicionantes para la salud de la población.
2. Las características sociodemográficas de la población: se identificó el número de familias y los grupos de edades con niños menores de 14 años, mujeres entre 15 y 44 años (adolescentes y adultas), ancianos (mayores de 80 años) y el resto de personas.
3. Los grupos especiales por desplazamiento forzado y afiliación al Sistema General

de Seguridad Social en Salud (SGSSS): se determinó el estado general de la población en el momento del censo, mediante la información relacionada con los niños y niñas no vacunados, los menores de 5 años, los muertos en la familia, las personas discapacitadas, las personas con enfermedades infecto-contagiosas y las personas en estado terminal.

En la fase II se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. El registro diario de actividades del monitor solidario: formato que agrupaba en cuatro variables el grupo poblacional, el tipo de intervención realizada de promoción o prevención, la actividad grupal o incidental, y la detección de las alteraciones de la salud
2. El registro de boletas de remisión a las Unidades de Atención Primarias (UPA), centros y puestos de salud. Este formato permite generar una matriz de causalidad de remisión, según detección a través de la visita domiciliaria.
3. Apgar: evalúa la función familiar mediante cuatro subescalas, a saber, apoyo familiar, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo.
4. Familiogramas: describen gráficamente la estructura familiar.
6. Ecomapas: detectan el riesgo en la familia.
7. Formatos de visita domiciliaria: se compone de cuatro aspectos básicos, a saber, datos sociodemográficos, problemas detectados, intervención y evaluación de las intervenciones.
8. Instrumento SQR y QRC en niños y adultos para la determinación de alteraciones en salud mental en la población (Ministerio de Protección Social en Salud).

En la fase III se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Registros de producción de la ESE Alejandro próspero Reverend: con esta matriz de datos se recogió la producción mensual de todos los Centros de Salud de Santa Marta, y se utilizó la información mensual entre los años 2002 y 2007 del Centro de salud de los Almendros.
2. Registro de morbimortalidad reportado mensualmente en las comunas 3 y 6: es el reporte de notificación obligatoria que consolida la información de las comunas intervenidas.

3. Registro del monitor solidario en salud estudiantil: evidenció la totalización en una matriz de datos con cada una de las actividades, escuelas y grupos intervenidos.

No está demás precisar que en esta fase se evaluó el impacto social de las intervenciones de enfermería en las comunidades seleccionadas, evidenciándose las estrategias de intervención utilizadas (tabla 2) y los cambios favorables en los estilos de vida de las comunidades, a partir de los índices de morbimortalidad del 2002 al 2007.

Tabla 2. Estrategias de la fase III

N.º de orden	Detalles
1	Satisfacción de los usuarios por la utilización de grupos solidarios organizados durante el proyecto, como: monitores solidarios en salud (MSS), Uroc, Uairac, Brigadistas, etcétera.
2	Cultura de autocuidado en proceso de adopción por la comunidad (estudio de conocimiento, actitudes y prácticas en las comunidades intervenidas a través de la observación, grupos focales y encuestas).
3	Extensión de servicios de bienestar de la UCC en las comunidades.
4	Reducción de índices de morbilidad en la zona intervenida.
5	Escuelas con proyectos saludables instalados.
6	Convenios con la ESE Distrital para el diseño y ejecución de los programas de promoción, prevención y vigilancia de la salud pública, según normas establecidas.

Fuente: los autores

Resultados obtenidos

Éstos se presentarán por fase

Resultados fase I

Análisis de la situación ambiental y estado de las viviendas de las comunas 3 y 6.

El censo en los barrios de las comunas 3 y 6, donde se hizo el estudio, arrojó una población total de 9532 habitantes. Se intervinieron 1642

familias y se visitaron 2142 viviendas, de las cuales 324 se encuentran en alto riesgo y 1818 en bajo riesgo.

El promedio de familias por vivienda fue de 1,3 familias, por lo cual se puede decir que el hacinamiento no es el problema principal; lo que sí se constituye en problema es el estado de las viviendas, el problema de las excretas y la disposición de basuras.

Un problema de salud pública son los roedores: el 89% de la población afirma que conviven con ellos.

Tabla 3. Estado de las viviendas en las comunas 3 y 6 de Santa Marta

Estado de las viviendas		N.º de viviendas	%	Total viviendas	
Tipo de vivienda	Casa-apartamento	1867	87,14%	2142	
	Cuartos	210	9,79%		
	Improvisadas	66	3,06%		
Fuente	Acueducto	617	28,8%	2142	
	Pozo	180	8,4%		
	Fuente común	1084	50,6%		
	Río-caño	9	0,4%		
	Otro	236	11,8%		
Agua	Tipo de tratamiento	Clorada	167	7,8%	2142
		Filtrada	5	0,2%	
		Hervida	1215	56,7%	
	Conexión domiciliaria	Sin tratamiento	757	35,3%	
		Con conexión domiciliaria	1656	77,3%	
Sin conexión domiciliaria	487	22,7%			
Excretas		Inodoro	1184	55,3%	2142
		Taza sanitaria	810	37,8%	
		Letrina	118	5,5%	
		Campo abierto	30	1,4%	
Basuras		Recolectada	2012	93,9%	2142
		Reciclada	2012	93,9%	
		Enterrada	71	3,3%	
		Quemada		0,0%	
Condiciones de la vivienda	Animales dentro de la vivienda	Sí	1408	65,7%	2142
		No	739	34,5%	
	Dormitorio separado de cocina	Sí	1845	86,1%	
		No	298	13,9%	
	Presencia de roedores	Sí	1907	89,0%	
		No	157	7,3%	
	Reservorios de agua	Sí	643	30,0%	
		No	1277	59,6%	
Riesgo de las viviendas	Riesgo alto	324	84	2142	
	Riesgo bajo	1818	16		

Fuente: Censo de población y vivienda realizado por estudiantes de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia, septiembre-noviembre de 2004

El perfil epidemiológico de las comunas intervenidas arrojó los siguientes datos en materia de morbimortalidad:

Tabla 4. **Morbimortalidad en el área de estudio**

Enfermedad	Año	Casos	Factores principal
Mortalidad infantil	2005	11 Casos	Mortinato, sin causa aparente, ninguna información
EDA	2002	11,156 casos	
	2007	4,988 casos	
IRA	2002	10,794 casos	
	2007	64,93 casos x 1000 habitantes	
Piodermitis		74% de la población infantil	Disposición de excretas
Dolor abdominal y enteritis aguda		11% de la población infantil	Aguas y alimentos contaminados
Parasitosis intestinal		55% de la población infantil	Tratamiento inadecuado de aguas

Fuente: Datos de la Secretaría de Salud del Distrito. Periodo epidemiológico n.º 10, según las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) de Santa Marta

La instalación de dos Unidades de Atención a las Infecciones Respiratorias Agudas Comunitarias en salud (Uairacs) y cinco Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias en Salud (Urocs) fue determinante en la reducción de la enfermedad diarreica aguda (EDA) y la infección respiratoria aguda (IRA), además de la creación y capacitación de 46 monitores solidarios en salud y la participación de la población estudiantil de los doce (12) colegios que tienen sede en estas comunas.

La violencia y el maltrato infantil en las comunas 3 y 6

El análisis del maltrato¹ y la violencia intrafamiliar se realiza mediante formas de corregir

¹ Se considera maltrato todas aquellas faltas de cuidados, de atención y de amor que afectan la salud física o mental, el maltrato físico, el abuso y la explotación sexual, y las injusticias de todo orden que ejercen sobre los niños las personas responsables de su cuidado, ya sean los padres, familiares, cuidadores, vecinos, maestros, empleadores y la comunidad en general. Por ello, el maltrato intrafamiliar y las circunstancias asociadas a éste se determinaron indagando en las familias acerca de la forma que utilizan los padres para corregir a los menores de 18 años.

a los niños y adolescentes (premio y castigo), relaciones intrafamiliares, solución de conflictos intrafamiliares, abordaje del adolescente, entre otros. Las preguntas fueron hechas a los adultos y niños de la misma familia. En caso de que el niño no se encontrara en condiciones de responder, se encuestaba a la persona responsable de su cuidado.

Tabla 5. **Forma de corregir a los niños menores de 18 años**

Forma de corregir a los niños	N.º	%
Con correazos	27	19,9
Palmadas o pellizcos	4	2,9
Encerrándolos	2	1,5
Prohibiéndoles lo que les gusta	11	8,1
Tratándolos con indiferencia	2	1,5
Con regaños	28	20,6
Con llamadas de atención	43	31,6
Con el diálogo	19	14,0
Total	136	100%

Fuente: Formulario de maltrato y violencia intrafamiliar. Ministerio de Salud

El castigo es generado, casi siempre, por falta de respeto, la grosería, la vulgaridad, las malas amistades, la desobediencia y el bajo rendimiento académico. Pero también se comparten actividades como se observa a continuación.

Tabla 6. Frecuencia de actividades que las familias comparten con los niños menores de 18 años

Acciones que la familia comparte con los niños	N.º	%
Comer	16	12,0
Reuniones familiares	15	11,4
Salir de paseo	15	11,3
Hacer deporte	15	11,3
Ir a la iglesia	15	11,1
Hacer tareas escolares	15	11,1
Labores del hogar	14	10,8
Ver televisión	14	10,9
Dialogar	13	10,3
Total	136	100%

Fuente: Formulario de maltrato y violencia intrafamiliar. Ministerio de Salud

Cuando las familias presentan problemas buscan solucionarlos, bien sea dentro de la misma familia (87,7%) o recurriendo al resto de la familia o amigos (8%). El 43,8% refiere que sus hijos les comenta los problemas, el 28,3% se entera por otras personas. El 1,4% dijo que buscan ayuda profesional, acuden a comisarías o consejeros espirituales. El 2,9% de las familias dice no presentar problemas.

El 68,5% de las familias considera que son tolerantes en aspectos como la música, los

amigos, la forma de vestir, la presentación personal, la forma de actuar o pensar. El 52,3% considera que a los adolescentes les falta amor y dedicación por parte de los padres; el 35,6%, orientación, y el 46%, posibilidades de recreación, estudio y trabajo. El 59,5% de los encuestados dice que los problemas que más afectan a los adolescentes están relacionados con la violencia, la droga, el alcohol, las relaciones sexuales prematuras, la pornografía y el mal uso del tiempo libre.

Análisis de las posibles alteraciones de la salud mental en adultos y niños en las comunas 3 y 6 de Santa Marta

En la detección de signos y síntomas de posibles alteraciones de la salud mental en adultos, se encontró que el 57% tiene algún riesgo de presentar alteraciones en su salud mental, teniendo en cuenta los signos y síntomas detectados durante la entrevista (tabla 7).

Tabla 7. Signos y síntomas de posibles alteraciones de la salud mental en adultos

Signos y síntomas	Positivos	%
Depresión	5	5,56%
Psicosis	61	67,6%
Epilepsia	8	8,9%
Consumo de alcohol	16	17,8%
Total	90	100 %

Fuente: Cuestionario SQR aplicado por estudiantes de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia, seccional Santa Marta

La distribución de la población por grupos de edad fue así:

Tabla 8. Distribución de la población del área de estudio

Edad	Cantidad	%
Menores de 1 año	363	3,8
De 1 a 4 años	954	10
De 5 a 9 años	1154	12,1
De 10 a 14 años	1087	11,4
Adolescentes embarazadas y lactando	67	0,7
Otras mujeres embarazadas y lactando	334	3,5
Otras mujeres de 15 a 44 años	2211	23,3
Ancianos mayores de 80 años	201	2,1
Resto de personas	3451	36,2
Total	9532	100%

Fuente: Censo de población y vivienda realizado por estudiantes de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia, septiembre-noviembre de 2004

Intervenciones de los estudiantes de enfermería frente a la problemática en medioambiente

Durante la primera fase, los estudiantes hacían visitas casa por casa. Las acciones de intervención se iniciaban inmediatamente con base en las problemáticas en salud detectadas. De esta manera, el estudiante realiza la actividad según nivel académico que le permita lograr los objetivos de la práctica y, a la vez, interviene el caso dependiendo del compo-

nente de intervención. Si al intervenir la familia se requiere la participación de un equipo interdisciplinario en salud o una derivación a un programa de protección específica o detección temprana, el estudiante remite al individuo o familia al puesto o centro de salud del área y consigna la intervención en su registro diario de actividad, especificando de qué tipo fue la intervención. Luego, diligencia la boleta de remisión para direccionar el caso a través de los puestos o centros de salud del área, según los motivos de remisión y el nivel de complejidad.

Tabla 9. Listado de capacitaciones dirigidas a la comunidad entre el 2005 y 2007

Nombre de la capacitación	Metodología	Beneficiarios
Promoción de las Urocs	Carteles, afiches, taller	Comunidad
Entrega de implementos para montaje de Urocs	Carteles, afiches, taller	Comunidad
Promoción hacia el hábito de hervir el agua	Carteles, afiches, taller	Comunidad
Disposición de excretas	Carteles, afiches, taller	Comunidad

(Cont.)

Nombre de la capacitación	Metodología	Beneficiarios
Higiene del hogar (basuras, lavado de manos)	Carteles, afiches, taller	Comunidad
Conocimiento de la existencia de Urocs y Uairacs	Test	50
Capacitación en manejo de Urocs y Uairacs	Capacitación	139
Infección Respiratoria Aguda	Capacitación, taller	81
Enfermedad Diarreica Aguda	Capacitación	66
Capacitación en tuberculosis	Capacitación	136
Reeducación a MSS de las Urocs	Capacitación	16
Manual de rehidratación oral comunitaria	Capacitación	8
Entrega de sales de rehidratación oral	Taller-Urocs	43
Capacitación sobre primeros auxilios	Seminario taller	63
Capacitación a los MSS en primeros auxilios	Capacitación	28
Recolección de información sobre las Urocs	Taller-Urocs	48
Capacitación en parasitosis intestinal	Capacitación	16
Total capacitaciones en comunas 3 y 6		47
Asistentes o beneficiarios		694
Promedio de asistentes		14,73%

Fuente: la autora

Intervenciones de los estudiantes de enfermería en salud sexual y reproductiva

El 26,8% de los estudiantes respondió que el método que más conocían era el condón, le siguieron las pastillas, con el 7,1%, y el 62,5% contestó que no conocía ningún método anticonceptivo.

El 98,4 % de los jóvenes encuestados no está de acuerdo con el aborto porque significa quitarle la vida a un ser humano; además, el 56,5% dijo que es algo riesgoso para la vida de la mujer.

Intervenciones de enfermería dirigidas a la prevención de enfermedades inmunoprevenibles

Los hallazgos revelaron cuatro causas principales de oportunidades perdidas en vacunación: 1) actitud del personal frente a la vacunación durante el procedimiento de vacunación; 2) actualización deficiente en el recurso humano de las instituciones intervenidas, teniendo en cuenta su antigüedad y, por consiguiente, son renuentes a la aplicación estricta de la norma técnica del Programa

Ampliado de Inmunizaciones (PAI), aduciendo falsas contraindicaciones que hacen que el usuario no acceda al servicio; 3) desinformación en la comunidad sobre las condiciones requeridas para vacunar los derechos que tienen para exigir el servicio, aún sin estar afiliado al sgsss; 4) poca participación del equipo de salud de la institución en la estrategia de oportunidades perdidas en vacunación.

Conclusiones

Las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad estuvieron enmarcadas en un número de 1642 familias de las comunas 3 y 6 de Santa Marta, con un promedio de habitabilidad de una familia por vivienda, con cuatro habitantes por cada una.

Las situaciones de riesgo en estas comunas radican más en las condiciones de las viviendas: su estado demostró que los servicios públicos presentan uno de los factores determinantes en el padecimiento de las enfermedades que afectan a todos los grupos poblacionales, pero sobre todo a los niños. El común denominador es que la provisión de agua se hace a través de una fuente común. Se logró que el 56% de la población hierva el agua y utilice otras formas de tratamiento como la cloración. Sin embargo, aún existen factores económicos y culturales que repercuten en este estilo de vida. El 14% no cuenta con dormitorios separados de las cocinas, los animales domésticos viven dentro de las viviendas y el 90% de la población sufre por la presencia de roedores.

La estrategia de monitor solidario en salud como punto de enlace entre la docencia y la práctica comunitaria fue positiva, ya que mediante ellos se abordaron varias temáticas y se constituyeron en multiplicadores de las

estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Se realizaron más de 1293 actividades de enfermería dirigidas a todos los grupos poblacionales, entre actividades de protección específica y detección temprana, logrando un incremento de la cobertura en los centros y puestos de salud.

Discusión

Las intervenciones de enfermería impactaron de manera positiva en los estilos de vida saludable, produciendo una reducción de la morbimortalidad, gracias a la estrategia aplicada. Estas medidas de capacitación de MSS en detección de signos de deshidratación, el manejo de la EDA, el control de la parasitosis y la estrategia piloto fue en entrenamiento de las madres, familia, mujer e infancia (FAMI), y otros voluntarios en el manejo de las Uroc (Unidades de Rehidratación Oral Comunitaria) fueron esenciales para impulsar estrategias de intervención dirigidas a la recolección de basuras, el fomento del buen uso de agua para consumo humano y la conservación de un ambiente saludable.

Las intervenciones en atención primaria que en la mayor parte de los casos son consideradas incidentales, según Raña et ál. (2004), se demostró que la atención primaria está fundamentada en una teoría ya validada por la Asociación Nacional de Enfermeras Americanas (Nanda), lo que indica que ninguna intervención estudiantil en enfermería es arbitraria, y que independiente del nivel en que se encuentre el estudiante, se requiere, aun en una comunidad vulnerable, diagnosticar previamente las condiciones integrales que rodean al entorno familiar comunitario para realizar una intervención.

El modelo hegemónico médico quedó en evidencia por la penuria en el recurso humano, la falta de motivación, la convivencia de distintos modelos de atención y la heterogeneidad de los profesionales. De alguna manera, las intervenciones relacionadas con la intencionalidad terminan impactando de manera positiva la salud de las familias, como está contemplado en la etiqueta de NIC: de las 486 intervenciones fueron aplicadas 74, lo que equivale al 15%.

Es necesario que se promueva la implementación de currículos de enfermería basados en las disposiciones de la OMS hacia la aplicación de modelos que apunten a mantener un estilo de vida saludable en las comunidades, para reducir en gran medida la tendencia a concebir la intervención comunitaria como un aspecto que trasciende si se excluyen otros aspectos.

Cabe hacernos la pregunta: ¿por qué falla un modelo de atención primaria, de origen milenario y que cuenta con una estructura validada, concebido y adoptado por entes educativos, de salud y sectores intersectoriales que trabajan en equipos interdisciplinarios?

Existen múltiples intervenciones en las etiquetas y definiciones de intervenciones (Johnson et ál., 2004) validadas través de un proceso de diagnóstico de enfermería que respalda ampliamente el quehacer del profesional como se apreció en este estudio de comunas vulnerables.

Referencias

- Amaya, C. (2006). "Gestores comunitarios de salud: una experiencia pedagógica piloto en la Universidad del Rosario", en: *Revista Ciencias de la Salud*, vol. 4, núm. especial, pp. 33-40.
- Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, 2007.
- Flórez, J. (1994). *Epidemiología Básica*. Medellín, Universidad de Antioquia.
- García, C. y Tobón, O. (s.f.). "Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención primaria en salud y plan de atención básica. ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa?" [en línea], disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/revista%205_pdf, recuperado: 2 de octubre de 2009.
- Johnson, M.; Bulechek, G.; McCloskey, J.; Maas, M. y Moorhead, S. (2004). *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC.*, Madrid, Harcourt.
- Juanola, M.; Blanco, R.; Cónsul, M. y Zapico, F. (1998). "Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas" *Atención primaria de salud. Enfermería Clínica* vol. 8, núm. 6, pp. 254-262.
- Mazarraza, L.; Germán, C.; Sánchez, A.; Merelles, A. y Aparicio, F. (2003). *Salud Pública y enfermería comunitaria*, Madrid, McGraw-Hill.
- Raña, C. et ál. (2004). "Opinión de las enfermeras de atención primaria en el área Sanitaria de La Coruña sobre la utilización de diagnósticos de enfermería", en *Enfermería Clínica*, vol. 14, núm. 2, pp. 77-82.
- Tejada, N. et ál. (2003). Intervenciones de enfermería en el fomento de estilos de vida saludable en 5 barrios de la comuna 9 de la ciudad de Bucaramanga en el I semestre de 2003 [en línea], disponible en: <http://bucaramanga.ucc.edu.co/biblioteca/archivos/archivosENFERMERIA/ENF%2004%201.pdf>, recuperado el 2 de octubre de 2009.
- Zurro, M. y Cano, J. (2003). "Atención primaria (2003): Conceptos organización y práctica clínica". Madrid, Elsevier [en línea], disponible en: http://books.google.com.co/books?id=yya5lzo uA5EC&printsec=frontcover&source=gbs_v2_summary_r&cad=0#v=onepage&q=&f=false, recuperado: 2 de octubre de 2009.