

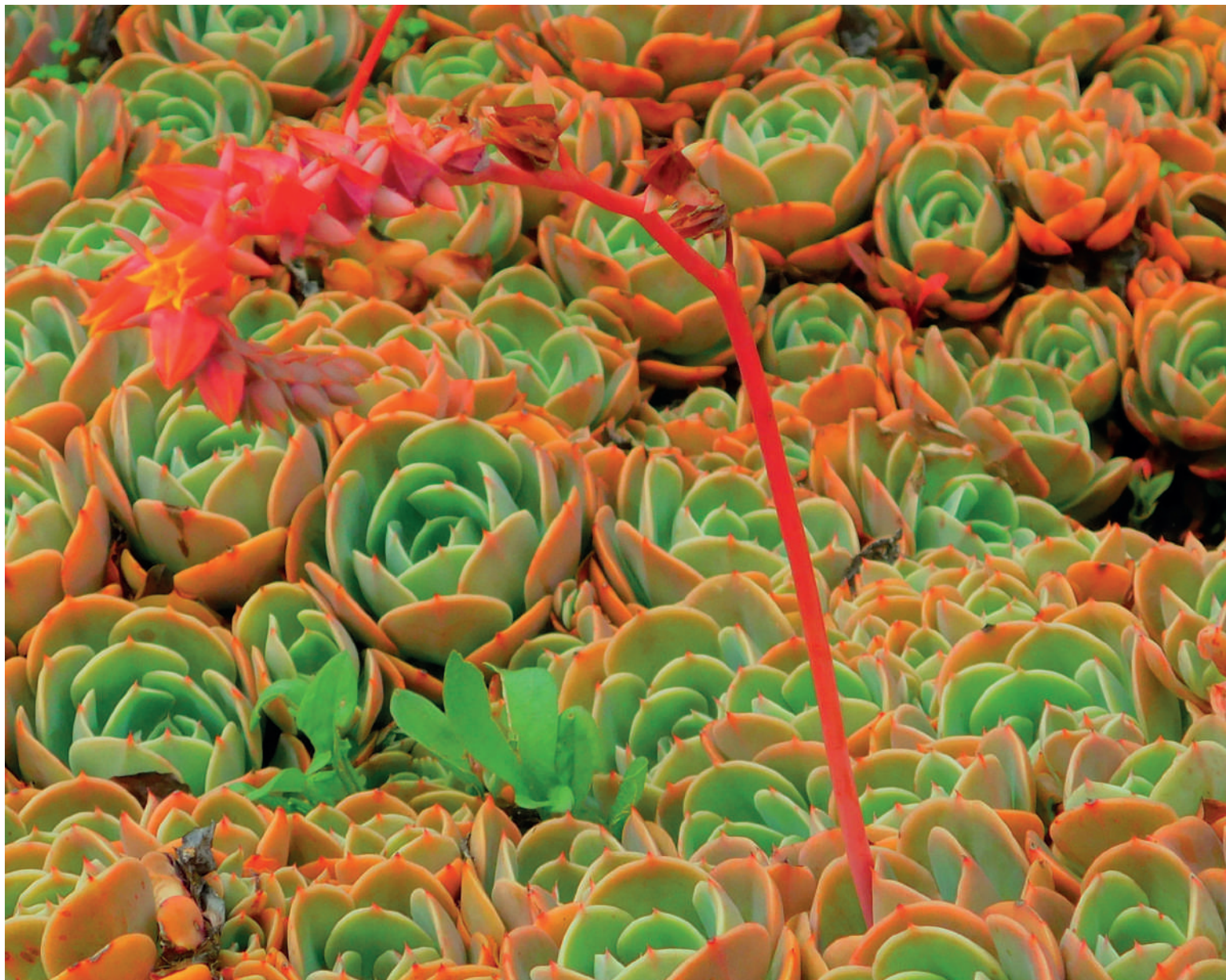
R E V I S T A

# Paradigmas Socio-Humanísticos

Publicación de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas

ISSN: 2711-242X (en línea) | Bogotá, D.C., Colombia | Volumen 2, Número 2, Julio - Diciembre 2020

Realizado por: Las Escuelas de Enfermería, Educación y Ciencias Sociales.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA  
**JUAN N. CORPAS**

VIGILADA  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

R E V I S T A  
Paradigmas  
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA  
**JUAN N. CORPAS**

Educación y Salud de Calidad  
con Sentido Social

La Revista Paradigmas Socio-Humanísticos es una publicación semestral de las escuelas de Educación y Enfermería de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, orientada principalmente a la divulgación de trabajos inéditos de investigación socio-humanística, en especial desde los paradigmas investigativos cualitativos en el campo de las ciencias humanas y sociales, incluyendo el área de la salud y la educación; igualmente se publicarán revisiones sistemáticas de la literatura, propio del campo objeto de la Revista, así como estudios culturales en diálogo con la sociedad contemporánea.

El comité editorial de la revista Paradigmas Socio-Humanísticos, recibe con entusiasmo los documentos que den cuenta de resultados de investigación, revisiones sistemáticas, revisiones de literatura, innovaciones educativas y artículos de reflexión temas contemporáneos que contribuyan al conocimiento y debate dentro de la Educación y la Enfermería en contextos nacionales e internacionales.

Vol. 2, N° 2 (julio – diciembre) Año 2020

ISSN: 2711-242X (En línea)

DOI: <https://doi.org/10.26752/revistaparadigmash.v2i2>

Sitio Web:

<https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/revistaparadigmash>

**Contacto Revista Paradigmas  
Socio-Humanísticos**

Claudia Patricia Motta León  
Cra. 111 No. 159 A 61 (Av. Corpas Km. 3  
Suba) Bogotá D.C.  
Colombia PBX: (+57 1) 662 2222 Ext.: 702  
[revistapsh@juanncorpas.edu.co](mailto:revistapsh@juanncorpas.edu.co)

**Agradecimiento fotografía de la portada a:**

Luisa Alejandra Aguilar Bernal  
Enfermera  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.  
Bogotá, Colombia

**Fundación Universitaria Juan N. Corpas**

Rectora  
Dra. Ana María Piñeros Ricardo

Vicerrector Académico  
Dr. Luis Gabriel Piñeros Ricardo

Vicerrector Administrativo  
Dr. Juan David Piñeros Ricardo

Secretario General  
Dr. Fernando Noguera

**Revista Paradigmas Socio-Humanísticos  
Directoras:**

María Antonina Román Ochoa  
Decana, Escuela de Enfermería,  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.  
Bogotá, Colombia

Volumen 2, Número 2, julio – diciembre, 2020

R E V I S T A  
Paradigmas  
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA  
**JUAN N. CORPAS**

Educación y Salud de Calidad  
con Sentido Social

Marta Osorio de Sarmiento  
Decana, Escuela de Educación,  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.  
Bogotá, Colombia.

### **Editores**

Ana Cecilia Becerra Pabón  
Coordinadora Investigación  
Escuela de Enfermería  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas  
Bogotá, Colombia

José Arlés Gómez A.  
Director Centro Editorial  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.  
Bogotá, Colombia

### **Editoras Junior**

Claudia Motta León  
Docente Escuela de Enfermería  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.  
Bogotá, Colombia

Marcela Pulido Mora  
Jefe de Biblioteca. Centro de Información  
y Consulta.  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.  
Bogotá, Colombia

### **Comité Científico. Miembros Nacionales**

PhD. Daniel Gonzalo Eslava  
Bogotá, Colombia

PhD. Claudia del Pilar Vélez  
Universidad de San Buenaventura. Valle del  
Cauca, Colombia

PhD. Jesús Ernesto Urbina  
Universidad Francisco de Paula  
Santander.  
Cúcuta, Colombia

### **Comité Científico. Miembros Internacionales**

PhD. Tomás Sola Martínez  
Universidad de Granada.  
Granada, España

PhD. Howard Butcher  
The University of Iowa. Iowa City, United  
States

PhD. Marcos Jesús Iglesias Martínez  
Universidad de Alicante. Alicante, España

PhD. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde.  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
(UANL) Monterrey, México.

### **Comité Editorial. Miembros Nacionales**

Esp. Luzmila Hernández Sampayo  
Universidad del Valle.  
Cali, Colombia

Volumen 2, Número 2, julio – diciembre, 2020

R E V I S T A  
Paradigmas  
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA  
**JUAN N. CORPAS**

Educación y Salud de Calidad  
con Sentido Social

PhD. Olga Osorio Murillo  
Pontificia Universidad Javeriana.  
Cali, Colombia.

PhD. Luis Gabriel Piñeros Ricardo  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas,  
Bogotá, Colombia

PhD. María Antonina Román Ochoa  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.  
Bogotá, Colombia

PhD. Lorena Martínez Delgado  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.  
Bogotá, Colombia

PhD. Marta Osorio de Sarmiento  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.  
Bogotá, Colombia

PhD. Ana Cecilia Becerra Pabón  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.  
Bogotá, Colombia

Mag. Claudia Motta León  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.  
Bogotá, Colombia

Mag. Martha Isabel Sarmiento  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.  
Bogotá, Colombia

PhD. Lina María Vargas Escobar  
Universidad El Bosque.  
Bogotá, Colombia

Esp. Marcela Pulido Mora  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.  
Bogotá, Colombia

**Comité Editorial. Miembros  
Internacionales**

PhD. Martha Vergara Fregoso  
Universidad de Guadalajara  
Guadalajara, México

PhD. José Antonio Méndez Sanz  
Universidad de Oviedo  
Oviedo, España

PhD. Horacio Ademar Ferreyra  
Universidad Católica de Córdoba  
Córdoba, Argentina

Volumen 2, Número 2, julio – diciembre, 2020

# Contenido

## Editorial

### **SARS-COV-2 (COVID-19) pone en evidencia la situación del personal de la salud en Colombia**

*Ana Cecilia Becerra Pabón, Sofía Loreney Lagos  
Mendoza, Yeison Fernando Martínez Carreño,  
María Claudia Barrera Céspedes*

..... 6 - 8

## Artículos Originales

### **Evaluación de una intervención cognitiva para los síntomas coronarios en la mujer durante la rehabilitación cardíaca: ensayo clínico no aleatorizado**

*Claudia Patricia Motta León*

..... 9 - 23

### **Modelo de prevención de la violencia y educación para la paz en adolescentes escolares de una institución educativa en Cundinamarca**

*Leydi Migreth Díaz González, Andrea Lorena Martínez Rodríguez*

..... 24 - 34

### **Fundamentos pedagógicos y comunicacionales en políticas educativas de atención de sectores de juventudes de vulnerados**

*Enrique Néstor Bambozzi*

..... 35 - 44

## Artículo de Revisión

### **Tratamientos no convencionales utilizados en la curación de las heridas**

*Maira Alexandra Lozada Méndez, Nelson Rolando Campos Guzmán, Lorena Martínez Delgado*

..... 45 - 61

## SARS-COV-2 (COVID-19) PONE EN EVIDENCIA LA SITUACIÓN DEL PERSONAL DE LA SALUD EN COLOMBIA

Ana Cecilia Becerra Pabón<sup>1</sup>, Sofia Loreney Lagos Mendoza<sup>2</sup>, Yeison Fernando Martínez Carreño<sup>3</sup>, María Claudia Barrera Céspedes<sup>4</sup>

### Resumen

Frente al impacto que ha tenido el Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID 19) en el personal de salud en Colombia, se resaltan algunos aspectos que la Pandemia ha puesto en evidencia ante el público en general, frente a la realidad que vive este gremio en Colombia.

**Palabras clave:** infecciones por Coronavirus, personal de salud

© 2021 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v2i2.532

<sup>1</sup>Enfermera, Especialista en Enfermería Materno-Perinatal y Doctora en Ciencias de la Educación. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, D.C., Colombia. ORCID 0000-0003-3334-1795. Autor de Correspondencia: Ana Cecilia Becerra Pabón: ana.becerra@juanncorpas.edu.co

<sup>2</sup>Médica, Especialista en Pediatría. Formadora en Procesamiento y Control de Calidad de la Leche Humana, Hospital Federico Lleras Acosta, Ibagué, Colombia. ORCID 0000-0002-4229-0128

<sup>3</sup>Médico, Especialista en Gerencia de Marketing Farmacéutico. Fundación Universitaria de Ciencias de la salud, Bogotá, D.C., Colombia. ORCID 0000-0003-2927-6118

<sup>4</sup>Médico, Especialista en Terapéuticas Alternativas y Farmacología Vegetal y Microbióloga Industrial. Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Bogotá, D.C., Colombia. ORCID 0000-0002-8366-3314

**Sr. Editor**

A ocho meses de iniciada la pandemia COVID-19 y hasta agosto del 2020, la región de las Américas, reportaba 569.304 casos en personal de salud, de los cuales 7.692 han ocurrido en ciudades colombianas, principalmente Bogotá, Valle de Cauca, Antioquia, Barranquilla, Cartagena, Nariño, Cundinamarca y Chocó. El 67.2% de estos casos corresponden a infecciones asociadas a la atención en salud, afectando principalmente auxiliares de enfermería, médicos, enfermeros y administrativos/limpieza. (Informes de situación de la COVID-19 | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud, s. f.), (Alerta Epidemiológica, s. f.), (Noticias coronavirus-personal-salud, s. f.), (Reporte de Situación COVID-19 Colombia No. 134-02 de septiembre de 2020 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud, s. f.)

Pero más allá de las cifras, la pandemia de COVID 19 ha enfrentado al personal de salud a situaciones complejas como la renuncia masiva de médicos, falta de elementos de protección personal, amenazas en sus viviendas, detrimento de las condiciones laborales, etc., ¿tomaremos consciencia por fin de esta realidad?

Según la Contraloría General de la Nación, 45% de los profesionales de la salud manifiestan que les han modificado sus condiciones laborales, cambiado su contrato, vinculado como prestación de servicios, sin prestaciones, estabilidad, seguridad, les han reducido horas de servicio, modificado salarios y formas de pago, evidenciando la preocupante informalidad del sector salud. (Contraloría General de la República, s. f.)

Esta deslegitimación de los derechos de los profesionales de la salud es un detonante de la ausencia de calidad en la atención de los sujetos de cuidado, que desmotiva y perturba la calidad de vida y el desarrollo humano del personal de la salud. (Menos aplausos y más condiciones laborales | EL ESPECTADOR, s. f.)

La Pandemia ha visibilizado y multiplicado esta realidad ante la cual, el gobierno de turno, ha respondido con medidas de poco impacto, trasladando su responsabilidad, como si asegurar el bienestar de las vidas del personal que labora en primera línea, enfrentando la pandemia, fuera un juego de pelota.

En este contexto, al riesgo laboral y el de una mayor exposición al contagio por el SARS CoV-2, se suma el impacto negativo en la salud mental de los profesionales de salud, el cual, se ha encontrado que, ante emergencias que son ocasionadas por virus, se traduce en una mayor prevalencia de ansiedad, depresión, estrés agudo, burnout y estrés postraumático. (Ricci-Cabello et al., 2020)

Sin duda la pandemia ha revelado la realidad del gremio de la salud, enmarcada en la historia de la educación en salud, que, enfocada específicamente en la enfermedad, deja poco espacio al pensamiento crítico generando profesionales que ejercen su labor desde la obediencia con poco sentido gremial, dando lugar a que políticos y administradores tomen las riendas de nuestro sistema de salud provocando las consecuencias que vivimos en clínicas y hospitales de todo Colombia.

Es desalentador que no se vislumbren soluciones definitivas que resuelvan las dificultades que enfrentan los profesionales de la salud, de ahí la necesidad que la actual pandemia sea un despertador de conciencias, especialmente en el personal de salud, para que como gremio se promuevan y generen políticas que finalmente los beneficien integralmente permitiendo ejercer las profesiones de la salud desde el bienestar y no desde la competencia.

Declaración sobre conflicto de intereses: como autores manifestamos que somos independientes con respecto a las instituciones que apoyaron este documento y que durante la redacción del manuscrito no hemos incidido intereses o valores diferentes a los que usualmente tiene la investigación. No tenemos ningún conflicto de interés.

### Referencias Bibliográficas

1. Informes de situación de la COVID-19 | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). Recuperado 15 de marzo de 2021, de <https://www.paho.org/es/informes-situacion-covid-19>
2. Alerta Epidemiológica: COVID-19 en personal de salud - 31 de agosto de 2020 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). Recuperado 15 de marzo de 2021, de <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-covid-19-personal-salud-31-agosto-2020>
3. Noticias coronavirus-personal-salud. (s. f.). Recuperado 15 de marzo de 2021, de <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-personal-salud.aspx>
4. Reporte de Situación COVID-19 Colombia No. 134- 02 de septiembre de 2020—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). Recuperado 15 de marzo de 2021, de <https://www.paho.org/es/documentos/reporte-situacion-covid-19-colombia-no-134-02-septiembrede-2020>
5. Página de inicio—Contraloría General de la República. (s. f.). Recuperado 15 de marzo de 2021, de <https://www.contraloria.gov.co/>
6. Menos aplausos y más condiciones laborales | EL ESPECTADOR. (s. f.). Recuperado 15 de marzo de 2021, de <https://www.elespectador.com/opinion/menos-aplausos-y-mas-condiciones-laborales-columna-911871/>
7. Ricci-Cabello, I., Meneses-Echavez, J. F., Serrano-Ripoll, M. J., Fraile-Navarro, D., de Roque, M. A. F., Moreno, G. P., Castro, A., Ruiz-Pérez, I., Campos, R. Z., & Gonçalves-Bradley, D. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: A rapid systematic review [Preprint]. *Psychiatry and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1101/2020.04.02.20048892>



## EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVA PARA LOS SÍNTOMAS CORONARIOS EN LA MUJER DURANTE LA REHABILITACIÓN CARDIACA: ENSAYO CLÍNICO NO ALEATORIZADO

Claudia Patricia Motta León<sup>1</sup>

### Resumen

El presente artículo tiene como objetivo determinar la eficacia de una estrategia de manejo cognitivo de los síntomas de enfermedad coronaria para mejorar las acciones de respuesta y los niveles de autoeficacia general en un grupo de mujeres participantes de un programa de rehabilitación cardiaca en dos instituciones de salud de la ciudad de Bogotá D.C.

La metodología utilizada fue un diseño tipo ensayo clínico controlado no aleatorizado. La intervención se realizó en cuatro sesiones con un encuentro semanal. Las acciones de respuesta y los niveles de autoeficacia fueron evaluados al inicio, dos y cinco semanas después de finalizar la intervención.

El análisis de resultados mostró una correlación positiva en el grupo experimental entre las acciones de respuesta y los niveles de autoeficacia general que se mantiene en la medición intermedia y final. Respecto a la autoeficacia la intervención no demostró mayor eficacia que la intervención convencional. Lo anterior comprueba la importancia de incluir elementos cognitivos y enfoque de género dentro de los programas de rehabilitación cardíaca.

**Palabras clave:** signos y síntomas, enfermedad coronaria, salud de las mujeres, manejo de la enfermedad, enfermería.

*Historial del artículo:*

*Fecha de recibido:* 28-01-2021 – *Fecha de aceptado:* 25-02-2021

© 2021 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v2i2.528

<sup>1</sup>Enfermera, Magister en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Docente Escuela de Enfermería. Fundación Universitaria Juan N Corpas. Autor para correspondencia. Correo electrónico: claudia.motta@juanncorpas.edu.co

## EVALUATION OF A COGNITIVE INTERVENTION FOR CORONARY SYMPTOMS IN WOMEN: A NON-RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

### **Abstract:**

This article aims to determine the efficacy of a cognitive management strategy for coronary heart disease symptoms to improve response actions and overall self-efficacy in a group of women participating in a cardiac rehabilitation program at two health institutions of the Bogota City.

The methodology used was a non-randomized controlled clinical trial type design. The intervention was carried out in four sessions with a weekly meeting. Response actions and levels of self-efficacy were assessed at baseline, two and five weeks after the intervention was completed.

The analysis of results showed a positive correlation in the experimental group between the response actions and the levels of general self-efficacy maintained in the intermediate and final measurement. Regarding self-efficacy, the intervention showed no greater efficacy than the conventional intervention. The above notes the importance of including cognitive elements and a gender approach within cardiac rehabilitation programs.

**Keywords:** signs and symptoms, women's health, coronary disease, self efficacy, disease management, nursing.

## Introducción

El retraso en la búsqueda de atención médica o de enfermería por parte de las mujeres que experimentan síntomas de enfermedad coronaria es un problema que preocupa a los profesionales de salud, pues esta situación se encuentra relacionada de forma directa con una menor efectividad de los tratamientos y mayor probabilidad de complicaciones que puedan llevar a la muerte. (Madsen y Birkelund, 2016).

Por lo anterior resulta fundamental que desde la disciplina de enfermería se desarrollen acciones encaminadas a brindar un cuidado holístico a la mujer con diagnóstico de enfermedad cardiovascular, a través del diseño e implementación de estrategias que contribuyan a que la población femenina reconozca su vulnerabilidad frente a la enfermedad, identifique los síntomas y les atribuya un origen coronario al momento de experimentarlos, lo que definitivamente mejoraría la oportunidad de consulta en los servicios de urgencias.

## Metodología

El diseño utilizado para determinar la eficacia de la estrategia de manejo realizada correspondió a un ensayo clínico controlado no aleatorizado (Vallvé, Artés y Cobo, 2005). de varias mediciones, que permitió examinar la eficacia de una estrategia de manejo basada en Teoría cognitiva (grupo intervención) comparada con una estrategia convencional educativa de enfermería (grupo control), sobre la respuesta de la mujer a los síntomas de enfermedad coronaria y la autoeficacia general.

Para la estructuración y formulación de la presente investigación, se contempló la

extensión de la declaración TREND para ensayos clínicos no aleatorizados (Jarlais, Lyles y Crepaz, 2004), a fin de garantizar la validez del estudio y la transparencia en el reporte de los resultados.

## Criterios de inclusión

- Ser mujer mayor de 30 años.
- Tener diagnóstico previo de Síndrome Coronario Agudo (Infarto Agudo de Miocardio o Angina Inestable).
- Ser participante en fase I o II de un programa clínico de rehabilitación cardiaca.
- Tener conservación de la comunicación verbal y el estado neurológico.

## Intervención grupo intervención y grupo control

El grupo de intervención, además del manejo usual brindado en la institución, recibió la estrategia de manejo grupal denominada "Mi respuesta es Sí", ofrecida por el investigador principal y basada en los supuestos de la Teoría de mediano rango de Autoeficacia (Smith y Liehr, 2008). Dentro de las características centrales de la estrategia de manejo, se encontraba el fortalecimiento de las fuentes de autoeficacia (experiencia de dominio, persuasión verbal, experiencia vicaria y retroalimentación fisiológica) a través de métodos y técnicas educativas grupales y el fortalecimiento de procesos enseñanza/aprendizaje a partir de contenidos propios de rehabilitación cardiaca, pero con enfoque de género. La intervención tuvo una duración de 2 horas por sesión y una intensidad de

4 sesiones con intervalo semanal. El grupo control recibió el enfoque habitual de los programas de rehabilitación cardíaca con la misma frecuencia e intensidad que el grupo experimental.

### **Instrumentos**

Para evaluar las acciones de respuesta al síntoma, se utilizó la Escala de Respuesta denominada: Instrumento sobre la experiencia del síntoma en la mujer con SCA: percepción, evaluación y respuesta, diseñado a partir del Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma (Céspedes, 2012), que consta de 6 ítems con escala dicotómica tipo Dummy de 0 a 1 (0=acción inadecuada, 1=acción adecuada). Para evaluar los niveles de Autoeficacia, se utilizó la Escala de Autoeficacia General versión en español desarrollada por Schwarzer y Jerusalem. (1996) y diseñada con soporte teórico basado en la Teoría cognitiva de Bandura (1977). El instrumento consta de 10 ítems con escala tipo Likert con puntuación de 1 a 4 (1=Incorrecto, 2=Apenas cierto, 3= más bien cierto y 4=cierto). Para su uso se contó con previa autorización de los autores.

### **Procedimientos**

En primera medida la propuesta de intervención fue sometida a revisión y aprobación de los comités de ética e investigación de las instituciones participantes. Los colaboradores institucionales que participaron del proceso de medición recibieron entrenamiento en el manejo de los instrumentos de medición (6 horas).

Con el apoyo de 11 expertos, se realizó el proceso de validación de contenido del material educativo entregado a las participantes mediante la aplicación de la Guía APRA (Organización Panamericana de la Salud, 2005). A su vez, se contó con el aval de uso de imagen institucional por parte de la Unidad de Medios de Comunicación de la Universidad Nacional de Colombia.

Posteriormente se realizó el proceso de reclutamiento de los sujetos a partir de las bases de datos de los servicios de cardiología, hemodinamia y rehabilitación cardíaca de ambas instituciones, se seleccionaron las pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, quienes fueron informadas acerca de los objetivos de la investigación y luego de la aceptación voluntaria y el establecimiento del grupo control y el experimental, se asignó un consecutivo a cada una de las participantes para proteger su identidad.

Se efectuó la recolección de los datos sociodemográficos y clínicos con el formato diseñado previamente por el investigador.

La investigadora realizó la intervención sin influencia en la evaluación de desenlace. En la Tabla 1, se observa el enmascaramiento realizado para efectos del estudio.

El análisis estadístico de los datos fue enmascarado al grupo control y experimental.

Tabla 1. Enmascaramiento realizado

INDIVIDUOS	Enmascaramiento a intervención	Enmascaramiento a medición de desenlaces	Análisis de datos
Pacientes	NO	SI	SI
Enfermera que aplicó las intervenciones	NO	SI	SI
Profesionales que evaluaron el desenlace principal y secundario	SI	NO	SI
Estadístico que realizó el análisis de datos	SI	SI	NO

Fuente: elaboración propia

### Análisis de datos

La información recolectada se registró inicialmente en una hoja de cálculo de Excel del programa Microsoft Office®, luego se realizó digitación de los mismos en el programa SPSS versión 23. Se utilizaron algunas herramientas de estadística descriptiva (tabla de frecuencias y porcentajes) para resumir las características sociodemográficas y datos clínicos del grupo control y experimental.

Para analizar la respuesta al síntoma, se utilizó la prueba de medianas para muestras independientes, para comparar los valores de dicho indicador entre el grupo experimental y el grupo control en la medición inicial, intermedia y final. Con el propósito de observar si hubo cambios en las diferentes mediciones del indicador de respuesta al síntoma, se empleó la prueba del rango signado de Wilcoxon para muestras pareadas tanto en el grupo control como en el grupo experimental. Para determinar la correlación entre el indicador de respuesta al síntoma y

los niveles de Autoeficacia general, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

En el caso de la autoeficacia general, se utilizó la prueba U de Mann Whitney para comparar los niveles de autoeficacia entre el grupo control y el grupo experimental para la medición inicial, intermedia y final. También, se realizó la prueba del rango signado de Wilcoxon para revisar si hubo cambios en la autoeficacia en el grupo experimental y el control.

### Consideraciones éticas

El protocolo y diseño del estudio preservó los criterios de rigor investigativo para el alcance experimental propuesto. La participación de los individuos en la investigación fue de manera voluntaria y se solicitó el consentimiento informado escrito del paciente. Todos los procedimientos se dieron de acuerdo con los principios establecidos en las Pautas Éticas Internacionales para la investigación Biomédica en Seres Humanos

(CIOMS – OMS, 2002), específicamente en los siguientes aspectos: consentimiento informado individual (pauta 4, 5 y 6), incentivos (pauta 7), explicación de beneficios y riesgos de participar en el estudio (Pauta 8), elección del grupo control en ensayos clínicos (Pauta 11), distribución equitativa de cargas y beneficios en la selección de grupos de sujetos en la investigación (Pauta 12), y protección de la confidencialidad y privacidad (Pauta 18).

Con relación al riesgo en el estudio, las participantes no estuvieron expuestas a riesgos físicos, considerando que la estrategia de manejo no fue un procedimiento invasivo. Sin embargo, se contó con el apoyo de un equipo institucional en caso de necesidad.

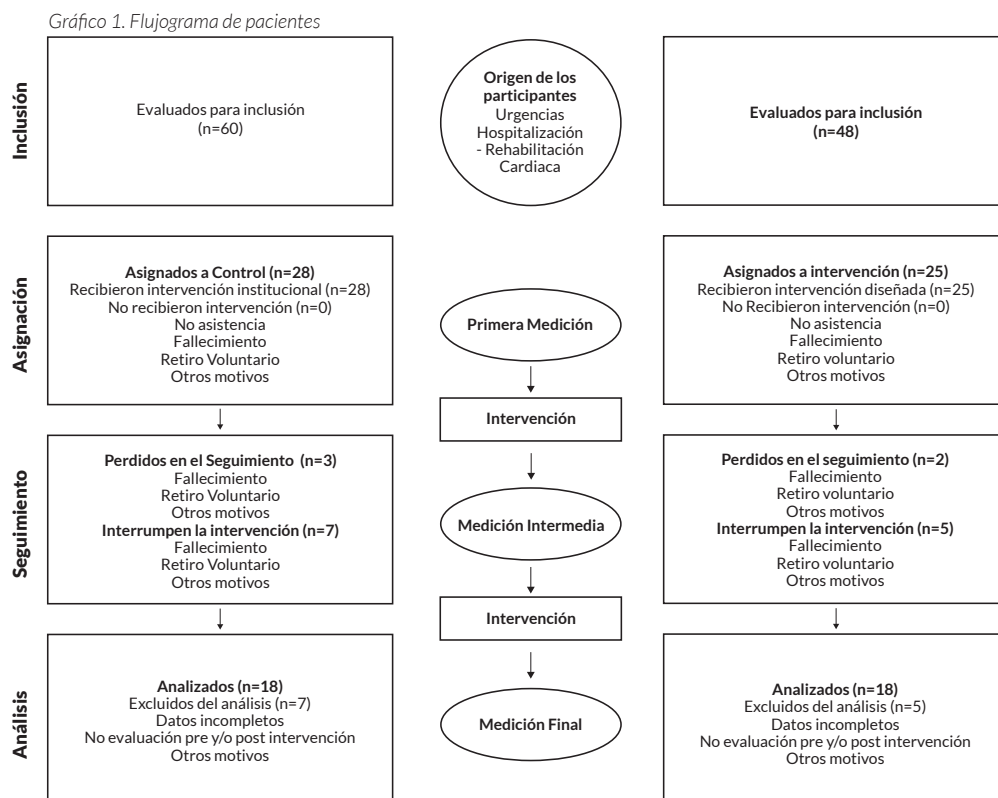
De igual forma, se atendió a las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud de la Resolución

008430 (Ministerio de Salud, 1993) específicamente en los siguientes aspectos: artículos 6, 14, 15 y 16. Por otra parte, se consideró la revisión general de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) y del Informe Belmont (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978) para estudios experimentales.

## Resultados

### Descripción y flujograma de población y muestra

En el caso de la institución donde fue realizada la intervención 25 pacientes decidieron participar de forma voluntaria en el estudio. Al finalizar, 18 pacientes fueron incluidas en el análisis pues completaron la asistencia a la totalidad de las sesiones y mediciones. En la



Fuente: elaboración propia

Institución de control 28 mujeres participaron voluntariamente, pero 18 pacientes fueron incluidas en el análisis al completar la totalidad de sesiones y mediciones (Gráfico 1). Entre los motivos de rechazo a la participación o el retiro de estudio, se encontraban no desear participar, escasos recursos económicos, ocupaciones familiares o laborales, fallecimiento, no vivir en la ciudad de Bogotá o no contar con acompañante.

### Datos sociodemográficos

El total de las pacientes participantes de este estudio fue 36 mujeres, 18 pertenecientes al grupo experimental y 18 pertenecientes al grupo control. Las mujeres, en su mayoría, presentaron como estado civil casadas (14 participantes, 38,8%) o viudas (11 participantes, 35,5%). Un porcentaje superior de las pacientes fueron amas de casa (32 participantes, 88,8%). El 55,5% de las mujeres (20 participantes) tenían un nivel educativo de básica primaria y el 33,3% (12 participantes) terminó la secundaria. El 52,5% de las mujeres (19 participantes) residían en estratos socioeconómicos entre 1-2 y el 44,4% de las mujeres (16 participantes) en estrato 3-4. El 66,6% de las mujeres (24 participantes) afirmó que sus ingresos eran menores a un salario mínimo legal vigente. El 41,6% de las mujeres (15 participantes) tenían entre 60 y 70 años y el 25% de las mujeres (9 participantes) se encontraron en los rangos de 50-60 y 70-80 años.

### Datos clínicos

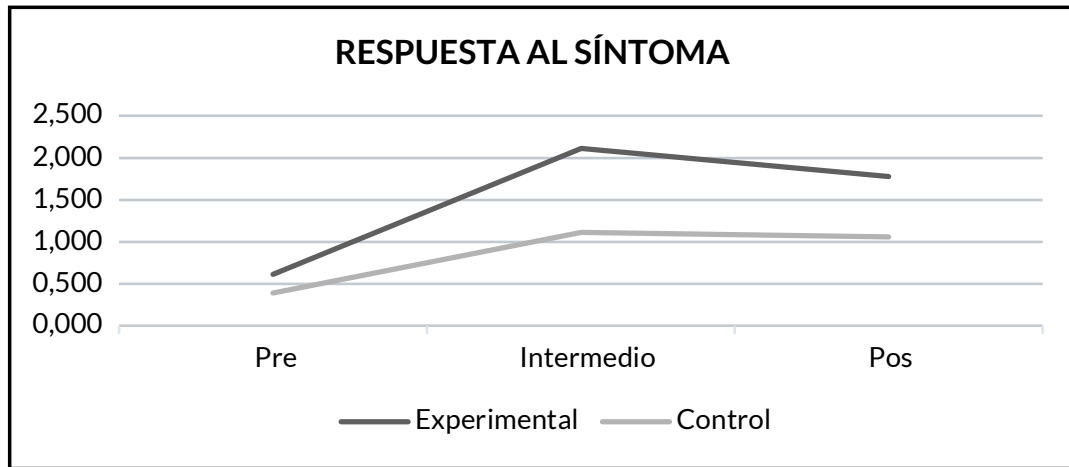
El 69,4% de las mujeres participantes (25 en total) fueron diagnosticadas con Infarto Agudo de Miocardio. La demora en el tiempo de consulta para buscar atención sanitaria fue similar: menos de 6 horas para el 47,2% de las participantes (17 en total) y más de

6 horas para el 52,7% de las participantes (19 en total). Sin embargo, se evidencia una mayor frecuencia en la demora para consultar en el grupo control. El 77,7% de las mujeres participantes (28 en total) manifestaron que los síntomas del primer episodio iniciaron en la casa. El 77,7% de las mujeres participantes (28 en total) refirió antecedente de hipertensión arterial. El 22,2% de las mujeres participantes (28 en total) tenían antecedentes de diabetes mellitus. El 44,4% de las mujeres participantes (16 en total) presentaban problemas de obesidad o sobrepeso. El 38,8% de las mujeres participantes (14 en total) eran fumadoras o consumidoras de tabaco. El 72,2% de las mujeres participantes (26 en total) tenían antecedente de dislipidemia. El 44,4% de las mujeres participantes (16 en total) presentaron algún factor de riesgo psicosocial como ansiedad o depresión. El 52,7% de las mujeres participantes (19 en total) tenían historia de sedentarismo. El 53% de las mujeres participantes (16 en total) manifestaron una historia familiar de problema cardíaco en padres o hermanos. El 19,4% de las mujeres participantes (7 en total) expresaron haber tenido un evento coronario previo.

### Promedio de respuesta al síntoma entre grupos

El Gráfico 2 muestra que el indicador de respuesta en el grupo control crece entre la medición inicial y la medición intermedia. A partir de esa instancia, su valor se estabiliza. Por su parte, en el caso del grupo experimental, se observó un cambio importante en los valores del indicador al pasar de la medición inicial a la medición intermedia. Luego de este periodo, el valor del indicador disminuyó. Por otra parte, se puede observar que los valores del indicador de respuesta en el grupo

Gráfico 2. Promedio indicador respuesta al síntoma entre grupo control y experimental.



Fuente: elaboración propia

experimental son superiores a los encontrados en el grupo control.

Usando la prueba de medianas para muestras independientes (Tabla 2), en este caso para comparar los valores del indicador de respuesta en el grupo experimental y control, se pudo observar que no hubo diferencia entre los grupos en la medición inicial (valor-p = 1). En el caso de la medición intermedia (valor-p = 0,003) y final (valor-p = 0,006) se observaron diferencias entre ambos grupos.

**Tabla 2.** Prueba de medianas para comparación de respuesta en grupo experimental y control

Usando la prueba de rango signado de Wilcoxon para muestras pareadas, se pudo observar que hubo diferencias en los valores del indicador de respuesta entre la medición previa a la intervención y la intermedia, tanto en el grupo experimental ( $Z = -3,1$ , valor-p = 0,002) como en el grupo control ( $Z = -3,357$ , valor-p = 0,001). Sin embargo, al hacer la comparación de los valores del indicador

Tabla 2. Prueba de medianas para comparación de respuesta en grupo experimental y control

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	Las medianas de Propuesta de calificación de la experiencia del síntoma (pre) son las mismas entre las categorías de Grupo	Prueba de la mediana para muestras independientes	1,000	Conserve la hipótesis nula
2	Las mediana de Propuesta de calificación de la experiencia del síntoma (intermedio) son las mismas entre las categorías de Grupo	Prueba de la mediana para muestras independientes	0,003	Rechace la hipótesis nula
3	Las medianas de Propuesta de calificación de la experiencia del síntoma (pos) son las mismas entre las categorías de Grupo	Prueba de la mediana para muestras independientes	0,006	Rechace la hipótesis nula

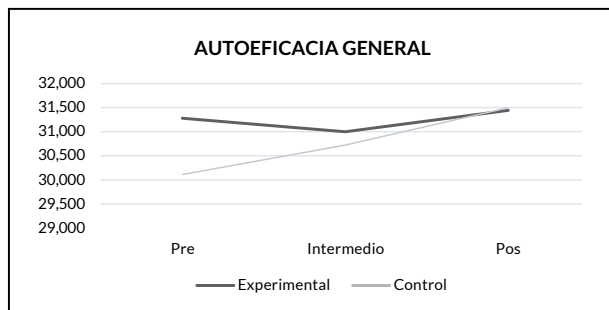
Fuente: elaboración propia



en las mediciones posterior e intermedia, no se encontraron diferencias para el grupo experimental ( $Z = -1,513$ , valor- $p = 0,130$ ) ni para el grupo control ( $Z = -0,378$ , valor- $p = 0,705$ ).

### Autoeficacia general

Gráfico 3. Promedio autoeficacia entre grupo control y experimental



Fuente: elaboración propia

El Gráfico 3 muestra que, antes de la aplicación de la intervención, los niveles de autoeficacia en el grupo experimental fueron superiores a los observados en el grupo control. Por otra parte, en la medición intermedia, se observó el mismo comportamiento. Una semana después de la intervención (pos), los niveles en la autoeficacia fueron levemente superiores en el grupo control. Otro elemento que se puede resaltar fue el constante crecimiento de los niveles de autoeficacia en el grupo control. En el caso del grupo experimental, los valores de la puntuación de autoeficacia disminuyeron en la medición intermedia con respecto a la medición inicial y aumentaron para la medición posterior a la intervención.

Antes de la aplicación de la intervención, se compararon los niveles de autoeficacia en el grupo experimental y en el grupo control usando la prueba U de Mann Whitney, cuyos resultados,  $U = 153$ ,  $Z = -0,285$  y un valor- $p = 0,775$ , indican que no hay diferencia en los niveles de autoeficacia, lo cual permite

garantizar que los grupos se encontraron en igualdad de condiciones como requisito preliminar para el análisis. En la medición intermedia, no se observaron diferencias en los niveles de autoeficacia entre los grupos experimental y control ( $U = 158$ ,  $Z = -0,127$ , valor- $p = 0,899$ ). La misma situación se presentó en la medición final ( $U = 152,5$ ,  $Z = -0,302$ , valor- $p = 0,763$ ).

Por su parte, al comparar los diferentes momentos de medición de la autoeficacia en el grupo experimental, mediante la prueba del rango signado de Wilcoxon para muestras pareadas, no se encontraron cambios, un comportamiento similar se observó en el grupo control.

### Comparación y efectividad de la intervención

Con relación a las correlaciones todas fueron positivas, lo que se traduce en que, a mayores niveles de autoeficacia, se obtienen mayores valores del indicador de respuesta.

Antes de la aplicación de la intervención, se puede afirmar que no hay evidencia para rechazar la hipótesis estadística de que las variables anteriores presentan algún grado de relación en el grupo experimental ( $r = 0,213$ , valor- $p = 0,395$ ). No obstante, dicha relación sí se vislumbra en el grupo control ( $r = 0,489$ , valor- $p = 0,04$ ).

En el caso de las mediciones intermedia y posterior a la intervención, se planteó una situación hipotética futura para evaluar la respuesta de las pacientes frente a una nueva experiencia con los síntomas de enfermedad coronaria, lo cual generó la relación entre las variables con valores altos en los coeficientes de correlación conducentes al rechazo de la

hipótesis nula en las mediciones intermedia y final, con lo cual se logra determinar la eficacia de la estrategia de manejo cognitivo en la respuesta de la mujeres a los síntomas coronarios.

### Discusión

Los resultados de este trabajo de investigación permitieron establecer que existe una correlación positiva en el grupo experimental entre las acciones de respuesta al síntoma de enfermedad coronaria y los niveles de autoeficacia general luego de la aplicación de la estrategia de manejo cognitivo de los síntomas, hallazgo que se mantiene en la medición intermedia y final. De lo anterior, se puede deducir que la estrategia de manejo de enfermería, basada en elementos cognitivos, contribuye a que el indicador de respuesta aumente con una dosis de intervención de tres semanas.

Pese a que no existen antecedentes de intervenciones basadas en autoeficacia y dirigidas específicamente a mejorar la respuesta de la mujer frente al síntoma de enfermedad coronaria y orientarla hacia la consulta rápida al servicio de urgencias, investigaciones previas que han integrado el componente cognitivo y las estrategias de automanejo de la salud probaron su efectividad estableciendo relaciones medibles entre la capacidad personal de ejecutar un determinado comportamiento y la supresión de conductas de riesgo.

Por ejemplo, la revisión sistemática realizada por Jovicic, Holroyd-Leduc & Straus (2006), demostró que un grupo de pacientes con falla cardíaca que participaron en programas de autogestión, basados en elementos cognitivos, mejoraron la adherencia a los tratamientos no farmacológicos e incrementaron los

comportamientos relacionados con la salud. De igual forma que en la revisión realizada por Barth, Critchley & Bengel (2008), donde se demostró el efecto positivo de las intervenciones psicológicas para dejar de fumar.

Dos estudios, realizados por Janssen, De Gucht, Van Exel & Maes (2014) y Slovynec D'Angelo, Pelete, Reid & Huta (2014), comprobaron que una serie de intervenciones relativamente cortas, y sustentadas en elementos cognitivos como la autoeficacia, la entrevista motivacional y la autorregulación, son capaces de incitar y mantener la adherencia al ejercicio al finalizar rehabilitación cardíaca.

HwangyKim (2015) por su parte, demostraron la eficacia de una intervención grupal personalizada desarrollada para realizar cambios en los estilos de vida y mejorar los factores de riesgo cardiovasculares sobre la autoeficacia general, los niveles de ansiedad y los síntomas depresivos de un grupo de 56 pacientes que habían sufrido por primera vez un evento coronario.

Para el fenómeno de respuesta al síntoma, y con el propósito de reducir la demora en la búsqueda de atención sanitaria, varios autores han fundamentado las intervenciones realizadas en teorías cognitivas y psicológicas, como el modelo para la autorregulación del comportamiento de Leventhal (McKinley et al., 2009; O'Brien, McKee, Mooney, O'Donnell, & Moser, 2014). También, se han propuesto intervenciones con enfoque educativo-comprendido que se apoyan con seguimientos telefónicos y materiales de apoyo (Darsin Singh, Ahmad, Rahmat, & Hmwe, 2016; Fors et al., 2015; Kim, Lee, Kim, Kang, & Ahn, 2014; Wang et al., 2014). Con relación al

desenlace secundario del presente estudio, los resultados no lograron demostrar que una estrategia de manejo de enfermería (basada en elementos cognitivos y orientada a mejorar la respuesta de la mujer frente a la experiencia del síntoma de enfermedad coronaria) fuera más eficaz que la intervención convencional ofrecida durante la rehabilitación cardíaca sobre el puntaje de autoeficacia general obtenido durante las mediciones preliminar, intermedia y posterior.

### **Limitaciones**

Como limitaciones del presente estudio, se encuentran en primera medida el hecho de haber utilizado una técnica de muestreo no probabilístico y a su vez haber incrementado el valor del error tipo II al realizar el recálculo del tamaño muestral (sobre información empírica), lo cual, a pesar de presentar un ajuste por pérdidas del 25%, podría afectar la capacidad de generalizar los resultados obtenidos de la investigación. Sin embargo, el diseño y ejecución de la investigación garantizan el cumplimiento de los demás parámetros de validez.

Desde la medición, una restricción que puede evidenciarse es la aplicación de un instrumento de autoeficacia general. En este caso, es posible que el uso de una escala genérica (no específica para autoeficacia cardíaca) afecte la precisión en la medición de esta variable.

En cuanto a la validez interna, la literatura refiere la importancia de la aleatorización a los grupos para garantizar que sean comparables o equivalentes y contrarrestar el sesgo de selección (Calva-Mercado, 2000; Lazcano Ponce et al., 2004). Sin embargo, la introducción de los sujetos a la investigación

se realizó a partir de criterios de inclusión y criterios de homogeneidad de las asistentes a programas de rehabilitación cardíaca, lo cual garantiza un procedimiento sistemático.

Con relación a la mortalidad, el ajuste realizado a las pérdidas, correspondiente al 25%, respondió a la realidad del ambiente clínico en el que se aplicó la intervención y al grado reducido de convocatoria y participación voluntaria de las pacientes.

Adicional a lo anterior, otra de las limitaciones que pueden observarse en la presente investigación es el periodo de seguimiento de la intervención educativa. Aunque los resultados mostraron un impacto positivo sobre la respuesta a los síntomas con una intervención corta (tres semanas), por el diseño de la estrategia de manejo no se pudo establecer la eficacia de la misma a largo plazo.

La explicación de que los resultados positivos obtenidos no permitieron identificar una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de autoeficacia en las acciones de respuesta del grupo experimental comparado con el grupo de control podría explicarse a partir de lo referido por Carpi, Zurriaga, González, Marzo Campos, & Buunk (2010), quienes destacan que, pese a que la autoeficacia ha demostrado tener un valor predictivo en la intención y conducta frente a una determinada situación, es un constructo que depende de múltiples factores, como por ejemplo las creencias, las situaciones, la percepción de barreras o las limitaciones externas y la percepción de control del sujeto.

## Conclusiones

### **Desde el punto de vista del uso del Modelos y Teorías de enfermería**

El uso de los referentes teóricos y conceptuales propios permite al enfermero aproximarse de forma más precisa a los fenómenos de la práctica. En el caso de este estudio, en particular, facilitaron el diseño de la estrategia de manejo central, pues permitieron plasmar de forma sencilla los objetivos de la investigación y contemplar a la mujer como protagonista principal de su cuidado, diferente al manejo tradicional empleado para el cuidado de la salud en el cual el profesional es el encargado de tomar las decisiones y dar las directrices.

### **Desde la medición y los instrumentos utilizados**

Con relación al uso de la escala de respuesta que hace parte del Instrumento sobre la experiencia del síntoma en la mujer con SCA: percepción, evaluación y respuesta (Céspedes, 2012), cabe resaltar la facilidad y precisión que aportó el instrumento para realizar la medición del indicador de respuesta al síntoma. Con relación a la Escala de Autoeficacia General, desarrollada por Schwarzer y Jerusalem (1995), se pudo medir, de forma general, los niveles de autoeficacia percibida. Sin embargo, en posteriores investigaciones, sería útil aplicar instrumentos que midan de forma específica la autoeficacia cardíaca y evaluar su efecto en el desarrollo de intervenciones cognitivas.

### **Desde el conocimiento generado**

Para la profesión de enfermería, por su carácter de disciplina holística e integral, resulta conveniente incluir en el desarrollo de

sus intervenciones de cuidado componentes cognitivos y aspectos psicosociales que afecten a largo plazo y de forma sustancial las respuestas humanas de individuos, familias y comunidades frente a los procesos de salud – enfermedad. Del desarrollo de esta investigación, con enfoque de género, también se deriva un aporte que pretende impactar políticas sanitarias nacionales y locales que contemplen entre otros aspectos, las diferencias en la respuesta a los síntomas de enfermedad coronaria en mujeres.

### **Desde la traslación del conocimiento a la práctica en los servicios de rehabilitación cardíaca de abordaje disciplinar y multidisciplinar**

En la actualidad, resulta esencial para el profesional de enfermería que lidera los servicios de cardiología identificar las necesidades de las mujeres que ingresan a los programas de rehabilitación cardíaca y unificar esfuerzos con los demás miembros del equipo de trabajo a fin de particularizar el cuidado brindado desde el contexto de la salud cardiovascular, disminuir la deserción e incrementar la adherencia a los programas. Para ello, las estrategias aplicadas no deben basarse exclusivamente en la resolución de vacíos educativos, sino que deben orientarse a la modificación de conductas y comportamientos que faciliten la adaptación de la mujer a hábitos saludables, identificación y manejo de factores de riesgo, asimilación de la propia vulnerabilidad, reconocimiento adecuado de los síntomas asociados a enfermedad coronaria y consulta oportuna a los servicios de emergencia.

## Agradecimientos

Como autora quiero agradecer a la Convocatoria del Programa Nacional de Proyectos para el fortalecimiento de la investigación, la creación y la innovación en

posgrados de la Universidad Nacional de Colombia 2013-2015 por el apoyo económico dado para el desarrollo de este proyecto.

## Referencias bibliográficas

1. Madsen, R., & Birkelund, R. (2016). Women's experiences during myocardial infarction: Systematic review and meta-ethnography. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5-6), 599-609. <https://doi.org/10.1111/jocn.13096>
2. Vallvé, C., Artés, M., y Cobo, E. (2005). Estudios de intervención no aleatorizados (TREND). *Med Clin*, 125 (Supl. 1), 38-42.
3. Des Jarlais, D., Lyles, C., y Crepaz, N. (2004). TREND Group. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *Am J Public Health*, 94(3), 361-6.
4. Smith, M.J., y Liehr, P.R. (2008). *Middle Range Theory for Nursing*. 2da ed. New York Springer, 344 p.
5. Céspedes, V. (2012). Síntomas en la mujer con síndrome coronario agudo: desde las pruebas de validez. *Av en Enfermería*, 30(2), 25-38.
6. Schwarzer, R., y Bäßler, J. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia general. *Ansiedad y estrés*, 2(1), 1-8.
7. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215.
8. Organización Panamericana de la Salud. (2005). Orientaciones técnicas para el diseño y validación de materiales educativos para la iniciativa regional escuelas promotoras de la salud. Washington.
9. Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas - organización mundial de la salud. (2002). Pautas éticas Internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Recuperado a partir de [http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas\\_eticas\\_internacionales.htm](http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm)
10. Ministerio de Salud. Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 (1993). Colombia.

11. Asociación Médica Mundial. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.
12. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1978). Informe Belmont.
13. Jovicic, A., Holroyd-Leduc, J. M., & Straus, S. E. (2006). Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC cardiovascular disorders*, 6, 43. <https://doi.org/10.1186/1471-2261-6-43>
14. Barth, J., Critchley, J., & Bengel, J. (2008). Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006886>
15. Janssen, V., De Gucht, V., Van Exel, H., & Maes, S. (2014). A self-regulation lifestyle program for post-cardiac rehabilitation patients has long-term effects on exercise adherence. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(2), 308-321. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9489-y16>.
16. Slovinec D'Angelo, M. E., Pelletier, L. G., Reid, R. D., & Huta, V. (2014). The roles of self-efficacy and motivation in the prediction of short- and long-term adherence to exercise among patients with coronary heart disease. *Health Psychology*, 33(11), 1344-1353. <https://doi.org/10.1037/hea0000094>
17. Hwang, S. Y., & Kim, J. S. (2015). Risk Factor-tailored Small Group Education for Patients with First-time Acute Coronary Syndrome. *Asian Nursing Research*, 9(4), 291-297. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.07.00519>.
18. McKinley, S., Dracup, K., Moser, D. K., Riegel, B., Doering, L. V., Meischke, H., ... Pelter, M. (2009). The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1037-1046. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.01.01220>.
19. O'Brien, F., McKee, G., Mooney, M., O'Donnell, S., & Moser, D. (2014). Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 96(2), 179-187. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.022>
20. Darsin Singh, S. K., Ahmad, A., Rahmat, N., & Hmwe, N. T. T. (2016). Nurse-led intervention on knowledge, attitude and beliefs towards acute coronary syndrome. *Nursing in Critical Care*. <https://doi.org/10.1111/nicc.12240>

- 21.** Fors, A., Ekman, I., Taft, C., Bjorkelund, C., Frid, K., Larsson, M. E., ... Swedberg, K. (2015). Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care - A randomised controlled trial. *International journal of cardiology*, 187, 693-699. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.03.336>
- 22.** Kim, S. S., Lee, S., Kim, G., Kang, S. M., & Ahn, J. A. (2014). Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program in patients with coronary heart disease in Korea. *Nurs Health Sci*, 16(4), 476-482. <https://doi.org/10.1111/nhs.1215524>.
- 23.** Wang, W., Lopez, V., Chow, A., Chan, S. W. C., Cheng, K. K. F., & He, H. G. (2014). A randomized controlled trial of the effectiveness of a self-help psychoeducation programme on outcomes of outpatients with coronary heart disease: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 70(12), 2932-2941. <https://doi.org/10.1111/jan.12397>
- 24.** Calva-Mercado, J. J. (2000). Estudios clínicos experimentales. *Salud Pública de México*, 42(4).
- 25.** Lazcano Ponce, E., Salazar-Martínez, E., Gutiérrez Castrellón, P., Ángeles Llerenas, A., Hernández Garduño, A., & Viramontes, J. L. (2004). Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. *Salud Pública de México*, 46(6).
- 26.** Carpi, A., Zurriaga, R., González, P., Marzo Campos, J. C., & Buunk, A. (2010). Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Universitas Psychologica*, 9(2), 423-432.
- 27.** Perkins-Porras L, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. Causal beliefs, cardiac denial and pre-hospital delays following the onset of acute coronary syndromes. *J Behav Med.* el 2 de diciembre de 2008;31(6):498-505.
- 28.** Riesgo A, Bragulat E, López-barbeito R, Sánchez B, Miró O. Aproximación diagnóstica al dolor torácico en urgencias: ¿ existen diferencias entre mujeres y hombres? *Emergencias.* 2008;20:399-404.
- 29.** Ferraz-Torres M, Belzunegui-Otano T, Marín-Fernandez B, Martínez-García Ó, Ibañez-Beroiz B. Differences in the treatment and evolution of acute coronary syndromes according to gender: what are the causes? *J Clin Nurs.* septiembre de 2015;24(17-18):2468-77.
- 30.** Carbajosa J, Llorens Soriano P, Diéguez Zaragoza S, Carratalá Perales JM, Díaz Dámaso J, Martínez Beloqui E, et al. Influencia del sexo del paciente en el manejo del síndrome coronario agudo con elevación del ST en los servicios de urgencias. *Emergencias.* 2011;23(2):87-92.

## MODELO DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y EDUCACIÓN PARA LA PAZ EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN CUNDINAMARCA

Leydi Migreth Díaz González<sup>1</sup>, Andrea Lorena Martínez Rodríguez<sup>2</sup>

### Resumen:

El proceso de la educación para la paz, específicamente desde el campo de la educación, viene desarrollándose desde hace varias décadas, incluso compartiendo momentos clave en el proceso evolutivo de los acercamientos entre diferentes gobiernos y los grupos insurgentes, es decir, los procesos de paz en Colombia han venido permeando las diferentes instancias educativas. El objetivo de la investigación se enfocó en diseñar e implementar un Modelo de Prevención de la Violencia y Educación para la Paz en adolescentes escolares, promoviendo habilidades de autoconocimiento, manejo de las emociones, comunicación empática y resolución de conflicto para una cultura de paz. Para tal fin se siguieron los pasos metodológicos de un proyecto de intervención de caracterización, diseño pedagógico, intervención por medio de talleres, análisis de resultados y evaluación. Se desarrolló así un Modelo de Prevención de la Violencia y Educación para la Paz como iniciativa para evitar la violencia escolar.

**Palabras clave:** violencia, educación para la paz, resolución de conflictos.

*Historial del artículo:*

*Fecha de recibido: 18-11-2020 – Fecha de aceptado: 12-02-2021*

© 2021 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v2i2.514

<sup>1</sup>Enfermera, Especialista en Docencia Universitaria, Magistra en Estudios de Paz y Resolución de Conflictos, Docente Universidad Manuela Beltrán, Fundación Universitaria del Área Andina. Autor para correspondencia. Correo electrónico: "ldiaz1115@gmail.com"

<sup>2</sup>Politóloga, Magistra en Estudios de Paz y Resolución de Conflictos. Correo electrónico: amlore3@gmail.com



## **VIOLENCE PREVENTION AND EDUCATION FOR PEACE MODEL IN SCHOOL ADOLESCENTS OF AN EDUCATIONAL INSTITUTION IN CUNDINAMARCA**

### **Abstract:**

The process of education for peace, specifically from the field of education, has been developing for several decades, even sharing key moments in the evolutionary process of rapprochement between different governments and insurgent's groups that is, the peace in Colombia have been permeating the different educational instances. The objective of the research was focus on the designing and implementing a Model of the Prevention of Violence and Education for Peace in School adolescents, promoting self-knowledge skills, managing emotions, empathic communication, and conflict resolution for a culture of peace. To this end, the methodological steps and intervention project of characterization, pedagogical design, intervention through workshop, analysis of results and evaluation were followed. Thus, a Model for Prevention of Violence and Education for Peace was developed as an initiative to prevent school violence.

**Keywords:** violence, peace education, conflict resolutions.

## Introducción

El proceso de la educación para la paz, específicamente desde el campo de la educación, viene desarrollándose desde hace varias décadas, incluso compartiendo momentos clave en el proceso evolutivo de los acercamientos entre diferentes gobiernos y los grupos insurgentes, es decir, los procesos de paz en Colombia han venido permeando las diferentes instancias educativas. En ese orden de ideas, “Colombia ingresa a la plataforma epistémica y práctica de las corrientes emergentes de la literatura de paz que, debido a su propio proceso interno, puede dar cuenta de una producción de saberes y aportes nuevos tanto nacionales como internacionales” (Cruz, 2018).

De esta forma, para la primera década del 2000, diferentes instituciones educativas como la Universidad Pedagógica y la Universidad Javeriana y organizaciones como JUSTAPAZ (Centro Cristiano Justicia Paz y Acción No-Violenta) e INDEPAZ, entre otros, comenzaron a publicar textos acerca de proyectos educativos o pedagógicos en relación con la paz. Por otra parte, hay una fracción del trabajo en Pedagogías para la Paz en Colombia que inicia entonces desde el ámbito más formal de la educación en instituciones educativas, bajo la premisa de reducir la violencia en el aula y centrarse en el aprendizaje de valores democráticos y ciudadanos (Adarve, P., González, S., y Guerrero, M. 2018). Es aquí donde cobra interés esta convergencia, en la interrelación del proceso de educación para la paz y la violencia escolar.

Por otro lado, la academia en Colombia históricamente se ha centrado más en estudiar la violencia que la paz. Sin embargo,

dentro de los estudios de la paz podemos distinguir tres líneas, a saber: 1. Aquella que surge de los centros internacionales de estudios sobre Colombia; 2. La que se enfoca en los Estudios para la Paz y los movimientos sociales (desarrollados en escenarios locales y en centros de pensamiento e investigación); y 3. Los estudios sobre las negociaciones de Paz en la Habana, Cuba (Cruz, 2018). De allí que cobre cada vez mayor importancia enfatizar en los estudios de paz y sustituirlos por el énfasis en la violencia. Lo anterior es lo deseable y lo que por fortuna está fortaleciéndose cada vez más: una Educación por la paz y para la paz del país.

En la más reciente Encuesta de Clima Escolar y Victimización realizada en 2015, en la ciudad de Bogotá D.C., se registró un alto número de pandillas y actos de violencia que afectan a los estudiantes y, en algunas oportunidades, incitan a su participación. En 2016 se presentaron 30.241 presuntos casos que alteraron el clima escolar y la vulneración de derechos en los colegios del Distrito. Las localidades de San Cristóbal, Bosa, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar concentraron 42% de los presuntos casos de abuso y violencia detectados en el colegio. En Bogotá, los colegios de las localidades de Santa Fe, Rafael Uribe Uribe y Suba, según datos de la Secretaría de Educación Distrital, aún presentan problemas importantes de clima escolar. Para afrontar esta situación, desde el 2016 la entidad desarrolló un plan integral con las secretarías de Cultura, Seguridad y Gobierno con el fin de recuperar estos entornos.

Se determinó, por criterios de acceso, considerando que en la Ciudad de Bogotá se han venido realizando múltiples programas de

intervención, realizar el presente Modelo de Prevención de la Violencia y Educación para la Paz en el Municipio de Madrid, Cundinamarca, con la metodología cualitativa, aspecto que se describirá más adelante. Con base en el reporte verbal de la psicorientadora Andrea Castelblanco de la Institución Educativa Departamental Serrezuela de Madrid, Cundinamarca, en la observación directa y en el reporte de vecinos del Colegio, se evidencian comportamientos de violencia escolar entre los adolescentes, específicamente en los estudiantes de los grados 6º y 7º, quienes han mostrado conductas de agresión física y verbal, encuentros fuera del Colegio para resolver a golpes sus conflictos, peleas entre niñas adolescentes con jalones de cabello y arañazos en el rostro, entre otros comportamientos relevantes. Este escenario motivó la estructuración del presente proyecto de intervención, cuyo objetivo general se enfocó en diseñar e implementar un Modelo de Prevención de la Violencia y Educación para la Paz en adolescentes escolares, promoviendo habilidades de autoconocimiento, manejo de las emociones,

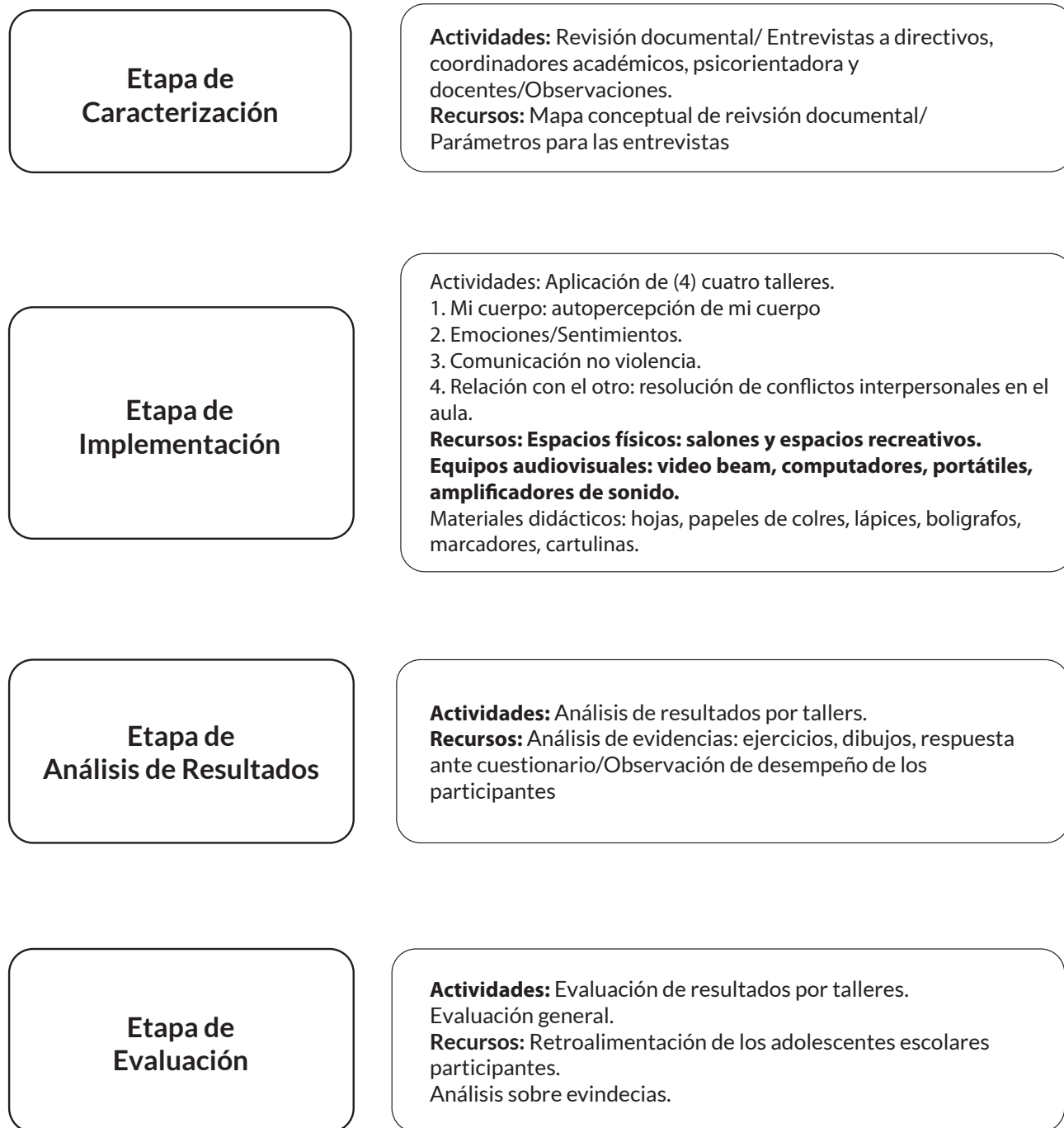
comunicación empática y resolución de conflicto para una cultura de paz.

### **Metodología**

Para la estructuración del Modelo de Prevención de la Violencia y Educación para la Paz en Adolescentes Escolares, se adoptaron fundamentos de conceptualización de un modelo pedagógico, con el uso de una metodología cualitativa. Teniendo en cuenta que el propósito del presente proyecto fue entender, en su contexto natural y social, a los adolescentes, el hecho de haber registrado variables cualitativas a través de las conversaciones, la participación en talleres y la observación en dinámicas, se constituyó en una herramienta fundamental para el logro de este.

Para hacer realidad el Modelo de Prevención de la Violencia y Educación para la Paz, se desarrollaron cuatro etapas a saber: 1. Etapa de Caracterización 2. Etapa de Implementación. 3. Etapa de Análisis de Resultados y 4. Etapa de Evaluación, tal como se ilustra en el siguiente esquema:

Esquema de aplicación del modelo de prevención de la violencia y educación para la paz



Esquema No 1. Construcción propia

### **1. Etapa de caracterización**

para realizar la etapa de caracterización en el presente proyecto, se procedió primero al proceso de revisión documental, con el propósito de identificar y comprender la conceptualización de categorías de análisis sobre violencia escolar y educación para la paz, apoyado en autores expertos en el tema. Posteriormente se realizaron entrevistas a directivos, coordinadores académicos, a la psicorientadora y a docentes de la institución. Los parámetros que se utilizaron para la aplicación de dichas entrevistas fueron: la estructura y funcionamiento familiar, las condiciones económicas, la dimensión emocional, la dimensión interpersonal y la dimensión social. Además, se realizaron momentos de observación de los adolescentes en su interacción natural durante su estancia en el colegio.

### **2. Etapa de implementación**

se realizó el diseño y aplicación de un ciclo de talleres de Construcción de cultura de paz. Luego del proceso de caracterización de la población de estudio y del diseño de un Modelo de Prevención de la Violencia y Educación para la Paz en adolescentes escolares, se procedió a la planeación y aplicación de un ciclo de cuatro talleres. Todos los talleres se desarrollaron con una misma estructura, que comprendió: 1. Diálogo y sensibilización; 2. Conciencia. 3. Reflexión y 4. Compromiso.

### **3. Etapa de análisis de resultados**

Este se realizó por cada uno de los cuatro talleres que se aplicaron siguiendo la estructura común a todos fue: 1. Preparación y discusión; 2. Profundización; 3. Interiorización y 4. Responsabilidad. Se

utilizaron diferentes recursos apropiados para esta etapa, tal como el análisis de evidencias: ejercicios, dibujos, respuestas ante los diferentes cuestionarios. Así mismo, se utilizó la observación de desempeño de los participantes en cada una de las actividades y dinámicas que dirigieron las talleristas.

### **4. Etapa de Evaluación**

Esta se realizó a partir de la evaluación particular por cada uno de los cuatro talleres y una evaluación general. Se tomó como técnica de evaluación la retroalimentación de los adolescentes escolares participantes y el análisis sobre evidencias.

### **5. Aspectos éticos**

Para la realización de la presente investigación se contó con el consentimiento informado de los padres de los participantes, previa explicación del objetivo del estudio, ventajas y desventajas y toda la información relacionada con el anonimato de los datos y la reciprocidad de los resultados de la investigación para la institución educativa y el grupo de padres. Estos fueron recolectados y archivados por la orientadora de la institución.

### **Resultados**

En un primer momento se pudo registrar que los adolescentes participantes provienen de familias de estratos 1 y 2, de zonas rurales y también aledañas al colegio. Los adolescentes que viven en las zonas rurales más lejanas caminan hacia el colegio hasta media hora, otros no desayunan en sus hogares y solo consumen el refrigerio que les aporta el colegio en el descanso en horas de la mañana.<sup>3</sup>

<sup>3</sup>Información suministrada por la psicorientadora de la Institución, Andrea Castelblanco, previa a la realización de los talleres. Adicionalmente se constata con información reportada por un estudiante quien expresó que ese alimento era lo único con lo que podían desayunar.

Los estudiantes del grado 6° presentan edades entre los 10 a 13 años, mientras que los del grado 7° oscilan entre 14 a 17 años. Los estudiantes tienden a agruparse por cercanía de edades y no hay una buena interacción entre hombres y mujeres, es decir, los hombres siempre están con los de su género a excepción de un estudiante de grado sexto quien siempre se encuentra con un grupo de niñas de su curso.

Los estudiantes manifiestan sentimientos de inferioridad y culpabilidad, pues hay compañeros de ellos que los humillan frecuentemente por tener el uniforme roto o por comentarios sobre su aspecto físico, olor y apariencia. Como una forma de defenderse frente a ofensas o agresiones, se han visto obligados a utilizar palos, piedras, cuchillos, y, en casos excepcionales, también armas de fuego que consiguen en sus lugares de residencia.

### **De los Talleres, hacia una cultura de paz**

Posteriormente en una segunda etapa se aplicaron cada uno de los cuatro talleres programados. 1. Mi cuerpo: autopercepción de mi cuerpo. 2. Emociones / Sentimientos. 3. Comunicación no violenta. 4. Relación con el otro: resolución de conflictos interpersonales en el aula. En general, se aplicaron durante cuatro días en las instalaciones del Instituto Educativo Departamental Serrezuela del Municipio de Madrid, Departamento de Cundinamarca, con una intensidad en promedio de 1 hora cada uno, en las horas de la mañana.

## **Discusión**

### **Taller 1: Mi Cuerpo: autopercepción de mi cuerpo.**

Al preguntarles ¿qué es lo que menos les gusta de su cuerpo?, contaron que una de las partes de su cuerpo que menos les gustaba eran los dientes (12 estudiantes), nariz (10 estudiantes) y su baja estatura (5 estudiantes). Estos datos coinciden con las burlas permanentes que se observaron entre los adolescentes sobre estas características físicas. Así, los adolescentes reportaron escuchar apodos como: “dientón/dientona”, “Narizón/narizona” y/o “enano/enana, entre otros apelativos, que, dicho por ellos mismos, son considerados formas de agresión hacia las personas. Si bien no se encontró una correlación entre amenazas, apodos y golpes de parte de otros hacia el adolescente y el rechazo hacia alguna parte específica de su cuerpo (y que no es propósito de esta investigación) sí se encontraron casos en los que los adolescentes reportaron baja autoestima y rechazo de partes de su cuerpo, asociados al maltrato físico y verbal de padres de familia y compañeros de clase.

Así, en la relación de la corporalidad y el modo de vivir de los individuos, Maturana (1995) explica cómo un niño al crecer en un contexto de “amor” aprende a amarse y a cuidar su cuerpo, versus, en contextos hostiles y de agresión hacia el cuerpo del individuo, ese niño en formación seguramente, en su modo de vivir, expresará conductas igualmente hostiles.

Frente al interrogante ¿cómo cuido mi cuerpo?, la gran mayoría respondieron que lo cuidan por medio del baño diario, comiendo sano, no exponiéndose a situaciones de peligro, haciendo deporte y ejercicio, entre

otros. Con respecto a la pregunta ¿he tenido maltrato en mi cuerpo?, varios estudiantes respondieron que se burlan de su aspecto físico, otros manifestaron amenazas de “a la salida nos vemos”, otros han recibido golpes de sus compañeros.

En ese orden de ideas, y siendo coherentes con el énfasis hacia la construcción de una cultura de paz, los adolescentes reconocieron la importancia de cuidar su propio cuerpo y el cuerpo del otro como base fundamental del bienestar propio y el bienestar del otro, como el inicio de un proceso de construcción de paz.

### **Taller 2: Emociones / Sentimientos**

A partir de la participación en múltiples actividades (ver videos, charlas en grupo, dibujo de mural de compromiso de cambio, etc), los adolescentes debieron identificar diferentes emociones y sentimientos, para luego empezar a evaluar sus propias emociones y sentimientos ante situaciones específicas.

Rabia, dolor, tristeza, alegría, enfado, miedo, deseo de venganza, entre otros, fueron el cúmulo de emociones que analizaron los estudiantes durante su participación en el taller. Ante la pregunta ¿cómo suelen expresar sus emociones?, en su mayoría los adolescentes comentaron: burlándose, diciendo groserías, peleando, expresando ira, llanto, gritando y acosando a otros, incluso algunos golpeándose a sí mismos.

Las palabras, a propósito del comentario del adolescente, como los apodos que le ponemos a los otros, llevan consigo una carga emocional entre un puente muy indivisible de broma o de burla. Si la persona que recibe el apodo la interpreta como burla, estamos generando

un malestar con nuestra expresión, estamos agrediendo intencionalmente o sin intención al otro. De allí que sea importante evaluar la expresión de nuestras emociones en la interacción con los otros, así sean situaciones de aparente broma o juego; lo que puede representar alegría para unos, puede ser tristeza o depresión para el otro.

### **Taller 3: Comunicación no violenta**

En este taller, los adolescentes tuvieron que analizar múltiples situaciones conflictivas y las diferentes formas de abordarlas. Si bien una agresión recibida por parte de otra persona no genera de forma lógica una sonrisa, como sucedió con varios de los grupos, sí es posible observar las cosas de manera distinta a pensar inmediatamente en agredir al otro.

Otra actividad realizada en el taller fue la exhibición de imágenes a los adolescentes cuyos contenidos expresaban burla, intimidación, intento de agresión física y exclusión por parte de adolescentes en contextos escolares. Los participantes interpretaban con sus palabras lo que observaban, como un primer paso en el entrenamiento de una comunicación empática –no violenta.

De acuerdo con este taller los participantes analizaron cuál era la reacción natural de las personas ante dichas situaciones (a lo que reportaron un manejo agresivo y violento en defensa de sí mismos) y cómo se podría proceder para superar el problema y no generar más violencia. Las respuestas fueron coherentes con los resultados obtenidos en los talleres anteriores: tranquilizarse (autocontrolarse), dialogar con los atacantes, mejorar su autoestima, comunicar a padres y/o profesores la situación, pedir ayuda a adultos, entre otros.

#### **Taller 4: Relación con el otro: resolución de conflictos interpersonales en el aula**

En la dinámica se enfatizó sobre el poder de la comunicación no verbal. Sin haber requerido palabra alguna, los adolescentes reportaron lo fácil e inmediato que era identificar lo que estaba expresando el otro con sus cuerpos, movimientos, gestos faciales, movimiento de manos, miradas y posturas. Reconocieron que cada uno de nosotros puede propiciar diálogos positivos o interacciones conflictivas con el otro. De allí que, en este último taller, los adolescentes identificaron factores que facilitan buenas relaciones interpersonales y otros que obstaculizan o generan conflictos.

Las ideas, pensamientos, los apodos, el mal trato, la exclusión, el matoneo, entre otras conductas de violencia escolar, son las fuentes de conflictos permanentes entre los estudiantes. Todos estos tipos de comportamiento hacen parte de lo que se considera intimidación. Chaux et al. (2007) explican cómo la intimidación escolar se presenta cuando algunos estudiantes humillan constantemente a otro/a, se burlan de él/ella, le ponen apodos ofensivos, lo/a golpean e insultan repetidamente, lo/a excluyen siempre de trabajos en grupo y de fiestas y/o le mandan mensajes ofensivos por Internet y otros medios. Estos comportamientos se evidenciaron en la institución educativa.

Los adolescentes demostraron ser capaces de incorporar nuevas habilidades para resolver conflictos interpersonales. Lo que deduce que el problema no está en ellos, sino que ellos son víctimas de una sociedad injusta, maltratante y desigual. Estos adolescentes son producto de unos contextos violentos de forma permanente que modelan su comportamiento y los condicionan a ser igualmente violentos.

#### **Conclusiones**

El país cuenta con un marco normativo para una Educación para la Paz, por ejemplo, con la Ley 1620 de 2013 ( Sistema Nacional de Convivencia Escolar y formación para el ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar) con la cual el Gobierno Nacional del momento reconoció que un de los retos de país, está en la formación para el ejercicio activo de la ciudadanía y de los Derechos Humanos, a través de una política de promoción y fortalecimiento de la convivencia escolar, enfatizando en las experiencias vividas por los estudiantes, en el desarrollo de su personalidad, en la construcción de sus proyectos de vida y el establecimiento de relaciones positivas con los otros. No obstante, se requiere un mayor esfuerzo para desdibujar escenas como las presenciadas durante la implementación del presente Modelo de Prevención de la Violencia y Educación para la Paz, donde se evidenció cómo un coordinador de disciplina genera violencia hacia los adolescentes.

Para Maturana (1995) es fundamental que los niños y adolescentes crezcan en ambientes sociales sanos, amorosos para generar posteriormente adultos generosos. En el colegio se evidenció que los adolescentes son maltratados verbalmente por docentes y coordinadores, incluso de disciplina. Esto no es coherente con lo que se espera en la construcción de una cultura de paz. Lo que amerita diseñar estrategias que inhiban la generación de esa violencia estructural (Galtung (2003), Krauskopf 2006). No es posible consolidar una cultura de paz desde un contexto educativo violento, donde los actores que precisamente deben promover



una educación para la paz son los principales actores motivadores de conductas violentas.

La educación para la paz es un acto dialógico, al mismo tiempo riguroso, intuitivo, imaginativo y emocional (Cabezudo y Haavelsrud, 2010). Es un proceso que requiere de una racionalidad comunicativa dialógica y los actos de conocer y pensar están directamente ligados entre sí ya que el conocimiento requiere una expresión comunicacional (Morrow y Torres, 1995). “Educar para la paz supone cultivar en los alumnos valores como la justicia, la cooperación, la solidaridad, el desarrollo de la autonomía personal y la toma de decisiones (...)” (Zurbano Díaz, 1998, p.6). Todo este conjunto de valores finalmente genera individuos pacíficos, capaces de ser cooperativos, de establecer vínculos solidarios entre ellos mismos, dando lugar a una cultura de paz, tal como lo expresaron los adolescentes, toda vez que sintieron satisfacción cuando se les reforzaban sus valores y advertían de lo importante que eran para ir construyendo una cultura de paz.

La nueva realidad del país, con el logro del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto Armado y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, (entre el anterior Gobierno Nacional y las FARC-EP), invita

a transformar los sentimientos, hábitos y formas de relacionamiento afianzados por la guerra. (Arboleda et al., 2017). Este nuevo escenario motiva transformaciones políticas y económicas de los territorios más impactados por el conflicto armado, la reconstrucción del tejido social, con la implementación de garantías de no repetición, empezando por los compromisos que debe cumplir el Estado.

Se requiere fortalecer esas emociones evaluadoras de las que habla Nussbaum, como también de una educación emocional, que se distancia de los planteamientos de inteligencia emocional de Goleman (1999), para ir reconstruyendo una paz desde lo individual, desde lo micro, desde lo local. Así, con inteligencia emocional es posible una educación y cultura de paz que sea capaz de reducir y prevenir la violencia en el campo educativo. Es importante además que se desarrollen en los niños y adolescentes competencias ciudadanas, es decir, capacidades emocionales, cognitivas y comunicativas que, integradas con conocimientos y disposiciones, hagan posible que las personas puedan actuar de manera constructiva en la sociedad (Chaux, Lleras y Velásquez, 2004).

## Referencias bibliográficas

1. Adarve, P., González, S., y Guerrero, M. (2018). Pedagogías para la Paz en Colombia: un primer acercamiento. *Revista Ciudad Paz-ando*, 11(2), pp. xx-xx. doi: <https://doi.org/10.14483/2422278X.13177>
2. Arboleda, Z., Herrera, M. & Prada R, M. (2017) ¿Qué es educar y formar para la paz y cómo hacerlo? Educación y Pedagogía para la Paz Material para la práctica. Oficina del Alto comisionado para la paz. Acción CaPaz: Estrategia de Capacidades para la Paz y la Convivencia. Bogotá: OACP.
3. Cabezudo, A. y Haavelsrud, M. (2010). Repensar la educación para la cultura de paz. PROSPECTIVA. *Revista De Trabajo Social E Intervención Social* (15): 71-104.
4. Chaux, E., Bustamante, A., Castellanos, M., Jiménez, M. y Mejía, M.I. (2007). Kit Papaz para el manejo de la intimidación escolar. Bogotá: Universidad de los Andes.
5. Chaux, E; Lleras, J. y Velásquez, A. (2004). Competencias ciudadanas: de los estándares al aula: una propuesta de integración a las áreas académicas. Bogotá: Ediciones Uniandes.
6. Cruz, J.D. (2018). Los estudios de paz latinoamericanos en la encrucijada. *Revista CoPaLa*. 3(5): 9-21.
7. Galtung, J. (2003). Violencia Cultural. Documentos de trabajo Gernika Gogoratz 14.
8. Goleman, D. (1999) La práctica de la Inteligencia emocional. Barcelona: Kairos.
9. Krauskopf, D. (2006). Estado del arte de los programas de prevención de la violencia en ámbitos escolares. Lima: Pan American Health Organization. Cooperación Técnica Alemana-GTZ.
10. Ley 1620 Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. (2013). *Diario Oficial No. 48.733*. 15 de marzo de 2013
11. Maturana, H. (1995) "Biología y Violencia". En *Violencia en sus Distintos Ámbitos de Expresión* (pp.71-91). Santiago de Chile: Dolmen Ediciones, 1995.
12. Morrow, R. A. y C. A. Torres (1995). *Social theory and education: a critique of theories of social and cultural reproduction*. Albany: State University of New York Press.
13. Zurbano Díaz, J. (1998). Bases para una educación para la paz y la convivencia. Pamplona: Gráficas Ona.

## FUNDAMENTOS PEDAGÓGICOS Y COMUNICACIONALES EN POLÍTICAS EDUCATIVAS DE ATENCIÓN DE SECTORES DE JUVENTUDES DE VULNERADOS

Enrique Néstor Bambozzi<sup>1</sup>

### Resumen:

El debate en torno a la posibilidad de enunciación de pedagogías críticas desde Latinoamérica se inscribe en una línea de investigación que, en el presente, está radicada en la SECYT -UNC (Facultad de Ciencias de la Comunicación) por un equipo conformado por docentes investigadores de la Universidad Nacional de Córdoba y de la Universidad Provincial de Córdoba-Argentina. En esta etapa de la investigación, se propone lograr una identificación de las perspectivas educativas y comunicacionales que configuran los procesos de escolarización del Programa de Inclusión y Terminalidad de la Educación Secundaria para Jóvenes de 14 a 17 años (PIT) en una escuela pública urbano-periférica y en el Centro Socio Educativo Penal Juvenil -Complejo Esperanza -de Córdoba. A través de un diseño cualitativo y de una investigación de tipo exploratoria y descriptiva se trabaja mediante entrevistas en profundidad a directivos, docentes y estudiantes, análisis documental y observaciones de campo indagando y sistematizando en las perspectivas educativas y comunicacionales que configuran los procesos de escolarización de educación media de jóvenes de sectores vulnerados. Nuestra pregunta se construye sobre la posibilidad de identificar diversas perspectivas educativas y comunicacionales en los procesos de escolarización acontecidos en el Programa de Inclusión y Terminalidad de la Educación Secundaria para Jóvenes de 14 a 17 años (PIT) de una escuela pública de gestión estatal y en el Centro Socio Educativo Complejo Esperanza (Penal Juvenil) de Córdoba y que estas identificaciones aportarán claves interpretativas y de intervención en torno los obstáculos y posibilidades de la ampliación o universalización de la educación secundaria a los jóvenes de sectores vulnerados como así también la toma de decisiones alternativas en la práctica de la enseñanza.

**Palabras clave:** adolescentes, escuela secundaria, poblaciones vulnerables

*Historial del artículo:*

*Fecha de recibido:* 11-12-2020 - *Fecha de aceptado:* 25-02-2021

© 2021 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v2i2.513

<sup>1</sup>Vicerrector, Universidad Provincial de Córdoba. Profesor/Investigador Universidad Nacional de Córdoba y Universidad Católica de Córdoba-Argentina. Especialista en Pedagogía. Doctor en Ciencias de la Educación. Autor para correspondencia. Correo electrónico: enriquebambozzi@gmail.com

## **PEDAGOGICAL AND COMMUNICATIONAL FOUNDATIONS IN EDUCATIONAL POLICIES FOR THE ATTENTION OF VULNERABLE YOUTH SECTORS**

### **Abstract**

The debate around the possibility of enunciating critical pedagogies from Latin America is part of a line of research that, at present, is based in the SECYT-UNC (Faculty of Communication Sciences) by a team made up of research professors from the National University of Córdoba and the Provincial University of Córdoba. At this stage of the research, it is proposed to achieve an identification of the educational and communicational perspectives that configure the schooling processes of the Inclusion and Termination Program of Secondary Education for Young People from 14 to 17 years old (PIT) in an urban public school- peripheral and in the Centro Socio Educativo Penal Juvenil - Complejo Esperanza - de Córdoba. Through a qualitative design and an exploratory and descriptive research, work is carried out through in-depth interviews with managers, teachers and students, documentary analysis and field observations, investigating and systematizing the educational and communicational perspectives that configure the schooling processes of secondary education of young people from vulnerable sectors.

**Keywords:** adolescent, secondary school, vulnerable populations

## Introducción

La investigación está radicada en la SECYT -UNC y el equipo conformado por docentes investigadores de la UNC y de la Universidad Provincial de Córdoba. En esta etapa, se propone lograr una identificación de las perspectivas educativas y comunicacionales que configuran los procesos de escolarización del Programa de Inclusión y Terminalidad de la Educación Secundaria para Jóvenes de 14 a 17 años (PIT) en una escuela pública urbano-periférica y en el Centro Socio Educativo Penal Juvenil -Complejo Esperanza -de Córdoba. A través de un diseño cualitativo y de una investigación de tipo exploratoria y descriptiva se trabaja mediante entrevistas en profundidad a directivos, docentes y estudiantes, análisis documental y observaciones de campo indagando y sistematizando en las perspectivas educativas y comunicacionales que configuran los procesos de escolarización de educación media de jóvenes de sectores vulnerados. Hipotetizamos que será posible identificar diversas perspectivas educativas y comunicacionales en los procesos de escolarización acontecidos en el Programa de Inclusión y Terminalidad de la Educación Secundaria para Jóvenes de 14 a 17 años (PIT) de una escuela pública de gestión estatal y en el Centro Socio Educativo Complejo Esperanza (Penal Juvenil) de Córdoba y que estas identificaciones aportarán claves interpretativas y de intervención en torno los obstáculos y posibilidades de la ampliación o universalización de la educación secundaria a los jóvenes de sectores vulnerados como así también la toma de decisiones alternativas en la práctica de la enseñanza. En este escrito presentaremos un avance del marco teórico.

## Marco teórico y cuestiones metodológicas

El problema estudiado se inscribe en la línea que los Informes Internacionales y Nacionales señalan como prioritarios en la definición de programas y proyectos para jóvenes de sectores vulnerados y el derecho a la educación media como así también las posibles traducciones en formatos pedagógicos inclusivos (Dussel (2017); Perazza (2014); Bambozzi y otros (2016 y 2017; Schapira 2016; Tiramonti (2004); Terigi (2014)). Entre algunos antecedentes, la identificación de formatos pedagógicos para la inclusión y su traducción en dispositivos de formación es un problema que afecta a la Región Latinoamericana en general y que, según informes internacionales, requiere investigaciones interdisciplinarias (Informe Reimers (2004); Metas 2021 (2008); SITEAL (2013; 2015); ); Bambozzi y Vadori (2011); Coppari y Aimino (2011); Paredes y Riva (2011); Siede (2014; 2016); Bambozzi y otros (2013; 2015); UNICEF-FLACSO (2107); Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba (2016), entre otros. En el caso de nuestro país, estudios aislados provenientes de las Carteras Educativas tanto a nivel nacional como jurisdiccional, intentan activar -con resultados dispares-, la conformación de proyectos y programas de inclusión educativa para jóvenes de sectores vulnerados (Programas PIIE; PIT; PID, etc.).

Sin embargo, la ausencia de un marco consensuado en torno a las dimensiones constitutivas en lo teórico educativo y comunicacional necesarias para desarrollar y sostener estos proyectos, se torna en un problema reconocido tanto por docentes como por directivos y funcionarios del sistema educativo (Ministerio de Educación, 2014 y 2015; 2017). No sólo es un problema

de operacionalización de formatos sino las nuevas perspectivas teóricas que los mismos conllevan. En este sentido, la investigación se inscribe en el campo interdisciplinario de la educación y comunicación denominado, entre otros, como comunicación educativa (J.M. Barbero), educomunicación (Mario Kaplún), Educación en Comunicación (D.P. Castillo; J.A. Huergo) que focalizan en modelos o

perspectivas comunicacionales con énfasis en los procesos, en los contenidos o en los productos.

En este sentido, en el siguiente cuadro presentamos algunos avances con relación a las perspectivas comunicacionales (modelos de comunicación y dimensiones de análisis).

<b>MODELOS</b> <b>DIMENSIONES</b>	<b>Énfasis en los contenidos</b>	<b>Énfasis en los efectos</b>	<b>Énfasis en el proceso</b>
<b>DIMENSIONES</b>	Bancaria	Manipuladora	Liberadora transformadora
<b>PEDAGOGÍA</b>	Exógeno	Exógeno	Endógeno
<b>LUGAR DEL EDUCANDO</b>	Objeto	Objeto	Sujeto
<b>CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorístico</li> <li>• Atento</li> <li>• Copista</li> <li>• Subordinado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasivo</li> <li>• Dependiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activo</li> <li>• Pregunta</li> <li>• Investiga</li> </ul>
<b>DOCENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Función de enseñante</li> <li>• Autoritario</li> <li>• severo</li> <li>• rígido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instructor</li> <li>• Es la autoridad y la toma de decisiones</li> <li>• Figura central del problema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Social</li> <li>• Educador que se convierte a su vez en educando</li> </ul>
<b>OBJETIVO</b>	Enseñar/Aprender (repetir)	Entrenar/Hacer	Pensar/Transformar
<b>FUNCIÓN EDUCATIVA</b>	Transmisión de contenidos	Moldeamiento de la conducta y transmisión de valores, conocimientos, códigos, destrezas, competencias. Se basa en el mecanismo estímulo-respuesta	Reflexión-Acción. Formar al sujeto para que éste transforme su realidad. Que el sujeto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprenda a aprender</li> <li>• Sea capaz de razonar por sí mismo</li> <li>• Desarrolla capacidad de deducción</li> </ul>
<b>TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN RELACIONADA</b>	Modelo teórico matemático de Shannon y Weaver	Modelo bidireccional de Lazarsfeld y Merton	Modelo de comunicación de la corriente Latinoamericana (Pasquali, Kaplun, Freire, etc.)

<p><b>TIPO DE COMUNICACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmisión de información (Monólogo)</li> <li>• Relación comunicativa: vertical, unidireccional y autoritaria</li> <li>• Proceso lineal: Emisor activo- receptor pasivo</li> <li>• Centrado sólo en la decodificación del mensaje emitido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información</li> <li>• Comunicación como herramienta de persuasión.</li> <li>• Se trata de convencer, de manejar, de condicionar al sujeto para que adopte la nueva conducta propuesta.</li> <li>• Existe un feedback que le sirve al emisor como instrumento de verificación y control.</li> </ul>	<p>Comunicación a través del diálogo social.</p>
<p><b>ESQUEMA COMUNICATIVO</b></p>	<p>Transmisión de información de un emisor (E) que envía un mensaje (M) a un receptor (R).</p>	<p>Sigue habiendo un emisor protagonista, dueño de la comunicación, que envía un mensaje a un receptor que continúa reducido a un papel subordinado; pero ahora aparece una respuesta, denominada retroalimentación (feedback) la cual es recogida por el emisor.</p>	<p>Relación comunitaria humana que consiste en la emisión/ recepción de mensajes entre interlocutores (ÉMERECE) en estado total de reciprocidad</p>
<p><b>MOTIVACIÓN</b></p>	<p>Individual: premios/castigos</p>	<p>Individual: Estímulo / recompensa</p>	<p>Facilitador/Animador</p>
<p><b>GRADO DE PARTICIPACIÓN</b></p>	<p>Mínima</p>	<p>Pseudoparticipación</p>	<p>Máxima</p>
<p><b>FORMACIÓN DE LA CRITICIDAD</b></p>	<p>Bloqueada</p>	<p>Evitada</p>	<p>Altamente estimulada</p>

Cuadro elaborado por Labandibar, Martínez y Panero en el marco del equipo de investigación (2015-2016) como parte de su trabajo de tesis.



Con relación a los estudios sobre las teorías pedagógicas y su articulación con el campo de la comunicación y específicamente en el orden nacional, se toman como antecedente los trabajos de Saviani (1982) y Silber (2009) en torno a las teorías críticas y no críticas de la educación cuyo criterio clasificatorio se centra en la relación educación y sociedad a partir del reconocimiento o no de la fuerza condicionante que ejercen sobre los individuos las relaciones de poder que conforman la estructura social.

Según Silber (2007) en la hoy llamada posmodernidad persisten y se afianzan tendencias pedagógicas que desvinculan a la escuela de cuestiones de poder y desde un pertinaz voluntarismo confían en que desde ella se habrá de cambiar la sociedad. Son las llamadas no críticas, tradicionales, neutras, “científicas” y que la autora distingue como conservadoras, tecnicistas y reformistas. Parten de una visión armónica de la sociedad y realizan un planteo voluntarista de tipo técnico-pedagógico.

En oposición, las teorías críticas cuestionan, por un lado, las de carácter idealista que postularon que a través de la escuela se conseguiría la igualdad social; y por otro, las teorías sociológicas estructuralistas que afirmaron la dependencia absoluta de la educación respecto de la sociedad, definiendo la escolarización desde la lógica restringida de la dominación económica y la imposición ideológica. Su perfil actual se define en las posturas neomarxistas y posmarxistas (o poscríticas). Para nuestro estudio, utilizaremos esta perspectiva teórica como marco interpretativo referencial de los proyectos y programas de inclusión educativa.

El objetivo general propuesto es analizar las perspectivas educativas y comunicacionales que configuran los procesos de escolarización del PIT de una escuela pública de gestión estatal y en el Centro Socio Educativo Complejo Esperanza (Penal Juvenil) de Córdoba como política inclusiva de democratización del derecho a la educación de jóvenes de sectores vulnerados. Con relación a los objetivos específicos proponemos: 1) Identificar las perspectivas teóricas que sustentan el diseño, implementación y evaluación de las prácticas de escolarización en los PIT y su vinculación con lo educativo y comunicacional; 2) Reconocer y describir los distintos formatos escolares que configuran las prácticas escolares en los PIT de Escuelas Públicas de Gestión Estatal y los del Centro Socio Educativo Penal Juvenil.

La perspectiva de investigación elegida, en función de las características de nuestro objeto de estudio, es la cualitativa. Dicha metodología es apropiada, según Denzin y Lincoln (1994), cuando el investigador se propone indagar acerca de la construcción social de significados a partir de la perspectiva de los actores, sobre los condicionantes de la vida cotidiana o brindar una descripción detallada de la realidad. El alcance de la investigación es de tipo exploratorio-descriptivo. Con relación a las técnicas de recolección de datos de acuerdo con Emanuelli y Egidos [et al] (2012), las mismas se engloban dentro de los métodos y tienen un carácter operativo, se sitúan a nivel de los hechos o de las etapas prácticas que permiten la aplicación de dicho método. Son un conjunto de reglas de procedimiento y operaciones concretas utilizadas para recolectar información en el contexto de la investigación y tienen una relación directa con el objeto de estudio y

los objetivos planteados. Operan a través de instrumentos, que son objetos concretos que facilitan la aplicación precisa de la técnica. En nuestro estudio, trabajaremos con: entrevista, observación y análisis documental. Utilizamos aquellas denominadas semi-estructuradas, que tal como definen Emanuelli y Egidos [et al] (2012), son las que se desarrollan a partir de un guión de preguntas abiertas realizadas a los entrevistados pero dejando lugar para su libre expresión. Por lo tanto, el guión no es rígido, debe servir como guía de los temas a cubrir.

Nos proponemos utilizar esta técnica como forma de encontrarnos con el otro y acercarnos a sus experiencias, sentimientos, a sus valoraciones, a su historia. Para cumplir con los objetivos de este trabajo, entrevistaremos a docentes, directivos y estudiantes. En el marco de una investigación “observar es la acción de percibir y registrar fenómenos, expresiones y manifestaciones que ocurren en un lugar y un tiempo determinado, con el propósito de construir datos para la producción de conocimiento científico” (Emanuelli y Egidos [et al], 2012, p.37). Se trata de una estrategia metodológica que, realizada en forma consciente, deliberada y sistemática, permite abordar determinados problemas de investigación o analizar perspectivas de un fenómeno social. En el caso de este estudio, la observación que aplicamos es de tipo participante, ya que tomamos contacto con el objeto de estudio desde una implicación con lo observado.

Así mismo, utilizamos observación semi-estructurada, planteando una grilla que va a guiar la aplicación de la técnica, pero dejando margen a recabar datos que puedan tornarse importantes durante el trabajo de campo.

Con relación al análisis de contenidos de los documentos, se trata de una técnica que posibilita obtener información acerca de la realidad en estudio a partir de la observación y del análisis de los documentos producidos en el seno de la institución educativa. Su valor radica en que nos proporciona el punto de vista de la institución y la manera en que ésta se auto reconoce y se presenta ante la sociedad. Aplicaremos este análisis a aquella documentación que nos aportan los miembros de la comunidad educativa y constituye una fuente de información pertinente para nuestro estudio. Teniendo en cuenta que el universo o población de análisis consiste en los individuos, organizaciones, documentos y/o situaciones de las cuales se obtienen información para construir la evidencia empírica, en nuestro caso, son los PIT seleccionados.

### **A modo de cierre**

Si bien lo expuesto da cuenta de un avance vinculado al marco referencial teórico y metodológico, varios miembros del equipo tenemos vinculación con los PIT propuestos como unidades de análisis por lo que “por fuera de la investigación en cuestión” somos portadores de sentidos construidos en el marco de nuestros recorridos por el campo empírico (instituciones, sujetos, normativas, territorios).

En este sentido, el diálogo e interpelación desde lo teórico, va perfilando en este momento del estudio nuevas problematizaciones en torno a la relación entre educación y sociedad como así también la cuestión de los procesos de escolarización desde concepciones diversas y no homogéneas.

Con relación a los aportes tanto al campo educativo como campo de conocimiento como al sistema educativo, proponemos algunos ejes de discusión desde la perspectiva pedagógica crítica.

- Educación como campo de conocimiento, campo disciplinar que – como construcción socio histórica -, tiene que seguir disputando sentidos (socialización de las producciones).
- Educación y la problematización de la habilitación de la palabra como derecho.
- Educación y la problematización de la construcción de espacios de sentido colectivos (la dimensión colectiva de la producción de sentido).
- Educación y la problematización de los procesos de escolarización como espacios de construcción de lo público.
- Problematizar la dimensión política (transformadora) de los actores escolares (justicia educativa).
- Discusión entre teorías de la educación y ¿teorías?, de la escolarización, entre otras discusiones.

Apostamos a construir nuevos sentidos que puedan traducirse en nuevas formas y formatos educativos en el marco de Políticas Públicas de Inclusión para jóvenes en contexto de vulnerabilidad.

## Referencias Bibliográficas

1. Achili, Elena., (1988): “Práctica docente: una interpretación desde los saberes del maestro”, en “Cuadernos de Antropología Social” N 2, FFyL, Bs.As.
2. Bambozzi, Enrique y otros. (2013) De qué hablamos cuando hablamos de Democracia Escolar. El Copista. Córdoba
3. Bonetto, María Susana y Piñero, María Teresa. (2000). El conocimiento de lo político. Advocatus. Córdoba.
4. Denzin y Lincoln (1994) “Introduction: Entering the field of qualitative research”. En: Denzin, N. K., Lincoln Y.S. (eds) “Handbook of Qualitative Research” Cap. 1 Sage Publications, California. Pág. 1-17. Traducción de Mario E. Perrone
5. Dubet, François (2005) La escuela de las oportunidades ¿Qué es una escuela justa? Gedisa.
6. Dussel, Inés La Igualdad y la Inclusión en la Educación Argentina. X Jornadas de Investigación en Educación. UNC., FFyH. 5 y 6 de octubre de 2017.
7. Emanuelli, P., Egidos, D., Von Sprecher, R., Ortúzar, I., García Lucero, D., Dorado, C. y Ulla, C. (2012) “Herramientas de metodología para investigar en comunicación, conceptos, reflexiones y ejercicios prácticos”. Tomo N° 2.1 Córdoba: Editorial Copy Rápido

- 7.** Emanuelli, P., Egidos, D., Von Sprecher, R., Ortúzar, I., García Lucero, D., Dorado, C. y Ulla, C. (2012) "Herramientas de metodología para investigar en comunicación, conceptos, reflexiones y ejercicios prácticos". Tomo N° 2.1 Córdoba: Editorial Copy Rápido
- 8.** Jodelet, Denise (2003). Vigencia de las representaciones sociales y su incidencia en las prácticas profesionales. Entrevista realizada por María Raquel Popovich el 18 de octubre de 2003. Buenos Aires. Mimeo.
- 9.** Labandíbar, L; Martínez, M y Panero, L (2017). Qué prácticas democráticas se construyen en la escuela. Una mirada desde el campo de la comunicación/educación. Trabajo Final de Grado. Facultad de Ciencias de la Comunicación. Universidad Nacional de Córdoba. Director. Dr. Enrique Bambozzi
- 10.** Meirieu, Philippe. (2006). El significado de educar en un mundo sin referencias. Conferencia dictada el 22 de junio de 2006 en el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología (Argentina). Mimeo.
- 11.** Saviani, Dermeval (1982). Las teorías de la educación y el problema de la marginalidad en América Latina. Revista Argentina de Educación. Año II. N° 3.
- 12.** Silber, Julia. (1998). Pedagogía y Epistemología. Práctica educativa busca Pedagogía que la acompañe. En IV Encuentro de Cátedras de Pedagogía de Universidades Nacionales. Universidad Nacional de Río Cuarto.
- 13.** Silber, Julia (2007). Recorridos recientes y trazos actuales de las tendencias pedagógicas en la Argentina. VI Encuentro Nacional de Cátedras de Pedagogía: Pedagogías desde América Latina: tensiones y debates contemporáneos. Universidad Nacional de la Patagonia Austral. Unidad Académica Caleta Olivia. Setiembre.
- 14.** Schapira, Gabriel (2017). Subjetividades emergentes y producción textual me-diada por las TICS. Un estudio con adolescentes de 14 a 18 años en una escuela pública "urbano-periférica" del noreste de la ciudad de Córdoba, 2013-2014. MPEMT, CEA, UNC.
- 15.** Valles Martínez, Miguel (2007). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Editorial Síntesis. Madrid.
- 16.** Tiramonti, G (2011): "Escuela media: la identidad forzada" En Tiramonti (dir.) Variaciones sobre la forma escolar: límites y posibilidades de la escuela media. Buenos Aires: HomoSapiens.
- 17.** Vanella, L y Maldonado, M. Cuadernos de Educación Año XII – N° 12 – noviembre 2014 ISSN 2344-9152 1 CIFYH - Universidad Nacional de Córdoba, Argentina La escolaridad secundaria: nuevas apuestas a la inclusión de los jóvenes. La experiencia del PIT 14-17 en la ciudad de Córdoba.

## TRATAMIENTOS NO CONVENCIONALES UTILIZADOS EN LA CURACIÓN DE LAS HERIDAS

Maira Alexandra Lozada Méndez<sup>1</sup>, Nelson Rolando Campos Guzmán<sup>2</sup>, Lorena Martínez Delgado<sup>3</sup>

### Resumen

El tratamiento de heridas crónicas es un desafío para los profesionales de la salud, por el tiempo de cicatrización, la lentitud del proceso, las recidivas y las repercusiones psicosociales: cambios en el estilo de vida, alteración en la convivencia familiar y autoimagen. En la actualidad existen diversos tratamientos para el manejo de heridas. Esta investigación tuvo como objetivo identificar tratamientos no convencionales utilizados en la curación de las heridas. Metodología: Revisión integrativa de literatura, que realizó una búsqueda en diferentes bases de datos: Science direct; Scopus, EBSCOhost; LILACS y PubMed. Se incluyeron artículos, publicados del 2001 al 2020, producto de investigación, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas con Meta-análisis, en tres idiomas. Resultados: 51 artículos seleccionados utilizaron: manejo con miel, larvas, plantas medicinales y barro, entre otros. Conclusiones: Esta revisión permitió identificar diversos tratamientos y evidenciar el aumento en el número de investigaciones que buscan sustentación científica para la utilización de tratamientos no convencionales.

**Palabras clave:** cicatrización de heridas, terapias complementarias, técnicas de cierre de heridas.

*Historial del artículo:*

*Fecha de recibido: 16-12-2020 – Fecha de aceptado: 25-02-2021*

© 2021 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v2i2.520

<sup>1</sup>Enfermera, UCI Adulto e intermedio, CAFAM, Especialista en Cuidado Crítico. Autor para correspondencia. Correo electrónico: maira\_1795@hotmail.com

<sup>2</sup>Enfermero, Especialista Enfermería Cardio Respiratorio, Magister en Epidemiología, Docente Programa Enfermería Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Correo electrónico: ncampos@udca.edu.co

<sup>3</sup>Enfermera, PHD Educación, Especialista en Docencia Universitaria, Diplomada en Educación para la Salud, Docente del Programa de Enfermería U.D.C.A. Correo electrónico: lmartinez@udca.edu.co

## NON-CONVENTIONAL TREATMENTS USED IN THE HEALING OF WOUNDS

### **Abstract**

The treatment of chronic wounds is a challenge for health professionals, due to the time of healing, the slowness of the process, recurrences and the psychosocial repercussions: changes in lifestyle, alteration in family life and self-image. Currently there are various treatments for wound management. This research aimed to identify unconventional treatments used in wound healing. Methodology: Integrative literature review, which performed a search in different databases: Science direct; Scopus, EBSCOhost; LILACS and PubMed. Articles, published from 2001 to 2020, research product, clinical trials and systematic reviews with Meta-analysis, in three languages were included. Results: 51 selected articles used: handling with honey, larvae, medicinal plants and mud, among others. Conclusions: This review made it possible to identify various treatments and show the increase in the number of investigations that seek scientific support for the use of non-conventional treatments.

**Keywords:** wound healing, complementary therapies, wound closure techniques.

## Introducción

Este artículo, pretende mostrar los diferentes tratamientos no convencionales que han sido utilizados en la curación de las heridas. En la primera parte del artículo se presentan algunas de las ventajas de los tratamientos no convencionales y en los resultados se consolidan los artículos encontrados en la revisión en cuatro temáticas: el uso de la miel en las heridas crónicas y sépticas, la terapia larval en heridas crónicas, sépticas, y quirúrgicas; el uso de plantas medicinales en la curación de heridas crónicas, sépticas, y quirúrgicas y otros tipos de tratamientos utilizados en la curación de las heridas crónicas y sépticas como: camarones, terapia solar, y terapia con barro.

La curación de heridas es un tema tan antiguo como la historia del hombre. El hombre Neandertal en Irak 60.000 años A.C. usó hierbas para el manejo de los pacientes con quemaduras A.C; en el antiguo Egipto ya se usaban como apósitos el barro, gomas, resinas, miel, mirra y sustancias oleosas, la historia también relata que Hipócrates trataba las heridas con vino, cera de abejas, roble sagrado, aceite y azúcar, escuela que incluso se mantiene hasta nuestros días. (Andrades, P., Sepúlveda, S., & González, J. 2004).

En el artículo terapia tópica en el tratamiento de heridas crónica se define la herida como la ruptura de la integridad cutánea mucosa, que puede tener causas intencionales, traumáticas o isquémicas. La herida es considerada una pérdida de continuidad, que puede afectar desde la epidermis hasta estructuras más profundas de la piel. (Nicácio Da Silva, P., Alves de Almeida, O., & Rocha, I. C. 2014).

Cuando se produce una herida, se desencadena un conjunto de procesos fisiológicos que utiliza el organismo para recuperar su integridad y arquitectura, que se conocen como proceso de cicatrización. El proceso de cicatrización es un fenómeno local del cual participan factores ambientales y fisiológicos que intervienen en el proceso de cicatrización y ejercen influencia en la calidad de la cicatriz. (Jimenez, C. E. 2008).

En este mismo sentido (Cook M, P. 2020), afirma que la cicatrización de heridas es un proceso complejo, compuesto de cuatro etapas, que puede verse afectado por una serie de factores tanto ambientales como orgánicos y que, de acuerdo a la mayoría de los artículos analizados, la miel es un producto natural que da buenos resultados en el tratamiento de heridas y úlceras de diversa etiología, gracias a la multiplicidad de sus componentes.

En países en vía de desarrollo como Ghana, Mali, Nigeria y Zambia; o países latinoamericanos como Costa Rica, Nicaragua, República Dominicana están trabajando en una legislación que permita el uso de los tratamientos naturales, de allí radica la importancia de continuar con la investigación de las propiedades que tienen los tratamientos naturales para la curación de heridas.

Una revisión realizada por Israili ZH (2014) sobre las propiedades antimicrobianas de la miel, observó que los estudios clínicos han demostrado que la aplicación de miel a heridas cutáneas gravemente infectadas elimina rápidamente la infección de la herida y mejora la cicatrización del tejido. Un gran número de estudios clínicos limitados e in vitro han confirmado las propiedades antimicrobianas (antibacterianas, antifúngicas, antivirales

y antimicrobianas) de amplio espectro de la miel, pueden atribuirse a la acidez (pH bajo), efecto osmótico, alta concentración de azúcar, presencia de factores bacteriostáticos y bactericidas (peróxido de hidrógeno, antioxidantes, lisozima, polifenoles, ácidos fenólicos, flavonoides, metilglioxal y péptidos de abeja) y aumento de la liberación de citocinas y de las propiedades inmunomoduladoras y antiinflamatorias de la miel; la acción antimicrobiana involucra varios mecanismos.

Esta revisión tuvo como objetivo identificar los tratamientos no convencionales más utilizados en la curación de las heridas y los aportes presentados en los artículos por los autores frente al uso de los mismos.

### **Materiales y métodos**

Se realizó una revisión integrativa a partir de una pregunta de investigación ¿Cuáles son los tratamientos no convencionales, más utilizados en la curación de heridas en adultos del 2001 al 2020? Y una búsqueda de artículos científicos en las bases de datos: Science Direct; Scopus, EBSCOhost; Directory of Open Access Journals, LILACS y PubMed (Medline). Como términos DeCS se emplearon: cicatrización de heridas; terapias complementarias, técnica de cierre de heridas.

Los artículos revisados incluyeron: artículos resultados de investigación, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas con Meta-análisis, no se incluyeron estudios de caso. Los criterios de inclusión fueron artículos publicados del año 2001 al 2020; en idioma español, inglés y portugués; población objeto: adultos; artículos relacionados con heridas crónicas vasculares de tipo arterial y venoso, pie diabético, heridas quirúrgicas, sépticas, y

tratamientos no farmacológicos a los tipos de heridas ya mencionados entre ellos (miel, larvas, plantas, peloidoterapia y terapia solar). Los artículos fueron codificados, y clasificados en una matriz de Excel, que contenía la siguiente información: base de datos, definición de las fuentes de búsqueda, DeCS (tres idiomas), ecuaciones booleanas empleadas, tratamiento empleado: ventajas, desventajas, usos recomendados y los criterios de inclusión ya mencionados.

## **Resultados**

### **Tratamiento de las heridas con miel**

La miel es el biomaterial más antiguo usado como apósito de las heridas y la efectividad de la miel en la gestión de heridas ha sido confirmada por muchos estudios. No hay reacción alérgica y no tiene efectos secundarios significativos debido a la aplicación clínica de la miel. Ésta tiene todos los criterios beneficiosos, pues la miel se podría utilizar como una opción alternativa adecuada en la mayoría de las heridas infectadas debido a sus propiedades anti-bacterianas y rentables. Así mismo, varios estudios han documentado que, en comparación con los apósitos convencionales, la miel ha mostrado una eficacia significativamente mayor para el tratamiento de heridas (Orellana, E., y Encalada R, S, 2019). Sin embargo, los autores Oryan, A., Alemzadeh, E., & Moshiri, A. (2015), consideran que los médicos deberían ser conscientes sobre la composición y las propiedades biológicas de la miel seleccionado antes de la aplicación médica.

La miel, además de poseer una amplia actividad antimicrobiana contra diversas bacterias y hongos, presenta una excelente capacidad antioxidante, activando la línea monocítica



y factores antiinflamatorios. (Schencke, C., Salvo, J., Vasconcellos, A., & Sol, M. d. (2013), Bang L, Bunting C, Molan P. (2003), Tonks AJ, Cooper RA, Jones KP, Blair S, Parton J, Tonks A. (2003) y Buratti S, Benedetti S, Cosio. (2007)). Estudios con la miel evidencian histológicamente su actividad antiinflamatoria demostrando que puede ser tan efectiva como la prednisolona, en evidencia de lo anterior el artículo: *Could Honey Have a Place in Colitis Therapy? Effects of Honey, Prednisolone, and Disulfiram on Inflammation, Nitric Oxide, and Free Radical Formation* (Bilsel, Y., Bugra, D., Yamaner, S., Bulut, T., Cevikbas, U., & Turkoglu, U., 2002) concluyendo que la miel disminuye el estrés oxidativo generado por la liberación de radicales libres de las heridas y pronta cicatrización de la herida.

Se plantea que la miel es una sustancia que provee un ambiente húmedo a la herida, de esta manera se convierte en un medio idóneo para iniciar la recuperación del tejido, así las células epiteliales son capaces de crecer sobre la superficie de la herida y los fibroblastos pueden contraerse para aproximar los bordes de la lesión, al mismo tiempo las actividades antimicrobianas de la miel evitan la proliferación de microorganismos en el lecho húmedo de la herida. (Girao, R. A. 2014 y Campos, D. C., Graveto, J. M., & Silva, M. A., 2009)

Por otra parte, en la revisión se encuentra un ensayo clínico aleatorio llevado a cabo en el Clinical Nurse Specialist in Leg Ulcer Care Aintree University Hospitals NHS Foundation Trust, Liverpool, UK (Robson, V., Dodd, S., & Thomas, S. 2009) que contrastó el uso de métodos de tratamiento convencionales, y el uso de miel en 114 pacientes con heridas crónicas, obtuvo como resultado que la tasa

de reducción del 50% de la herida crónica a las 12 semanas fue: 68.2% P 0.266 IC 95% (54.4% -81.2%) en el grupo tratado con miel y 70.5% P 0.266 IC 95% (57,1%- 82.8%) en el grupo convencional; y la tasa de reducción del 50% de la herida crónica a las 24 semanas fue: 94.0% (79.1% a 99.4%) a los tratados con miel, y en el grupo control (terapia convencional) fue 80.1% (66.4% a 90.9%). En conclusión, el tiempo medio de reducción del 50% en el área de la herida se produjo a los 32 días en el grupo tratado con miel, en comparación con 46 días en el grupo de control (tratamiento convencional). (Robson, V., Dodd, S., & Thomas, S. 2009)

En otro estudio cuantitativo (Calderon, M. d., Figueroa, C. S., Arias, J. S., Sandoval, A. H., & Torre, F. O. 2015) combinaron la miel de Ulmo con ácido ascórbico para la curación de úlceras venosas crónicas en 18 pacientes de ambos sexos, con edad promedio de 64 años y 13 meses en promedio de antigüedad de la lesión; las curaciones, se realizaron con la aplicación tópica de miel de Ulmo y de manera paralela consumo oral diario de ácido ascórbico de 500 mg.; finalizado el estudio, se observó la curación total de las úlceras venosas, en el total de los pacientes participantes en el estudio. (Calderon, M. d., Figueroa, C. S., Arias, J. S., Sandoval, A. H., & Torre, F. O. (2015)

Tradicionalmente se ha considerado que la miel tiene efectos antimicrobianos. Un estudio realizado por Abd Jalil MA, Kasmuri AR, Hadi H (2017), mostró que el antioxidante de la miel de abeja sin aguijón podría romper la cadena de radicales libres que provocan un efecto perjudicial en la zona herida. Además, las propiedades antimicrobianas de la miel de abeja sin aguijón podrían superar

la contaminación bacteriana y mejorar así la tasa de curación. y así mismo puede ayudar con la eliminación de los agentes patógenos en una herida, por ello una herida se considera infectada cuando existe presencia de 100.000 colonias o más de microorganismos por gramo de tejido y signos claros de osteomielitis, infección regional o general, (Muñoz GF. 2006) Además es importante resaltar que, si una herida infectada no es tratada de manera adecuada, puede convertirse en herida crónica ya que la infección retrasa la cicatrización porque prolonga la fase catabólica e inhibe la proliferación de tejido conjuntivo, así como los restos necróticos y cuerpos extraños. (Gentil GI, Sirova P 2009)

Por lo anterior, (Lavandera RI. 2011) se incluyó un ensayo clínico terapéutico que tuvo como objetivo determinar la acción de la miel en el tratamiento de heridas sépticas, en una población de 200 pacientes entre 20 y 40 años, 123 del sexo masculino y 77 del femenino. Después de haber realizado el estudio, se evidenció que: “en el grupo experimental en las primeras 24 horas de tratamiento, desaparece prácticamente la fetidez y el tejido desvitalizado, mientras que esta situación se prolongó en el grupo de control hasta 5 o 6 días después de iniciado de tratamiento”. Además, anotan que “La miel atrae macrófagos que participan en la “limpieza de la herida”, acelera el desprendimiento del tejido desvitalizado, necrótico o gangrenoso, provee una fuente de energía local y forma una capa proteica protectora en la herida.

En contraposición a lo anterior Bradshaw en el 2011 hizo una comparación de actividad antimicrobiana in vitro en una gama de apósitos antimicrobianos compuestos por miel, yodo y plata, en el análisis de los datos

se obtuvo que no hubo diferencia significativa en el tamaño de la zona de inhibición (ZOI) utilizando el de caldo comparación con fluido de simulación de la herida (SWF) para la miel o plata respectivamente  $P(0.981-0.567)$ ; sin embargo, una diferencia significativa fue observada para el yodo  $P(0.005)$ . Es decir, se recomienda que el profesional de la salud, haga una evolución exhaustiva antes de realizar la asignación de un tratamiento, y de igual forma se ve que el yodo mostró mayor actividad antimicrobiana y por ende la curación de la herida fue mayor. (Bradshaw, C. E. 2011)

Ayudando el postulado anterior, Marshall C, Queen J, Manjooran J. (2005) realizaron un estudio pragmático que incluyó 51 pacientes asignados al azar para recibir tratamiento con yodo o miel. La media de la curación de los tiempos era de 33 días En total las heridas curadas por validez estadística curaron más rápido con yodo (30 días) en comparación con miel (44 días), pero no hubo ninguna diferencia significativa en el tiempo de curación para las heridas por avulsión parcial (18 días con miel vs 23 días con yodo); todavía que la diferencia no es estadísticamente significativa, además se ha mostrado que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el uso de apósitos de hidrogel y el uso de la apifarmacoterapia en el tratamiento de abrasiones  $P(0.75)$  (16,48 días vs 16,88 días). (Ingle R, Levin J, Polinder K. 2006).

Aunque las soluciones yodadas han sido ampliamente usadas para la curación de las heridas, se han documentado algunos efectos nocivos del yodo sobre la piel, ya que por su composición química tiene resultados corrosivos en la piel que pueden llegar a causar quemaduras, alterar la irrigación sanguínea, no logrando el efecto terapéutico

deseado. Por ello se recomienda que antes de realizar la asignación de un tratamiento con soluciones yodadas, se haya realizado una evaluación exhaustiva de otros tratamientos para la curación de las heridas con el fin de garantizar la óptima evolución de la herida.

La miel es una sustancia natural, rica en nutrientes que puede contribuir a la curación de la herida de diversas formas, sobre todo al actuar bloqueando la actividad de los microorganismos invasores y manteniendo un ambiente húmedo en la herida, de esta manera se puede mantener la herida libre de infecciones y la epitelización continua, logrando la integridad cutánea; también es importante resaltar que este tratamiento es útil en las heridas que no cierran por primera intención debido a los factores que la preceden (cronicidad e infección) actuando sobre éstos y mejorando la maduración en el proceso de cicatrización; por otra parte no se evidenció diferencias significativas relacionadas con otros tratamientos durante la revisión (yodo, plata), sin embargo consigue ser una opción terapéutica efectiva que se puede recomendar al usuario del servicio de salud con el fin de mejorar la atención y la calidad de la prestación de los servicios, incluyendo las prácticas ancestrales seguras en los tratamientos llevados a cabo para un estado de salud óptimo en los pacientes.

### **Tratamiento con larvas**

Se afirma que el uso de las larvas promueve un rápido desbridamiento, facilitan la remoción de bacterias patógenas, reducen el mal olor, y en algunos casos el dolor (Ávila, C. M., & Vázquez, R. T. 2006), además se realizó un estudio de cohorte controlado de 18 pacientes con diabetes (Sherman, R. A. (2013) y Richardson, M. (2004)), que manifestaban

un total de 20 heridas en los pies y las piernas que no sanan en adultos masculinos; 6 heridas fueron tratadas con terapia convencional, 6 con terapia larval, y 8 con terapia convencional seguida de la terapia larval. Los resultados obtenidos muestran la terapia larval se asoció con más rápido desbridamiento y cicatrización de la herida que la terapia convencional. Las heridas tratadas con terapia larval tuvieron una reducción del tejido necrótico de un 50% en 9 días, mientras que las heridas tratadas con terapia convencional no alcanzaron la reducción del tejido necrótico del 50% hasta el día 29,  $P (0,001)$ . Dentro de 4 semanas, las heridas fueron completamente desbridadas con la terapia larval, mientras que las heridas tratadas con la terapia convencional en un promedio de 5 semanas todavía estaban cubiertas con tejido necrótico en más del 33% de la superficie de la herida  $P (0,001)$ . En conclusión, la terapia larval puede acelerar la curación de las heridas, al promover la formación de tejido de granulación, la remoción del tejido necrótico y la curación de la herida. (Sherman, R. A. 2013).

Se ha observado que si bien la terapia larval es un método de desbridamiento simple, eficaz, selectivo, rápido y seguro para el tratamiento de heridas crónicas, debido a que actúa a nivel del desbridamiento, desinfección y cicatrización de la herida, la terapia larval está relacionada con un aumento del nivel del dolor, por lo que se recomienda pautar analgesia. Debido a la repulsión que generan las larvas en muchas personas, es muy importante informar a los pacientes sobre las ventajas y desventajas de esta terapia para evitar el rechazo, como lo menciona (Rodríguez, D., 2020) en su revisión.

La terapia larval (TL) es la aplicación de larvas de la mosca *Lucilia Sericata* en forma estéril en una herida para su pronta cicatrización; por ello en una revisión de literatura realiza sobre el tratamiento de las heridas crónicas mediante larvas de moscas *Corónida Verde*: (Ávila, C. M., & Vázquez, R. T. 2006) se encuentra que únicamente una minoría de las 80.000 especies de mosca poseen propiedades que permiten su uso médico, entre ellas, la larva de la mosca *Corónida verde* que se utiliza de forma habitual en la actualidad. El tratamiento de las heridas crónicas con larvas, ha demostrado que es una alternativa terapéutica que permite que las heridas se mantengan limpias y libres de tejido necrótico. En este apartado, se discutirán las propiedades que tiene el uso de larvas en la curación de heridas crónicas y sépticas. (Jarczyk, G., Jackowski, M., Szpila, K., Boszek, G., & Kapelaty, S. 2008).

Un estudio realizado por el Departamento de Ciencias Farmacéuticas de la Universidad de Nottingham (Horobin Aj, Shakesheff Km, Woodrow S, Robinson C, Pritchard Di. 2003) tuvo como objetivo “investigar los efectos de los productos de excreción y secreción de la larva *L. Sericata* (ES) sobre el comportamiento de los fibroblastos, que se sembró sobre la superficie de los componentes de matriz extracelular (ECM) y colágeno. De esta investigación se obtuvo que “las secreciones de las larvas de *L. Sericata* modifican la adhesión de fibroblastos y la difusión a través de la superficie de las proteínas de la matriz extracelular, mientras que mantiene las células viables con cualquiera de las larvas  $P (<0,01)$ ).

De igual forma el estudio realizado por Téllez, G. A., Acero, M. A., Pineda, L. A., & Castaño, J. C. (2012) tuvo como objetivo documentar

el efecto de la larvaterapia por medio de los índices PUSH y Wound Bed Score, allí quedó demostrado que con solo una aplicación de la larvaterapia hay una mejoría del aspecto de la herida y en los puntajes evaluados; los resultados arrojaron que el promedio de curación de la herida con el índice PUSH fue de (12.0 a 9.7 Puntos) donde hubo una disminución de 2,3 puntos, en promedio, y con el Wound Bed Score se obtuvo, un incremento de 2,7 (11.3-14) puntos, lo que demuestra una recuperación en ambas escalas, de este modo muestran que el tratamiento con larvas es un método de desbridamiento rápido comparado con los tratamientos no quirúrgicos, que acelera la curación total de la herida.

El estudio *Maggot debridement therapy of infected ulcers: patient and wound factors influencing outcome a study on 101 patients with 117 wounds* (Steenvoorde, P., Jacobi, C. e., Doorn, L. V., & Oskam., J. 2007). En el resultado de las 116 heridas tratadas con larvas, 78 heridas (67,2%) tuvieron resultados beneficiosos y 38 heridas (32,8%) tuvieron resultados fallidos este estudio concluye , la terapia larval es una técnica que funciona a la hora de llevar a cabo un tratamiento para la curación de una herida, sin embargo, hay que revisar las característica de ésta, así se puede obtener la mejoría rápida y efectiva de la herida.

En un estudio realizado en el año 2000, cuyo objetivo fue comparar la terapia de desbridamiento con larvas (LDT) y apósitos de hidrogel en el tratamiento de úlceras venosas necróticas en 12 pacientes, los resultados mostraron que el costo del tiempo de enfermería fue significativamente mayor en el grupo estándar en comparación con el grupo LDT. (Costo promedio de £53.85

vs £10,70). En general la mediana del costo del tratamiento del grupo larval es £18.64 en comparación con £136.23 para el grupo control P ( $<0,05$ ). Este pequeño estudio demuestra claramente la mejora en el tiempo requerido para desbridar las úlceras usando LDT, que esta terapia es rentable, y que reducirían significativamente los costos y el tiempo en la curación del tratamiento. (Waymant, J., Nirojogit, V., Walker, A., Sowinskia, A., & Walkera, M. A. 2000).

Para la curación de las heridas crónicas las larvas tienen múltiples beneficios, como se ha descrito anteriormente poseen variados efectos a través de las cuales puede restaurar la integridad de la piel de manera progresiva, y de este modo evitar complicaciones como (amputaciones, mala cicatrización, entre otros.); lo que se destaca es la capacidad de fomentar la producción de tejido de granulación por la migración rápida y efectiva de los fibroblastos; y el desbridamiento rápido de tejido necrótico que impide la formación del nuevo tejido, estas propiedades se deben al uso de una serie de enzimas y factores propio de las larvas para destruir el material biológico que no es óptimo para la recuperación de la integridad cutánea.

A raíz de los resultados de los estudios de los últimos años, realizados en diversos países (China, Reino Unido, Irán, España, Brasil, Estados Unidos, Portugal) se puede dilucidar el efecto de la terapia larval sobre las heridas. Esta terapia es eficaz como desbridante, acelera la curación y tiene efecto antibacteriano. (Martínez, P. S., 2020). Además, representa una buena alternativa para minimizar los costos de los tratamientos, y el tiempo invertido por parte del personal de enfermería para curar una herida. Es

importante que continúe la investigación en este tipo de alternativas terapéuticas, ya que son tratamientos naturales que pueden potenciar la curación de las heridas y de igual forma, es significativo realizar la divulgación de estos de estudios, resaltando la importancia de estos tratamientos con fines terapéuticos reduciendo estigmas sociales y potenciando la adherencia a los tratamientos.

### **Tratamiento con plantas**

El uso de las plantas con fines medicinales se remonta al principio de la historia de la humanidad: 3.000 años antes de Cristo se escribió el libro más antiguo sobre plantas medicinales en China; los sumerios, 2.500 años a.C., usaron las plantas con fines curativos; los asirios conocieron un poco más de 250 hierbas medicinales. En nuestro país, esta práctica tiene sus raíces en una riquísima herencia cultural, gracias al legado de diversas culturas (indígenas, africanas y europeas) que han utilizado estas plantas con fines rituales, medicinales y gastronómicos. (Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural Colombia, 2011)

En primera instancia se documenta una revisión sistemática de la literatura cuyo objetivo fue proporcionar una visión general de las propiedades de la celulosa bacteriana o nata de coco (BC). La BC es un polímero producido por algunas bacterias y su uso como un material de curación de heridas se rige por sus peculiares características: tiene una resistencia a la tracción, flexibilidad y retención de agua, una permeabilidad pronunciada a gases y líquidos, y una gran compatibilidad con los tejidos vivos. En conclusión, los autores refieren que la BC es una opción económica, que comparte características similares con los demás apósitos que están a la vanguardia,

convirtiéndose en una opción rentable, y eficaz para la curación de heridas crónicas, por su alta biocompatibilidad, y modificaciones favorables en el proceso de biosíntesis de nuevo tejido. (Sulaeva, I., Henniges, U., Rosenau, T., & Potthast, A. 2015)

Así mismo se llevó a cabo un estudio descriptivo y prospectivo (Silva, R. S., Matos, L. S., Araújo, E. C., Paixão, G. P., Costa, L. E., & Pereira, Á. 2014), en una Unidades Básica de Salud de la Familia (USF) en la ciudad Senhor do Bonfim - Bahía Noreste de Brasil, que tuvo como propósito conocer las prácticas populares frente a la curación de las heridas. En el estudio se pudo observar que los cuidados populares se realizaron con plantas medicinales. Después de llevada a cabo la investigación, evidenciaron que la granada, los extractos de anacardo y jurema, el uso la mastruz, la leche mangaba, jurubeba, cedro, los carobinha, lentisco y el drenaje de las patatas, serían las plantas que la comunidad utiliza comúnmente en el tratamiento de las heridas, han resultado beneficiosas, y han sido parte de sus prácticas de cuidado para la curación de las heridas (agudas o crónicas). La conclusión a la que llegaron fue que existe la necesidad de una mayor atención por las enfermeras en las prácticas de valoración popular, con el fin de respetar los aspectos culturales y generacionales, que se contemplan en la teoría de la transculturalidad, propuesta por Leininger. (Leininger, M. 1999)

Una investigación utilizó una fórmula de hierbas Astragali Radix Radix (la raíz de Astrágal) y Rehmanniae (remaniha glutinosa) sobre la piel, de personas que tenían algún tipo de herida, el objetivo era identificar la eficacia de estas plantas con respeto a la actividad fibroblástica y la regeneración del tejido, los

resultados mostraron que la migración de los fibroblastos juega un papel esencial en la reparación de heridas. (Zhang, Q., Fong, C. C., Yu, W. K., Chen, Y., Wei, F., Koon, C. M., ... Yang, M. 2012)

Por otra parte, Andrade, A. P. (2012) llevo a cabo una investigación enfocada a establecer las bases etnobotánicas para evaluar el potencial del marañón (*Anacardium occidentale* L.) como cicatrizante de heridas y analizar los datos botánicos y antropológicos para el desarrollo del proceso de validación como planta medicinal cicatrizante. La conclusión a la cual llego el estudio es que, tomando las hojas, el tallo, o la cascara del fruto, en cualquier forma de preparación se puede llegar a la cicatrización continua de la herida disminuyendo la extensión y los signos clínicos de infección.

Piriz, M., Lima, C., Jardim, V., Mesquita, M., Souza, A., & Heck, R. (2014). En una revisión que tuvo como objetivo identificar las plantas utilizadas para la curación de heridas (crónicas, agudas) y quemaduras, los investigadores obtuvieron como resultado el estudio de un total de 52 plantas medicinales y un compuesto de hierbas de forma experimental o clínica, ya que sus efectos sobre la ayuda de proceso de curación, con la mayoría (88,5%) mostraron una eficacia. Por lo tanto, se verifica que el uso de plantas medicinales es una alternativa importante para el tratamiento de heridas, que pasa a formar parte de atención en el sistema de salud de Brasil, lo que sugiere nuevos estudios pruebas clínicas, los costos y beneficios y la actualización constante de las publicaciones realizadas. Así mismo una investigación cuyo objetivo fue evaluar los potenciales para el uso de hojas de la planta *Aspilia africana* en

el cuidado de heridas, el resultado fue que el extracto y las fracciones reducen el tiempo de sangrado de forma significativa ( $p < 0,05$ ) y el tiempo de coagulación de la sangre, de esta forma los autores afirman que las hojas de *A. Africana* poseen componentes capaces de detener el sangrado de la herida, inhibir el crecimiento de contaminantes microbianos de heridas y acelerar la cicatrización. (Okoli, C., Akah, P., & Okoli, A. 2007).

Frente a la cicatrización, un estudio realizado por (Inocente, C. M. A., 2020) demostró que los extractos hidroalcohólicos de *Annona muricata* L. (guanábana) al 25 %, *Opuntia ficus-indica* L. Mill. (tuna) al 25 % y *Musa acuminata* Colla (plátano bellaco) al 4 % presentan actividad cicatrizante con proyección similar al gel referencia de marca comercial. En el caso de los extractos hidroalcohólicos de *Urtica Urens* L. (ortiga) al 10 %, *Peperomia congona* Sodiro (congona) al 25 % y *Ormosia Coccinea* (Aubl) Jacks (huayruro) al 2 %, presentan actividad cicatrizante similar al proceso de cicatrización normal fisiológico, en heridas incisas de *Rattus norvegicus albinus* (rata albina). (Arenas, D. J. D., 2019), en su tesis logró evaluar el efecto cicatrizante del extracto etanólico de *Annona muricata* L. encontrando mejor efecto con una concentración al 100%. En condiciones experimentales se ha demostrado que el extracto etanólico de las hojas de *Annona muricata* L. (Guanábana) al ser administrado por vía tópica posee efecto cicatrizante al ser aplicado sobre heridas superficiales inducidas en *Mus musculus var albinus*.

La terapia con plantas ha sido ampliamente utilizada desde tiempos remotos, por lo que se ha convertido en una estrategia para la población que permite acercarse sin mayor dificultad a los tratamientos para el cuidado de

la salud. (Campos, D. C., Graveto, J. M., & Silva, M. A. 2009) afirman que las plantas tienen efectos que permiten propiciar un ambiente favorable para la curación de las heridas, son útiles como emolientes, antibacteriano, antiséptico, la promoción del tejido epitelial y la remoción del tejido necrótico. Es importante que, a nivel nacional, se investigue sobre propiedades de las plantas nativas, a fin de garantizar el uso seguro de plantas con propiedades curativas por parte de las poblaciones.

### Otros tratamientos empleados en la curación de heridas

Las terapias alternativas, son un método ampliamente utilizado hoy en día para todo tipo de afecciones al ser humano en este caso las heridas de tipo crónico. Se han identificado terapias que permiten la curación de las heridas y que han sido de menor auge científico, pero que aun así muestran resultados favorables para sanar las heridas, a continuación, se describen estos tratamientos.

La investigación para la cicatrización de las heridas que fue el llevado a cabo por Sánchez, H. F., Lozano, A. Y., Méndez-Gómez, E., Vázquez, A. E., Hernández, M. d., & Lizárraga, A. E. (2014) tuvo como objetivo evaluar in vivo el efecto cicatrizante de un gel de quitosano obtenido de exoesqueleto de camarón blanco *Litopenaeus vannamei*, que ayuda a la reconstrucción estructural de la piel aplicándolo en heridas de 1 cm<sup>2</sup> infringidas a 48 ratones albinos, agrupados en cuatro tratamientos; Quitosano concentraciones de 0.15 y 0.30 %, producto cicatrizante (Ketanserina al 2 %) y blanco (testigos sin tratamiento). Los resultados permitieron afirmar que el gel de quitosano en ambas concentraciones puede ser utilizados en la

regeneración de heridas, reduciendo en un 50% el tiempo de cicatrización.

No obstante, en la revisión realizada se encontró un ensayo clínico fase II, aleatorizado y no enmascarado que incluyó 70 pacientes a cuyos integrantes se les lavó la herida con solución salina fisiológica y se les aplicó peloide durante 15 minutos; y de control (GC), tratados solamente con suero fisiológico yodado. En conclusión, el alto contenido de sulfuro de hidrógeno del peloide lo convierte en una sustancia bactericida y fungicida, por lo cual se utiliza como antiséptico moderado y antiparasitario; y en forma de lociones o aceites, contra el acné y la sarna, alcanzando el cierre de la herida en un 90% de los pacientes tratados con este método. (Ramírez, R. R., Salazar, J. C., Tuero, J. H., Pineda, M. M., & Quiala, J. G. 2004)

Castro, C. C. (2013), llevo a cabo una revisión de la literatura que tuvo como objetivo investigar sobre los efectos de las diferentes vitaminas (liposolubles e hidrosolubles) en el proceso de prevención y curación de las heridas de tipo agudo, concluyendo que las vitaminas son instrumentos terapéuticos en la prevención y tratamientos de las heridas y cada una tiene su rol en el proceso de la cicatrización. La suplementación multivitamínica mixta con otros nutrientes modula la cicatrización de las heridas.

Un estudio realizado por Amin MA, Abdel-Raheem IT (2014), tuvo como objetivo desarrollar un apósito para heridas cargado de veneno de abeja con efectos curativos y antiinflamatorios mejorados para ser examinado en ratas diabéticas. Se desarrollaron diferentes preparaciones de alcohol polivinílico (PVA), apósito para heridas

a base de matriz de hidrogel de quitosano (Chit) que contiene veneno de abeja (BV) utilizando el método de congelación-descongelación. Se determinaron las propiedades mecánicas tales como fracción de gel, relación de hinchamiento, resistencia a la tracción, porcentaje de alargamiento y pH superficial. Se evaluaron las actividades farmacológicas, incluida la cicatrización de heridas y los efectos antiinflamatorios, además de la irritación cutánea primaria y las pruebas de penetración microbiana. Como resultado se obtuvo que farmacológicamente, el apósito para heridas cargado de veneno de abeja, mostró una curación acelerada de las heridas hechas en ratas diabéticas.

Todos los tratamientos revisados tienen fines específicos a través de los cuales puedan llevar a cabo con diversos tratamientos la curación de la herida. Cada uno de estos lo hacen a través de diversos mecanismos que le permiten aproximarse a la curación eficaz de las heridas impidiendo la progresión del daño en el tejido y la promoción de la integridad cutánea potenciando los mecanismos fisiológicos que le permiten al ser humano recuperar su estado de bienestar; es importante resaltar que cada uno de las terapias mencionadas anteriormente, tienen una profundización escasa en investigación, y por ello es necesario hacer énfasis en la exploración específica de los mecanismos de acción de cada terapia, y cómo funcionan en el ser humano, de tal forma que se potencien los tratamientos que hacen parte de la medicina tradicional, se implementen estas terapias de manera segura en la población y con sustento científico sólido, y se asegure la integración progresiva de este tipo de procedimientos a los sistemas de salud.



## Conclusiones

Esta revisión de literatura permitió identificar, la diversidad de tratamientos no convencionales utilizados en el manejo de las heridas como son: (miel, larvas, plantas medicinales, barro, entre otros) y evidenciar que cada día aumenta el número de estudios e investigaciones que buscan una sustentación científica para la utilización de éste tipo de tratamientos.

Los tratamientos no convencionales descritos presentan ventajas (producto de sus propiedades físicas y químicas) que se pueden resumir en: mayor acción en el desbridamiento, alta efectividad antiséptica y antimicrobiana, promoción del tejido de granulación y mantenimiento del ambiente húmedo en la herida.

Es indispensable que Enfermería esté actualizada en cuanto a las alternativas de tratamiento aquí descritas para curar las heridas ya que son las enfermeras y los enfermeros los que de una manera u otra tienen el primer vínculo con el paciente, le ayudan con una necesidad insatisfecha, trabajan en favor de la promoción y la prevención, son educadoras y educadores, líderes, brindan conocimientos con sustento científico y están atentas a prestar cuidados de calidad para la mejoría del estado de salud reconociendo en el sujeto prácticas de autocuidado y ayudando con su fortalecimiento permanente.

## Referencias Bibliográficas

1. Abd Jalil MA, Kasmuri AR, Hadi H. (2017). Stingless Bee Honey, the Natural Wound Healer: A Review. *Skin Pharmacol Physiol.* 2017;30(2):66-75. doi: 10.1159/000458416. Epub 2017 Mar 15. PMID: 28291965.
2. Amin MA, Abdel-Raheem IT. (2014). Accelerated wound healing and anti-inflammatory effects of physically cross linked polyvinyl alcohol-chitosan hydrogel containing honey bee venom in diabetic rats. *Arch Pharm Res.* 2014 Aug;37(8):1016-31. doi: 10.1007/s12272-013-0308-y. Epub 2013 Nov 30. PMID: 24293065.
3. Andrade, A. P. (2012). El uso popular de Marañon (ANACARDIUM OCCIDENTALE L. -FRANZ EUGEN KÖHLER- 1887). Amazonas.
4. Andrades, P., Sepúlveda, S., & Gonzáles, J. (2004). Curación avanzada de heridas. *revista chilena de cirugía*, 396-403.
5. Arenas, D. J, D, (2020) Efecto cicatrizante del extracto etanólico de las hojas de *Anonna muricata* L. sobre heridas superficiales en *Mus musculus* var. *albinus*.
6. Ávila, C. M., & Vázquez, R. T. (2006). larvoterapia: una antigua forma de curar heridas. *BIOCIENCIAS*, 7-14.

7. Bang L, Bunting C, Molan P. (2003) The effect of dilution on the rate of hydrogen peroxide production in honey and its implications for wound healing. *T. J. Alt. Compl. Med.* Volumen 9, Número 2: P. 267-73
8. Bilsel, Y., Bugra, D., Yamaner, S., Bulut, T., Cevikbas, U., & Turkoglu, U. (2002). Could Honey Have a Place in Colitis Therapy? Effects of Honey, Prednisolone, and Disulfiram on Inflammation, Nitric Oxide, and Free Radical Formation. *Dig Surg*, 306-312.
9. Bradshaw, C. E. (2011). An in vitro comparison of the antimicrobial activity of honey, iodine and silver wound dressings. *biosciencie Horizons*, 61-70.
10. Buratti S, Benedetti S, Cosio. (2007) Evaluation of the antioxidant power of honey, propolis and royal jelly by amperometric flow injection analysis. *Talanta*. Volumen 71, Número 3 :1387-92
11. Calderon, M. d., Figueroa, C. S., Arias, J. S., Sandoval, A. H., & Torre, F. O. (2015). Terapia combinada con miel de Ulmo (*Eucryphia cordifolia*) y ácido ascórbico en úlceras venosas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 259-266.
12. Cook, M. P. (2020). Miel en el tratamiento de heridas: ¿Creencia o realidad?. *Revista Horizonte de Enfermería*, 19(1), 81-86.
13. Campos, D. C., Graveto, J. M., & Silva, M. A. (2009). A aplicação do mel no tratamento. *Revista Referencia*, 117-124.
14. Castro, C. C. (2013). En la naturaleza esta la respuesta: “micronutrientes: las vitaminas agentes terapeuticos de las heridas”. *enfermeria global* , 274-289.
15. Gentil GI, Smirova P (2009) Larvaterapia. Revisión sistemática de evidencia científica. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas*. Volumen 3, número 1: p. 45-52.
16. Girao, R. A. (2014). *la miel en el tratamiento de heridas*. Cantabria: Universidad de Cantabria.
17. Horobin, K.M.Shakesheff, S.Woodrow, C.Robinson, & D.I.Pritchard. (2003). Maggots and wound healing: an investigation of the effects of secretions from *Lucilia sericata* larvae upon interactions between human dermal fibroblasts and extracellular matrix components. *British Journal of Dermatology*, 923-933.
18. Ingle R, Levin J, Polinder K. (2006) Wound healing with honey – a randomised controlled trial. *S Afr Med J*. Volumen 96, Número 9: p. 831-835. [consultado 28 de abril de 2016] Disponible en: [www.ajol.info/index.php/samj/article/download/13815/15782](http://www.ajol.info/index.php/samj/article/download/13815/15782)

19. Inocente Camones, M. A. (2020). Actividad cicatrizante de seis extractos hidroalcohólicos de plantas en heridas incisas de *Rattus norvegicus albinus*.
20. Israili ZH. Antimicrobial properties of honey. *Am J Ther*. 2014 Jul-Aug;21(4):304-23. doi: 10.1097/MJT.0b013e318293b09b. PMID: 23782759.
21. Jarczyk, G., Jackowski, M., Szpila, K., Boszek, G., & Kapelaty, S. (2008). Use of *Lucilia sericata* blowfly maggots in the treatment of diabetic feet threatened with amputation. *vía médica*, 42-55.
22. Jimenez, C. E. (2008). curación avanzada de heridas . *revista colombiana de cirugía* , 146-155.
23. Lavandera RI. (2011) Curación de heridas sépticas con miel de abejas . *Revista Cubana de Cirugía Volumen 50, Número 2: p. 187-196*
24. Leininger, M. (1999). CUIDAR A LOS QUE SON DE CULTURAS DIFERENTES REQUIERE EL CONOCIMIENTO Y LAS APTITUDES DE LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL. *cultura de los cuidados*, 5-8.
25. Marshall C, Queen J, Manjooran J. (2005) Honey vs povidone iodine following toenail surgery. *Wounds UK*. Volumen 1, número 1:p. 10-18 [consultado 28 mayo de 2016] Disponible en: <http://www.wounds-uk.com/journal-articles/honey-vs-povidone-iodine-following-toenail-surgery-2>
26. Martínez-P, S. (2020). Actualización sobre terapia larval en heridas. *Enfermería investiga*, 5(3), 5-7.
27. Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural Colombia. (2011). *plantas aromáticas y medicinales, enfermedades de importancia y su uso terapéutico*. Bogotá D.C.: Produmedios.
28. Muñoz GF. (2006) *Cuidados para la curación de heridas y quemaduras*. España: Hospital Asepeyo; p.18-30.
29. Nicácio Da Silva, P., Alves de Almeida, O., & Rocha, I. C. (2014). Terapia tópica en el tratamiento de las heridas crónicas. *enfermería global*, 33-45.
30. Okoli, C., Akah, P., & Okoli2, A. (2007). Potentials of leaves of *Aspilia africana* (Compositae) in wound care: an experimental evaluation. *Biomedcentral* , 1-7.
31. Orellana Espinoza, M. I., & Encalada Torres, R. S. (2019). Efectividad de apósitos Con miel de Abeja en el manejo de heridas crónicas en la mejora de la repitelización del tejido

- 32.** Oryan, A., Alemzadeh, E., & Moshiri, A. (2015). Biological properties and therapeutic activities of honey in wound healing: A narrative review and meta-analysis. *Journal of Tissue Viability*, ELSEVIER, 1-21.
- 33.** PIRIZ, M., LIMA, C., JARDIM, V., MESQUITA, M., SOUZA, A., & HECK, R. (2014). Plantas medicinais no processo de cicatrização de feridas: uma revisão de literatura. *Rev. Bras. Pl. Med*, 628-636.
- 34.** Ramirez, R. R., Salazar, J. C., Tuero, J. H., Pineda, M. M., & Quiala, J. G. (2004). PELOIDOTERAPÍA EN LAS HERIDAS QUIRURGICAS INFECTADAS. *Medisan* , 32-38.
- 35.** Richardson, M. (2004). The benefits of larval therapy in wound care. *art&sciencetissue viability supplement*, 70-76.
- 36.** Robson, V., Dodd, S., & Thomas, S. (2009). Standardized antibacterial honey (Medihoney) with standard therapy in wound care: randomized clinical trial. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*, 565-575.
- 37.** Rodríguez Diez, M. (2020). Terapia de desbridamiento larval. <https://gedos.usal.es/handle/10366/144102>
- 38.** Sánchez, H. F., Lozano, A. Y., Méndez-Gómez, E., Vázquez, A. E., Hernández, M. d., & Lizárraga, A. E. (2014). Evaluación in vivo del efecto cicatrizante de un gel a base de quitosano obtenido de exoesqueleto de camarón blanco *Litopenaeus vannamei*. *Rev. Colomb. Biotecnol.*
- 39.** Schencke, C., Salvo, J., Vasconcellos, A., & Sol, M. d. (2013). Estudio Comparativo de la Cicatrización en Quemaduras con Tratamiento en Base a Miel de Ulmo (*Eucryphia cordifolia*) y Vitamina C oral versus Hidrogel en Cobayos (*Cavia porcellus*). *Int. J. Morphol*, 839-844.
- 40.** Sherman, R. A. (2013). Maggot Therapy for Treating Diabetic Foot Ulcers Unresponsive to Conventional Therapy. *DIABETES CARE*, 445-451.
- 41.** Silva, R. S., Matos, L. S., Araújo, E. C., Paixão, G. P., Costa, L. E., & Pereira, Á. (2014). Práticas populares en salud: autocuidado con heridas de usuarios de plantas medicinales. *revista enfermagem Uerj*, 389-395.
- 42.** Steenvoorde, P., Jacobi, C. e., Doorn, L. V., & Oskam., J. (2007). Maggot debridement therapy of infected ulcers: patient and wound factors influencing outcome a study on 101 patients with 117 wounds. *The Royal College of Surgeons of England*, 596-602.

- 43.** Sulaeva, I., Henniges, U., Rosenau, T., & Potthast, A. (2015). Bacterial cellulose as a material for wound treatment: Properties and modifications. A review. *Biotechnology Advances*, 1 547- 157
- 44.** Téllez, G. A., Acero, M. A., Pineda, L. A., & Castaño, J. C. (2012). Larvaterapia aplicada a heridas con poca carga de tejido necrótico y caracterización enzimática de la excreción, secreción y hemolinfa de larvas. *biomédica*, 312-320.
- 45.** Tonks AJ, Cooper RA, Jones KP, Blair S, Parton J, Tonks A. (2003) Honey stimulates inflammatory cytokine production from monocytes. *Cytokine*. 21(5):242–7 [consultado 23 de abril de 2016] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12824009>
- 46.** Waymant, J., Nirojogit, V., Walker, A., Sowinska, A., & Walkera, M. A. (2000). The cost effectiveness of larval therapy in venous ulcers. *Journal of Tissue Viability*, 91-94.
- 47.** Zhang, Q., Fong, C. C., Yu, W. K., Chen, Y., Wei, F., Koon, C. M., . . . Yang, M. (2012). Herbal formula Astragali Radix and Rehmanniae Radix exerted wound healing effect on human skin fibroblast cell line Hs27 via the activation of transformation growth factor (TGF) pathway and promoting extracellular matrix (ECM) deposition. *Phytomedicine*, ELSEVIER, 9-16.



## Políticas de la Publicación

### Público al cual se dirige

El público al que se dirige contempla a los especialistas en temáticas socio-humanísticas, a estudiantes y docentes de pregrado y posgrado en ciencias de la educación y la enfermería, extensivo a otras áreas.

### Idioma

Se aceptan artículos escritos en español, portugués, inglés. Se aceptarán artículos en otros idiomas, siempre y cuando sea la lengua materna del autor y tenga su traducción al inglés.

### Proceso de evaluación por pares

El sistema de evaluación y arbitraje de los artículos que sean sometidos para publicación en la revista Paradigmas Socio-humanísticos, será en dos fases:

#### Fase 1

Control editorial: el comité editorial en su reunión ordinaria asignará un par evaluador para que revise los artículos enviados a través del OJS y evalúe aspectos como: pertinencia del tema tratado, aspectos de forma como: coherencia de la estructura del artículo con las normas de la revista, claridad, redacción, ortografía y respeto por las normas de referenciación.

Una vez superada esta fase, se establece con un periodo de dos semanas, pasa a segunda fase.

#### Fase 2

Revisión por pares doble ciego: en esta fase el comité editorial asigna dos jurados expertos en la temática, quienes, con un formato de evaluación diseñado para tal fin, emitirá concepto respecto a la calidad disciplinar del artículo.

Luego de recibir las observaciones de los jurados, el artículo quedará clasificado como:

Publicable, No publicable o Publicable sujeto a correcciones.

- Cuando el concepto sea “publicable”: se notificará a través del OJS al autor y el artículo pasará directamente a proceso de corrección de estilo definitivo.
- Si el concepto llega a ser “no publicable”: se notificará al autor a través del sistema OJS y se le hará envío del artículo con los comentarios de los evaluadores, esto con el fin de que el autor, pueda realizar al artículo los cambios pertinentes y enviarlo de nuevo para aplicar a otro proceso de evaluación.



- Cuando el concepto sea “publicable sujeto a correcciones”: se notificará al autor y se le hará envío del artículo con los comentarios de los evaluadores. El autor tendrá hasta dos semanas a partir de notificado el concepto para realizarlas y remitir el artículo corregido a la revista.

Los evaluadores inicialmente designados harán la respectiva revisión y emitirán un nuevo concepto que puede ser: “publicable”, en caso de que el autor haya realizado las correcciones pertinentes, o: “no publicable”, en caso de que el autor no haya atendido adecuadamente a las correcciones inicialmente sugeridas.

El Comité Editorial declara que los autores son los únicos responsables de los juicios, opiniones, puntos de vista y de referenciación expresados en sus escritos. Esta fase es establecida con un periodo de cuatro semanas.

### **Ética de publicación**

Esta revista se adhiere a las pautas del “Código de conducta y mejores prácticas para editores de revistas”, publicado por el Committee on Publication Ethics – COPE. y la Ley 1915 de julio de 2018 que hace referencia a las disposiciones relativas al derecho de autor y los derechos conexos.

Los autores se adhieren a las especificaciones para la elaboración de los documentos y velarán por su originalidad. Los miembros del comité editorial de la revista, a su vez, vigilan aspectos como el respeto por las leyes de derecho de autor, originalidad y pertinencia.

### **Directrices para autores/as**

Se reciben artículos enviados a través del sistema OJS, dirigidos al Comité Editorial Revista Paradigma Socio-humanístico.

- El autor deberá conservar copia de todo el material enviado, ya que la Revista no se responsabiliza por daños o pérdidas.
- Adjuntar carta de presentación
- Preparación del manuscrito:
  - I. Las contribuciones deben ser digitadas en fuente Arial, tamaño 12, espacio 1,5, márgenes inferiores y laterales de 3 cm.; (extensión máxima según sección a la que se somete).
  - II: Título del artículo en español e inglés. Debe describir el contenido sustancial del trabajo mediante frases enunciativas. Debe ser claro, conciso y correcto. Se considera un tamaño adecuado si no supera las 15 palabras.



- III.** Nombre completo del autor (es) digitado en espacio simple, indicando en nota de pie de página los títulos académicos, cargos ocupados y nombre de la institución al cual el autor(es) está vinculado. Dirección completa, teléfono/fax para contacto y e-mail del primer autor del texto.
- IV.** Resumen: en español y en inglés (según la sección a la que se somete el manuscrito), destacando ideas centrales de la introducción, objetivos, desarrollo y conclusión. En los reportes de investigación debe contener: objetivos, métodos, resultados y conclusiones, con límite de 150 palabras.
- V.** Descriptores: Conformados de 3 a 5 “palabras clave”. Para determinarlos debe consultar la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), elaborada por Bireme y disponible en la Internet en el site: <http://www.bireme.br> o el Medical Subject Headings (MeSH) de la National Library of Medicine (NLM), o el International Nursing Index. Cuando el artículo tuviera un enfoque interdisciplinario, usar los descriptores universalmente aceptados en las diferentes áreas o en las disciplinas envueltas. (UNESCO)
- VI.** Texto: ordenado en introducción, desarrollo y conclusión.
- VII.** Ilustraciones: (fotos, modelos, mapas, diseños, estampas o figuras, esquemas, cuadros) deben ser enumeradas secuencialmente en números arábigos, con sus respectivas leyendas y fuentes (todas las fuentes tienen que estar en las referencias). Excepto las listas, los cuadros, todas las ilustraciones deben ser designadas como figuras.
- VIII.** No utilizar en las listas/cuadros internos trazos verticales y horizontales. Colocar un título corto encima de las listas/ cuadros, y notas explicativas abajo de las mismas.
- IX.** Se realizarán las citas siguiendo las normas APA sexta edición. Se organiza alfabéticamente y se le coloca sangría francesa.
- X.** Las citas textuales o directas se reproducen exacta, sin cambios o añadidos. Se debe indicar el autor, año y número de página. Si la cita tiene menos de 40 palabras se coloca como parte del cuerpo del texto, entre comillas y al final entre paréntesis se señalan los datos de la referencia.
- Ejemplo: Al analizar los resultados de los estudios previos encontramos que: “Todos los participantes...” (Machado, 2010, p. 74)





**XI.** Si la cita tiene más de 40 palabras debe escribirse en un párrafo aparte, sin comillas, alineado a la izquierda y con un margen de 2,54 cm. o 5 espacio de tabulador. Todas las citas deben ir a doble espacio.

Ejemplo: Maquiavelo (2011) en su obra El Príncipe afirma lo siguiente: Los hombres, cuando tienen un bien de quien creían tener un mal, se obligan más con su benefactor, deviene el pueblo rápidamente en más benévolo con él que si con sus favores lo hubiese conducido al principado (p. 23)

**XII.** Citas indirectas o paráfrasis: en estos casos se reproduce con propias palabras la idea de otro. Siguen las normas de la citación textual, a excepción del uso de comillas y cita en párrafo aparte.

Ejemplo: Según Huizinga (1952) son características propias de la nobleza las buenas costumbres y las maneras distinguidas, además la práctica de la justicia y la defensa de los territorios para la protección del pueblo.

### **Open Access**

El acceso es abierto y no se cobrará por ninguna de las fases de evaluación de los artículos ni por su publicación del texto completo. Se expedirá una constancia tanto al autor del artículo como a los evaluadores.

### **Declaración de privacidad**

Los nombres y las direcciones de correo electrónico introducidos en esta Revista se utilizarán exclusivamente para los fines establecidos en ella y no se proporcionarán a terceros o para su uso con otros fines.

### **Aviso de derechos de autor**

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)



