

ESTRUCTURA SOCIAL Y CULTURAL QUE DETERMINA EL AUTOCUIDADO EN
ESTUDIANTES MIGRANTES DE ENFERMERÍA 2019 B.

Presentado por:

Chavariaga Alejandro CC:1234196453.

Olaya cuervo José Asdrúbal CC 80197495

Oviedo Rodríguez Carlos Daniel CC. 1107087612.

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

VALLE DEL CAUCA/ SANTIAGO DE CALI

2020

ESTRUCTURA SOCIAL Y CULTURAL QUE DETERMINA EL AUTOCUIDADO EN
ESTUDIANTES MIGRANTES DE ENFERMERÍA 2019 B.

PRESENTADO POR:

Chavarriaga Alejandro CC:1234196453.

Olaya cuervo José Asdrúbal CC 80197495

Oviedo Rodríguez Carlos Daniel CC. 1107087612.

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE:
ENFERMERO

Tutora: Diana Fernanda Loaiza Buitrago

Enfermera Magíster en Salud Pública

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
VALLE DEL CAUCA/ SANTIAGO DE CALI

2020

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Santiago de Cali, mayo 2020.

Tabla de contenido

1	INTRODUCCIÓN.....	10
2	DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
3	JUSTIFICACIÓN.....	19
4	OBJETIVOS.....	22
4.1	OBJETIVO GENERAL.....	22
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	22
5	MARCO DE REFERENCIA	23
5.1	MARCO CONCEPTUAL	23
	Proceso de salud enfermedad.	23
	Determinantes sociales de la salud.	23
	Determinantes intermedios.	23
	Dimensiones culturales y de la estructura social.	23
	Enfermería transcultural.	24
	Concepción del mundo.	24
	Universalidad de los cuidados culturales.....	24
	Diversidad de los cuidados culturales.	24
	Multiculturalidad.	24
	Cultura.	25
	Aculturación.	25
	Cuidados culturales.	25
	Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales.....	25
	Adaptación o negociación de los cuidados culturales.	25

Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales.....	26
Contexto del entorno.	26
Salud pública.	26
Desigualdad e igualdad en salud.	26
Promoción de la salud.	26
Prevención de la enfermedad.....	27
Estilos de vida.....	27
Autocuidado.	27
Calidad de vida.	28
Bienestar universitario.....	28
Universidad promotora de la salud.....	28
Comunidad universitaria.	29
Deserción.....	29
Resiliencia.	29
Migración.	29
6 MARCO TEÓRICO.	31
6.1 EL MODELO DEL SOL NACIENTE.	31
6.2 DETERMINANTES SOCIALES Y SU IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN.	33
6.3 DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LA SALUD.....	33
6.4 DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD.....	34
6.5 SALUD PÚBLICA Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.	36
6.6 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PARA EL CUIDADO DE LA VIDA.	37
6.7 ESTILOS DE VIDA Y SALUD.....	39

6.8	UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SALUD.	41
6.9	CULTURA Y SALUD.	43
7	MARCO ÉTICO Y BIOÉTICO.	45
7.1	INTERNACIONAL.....	45
	Declaración de Helsinki.....	45
7.2	NORMATIVIDAD NACIONAL.....	48
	Resolución n ^a 008430 de 1993	48
	Ley 911 de 2004.	50
	Tribunal nacional ético de enfermería.....	50
8.	MARCO POLÍTICO Y LEGAL	52
8.1	INTERNACIONAL.	52
	Resolución WHA62.14 de la asamblea mundial de la salud.....	53
	Plan estratégico OPS 2014-2019 en pro de la salud desarrollo sostenible y equidad. .	54
	NACIONAL	54
	Ley 266 de 1996 articulo 17.....	54
	Ley 911 de 2004; Capitulo 3.	54
	Decreto 1295 de 2010.....	55
	Plan decenal de salud pública 2012-2021.	56
	Ley 1751 de 2015.	57
	Política de atención integral en salud PAIS 2016.	58
	Resolución 3280 de 2018.	59
9.	MARCO CONTEXTUAL.....	60
9.1	MISIÓN DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI.	60
9.2	VISIÓN DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI.....	60

9.3	PRINCIPIOS DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI.....	61
9.4	ORGANIZACIÓN.....	61
9.5	PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL PEI.	62
9.6	PROGRAMA PIPE.....	62
9.7	OFERTA ESTUDIANTIL.....	63
9.8	POBLACIÓN ESTUDIANTIL.	63
9.9	DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIONES.....	64
10	PROGRAMA DE ENFERMERÍA.....	64
10.1	MISIÓN DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA.	65
10.2	VISIÓN DEL PROGRAMA.....	65
10.3	PROPÓSITO DE FORMACIÓN DEL PROGRAMA DE ENFERMERIA.	65
10.4	PERFIL PROFESIONAL.	66
11	MARCO DISCIPLINAR.....	67
11.1	PRESENTACIÓN DE LA TEORISTA.....	67
11.2	VISIÓN GENERAL DE LA TEORÍA.	68
11.3	FACTORES QUE CONDUCEN A LA TEORÍA.	69
11.4	METAPARADIGMA DE LA TEORÍA.....	71
11.5	MODELO DEL SOL NACIENTE.	72
12	METODOLOGÍA.....	74
12.1	DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.....	74
12.2	POBLACIÓN Y/O UNIVERSO.....	74
12.3	MUESTRA.....	74
12.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	75
13	CATEGORÍAS.....	76

13.1	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	77
13.2	INSTRUMENTO.	77
14	FASES DEL PROCESO INVESTIGATIVO.	79
14.1	FASE TEÓRICA CONCEPTUAL.	79
14.2	FASE DE PLANEACIÓN Y DISEÑO METODOLOGÍA.	79
14.3	FASE DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	79
14.4	FASE DEL ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS.....	79
14.5	FASE DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS:.....	80
14.6	ANÁLISIS DE DATOS.....	80
14.7	CONSIDERACIONES ÉTICAS.	80
	Principio de no maleficencia.	80
	Principio de justicia.	80
	Principio de beneficencia:	80
14.8	RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN:.....	81
15	RESULTADOS	82
15.1	VALORES CULTURALES Y ESTILOS DE VIDA, UN SELLO IMPRESO SOBRE LA VISIÓN DEL MUNDO UNIVERSITARIO.....	82
15.2	LA FAMILIA EL PRIMER ENTORNO FORMADOR DEL AUTOCUIDADO Y ESTRUCTURA BASE DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL.	86
15.3	EL ESCENARIO EDUCATIVO: UN COMPLEJO SISTEMA QUE IMPACTA EL CUIDADO EN EL UNIVERSITARIO MIGRANTE.....	90
15.4	EL FACTOR ECONÓMICO Y EL CUIDADO, SINERGIA CLAVE PARA ENTENDER EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.	96
16	CONCLUSIONES.....	104
17	RECOMENDACIONES.	108

18	Bibliografía.....	109
19	Anexos	116

ÍNDICE DE IMÁGENES

ILUSTRACIONES 1 EXPLICATIVO DEL SOL NACIENTE-MADELEIN(37)	32
ILUSTRACIONES 2 SOLAR O IRWIN A. MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LA OMS. 2006	36
ILUSTRACION 3 ESTRUCTURA SOCIAL Y CULTURAL DE LOS ESTUDIANTES MIGRANTES ENFERMERÍA	82
ILUSTRACIONES 4 VALORES CULTURALES	82
ILUSTRACIONES 5 FAMILIA Y SECTORES SOCIALES	86
ILUSTRACIONES 6 FACTORES EDUCATIVO	90
ILUSTRACIONES 7 FACTORES ECONOMICOS	96

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 FICHA TÉCNICA DEL PROGRAMA	64
Tabla 2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	75
Tabla 3 MATRIZ DE CATEGORIZACIÓN.....	76
Tabla 4 GUIÓN PARA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA INICIAL	78

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	116
ANEXO 2 CONSENTIMIENTO PARENTAL.....	117
ANEXO 3 ASENTIMIENTO INFORMADO.....	118

1 INTRODUCCIÓN

La salud, así como las prácticas de cuidado inmersas en ésta, son el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que concurren y determinan los perfiles de salud-enfermedad. De acuerdo con el actual modelo biomédico predominante, se ha enfatizado en los factores biológicos y en menor medida los sociales, así mismo, el autocuidado se ha asumido desde una perspectiva más individual y funcionalista, relegando una mirada social más amplia. Al respecto, el autocuidado se ha construido a partir de dos ejes fundamentales: acciones intencionales que efectúan las personas sin reflexión previa ni cuestionamientos y las acciones deliberadas en las que la reflexión y la experiencia de vivencias significativas provocan la incorporación de prácticas que no se tenían previamente; se resalta que en dichas acciones de cuidado, superando el modelo biológico hegemónico, la influencia fundamental de los determinantes sociales como modelo explicativo desde la salud pública a los procesos de salud-enfermedad.

Es así como, Los Determinantes Sociales de la Salud se han planteado como una estrategia de análisis a las condiciones en que viven, crecen, trabajan y envejecen los individuos y poblaciones, estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y recursos a nivel mundial, nacional y local que depende a su vez de las políticas adoptadas. De este mismo modo, la aparición de factores que impactan la salud, modifica las múltiples dimensiones del desarrollo humano, por ejemplo, las condiciones educativas, condiciones de la niñez y la juventud, salud, trabajo, acceso a los servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda.(1)

En Latinoamérica y en Colombia, por ejemplo, ha aumentado la preocupación sobre la influencia de los determinantes sociales sobre la salud y se ha comprometido a trabajar sobre estos, por tal motivo ha surgido un nuevo pensamiento de interés público en el cual se abordan en las agendas públicas factores sociales, económicos y culturales. En este sentido la organización Panamericana de la Salud (OPS), en el plan estratégico de Desarrollo sostenible y equidad 2014-2019, informa sobre los logros sostenidos en los determinantes de la salud y a su vez como estos han impactado en la mejoría de la salud y de una reducción leve pero notable de la pobreza y la desigualdad, que a su vez contribuye a mejorar los índices

de algunas enfermedades relacionadas específicamente con los estilos de vida de la población.(2)

Las causas de los problemas de salud pueden ser socialmente determinados mediante un análisis de factores estructurales e intermedios que condicionan la salud de una población, además desde la disciplina de enfermería también se puede hacer este análisis por medio de la teoría de la diversidad y la universalidad del cuidado cultural de Madeleine Leininger, ya que desde un enfoque integral el modelo del sol naciente aplicado en ésta, permite observar los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influyen en los cuidados de la salud por medio del contexto del lenguaje, la etnohistoria y el entorno.

Por otro lado, se dice que los países que adoptan modelos económicos y sociales que centralizan el poder y la riqueza evidencian desigualdades e impactos negativos sobre el entorno (físico, geográfico y sociocultural), generando una perspectiva negativa en la población acerca del mundo que les rodea, dentro de estos impactos negativos se generan ciertas problemáticas como la migración y los desplazamientos, viéndose afectados específicamente los jóvenes los cuales manifiestan alteraciones en sus estilos de vida y prácticas de autocuidado.(3)(4)

Teniendo en cuenta lo anterior, es fundamental promover el cuidado de la salud entre la población, de modo que se propicie el empoderamiento en cuanto al autocuidado, cuidado mutuo y del entorno, así como el impacto sobre condiciones o modos de vida de tipo estructural e intermedio apoyados desde lo disciplinar en el modelo del sol naciente de la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado. Es evidente entonces, la influencia de los determinantes sobre la calidad de vida y cómo por medio del conocimiento de enfermería se puede desarrollar un análisis integral de esta situación, en este caso, de los estudiantes migrantes de la universidad Santiago de Cali, los cuales se caracterizan como un micro territorio en el cual se desenvuelven como una población particular, y que por tanto toma un gran interés para la disciplina de enfermería describir como estas situaciones afectan su proceso salud-enfermedad durante sus diferentes cursos de vida. (5)

Así, a partir de la estrategia de Universidades Promotoras de Salud, se busca promover la salud integral de la comunidad universitaria Santiaguina, favoreciendo de este modo,

acciones orientadas al cuidado de la vida, teniendo en cuenta los determinantes que condicionan el bienestar común y cómo por medio de una de las teorías que sustentan a la enfermería como una disciplina, se pueden comprender dichos determinantes de tipo intermedio, que están favoreciendo o no a la población estudiantil migrante de estudiantes de enfermería de I a III semestre de la Universidad Santiago de Cali para el periodo 2019B. (6)

la teoría de diversidad y universalidad del cuidado cultural propuesta por Madeleine Leininger, en la cual se describe a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo y de su trayectoria vital, y del contexto de su entorno, busca generar un punto medio entre el conocimiento profesional, y cultural que se ha ido forjando a través del desarrollo de la vida, y la concepción del mundo que tiene la comunidad estudiantil respecto al autocuidado y todos los factores que influyen para que estos adopten estilos de vida saludables desde el contexto en el que se encuentran.(7)

El trabajo de investigación tuvo un enfoque cualitativo de tipo etnográfico, el cual buscó explorar, examinar y entender sistemas sociales de los grupos migrantes de la universidad Santiago de Cali(5), para comprender e interpretar ideas, creencias, significados, conocimientos o prácticas presentes en tales sistemas; la recolección de datos se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas en grupos focales de acuerdo a los criterios de selección.

Por último, se pretende que, con este trabajo la universidad logre involucrar en su accionar la promoción de entornos saludables y del cuidado a través del desarrollo de políticas públicas saludables, que fomente el bienestar entre todos sus miembros, de modo que se propicie el empoderamiento en cuanto al autocuidado, cuidado mutuo y del entorno, así como el impacto sobre condiciones o modos de vida de tipo estructural.

2 DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La desigualdad creciente en los estados de salud en todos los países del mundo incentiva la preocupación de los principales actores para intervenir en el desarrollo de actividades que protejan la salud de cada población y de cada individuo, es por esto que en los últimos años, se han elaborado diversos modelos con la finalidad de mostrar los nexos entre los factores de tipo sociocultural y la salud. De este modo, la Organización Mundial de la Salud y su Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, propone explicar dichas condiciones que impactan en la población, a partir del modelo de Determinantes Sociales (Estructurales e intermedios) para colocar en discusión la responsabilidad del Estado y los principales actores de la sociedad (incluyendo los de tipo educativo) en la salud y bienestar de los individuos, familias y comunidades.

Por lo tanto, y considerando los efectos en la salud propiciados por estructuras de tipo social, cultural y económico, se han generado tres ejes de intervención a partir de los determinantes sociales de la salud: 1. Mejorar las condiciones de vida, que reúne todas aquellas intervenciones dirigidas a grupos etarios específicos como la primera infancia, las mujeres, entre otros; 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, haciendo referencia a las acciones a nivel político del sector público que lleven a una gobernanza promotora de la equidad, y; 3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, que invita a que los determinantes sociales de la salud se conviertan en un objeto de evaluación y seguimiento por parte de los gobiernos. (8)

Con respecto al enfoque disciplinar de Enfermería y no ajeno a la corriente actual de la salud pública, la teorista Madeleine Leininger, expone a través de su mirada de transculturalidad en el cuidado, y apoyada en la corriente Marxista, que por encima de las relaciones económicas se establecen otras de origen ideológico alrededor de distintos grupos, así hablar de cuidado y salud alude o se relaciona directamente a la cultura: a las formas de nacer y morir, de casarse y de comer, a los temores, los tabúes y los mitos, a las formas de interacción social, de conducta, de solidaridad social, de conciencia pero también a los patrones de reproducción y de organización social y política, además de las ideas religiosas y morales, las leyes, las tradiciones y las costumbres.(9)

En Latinoamérica, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el plan estratégico Desarrollo sostenible y equidad 2014-2019, informa sobre los logros sostenidos en los determinantes de la salud y a su vez cómo éstos han impactado en la mejoría de la salud y de una reducción leve pero notable de la pobreza y la desigualdad, que a su vez contribuye a mejorar los índices de algunas enfermedades relacionadas específicamente con los estilos de vida de la población. Así, enfrentar, detener y revertir dichas enfermedades, se ha convertido en prioridad para los países de la región, teniendo en cuenta que éstas tienen repercusiones a nivel social, económico, familiar, dentro de las comunidades y que exige una respuesta integrada y multisectorial. (2)

En Colombia por ejemplo, ha aumentado la preocupación sobre la influencia de los determinantes sociales sobre la salud y se ha comprometido a trabajar sobre estos, por tal motivo ha surgido un nuevo pensamiento de interés público en el cual se abordan en las agendas públicas factores sociales, económicos y culturales. Las causas de los problemas de salud pueden ser determinados mediante un análisis de factores estructurales e intermedios, que condicionan la salud de una población. (4)

El modelo actual neoliberal, condiciona la aparición de factores que impactan la salud, la pobreza se erige como determinante relevante de este modelo, la pobreza multidimensional se forma a partir de cinco dimensiones: condiciones educativas, condiciones de la niñez y la juventud, salud, trabajo, acceso a los servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda. Con respecto a la educación, el modelo determina a su vez, políticas educativas y de gasto e inversión en cuanto a los procesos académicos que desencadena desigualdades e inequidades para la comunidad (4)

La desigualdad de ingresos, medida por el coeficiente de Gini, se configura como uno de los efectos de tal modelo económico en el mundo. Colombia, se ubica entre los países más desiguales del mundo en cuanto a distribución de ingresos (el segundo más inequitativo de América Latina, y el séptimo en el mundo), develando un coeficiente de Gini de 0.53 (10); en la ciudad de Santiago de Cali, ha disminuido en los últimos años según los datos reportados por el DANE ; La cifra más significativa registrada tiene relación con el ingreso económico y es del 64% del coeficiente. Además, se observa para el periodo 2010-2016 un nivel de desigualdad mayor que el de Barranquilla y similar al de Medellín y Bogotá. Esta

realidad explica, en gran medida, la difícil situación a la que se enfrentan los hogares colombianos al suplir los gastos básicos de vivienda, educación, transporte (11).

La migración interna, fenómeno social resultante de determinantes como la violencia, procesos de paz frustrados y condiciones socioeconómicas deficientes, se encuentra muy marcado en Colombia, y a su vez, está condicionando procesos de salud enfermedad en la población. Según el Departamento Administrativo de Estadística (DANE), entre los años 1885 y 2015, más de 2 millones de colombianos se fueron de su ciudad de origen, en búsqueda de las oportunidades que ahí no le son dadas; gran parte de esta población que han migrado de su ciudad de origen fueron jóvenes de distintos grupos étnicos; esta misma entidad realizó un estudio de investigación en el cual describen los aspectos de la migración interna en jóvenes afro-colombianos, el cual caracteriza el proceso de migración de esta población y se identifica que la decisión de migrar se ve influenciada por la oportunidades de empleo, un mejor salario, búsqueda de un mejor nivel de vida y el poder adquirir educación. (12)

Colombia, además de presentar tan marcadas desigualdades en cuanto a ingresos, se ubica en el puesto 26 de los países con más violaciones a los derechos humanos donde especialmente los pueblos indígenas, las comunidades afrodescendientes, los campesinos y los defensores de los derechos humanos, son las comunidades más afectadas debido al conflicto armado y procesos fallidos de paz por parte del Estado (13) (14). Por su parte, y teniendo en cuenta el fenómeno de la migración, la ciudad de Santiago de Cali es considerada como una de las ciudades que más alberga población migrante, según la encuesta de cultura ciudadana de Corpovisionarios de 2016, el 31% de los habitantes de Cali no nacieron en la ciudad, y para 2005 fue considerada como la casa del 50% de los habitantes del valle del cauca¹; así mismo el señor Freddy Cabezas presidente de la Federación de Colonias del Pacífico, afirma que el 30% de los caleños que ahora son adultos fueron cuidados por mujeres del pacífico, y se arriesga a considerar que Cali es una ciudad construida por el pacífico y dice “ muchos de los que llegaron eran albañiles que trabajaban en construcción, que tuvieron hijos maestros de obra y nietos que luego ingresaron a la universidad”(15)

Es así, como el fenómeno de la migración y los desplazamientos presentan un impacto considerable en la juventud, ante lo cual, se requieren sistemas educativos que atiendan a las

necesidades de quienes migran, promover e instaurar políticas incluyentes y cumplir el compromiso de equidad. Los docentes deben estar preparados para hacer frente a la diversidad; es preciso modernizar los mecanismos de reconocimiento de las cualificaciones y las necesidades de aprendizaje previo para sacar el máximo partido de las aptitudes de los estudiantes, creando programas específicos que fortalezca al estudiante en todos los determinantes sociales que puedan afectar su permanencia o la culminación de su educación. La educación es una herramienta que se utiliza para combatir los prejuicios, los estereotipos y la discriminación, un sistema mal diseñado pueden propagar una imagen negativa, parcial, excluyente o despectiva de los inmigrantes. (16)

La pobreza, subsecuente a dicho fenómeno y la educación, se convierten en determinantes sociales íntimamente relacionados al proceso salud-enfermedad; su análisis y abordaje integral puede contribuir de manera positiva a mejorar las condiciones de vida y salud de la población.(10); los bajos ingresos económicos en una familia va a generar que sus miembros no puedan contar con una vivienda adecuada, con educación y alimentación que le permita mantener buenas condiciones de salud, generando en los estudiantes bajas calificaciones, inestabilidades emocionales, conflictos al interior de cada familia, deserción estudiantil, rompimiento estructural social, y pérdida de la motivación obligando a la persona a mantenerse en un círculo de pobreza donde las personas no están en condiciones de satisfacer sus necesidades vitales. De este modo, las condiciones precarias en la educación o el bajo rendimiento influyen a su vez en las condiciones de empleo, inseguridad alimentaria, discriminación social, deficientes condiciones de vivienda, déficit en el autocuidado, aumentando los índices de desigualdades, y como resultado de estos eventos se ve afectando la salud de cada individuo.(4)

La deserción estudiantil a nivel de pregrado se ha convertido entonces en una “solución” ante dichas condiciones socio económicas, según el informe entregado por el gobierno sobre los determinantes de deserción 2014 se muestran los siguientes datos: El valle del cauca cuenta con una tasa de deserción en el nivel universitario del 45% antes del 5ª semestre y 54,02% antes del décimo semestre. Además, para cualquier número de semestres cursados, la tasa de deserción siempre es mayor para los individuos que trabajaban de los que no. Así mismo, el rango de edad que presenta mayor porcentaje es entre 21 y 25 años. El rango salarial de las familias para el cual hay mayor tasa de deserción es para aquellas que ganan entre 0 y 1

salario mínimo. El segundo rango para el cual hay más porcentaje es de 1 a 2 salarios mínimos, y a medida que se aumenta el rango salarial de la familia disminuye la tasa de deserción para todos los semestres. Se resalta también que, para todos los rangos en relación con el ingreso familiar, siempre hay mayor tasa de deserción en los estudiantes de entidades no oficiales, además las mujeres tienen una tasa de deserción menor que la de los hombres. (17)

Para el año 2016 en la Universidad Santiago de Cali, el informe SPADIES (Sistema de Prevención y Análisis de la Deserción en las Instituciones de Educación Superior), revela la siguiente información sobre deserción: Ciencias de la educación 11.09%; Ciencias de la salud 14.78%; Ciencias sociales y humanas 22.93%, Economía, administración, contaduría y afines 14.18%, Ingeniería, arquitectura, urbanismo y afines con 11.14%, Matemáticas y ciencias naturales 6.14%. la clasificación de deserción según el nivel de SISBEN es de 23,55% para nivel 1; por estrato tenemos que el estrato 3 tiene el mayor porcentaje de deserción llegando a 33.05%; además según el número de hermanos tenemos que los que tiene 1 hermano tiene el porcentaje más alto con un 18.44%, según el ingreso de la familia del estudiante se tiene que el mayor número de deserción está entre los que ganan entre 1 y 2 salarios mínimos con un porcentaje de 45.18%, seguido de los que tienen ingresos entre 2 y 3 salarios mínimos con un 23.55%. (18)

El programa de Enfermería presenta unas condiciones en particular de tipo estructural, como condiciones sociales, económicas y en este caso, de efectos migratorios que repercuten en sus modos de vida y prácticas de autocuidado en los estudiantes de primero a tercer semestre, debido a que se encuentran todavía en un proceso adaptativo. Proceso que presentara retos para estos estudiantes, tanto por el cambio de entorno cultural y social y por la directa relación con los altos índices de deserción universitaria en dichos primeros semestres. Retos que se afrontaran con base a su experiencia y conocimiento transmitidos por su familia y comunidad de origen. De esta manera, el ser universitario supone un cambio fundamental en el desarrollo de las personas, cambios relacionados con los determinantes sociales de la salud a nivel estructural según condiciones sociales, económicas, culturales no favorables mencionadas anteriormente, como también en sus estilos de vida individuales revelados en prácticas de autocuidado: hábitos nutricionales, actividades académicas y patrones de sueño y descanso

inadecuado, escasa actividad física y otras necesidades fundamentales para lograr el desarrollo humano, los cuales interfieren en el intento por mantener una vida saludable.(19)

Dada la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud, o factores de tipo social y cultural a partir del enfoque disciplinar de cuidado transcultural (Leininger), se enfatizó en la comunidad universitaria Santiaguina procurando el bienestar de esta, y resaltando la salud más allá del estilo de vida individual, se planteó así el presente trabajo de investigación, que buscó dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cómo determina la estructura social y cultural las prácticas de autocuidado de los estudiantes migrantes de 1 a 3 semestre del programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali periodo 2019b?

3 JUSTIFICACIÓN

La salud de una determinada población es el reflejo de desarrollo de una sociedad, la cual se visualiza por el grado de bienestar con la que se cuenta, esto se evidencia a través de indicadores como: esperanza de vida, morbilidad y mortalidad, entre otros (Frenk, 1992)(20) Es así como cobra gran importancia explorar las condiciones que afectan la salud en los diferentes escenarios de la vida, mediante el abordaje de los determinantes sociales en ciertos grupos específicos, siendo de gran importancia ya que, por medio de estos, se puede comprender la percepción y las causas de los problemas de salud, buscando dichas causas más allá de una lógica epidemiológica o biomédica.

El profesional de enfermería, en este sentido, debe hacer uso de los recursos, opciones y modelos universales, así como los que hacen que su profesión sea una disciplina, propugnando por el cuidado integral de la persona, familia, comunidad y entornos, así, la enfermería basada en la evidencia y la aplicación de teorías y modelos disciplinares a sus acciones de cuidado, fortalecerán no sólo la profesión sino que aportarán al bienestar y calidad de vida; la teoría de la Diversidad y Universalidad propuesta por la Dra. Madeleine Leininger, establece entonces pautas relevantes para el cuidado coherente, congruente y sensible en los diferentes contextos sociales y culturales del ser humano.

Para la región de las Américas el análisis de los determinantes sociales, reviste particular importancia dado que la inequidad y desigualdad en materia de salud siguen siendo los principales obstáculos para el logro de los Objetivos De Desarrollo Sostenible (ODS); las personas que viven en la región suelen verse afectadas de manera desproporcionada por las condiciones deficientes de la vida cotidiana causada por los factores estructurales y sociales (macroeconomía, etnicidad, normas culturales, educación, ingresos y ocupación), estas condiciones y factores son la causa de las desigualdades y las inequidades generalizadas y persistentes en materia de salud en todo el continente.(21)

Ampliando este aspecto, los estilos de vida y las prácticas de autocuidado como el reflejo de los determinantes sociales de la salud, adquieren relevancia como las conductas aprendidas por los individuos, orientadas hacia un objetivo y que se dan en situaciones concretas de la vida, en la cual hay una interacción de patrones individuales de conducta y características de

tipo sociocultural, además de incorporar valores, normas, actitudes y hábitos(22), en cuanto al estilo de vida de los jóvenes universitarios es de gran importancia conocer como varían estas conductas de acuerdo a las diferentes personalidades, el estatus socioeconómico, las preferencias y la organización del uso del tiempo libre, la influencia de los medios de comunicación, las amistades y los familiares, ya que estos factores condicionan los estilos de vida que adoptan.(23)

De esta forma, los determinantes o estructura sociales y culturales pueden influir sobre las actividades de autocuidado y la calidad de vida de los estudiantes migrantes de la universidad Santiago de Cali (USC), ya que estos grupos conforman una cantidad representativa dentro de la institución. La USC, como institución de educación superior, en este sentido, acoge y asume los cambios propios de la modernidad y la globalización acordes a las dinámicas sociales y culturales de la región. Reconociendo dichas necesidades del contexto, se hace pertinente adecuar los procesos educativos a la población, bajo estándares de calidad que cumpla con excelencia las funciones misionales y propiciando la participación de la comunidad, a través de mecanismos que respeten la diversidad, libertad de expresión, con igualdad de oportunidades y privilegiando el bien común.(24)

Al comprender las causas del proceso salud-enfermedad, se reconoce que los momentos del continuo de la vida determinan el desarrollo humano, y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo de este, por lo tanto, se podrá analizar ciertas necesidades específicas de la población estudiantil migrante de la USC, las cuales son de gran interés para mejorar su bienestar, y a su vez aportar al fortalecimiento de los procesos misionales de la universidad dentro de la estrategia universidades promotoras de salud, la cual busca involucrar en su accionar la promoción de entornos saludables a través del desarrollo de políticas públicas saludables, para fomentar el cuidado de la salud entre todos sus miembros, de modo que se propicie el empoderamiento en cuanto al autocuidado, cuidado mutuo y del entorno, así como el impacto sobre condiciones o modos de vida de tipo estructural.

Para el profesional de Enfermería, este trabajo de investigación contribuye al fortalecimiento de competencias epistemológicas e investigativas, liderazgo, innovación e intercambio de saberes enfatizando en el desarrollo humano, además de facultades artísticas e intelectuales

con pensamiento crítico y reflexivo; competencias que permitirán construir, reconstruir, readaptar y recontextualizar el conocimiento, de esta manera brindar cuidado integral a la persona, la familia y su entorno, a partir de la toma de decisiones basadas en procesos de investigación en un mundo cambiante y globalizado.

Finalmente, la investigación hará evidente el papel protagónico de las universidades en la sociedad, sus escenarios de formación a través de la educación, investigación y difusión del saber, los cuales apoyan a cambios importantes en la región y el país, su inmersión en la cultura e interés por las necesidades sentidas de su población se convierten parte de su misión social. De esta forma, las instituciones de educación superior buscan comprender los fenómenos, aportar soluciones que enriquezcan y orienten el futuro regional, nacional y mundial. (24)

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL.

Comprender la manera en que la estructura social y cultural influyen sobre las prácticas de autocuidado de los estudiantes migrantes de 1 a 3 semestre del programa de Enfermería, Universidad Santiago de Cali, periodo 2019B.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Entender como los estudiantes interiorizan y aplican el autocuidado de acuerdo con sus valores culturales.
- Interpretar la manera en que los vínculos familiares y las interacciones sociales influyen en las prácticas de autocuidado de los estudiantes.
- Explorar como las prácticas de autocuidado de los estudiantes se ven afectadas por los modos formales e informales de aprendizaje de estos.
- Conocer la forma en que los estudiantes adquieren bienes y servicios para satisfacer sus necesidades, sin poner en riesgo sus prácticas de autocuidado.

5 MARCO DE REFERENCIA

5.1 MARCO CONCEPTUAL

Proceso de salud enfermedad.

El concepto salud-enfermedad ha evolucionado en igual medida que el Hombre ha evolucionado durante el transcurso de la Historia y va a depender de las condiciones socioeconómicas de cada sociedad y el medio donde se producen las relaciones humanas. Los cambios en el medio ambiente ocasionados por la influencia del Hombre determinan cambios en las condiciones y la calidad de vida de las personas y va a repercutir de forma desfavorable en el proceso salud-enfermedad. (24)

Determinantes sociales de la salud.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. (25)

Determinantes intermedios.

Los determinantes intermedios incluyen las circunstancias materiales, entendidas como las condiciones de trabajo y de vida, las conductas relacionadas con la salud y los factores psicosociales y biológicos. Los sistemas de salud como determinantes se encontrarían también en este nivel. (26)

Dimensiones culturales y de la estructura social.

Hacen referencia a los modelos y características dinámicas, holísticas e interrelacionadas de los factores de estructura y organización de una cultura (o subcultura) determinada, donde se incluyen la religión (o espiritualidad), parentesco (sociedad), características políticas (ley), economía, educación, tecnología, valores culturales, filosofía, historia y lengua(25).

Enfermería transcultural.

Área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte.(26)

Concepción del mundo.

Concepción del mundo significa el sistema de concepciones y de ideas acerca de todos los fenómenos de la Naturaleza y de la Sociedad que circundan al hombre. La concepción del mundo surge en el proceso de la actividad históricamente concreta de los hombres y, una vez surgida adquiere enorme importancia en su vida cotidiana.(27)

Universalidad de los cuidados culturales.

Se refiere a la similitud o uniformidad en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan el cuidado como una humanidad universal.(25)

Diversidad de los cuidados culturales.

Hace referencia a las variables y/o diferencias de los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados en o entre colectivos, relacionadas con las expresiones de asistencia, apoyo o capacitación en los cuidados a las personas.(25)

Multiculturalidad.

Se habla de multiculturalidad cuando un espacio geográfico, físico o social reúne a distintas culturas que coexisten e intercambian a diario, pero sin que ninguna ejerza una influencia demasiado drástica sobre otras. Dentro de esta multiculturalidad se aceptan y reconocen todas las diferencias culturales, tanto las de índole racial o étnico como las religiosas o lingüísticas; e incluso se promueve el derecho a esta diversidad. Cuando estas comunidades logran convivir en un marco de tolerancia y respeto es que los expertos comienzan a hablar de multiculturalismo. (34)

Cultura.

Hace referencia a los valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupos o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra.(28)

Aculturación.

Adopción progresiva de elementos de una cultura extranjera (ideas, términos, valores, normas, conductas, instituciones) por personas, grupos o clases de una cultura determinada. La adaptación parcial o total es el resultado de contactos e interacciones entre diferentes culturas a través de la migración y de las relaciones comerciales. (35)

Cuidados culturales.

Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer explicar interpretar y predecir los fenómenos de los cuidados enfermero que permiten guiar los modos de acción en la práctica de esta disciplina Los valores las creencias y las prácticas de los cuidados culturales tienden a estar arraigados y están influidos por los contextos desde el punto de vista del mundo el lenguaje y religioso (espiritual) de parentesco social político educativo tecnológico etnohistórico y ambiente.(29)

Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales.

Se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura determinada a recuperar o conservar valores de los cuidados significativos para su bienestar, a recuperarse de las enfermedades o a saber afrontar impedimentos físicos o mentales, o la misma muerte(25).

Adaptación o negociación de los cuidados culturales.

Hace referencia a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura (o subcultura) determinada a adaptarse o a llegar a un acuerdo con otras culturas, para así obtener resultados beneficiosos y satisfactorios.(25)

Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales.

Se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a los pacientes a reorganizar, cambiar y modificar en gran medida sus modos de vida para obtener nuevos resultados, diferentes y beneficiosos.(25)

Contexto del entorno.

Se refiere a la totalidad de un entorno (físico, geográfico y sociocultural), situación o hecho con experiencias relacionadas, que otorgan significados que guían las expresiones y decisiones humanas con referencia a un entorno o situación particular.(25)

Salud pública.

La salud pública es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concienciación, la educación y la investigación. Para esto, cuenta con la participación de especialistas en medicina, biología, enfermería, sociología, estadística, veterinaria y otras ciencias y áreas; El desarrollo de la salud pública depende de los gobiernos, que elaboran distintos programas de salud para cumplir con los mencionados objetivos. Entre las funciones de la salud pública, se encuentran la prevención epidemio-patológica (con campañas masivas de vacunación gratuita), la protección sanitaria (control del medio ambiente y de la contaminación), la promoción sanitaria (a través de la educación) y la restauración sanitaria (para recuperar la salud).(30)

Desigualdad e igualdad en salud.

Desigualdad en salud se refiere a diferencias estructurales entre y dentro de grupos sociales, resultando en que algunos grupos tengan mejor salud que otros. Amplia evidencia describe el efecto nocivo de las diferencias entre grupos sociales en la salud, afectando negativamente a aquellos grupos que viven en desventaja socioeconómica. Igualdad en salud destaca que sociedades con menores diferencias en posición social presentan mejores indicadores globales y específicos de salud.(31)

Promoción de la salud.

La promoción de la salud es una estrategia para el desarrollo de la salud, el logro de la equidad, democracia y justicia social. La promoción de la salud mejora la calidad de vida y

bienestar de las personas a través de la aceptación de responsabilidad que los individuos tienen sobre su propia salud y del control que ellos ejercer sobre ella. La promoción de la salud no es una actividad aislada, pues involucra un proceso social y político más allá de acciones dirigidas a individuos, buscando la modificación de condiciones sociales, ambientales, económicas y su repercusión en el contexto individual y global.(31)

Prevención de la enfermedad.

Significa promover el bienestar de las personas a través de acciones anticipatorias del desarrollo de enfermedades, tras la reducción de riesgos para la salud. Se han distinguido tres tipos de prevención: primaria, que reduce un factor de riesgo para una enfermedad; secundaria, que diagnostica precozmente una enfermedad, reduce la duración y busca el tratamiento efectivo; y terciaria, que previene las secuelas, complicaciones y promueve la rehabilitación de la persona y su futura reinserción social. Para las UPS, la prevención es a nivel primario de intervención: se identifica un factor de riesgo y se diseñan intervenciones que reduzcan su presencia en la comunidad universitaria.(31)

Estilos de vida.

El estilo de vida es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal.

El estilo de vida que adoptamos tiene repercusión en la salud tanto física como psíquica. Un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud. Comprende hábitos como la práctica habitual de ejercicio, una alimentación adecuada y saludable, el disfrute del tiempo libre, actividades de socialización, mantener la autoestima alta.(31)

Autocuidado.

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la

enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano.

El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía.(32)

Calidad de vida.

Se define calidad de vida como la percepción del individuo en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e intereses. Se trata de un concepto extenso sobre el que influyen de manera compleja la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y la relación con los aspectos principales de su entorno. (31)

Bienestar universitario.

Bienestar Universitario es el conjunto de actividades, planes, programas y proyectos que se orientan al desarrollo físico, Psicoafectivo, espiritual, social y cultural de los Estudiantes, Docentes, personal Administrativo y en general comunidad institucional, para el cumplimiento de su misión, propendiendo por la creación de un clima adecuado para la formación integral de esta.(33)

Universidad promotora de la salud.

Una universidad promotora de la salud es aquella que incorpora la promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan, y a la vez, formarlos para que actúen como modelos o promotores de conductas saludables a nivel de sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general.(31)

El concepto de universidad saludable se basa en los principios de “ciudades saludables” que priorizan iniciativas de promoción de la salud dirigidas a la universidad como entorno, más que las estrategias de cambio de hábitos de cada persona en particular. Esto refuerza la idea que el foco de la estrategia está en construir ambientes físicos, síquicos y sociales que

influyan en mejorar la calidad de vida de la comunidad universitaria, más que concentrarse en modificar los estilos de vida individuales.(5)

Comunidad universitaria.

Está constituida por estudiantes, académicos y personal administrativo, quienes cumplen un rol imprescindible en el proceso enseñanza-aprendizaje, siendo responsables de orientar y apoyar las estrategias educativas de la institución. Esta tríada se encuentra en constante interacción, estableciendo una cultura local que define motivaciones, expectativas, creencias, actitudes y conductas.(31)

Deserción.

La deserción estudiantil universitaria se define como el abandono definitivo de las aulas de clase y abandono de la formación académica, que afecta emocionalmente por la sensación de fracaso al no culminar con los proyectos y aspiraciones. Para las instituciones representa una disminución en el rendimiento académico. Socialmente genera inequidad por la diferencia con los que logran culminar sus estudios. Y en lo económico por el costo que implica para el sistema educativo.(34)

Resiliencia.

Es la capacidad de adaptarse positivamente a la adversidad al enfrentarse al estrés o a sucesos traumáticos, en pocas palabras, da cuenta de la capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas. Desde la profesión de enfermería se busca comprender mejor a los pacientes y ayudarles a superar una situación estresante, como lo es su propio proceso de enfermedad. De esta forma, la promoción de la resiliencia de los pacientes supondría el desarrollo de un afrontamiento más adaptativo y positivo ante la enfermedad, acelerando su proceso de recuperación.(35)

Migración.

La migración es el cambio de residencia de una o varias personas de manera temporal o definitiva, generalmente con la intención de mejorar su situación económica, así como su desarrollo personal y familiar. Cuando una persona deja el municipio, el estado o el país donde reside para irse a vivir a otro lugar se convierte en un emigrante, pero al llegar a

establecerse a un nuevo municipio, estado o país, esa misma persona pasa a ser un inmigrante.
Los tipos de migración son: municipal, interna o estatal y externa o internacional.(36)

6 MARCO TEÓRICO.

6.1 EL MODELO DEL SOL NACIENTE.

Este modelo es uno de los pioneros de la enfermería transcultural. y representa una constelación que va de los cuidados culturales de la diversidad a los cuidados culturales a la universalidad. Está dividido en dos secciones: en la superior se tiene en cuenta desde la concepción del mundo, la estructura social y cultural como interactúan entre sí:

LOS VALORES CULTURALES y modos de vida que representan un conjunto de creencias, lenguas, costumbres, tradiciones y relaciones que identifican a una sociedad o grupo de personas, son diferentes y exclusivos en cada grupo social, el análisis de estos posibilita establecer la identidad cultural de las personas, sus hábitos, actitudes, comportamientos y como por medio del lenguaje interactúan con el contexto ambiental en el que se esté desarrollando su curso de vida.

LA FAMILIA Y FACTORES SOCIALES, vistos como todos esos vínculos intergeneracionales e interacciones sociales basadas en creencias culturales, valores, y períodos de vida recurrentes a lo largo del tiempo que proporciona a todos sus miembros normas, cuidados y protección, practicas, compañía, ideales, maneras de pensar, seguridad y socialización, los cuales influyen, de diferentes maneras, en la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones.

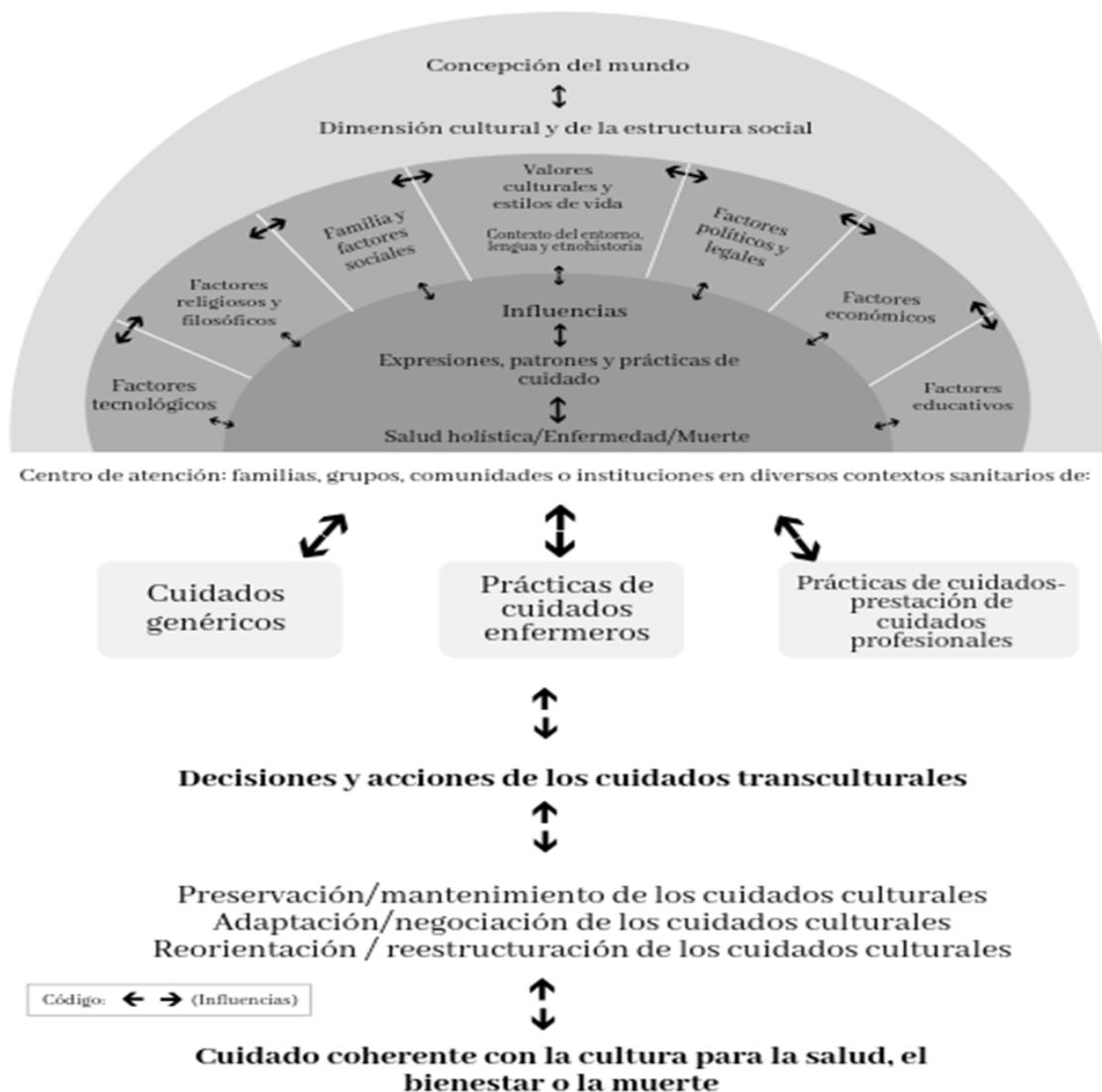
LOS FACTORES EDUCATIVOS, en donde se evidencian los modos formales e informales de aprendizaje, dentro de estos modos se le da gran importancia al uso de las herramientas tecnológicas las cuales brindan características psicológicas, ideológicas, profesionales, cualidades de capacidad, de competencia, de conocimientos e institucionales que afectan de forma tanto positiva como negativa el desempeño académico de los estudiantes y su propósito de desarrollo como individuo, dentro de estos procesos de socialización y endoculturación de los individuos estos desarrollan capacidades físicas e intelectuales, habilidades, destrezas, técnicas de estudio y formas de comportamiento ordenadas de acuerdo a cada uno de los propósitos sociales.

LOS FACTORES ECONÓMICOS, que se refieren a la capacidad adquisitiva que tiene el individuo para poder obtener bienes y servicios, para satisfacer las necesidades humanas y cumplir con expectativas planteadas.

La relación de todos estos factores bajo la concepción del mundo, la estructura social y cultural, tiene un impacto directo sobre la salud holística de los individuos la cual es significado de bienestar.

ILUSTRACIONES 1 EXPLICATIVO DEL SOL NACIENTE-MADELEIN(37)

Cuidados culturales



En la sección inferior se parte de la consideración de grupos, familias, comunidades e instituciones, siguiendo tres círculos en los que se circunscriben a ambos lados los sistemas genéricos o populares, los sistemas profesionales y, en el centro, los cuidados de enfermería como puente de unión entre ambos, y de esta manera la teoría establece tres tipos de cuidados

enfermeros: preservación y mantenimiento de los cuidados culturales de adaptación y/o negociación de los cuidados culturales y reorientación y/o reestructuración de los cuidados culturales.

En conclusión, Leininger toma de la enfermería los cuidados y de antropología la cultura. Estos dos conceptos se armonizan y complementan mediante el modelo del sol naciente, dado que, según el mismo, todos los cuidados tienen sus dimensiones culturales.(38)

6.2 DETERMINANTES SOCIALES Y SU IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN.

Las investigaciones modernas han evidenciado que el mejoramiento de la salud poblacional, en cualquier sociedad, se ve determinado por la influencia genética, el estado biológico y la forma en que viven las personas y la sociedad misma, el estado del medio ambiente y la disponibilidad de los servicios de salud y que por lo tanto mejora la productividad en todos los sentidos. Los cambios en el medio ambiente ocasionados por la influencia del hombre determinan cambios en las condiciones y la calidad de vida de las personas y va a repercutir de forma desfavorable en su proceso de salud-enfermedad. (39)

Los determinantes sociales y la influencia de éstos sobre la salud, han surgido como un nuevo pensamiento crítico de interés público, se definen como todas las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.(40)

Las causas de los problemas de salud pueden ser determinados mediante un análisis de factores estructurales e intermedios, que condicionan la salud de una población.

6.3 DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LA SALUD.

Cuando se habla de determinantes estructurales se refiere específicamente a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en

función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo “estructural” recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud. (1); Es decir los determinantes sociales “estructurales” son los cuales influyen significativamente en la clasificación socioeconómica y están relacionados por un contexto sociopolítico (por ejemplo, Posición social, Género, Raza y grupo étnico, Edad, Territorio, Acceso a la educación y Acceso al empleo).

Los determinantes estructurales son muy importantes, ya que son los que influyen significativamente en la estratificación, como la distribución de ingresos, la discriminación, configura las oportunidades y resultados en salud, ya que sitúa a las personas en posiciones desiguales de poder, prestigio y acceso a los recursos; Según la posición en la sociedad, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferencial ante los factores que ponen en riesgo su salud, influyendo a través de factores más específicos o intermedios (determinantes intermedios).(41)

6.4 DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD.

Los determinantes intermedios incluyen las circunstancias materiales, entendidas como las condiciones de trabajo y de vida, las conductas relacionadas con la salud y los factores psicosociales y biológicos. Los sistemas de salud como determinantes se encontrarían también en este nivel.

Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud.

Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud. A continuación, se proporcionan ejemplos de cada una de estas categorías:

- Circunstancias materiales: calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo.

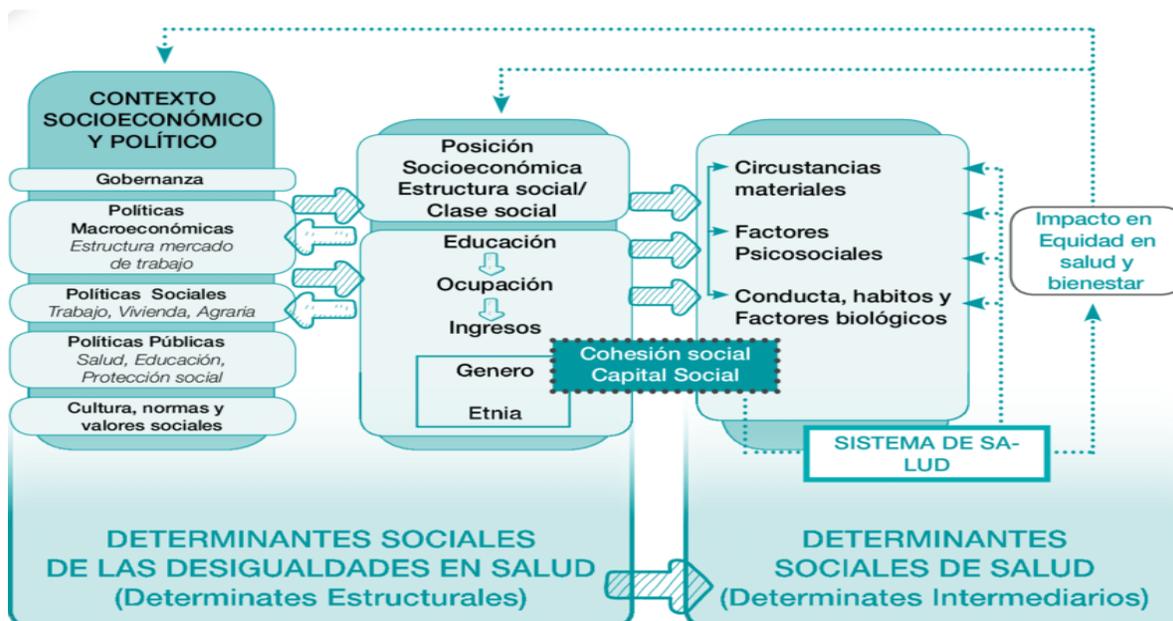
- Circunstancias psicosociales: factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.
- Factores conductuales y biológicos: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, drogas y alcohol; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.
- Cohesión social: la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud.
- Sistema de salud: exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas. (41)

Aun así, hay que realizar la salvedad en cuanto al enfoque que tienen los determinantes de la salud, ya que, se han transformado en indicadores o factores para determinar las Desigualdades en salud. Estas se refieren las diferencias estructurales entre y dentro de grupos sociales, resultando en que algunos grupos tengan mejor salud que otros. Amplia evidencia describe el efecto nocivo de las diferencias entre grupos sociales en la salud, afectando negativamente a aquellos grupos que viven en desventaja socioeconómica. En cambio, en sociedades con menores diferencias en posición social presentan mejores indicadores globales y específicos de salud.

Entonces cabe decir, que las instituciones gubernamentales o disciplinas, que acobijan la salud de la población, en planes y estrategias para el manejo de los determinantes y desigualdades en salud, tendrían gran relevancia y trascendencia.(42)

Dentro de los determinantes de tipo intermedio que pueden impactar el proceso salud-enfermedad, se destacan los valores culturales, los factores sociales y familiares y las condiciones educativas:

ILUSTRACIONES 2 SOLAR O IRWIN A. MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LA OMS. 2006



6.5 SALUD PÚBLICA Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

La salud pública es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concienciación, la educación y la investigación. Para esto, cuenta con la participación de especialistas en medicina, biología, enfermería, sociología, estadística, veterinaria y otras ciencias y áreas.

El desarrollo de la salud pública depende de los gobiernos, que elaboran distintos programas de salud para cumplir con los mencionados objetivos. Entre las funciones de la salud pública, se encuentran la prevención epidemia-patológica (con campañas masivas de vacunación gratuita), la protección sanitaria (control del medio ambiente y de la contaminación), la promoción sanitaria (a través de la educación) y la restauración sanitaria (para recuperar la salud).(30)

6.6 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PARA EL CUIDADO DE LA VIDA.

La promoción de la salud es una estrategia para el desarrollo de la salud, el logro de la equidad, democracia y justicia social. La promoción de la salud mejora la calidad de vida y bienestar de las personas a través de la aceptación de responsabilidad que los individuos tienen sobre su propia salud y del control que ellos ejercer sobre ella. La promoción de la salud no es una actividad aislada, pues involucra un proceso social y político más allá de acciones dirigidas a individuos, buscando la modificación de condiciones sociales, ambientales, económicas y su repercusión en el contexto individual y global.

La Organización Mundial de la Salud ha elaborado principios generales sobre promoción de la salud:

- Transformar las condiciones de vida que puedan estar influyendo negativamente sobre la salud.
- Estimular hábitos saludables de vida.
- Posibilitar el acceso a oportunidades de información, económicas, científicas y tecnológicas que favorezcan el control sobre la propia salud.

La promoción de la salud es uno de los pilares sobre los que se sustenta una sociedad exitosa, ya que es la clave para tener ciudadanos más saludables y también la vía para disminuir los gastos derivados de la enfermedad, sobre todo ante el escenario de cambio demográfico al que nos enfrentamos debido al envejecimiento de la población.(43)

Durante los últimos años el sistema de salud ha tenido modificaciones importantes orientadas al fortalecimiento de la Atención Integral de la Salud, fundamentadas en la estrategia de la Atención Primaria, que vino a cambiar el objetivo de la atención en salud, trasladando la prioridad de la atención a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

En la prestación de los servicios de salud del primer nivel de atención, las acciones dirigidas a la prevención de la enfermedad deben ocupar un lugar preponderante que permita incrementar los niveles de salud de la población.

La prevención de la enfermedad es una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una

perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema Nacional de Salud. Por lo anterior se dice que la prevención implica promover la salud, así como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, también rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención. Significa entonces promover el bienestar de las personas a través de acciones anticipatorias del desarrollo de enfermedades, tras la reducción de riesgos para la salud.(44)

Se han distinguido tres tipos de prevención: La prevención primaria: evita la adquisición de la enfermedad (vacunación, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc.). La prevención secundaria: va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión. La prevención terciaria: comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidadas e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes. Se habla en ocasiones de prevención cuaternaria que tiene que ver con las recaídas.

La aplicación de la prevención de la enfermedad permite según su nivel de intervención mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente se emana desde los servicios de salud y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables, que suelen ser con frecuencia asociados a diferentes conductas de riesgo de los individuos. La modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas primordiales de la prevención de la enfermedad.

En ese mismo sentido, lo anterior indica que es importante realizar intervenciones orientadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por lo tanto, se cree que la modificación de determinantes como los estilos de vida serían los más relevantes para tener un mayor impacto dentro de la promoción y prevención.(45)

6.7 ESTILOS DE VIDA Y SALUD.

El estilo de vida es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal.

El estilo de vida que adoptamos tiene repercusión en la salud tanto física como psíquica. Un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud. Comprende hábitos como la práctica habitual de ejercicio, una alimentación adecuada y saludable, el disfrute del tiempo libre, actividades de socialización, mantener la autoestima alta, etc.

Un estilo de vida poco saludable es causa de numerosas enfermedades como la obesidad o el estrés. Comprende hábitos como el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas), el tabaquismo, el sedentarismo, las prisas, la exposición a contaminantes, etc.

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. Los estilos de vida han sido considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo. Por lo tanto, adquirir estilos de vida saludable son una estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, que básicamente está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud, tal vez el momento clave o el inicio de esta tendencia fue en el año 2004 y se generó por una declaración de la organización mundial de salud, para mejorar los factores de riesgo como alimentación poca saludable y sedentarismo. De igual importancia sería hablar de la individualización y autonomía en el cuidado y mantenimiento de la salud, es decir, involucrar acciones de autocuidado, ya que cuidar de sí mismo es una responsabilidad permanente que tiene importantes repercusiones en el estado de salud y la calidad de vida de las personas, especialmente en la realización de actividades de la vida diaria que van más allá de suplir las necesidades básicas como alimentarse, dormir, entre otros.

Hacer conciencia de nuestro cuerpo y sus necesidades es el primer paso para desarrollar conductas que favorecen la salud física y mental, promoviendo la autoestima y autovaloración; trayendo consigo beneficios a mediano y largo plazo en el mantenimiento de

la salud y la prevención de enfermedades. Cuidar de sí mismo no es una actitud egoísta o vanidad sino una necesidad.(46)

Autocuidado individual y colectivo, una necesidad en el entorno universitario.

La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano.

El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía. Un adecuado autocuidado exige una educación sanitaria básica de la población en la que están implicados todos los agentes sanitarios, tanto las autoridades como los profesionales; en este sentido, el farmacéutico y la farmacia comunitaria tiene una particular responsabilidad, dada su situación privilegiada de accesibilidad a los pacientes y al conjunto de la población, así como por su condición de experto del medicamento. Un autocuidado racional y seguro se fundamenta en un ciudadano bien informado y debidamente asesorado para que pueda asumir con garantías la responsabilidad sobre su propia salud, adoptando las decisiones con criterio riguroso y actual.(32)

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción dirigido a mejorar la calidad de vida. Entonces se define la calidad de vida como la percepción del individuo en la vida en el contexto de la Cultura y sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e intereses. Se trata de un concepto extenso sobre el que influyen de manera compleja la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y la relación con los aspectos principales de su entorno.(47)

Por otra parte, los procesos de autocuidado que se relacionan directamente con la promoción de la salud, se han venido incursionando hace más de 20 años en el contexto universitario

surge como una iniciativa relevante para facilitar el desarrollo de conductas y estilos de vida saludable en el entorno donde estudiantes, académicos y personal universitario desarrollan parte importante de sus vidas.(33)

6.8 UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SALUD.

Una universidad promotora de la salud es aquella que incorpora la promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan, y a la vez, formarlos para que actúen como modelos o promotores de conductas saludables a nivel de sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general. Entonces al incorporar estrategias para la promoción de la salud toma importancia servicios como el bienestar universitario.(31)

Bienestar Universitario es el conjunto de actividades, planes, programas y proyectos que se orientan al desarrollo físico, Psicoafectivo, espiritual, social y cultural de los Estudiantes, Docentes, personal Administrativo y en general comunidad institucional, para el cumplimiento de su misión, propendiendo por la creación de un clima adecuado para la formación integral de esta.(33)

El concepto de universidad saludable se basa en los principios de “ciudades saludables” que priorizan iniciativas de promoción de la salud dirigidas a la universidad como entorno, más que las estrategias de cambio de hábitos de cada persona en particular. Esto refuerza la idea que el foco de la estrategia está en construir ambientes físicos, síquicos y sociales que influyan en mejorar la calidad de vida de la comunidad universitaria, más que concentrarse en modificar los estilos de vida individuales. La comunidad universitaria está constituida por estudiantes, académicos y personal administrativo, quienes cumplen un rol imprescindible en el proceso enseñanza-aprendizaje, siendo responsables de orientar y apoyar las estrategias educativas de la institución. Esta tríada se encuentra en constante interacción, estableciendo una cultura local que define motivaciones, expectativas, creencias, actitudes y conductas. Dichas características son importantes para el desarrollo personal y profesional del universitario, que tiene objetivo principal la culminación de dichos estudios como una motivación o razón de superación y demás motivaciones, y que si se ven truncadas representa un fracaso. Hecho que solo se evidenciara en el proceso de deserción.(5)

La deserción de estudiantes universitarios es un tema de mucho interés por las implicaciones personales, institucionales, sociales y económicas que presenta el fenómeno. Afecta emocionalmente por la sensación de fracaso al no culminar con los proyectos y aspiraciones. Para las instituciones representa una disminución en el rendimiento académico. Socialmente genera inequidad por la diferencia con los que logran culminar sus estudios. Y en lo económico por el costo que implica para el sistema educativo.

Según el Ministerio de Educación Nacional (MEN), la tasa nacional de deserción es del 48 por ciento, lo cual implica que de cada 100 estudiantes que se matriculan en un programa de educación superior, sólo 52 se gradúan en los tiempos académicos previstos para ello.

En un proyecto que realizó la Universidad Pedagógica titulado "La deserción estudiantil: un reto investigativo", muestra que el un 26 por ciento de los desertores parciales - los que van y vuelven - lo hacen por causas como el embarazo, y que hay dos momentos críticos en el proceso: el comienzo y el final de la carrera.(5)

EL Ámbito educativo no solo se ha visto modificado a través del tiempo por factores políticos, económicos y sociales que alteran tanto el desempeño de su población, sino también por factores geográficos y demográficos que cambian dicha población, en este caso universitaria, que además representa importantes datos en cuanto al acceso a la educación, condiciones para el desempeño en estas y su proceso de adaptación en todos los aspectos. En otras palabras, el fenómeno migratorio está cada vez más presente y de manera influyente en las comunidades educativas, principalmente universitarias. (36)

La Migración ha sido constante durante toda la historia humana y ha adquirido especial interés desde finales del siglo XX. La migración es el proceso a través del cual una persona o grupo de sujetos interrumpe sus actividades cotidianas y se desplaza de un territorio a otro, con el objeto de establecer una nueva residencia de manera temporal o definitiva. Sin embargo, existe un consenso en cuanto a los profundos y acelerados cambios económicos, sociales y políticos, que se produjeron en las últimas tres décadas a nivel mundial, los cuales se han sintetizado bajo el nombre de globalización. Estos cambios afectaron los patrones de movilidad y migración, interna e internacional.

El ámbito educativo, específicamente el universitario, cuya población responde al tipo de migrante calificado, registró un constante y vertiginoso incremento en las últimas décadas en

el orden mundial, representando un componente muy importante de los desplazamientos internacionales. Este flujo migratorio se manifiesta en una mayor presencia de estudiantes extranjeros en las universidades. A los clásicos programas de intercambio estudiantil con fines más bien culturales, se suman políticas explícitas de promoción de titulaciones de grado y postgrado en el exterior, así como de alianzas estratégicas para la investigación y el desarrollo tecnológico. Dos rasgos son característicos de este tipo de migración: una incidencia y dinamismo mucho mayor que la llamada migración de media y baja calificación, y un importante aumento en las últimas décadas.

En el proceso de migración entran en contacto personas de culturas diferentes, y en este intercambio no resulta fácil interpretar correctamente las acciones y los significados que los individuos intentan transmitir con ellas. Algunos autores sugieren que, para actuar de forma efectiva en otro contexto, las personas deben interesarse en contactar sujetos de grupos culturales diversos y ser sensibles a las diferencias entre la propia cultura y la ajena.(36)

6.9 CULTURA Y SALUD.

Entonces se debe comprender que la multiculturalidad es cuando un espacio geográfico, físico o social reúne a distintas culturas que coexisten e intercambian a diario, pero sin que ninguna ejerza una influencia demasiado drástica sobre otras. Dentro de esta multiculturalidad se aceptan y reconocen todas las diferencias culturales, tanto las de índole racial o étnico como las religiosas o lingüísticas; e incluso se promueve el derecho a esta diversidad. Cuando estas comunidades logran convivir en un marco de tolerancia y respeto es que los expertos comienzan a hablar de multiculturalismo.(48)

Dentro del paradigma pluralista, el multiculturalismo surgió como un modelo de política pública y como una filosofía o pensamiento social de reacción frente a la uniformización cultural en tiempos de globalización. Se ha concebido como una oposición a la tendencia presente en las sociedades modernas hacia la unificación y la universalización cultura, que celebra y pretende proteger la variedad cultural, al tiempo que se centra sobre las frecuentes relaciones de desigualdad de las minorías respecto a las culturas mayoritarias.(5)

Desde una mirada psicosocial, es relevante propiciar un entorno multicultural en los estudiantes que permita integrar la dimensión intercultural en la enseñanza y la investigación, fomentando el intercambio y la integración social y cultural de la comunidad universitaria.

Para este fin, es pertinente abordar la adaptación sociocultural. La adaptación sociocultural y conductual refiere al aprendizaje de habilidades y conocimientos culturalmente apropiados, tales como: el mantenimiento de cierto contacto de apertura, el intercambio, la retroalimentación y el afrontamiento de los problemas de la vida cotidiana provenientes del contexto del sujeto. A esto se le llama aculturación, que es la adopción progresiva de elementos de una cultura extranjera (ideas, términos, valores, normas, conductas, instituciones) por personas, grupos o clases de una cultura determinada. La adaptación parcial o total es el resultado de contactos e interacciones entre diferentes culturas a través de la migración y de las relaciones comerciales. (49)

Finalmente, la migración implica una serie de problemas, que son producto del diálogo cultural entre países con tradiciones y valores diferentes, pero también constituye una fuente de posibilidades, tanto para las personas como para las sociedades.(5)

7 MARCO ÉTICO Y BIOÉTICO.

7.1 INTERNACIONAL.

Declaración de Helsinki.

Esta declaración ha sido promulgada por la asociación médica mundial como un conjunto de principios éticos en los cuales se debe guiar la comunidad médica y demás personas que se dedican a la investigación y experimentación sobre seres humanos. Los principios de esta declaración son(50)

Principios básicos. El principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente o el voluntario, y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación, el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad, y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones. Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo.

Principios operacionales. La investigación se debe basar en un conocimiento cuidadoso del campo científico, una cuidadosa evaluación de los riesgos y beneficios, la probabilidad razonable de un beneficio en la población estudiada y que sea conducida y manejada por investigadores expertos usando protocolos aprobados.

Pautas o regulaciones adicionales

Los investigadores se encuentran frecuentemente con que diferentes códigos o pautas de acción regulan la misma actividad y deben entender las diferencias entre ellas.

8.1.2 Pautas éticas de CIOMS

Pautas éticas internacionales para la investigación. Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra 1993. Publicado originalmente en inglés

por CIOMS, con el título "International Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects".

Toda investigación o experimentación realizada en seres humanos debe hacerse de acuerdo con tres principios éticos básicos, a saber, respeto a las personas, a la búsqueda del bien y la justicia. Se está de acuerdo en general en que estos principios, que en teoría tienen igual fuerza moral, son los que guían la preparación concienzuda de protocolos para llevar a cabo estudios científicos. En circunstancias diversas pueden expresarse de manera diferente y también ponderarse en forma diferente desde el punto de vista moral, y su aplicación puede dar lugar a decisiones o cursos de acción diferentes. Las pautas presentes están orientadas a la aplicación de esos principios en los trabajos de investigación en seres humanos.(51)

El respeto a las personas incorpora al menos dos consideraciones éticas fundamentales, a saber:

- El respeto a la autonomía, que exige que a quienes tienen la capacidad de considerar detenidamente el pro y el contra de sus decisiones se les debe tratar con el debido respeto por su capacidad de autodeterminación, y

- la protección de las personas con autonomía menoscabada o disminuida, que exige que quienes sean dependientes o vulnerables reciban resguardo contra el daño o el abuso.

La búsqueda del bien se refiere a la obligación ética de lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación. Este principio da origen a normas que estipulan que los riesgos de la investigación sean razonables frente a los beneficios previstos, que el diseño de la investigación sea acertado y que los investigadores sean competentes para realizar la investigación y para salvaguardar el bienestar de las personas que participan en ella. La búsqueda del bien además significa condenar todo acto en que se inflija daño en forma deliberada a las personas; este aspecto de la búsqueda del bien se expresa a veces como un principio distinto, la no maleficencia (no causar daño).

- Pauta 1: justificación ética y validación científica de la investigación biomédica en seres humanos.
- Pauta 2: consentimiento informado.
- Pauta 3: riesgo/beneficio.
- Pauta 4: confidencialidad.

- Pauta 5: difusión.
- Pauta 6: poblaciones vulnerables.

8.1.3 Principios Bioéticos Universales

Principio de no maleficencia.

Se refiere a la obligación de no hacer daño a otros. Desde la ética hipocrática, los médicos han reconocido que están obligados a no hacer daño a sus pacientes y se expresa en la máxima latina “*primum non nocere*”. Incluye obligaciones de no matar, no causar dolor ni sufrimiento, no incapacitar, no privar a otros de bienes de la vida, no imponer riesgos de daños. En general, coincide con las buenas prácticas médicas, que le exigen al médico y al personal de salud darle al paciente los mejores cuidados prescritos según la *lex artis* o los códigos deontológicos de las profesiones, de realizar intervenciones diagnósticas y terapéuticas indicadas. La vulneración de este principio conduce a actos de mala práctica como negligencia, imprudencia o impericia(52).

Principio de respeto a la autonomía.

El principio de respeto a la autonomía tiene raíces en filosofía moral y en pensamiento político liberal. En filosofía moral, inspirada en Kant, la autonomía se refiere a autogobierno libre de interferencias controladoras y de limitaciones personales que impidan decisiones racionales.

El principio de respeto a la autonomía establece una obligación negativa de que otros no impongan restricciones controladoras a las acciones autónomas y una obligación positiva que requiere trato respetuoso a través de intercambios de información y otras acciones que estimulen la toma de decisiones autónomas. El respeto a la autonomía obliga a los profesionales de la salud y a los investigadores con sujetos humanos a revelar la información necesaria y suficiente y asegurar la comprensión y la voluntariedad de las decisiones.

Principio de beneficencia.

Se refiere en general a la obligación de realizar el bien (no solo de desearlo), que coincide con el principio cardinal de utilidad de las éticas teleológicas y consecuencia listas, destinada a prevenir y eliminar el daño y a promover el bien, así como lograr un balance positivo entre beneficios y daños. En medicina implica realizar un balance positivo entre bienes y daños,

maximizar los beneficios y minimizar los riesgos. Las intervenciones y las investigaciones médicas tienen riesgos, pero deben sopesarse con los beneficios para los pacientes, los sujetos de investigación y el público. Reglas morales más específicas de obligación del principio son: proteger y defender los derechos de los otros; prevenir el daño causado por otros; retirar las condiciones que puedan causar daños a otros; ayudar a personas con discapacidades y auxiliar a personas en peligro. Las acciones de atención en salud deben propender por el beneficio del paciente, su bienestar y sus intereses.

Principio de justicia.

Con el principio de justicia se entra en el campo de la filosofía social y política; se trata de regular la distribución o la asignación de los recursos limitados para satisfacer las necesidades y solicitudes. Las respuestas en términos de justicia distributiva recurren a criterios múltiples como edad, gravedad de la enfermedad, esperanza de vida, recursos económicos y oscilan entre tendencias liberales, utilitaristas y socialistas.

El principio de justicia expresa la exigencia de una regulación ética de las relaciones entre seres humanos que viven en sociedad. Existen diversas interpretaciones, pero es un principio muy importante en bioética porque tiene en cuenta las dimensiones sociales y políticas de los problemas. Cada sociedad civilizada es una empresa cooperativa estructurada por principios morales, legales y culturales que definen los términos de cooperación. Una persona de cualquier sociedad ha sido tratada justamente si es tratada de acuerdo con lo que es justo, debido o merecido.

7.2 NORMATIVIDAD NACIONAL.

La normatividad colombiana, que desde el ministerio de salud plantea todas las leyes y normas que se deban seguir para realizar estudios y ensayos clínicos en seres humanos, esta normatividad está dada en:

Resolución n^a 008430 de 1993

Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud:

Artículo 1. las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.

artículo 2. las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos deberán tener un comité de ética en investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema.

Artículo 3. las instituciones, a que se refiere el artículo anterior, en razón a sus reglamentos y políticas internas, elaborarán su manual interno de procedimientos con el objeto de apoyar la aplicación de estas normas

Artículo 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- A la prevención y control de los problemas de salud.
- Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
- A la producción de insumos para la salud.

Artículo 9. Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Artículo 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

Artículo 11. Investigación con riesgo mínimo: se consideran según la ley investigaciones con riesgo mínimo a todos aquellos estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas

psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución. Pese a que en la presente investigación no existe ninguna intervención física y psicológica directa, si se pueden abordar temas de sensibilidad en los participantes, considerando entonces la investigación con riesgo mínimo. (53)

Ley 911 de 2004.

Capítulo 4: Responsabilidad del profesional en la investigación y la docencia.

- Artículo 29:

En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales.(54)

- Artículo 30:

El profesional de enfermería no debe realizar ni participar en investigaciones científicas que utilicen personas jurídicamente incapaces, privadas de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas, en las cuales ellos o sus representantes legales no puedan otorgar libremente su consentimiento. Hacerlo constituye falta grave.

Tribunal nacional ético de enfermería.

Responsabilidades de la enfermera con la profesión y el desarrollo científico y tecnológico la óptica de la empresa cobra cada día mayor importancia en los servicios de salud. por lo tanto, este grupo de responsabilidades es pertinente a las enfermeras en cualquiera de los roles que ocupan y en algunos apartes se refiere en forma especial a quienes asumen funciones de gestión administrativa y de dirección de los servicios de enfermería.

- Dignificar la profesión con un comportamiento íntegro en todos los aspectos y momentos del ejercicio profesional.

- Propender por condiciones dignas de trabajo, jornadas justas, descanso, recursos, capacitación, seguridad en el ambiente laboral y un clima social armónico.
- Participar en las acciones colectivas en forma racional, respetuosa, responsable y convincente para mejorar las condiciones socioeconómicas de los profesionales de enfermería y la calidad de los servicios, sin poner en riesgo a quien recibe el cuidado de enfermería.
- Asumir las responsabilidades del ejercicio profesional dentro de condiciones que no pongan en riesgo a las personas, la calidad humana y técnica del cuidado y la capacidad del profesional.
- Autoevaluar y retroalimentar constantemente la práctica profesional para promover los cambios necesarios de acuerdo con los adelantos científicos y tecnológicos.
- Actualizar y evaluar los estándares de calidad y los procesos operativos para lograr niveles de excelencia en la práctica de enfermería.
- Respalidar la toma de decisiones con evidencias científicas derivadas de investigaciones en enfermería o en otras disciplinas y en los avances científicos y tecnológicos disponibles.
- Promover la formación de líderes y los relevos generacionales en la profesión de enfermería.
- Contribuir en el progreso de la profesión a través del estudio, la investigación y la proyección social.
- Hacer juicios de opinión para influir en los niveles decisorios sobre el análisis de situaciones sociales, la solución de problemas que afecten la salud, la calidad de vida de las personas y los intereses y derechos de la población.
- Salvaguardar la dignidad y el valor de la vida humana en la investigación y aplicación de avances científicos y tecnológicos.
- Conocer y utilizar en la práctica profesional la legislación y declaraciones nacionales e internacionales sobre investigación y experimentación con seres humanos.

8. MARCO POLÍTICO Y LEGAL

8.1 INTERNACIONAL.

8.1.1 Objetivos de desarrollo sostenible.

La Agenda 2030 refleja y responde a la creciente complejidad e interconexión de la salud y el desarrollo, incluida la ampliación de las desigualdades económicas y sociales, la rápida urbanización, las amenazas para el clima y el medio ambiente, el agobio continuo del VIH y otras enfermedades infecciosas, y los nuevos problemas de salud, como las enfermedades no transmisibles. El ODS 3 - “garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todas las edades”- y casi 50 metas a través de 14 objetivos son fundamentales para garantizar la salud y el bienestar para todas las personas. La cobertura universal de salud, basada en los principios de equidad, acceso y calidad, será integral para lograr el ODS 3, terminar con la pobreza y reducir las desigualdades. Las prioridades de salud global emergentes que no se incluyen explícitamente en los ODS, incluida la resistencia a los antimicrobianos, también demandan acción.

Conferencia mundial sobre determinantes sociales de la salud declaración política de Rio de Janeiro sobre determinante sociales de la salud 21 de octubre de 2011.

Las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud. Estamos convencidos de que, para actuar sobre esos determinantes, tanto en el caso de grupos vulnerables como en el de toda la población, es esencial conseguir una sociedad integradora, equitativa, económicamente productiva y sana. Considerar que la salud y el bienestar de la población son características fundamentales de lo que constituye una sociedad del siglo XXI exitosa, integrada y justa, es coherente con nuestro compromiso a favor de los derechos humanos en el ámbito nacional e internacional.(55)

Resolución WHA62.14 de la asamblea mundial de la salud.

Insta a los estados miembros a reducir las inequidades sanitarias actuado sobre los determinantes sociales de la salud:

- A que luchen contra las inequidades sanitarias en los países y entre éstos mediante el compromiso político sobre el principio fundamental de interés nacional de «subsana las desigualdades en una generación», según corresponda, y coordinen y gestionen las acciones intersectoriales en pro de la salud con el fin de incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas y, si corresponde, mediante la aplicación de instrumentos para cuantificar el impacto en la salud y en la equidad sanitaria.

- A que tengan en cuenta la equidad sanitaria en todas las políticas nacionales relativas a los determinantes sociales de la salud, y consideren la posibilidad de establecer políticas de protección social integrales y universales, y de fortalecerlas que prevean el fomento de la salud, la prevención de la morbilidad y la atención sanitaria, y promuevan la disponibilidad y el acceso universales a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar.

- A que aumenten la sensibilización entre los proveedores públicos y privados de asistencia sanitaria sobre el modo de tener en cuenta los determinantes sociales cuando prestan servicios de salud a sus pacientes.

- A que contribuyan a la mejora de las condiciones de vida cotidianas que favorecen la salud y el bienestar social a lo largo de toda la vida, involucrando a todos los asociados pertinentes, y en particular a la sociedad civil y el sector privado.

- A que contribuyan a la emancipación de los individuos y los grupos, especialmente los marginados, y tomen medidas para mejorar las condiciones sociales que afectan a su salud;

- A que generen métodos y datos científicos nuevos, o utilicen los existentes, adaptándolos a los contextos nacionales con el fin de abordar los determinantes y los gradientes sociales de la salud, así como las inequidades sanitarias.

-A que elaboren sistemas de información sanitaria y capacidad de investigación para seguir y medir la salud de las poblaciones nacionales, y utilicen y, si fuera necesario, mejoren los sistemas existentes, con datos desglosados, por ejemplo, por edad, sexo, origen étnico, raza, casta, ocupación, educación, ingresos y empleo, donde lo permita la legislación nacional y el

contexto, de modo que puedan detectarse las inequidades sanitarias y pueda medirse el impacto de las políticas sobre la equidad sanitaria.(56)

Plan estratégico OPS 2014-2019 en pro de la salud desarrollo sostenible y equidad.

Determinaste de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el curso de la vida: Abordar los determinantes sociales de la salud y promover la buena salud en las etapas clave de la vida, teniendo en cuenta la necesidad de abordar las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y aplicando enfoques basados en la igualdad de género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad.(2)

Fortalecer la capacidad del sector de la salud para abordar los determinantes sociales de la salud, mediante la adopción de la estrategia de la “salud en todas las políticas” y la promoción de una mayor participación y empoderamiento de la comunidad. (2) (57)

NACIONAL

Ley 266 de 1996 artículo 17.

Las competencias del profesional de enfermería en Colombia:(58)

- Participar en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas, programas, planes y proyectos de atención en salud y enfermería.
- Establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud.
- Definir y aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de enfermería.
- Dirigir los servicios de salud y de enfermería.

Ley 911 de 2004; Capítulo 3.

Responsabilidad del profesional de enfermería con las instituciones y la sociedad:

Artículo24: Es deber del profesional de enfermería conocer la entidad en donde preste sus servicios, sus derechos y deberes, para trabajar con lealtad y contribuir al fortalecimiento de la calidad del cuidado de enfermería, de la imagen profesional e institucional.

Capítulo 5. Responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y la docencia:

-Artículo 29: En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales.(54)

Decreto 1295 de 2010.

Por el cual se reglamenta el registro calificado y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior:

- Capítulo 2: condiciones para obtener el registro calificado:
- Artículo 6.- Evaluación de las condiciones de calidad de carácter institucional. La institución de educación superior debe presentar información que permita verificar:
 - Bienestar universitario.
 - La organización de un modelo de bienestar universitario estructurado para facilitar la resolución de las necesidades insatisfechas en los términos de la ley y de acuerdo con los lineamientos adoptados por el Consejo Nacional de Educación Superior - CESU.

La institución debe definir la organización encargada de planear y ejecutar programas y actividades de bienestar en las que participe la comunidad educativa, procurar espacios físicos que propicien el aprovechamiento del tiempo libre, atender las áreas de salud, cultura, desarrollo humano, promoción socioeconómica, recreación y deporte, ya sea con infraestructura propia o la que se pueda obtener mediante convenios, así como propiciar el establecimiento de canales de expresión a través de los cuales puedan manifestar los usuarios sus opiniones e inquietudes, sugerencias e iniciativas.(59)

Las acciones de bienestar universitario exigen la existencia de programas y servicios preventivos de salud para la atención de emergencias, primeros auxilios y situaciones de riesgo en las instalaciones de la institución de educación superior.

Las acciones de bienestar universitario para facilitar condiciones económicas y laborales deben comprender programas que procuren la vinculación de los estudiantes en las

actividades propias del programa que se encuentren cursando y la organización de bolsas de empleo.

Las acciones de bienestar en cultura deben estimular el desarrollo de aptitudes artísticas, facilitar su expresión o divulgación y fomentar la sensibilidad hacia la apreciación del arte.

El modelo de bienestar debe identificar y hacer seguimiento a las variables asociadas a la deserción y a las estrategias orientadas a disminuirla, para lo cual debe utilizar la información del Sistema para la Prevención y Análisis de la Deserción en las Instituciones de Educación Superior -SPADIES-, del Ministerio de Educación Nacional. Si se trata de un programa nuevo se deben tomar como referentes las tasas de deserción, las variables y las estrategias institucionales.

Para los programas a distancia o virtuales la institución debe plantear las estrategias que permitan la participación de los estudiantes en los planes de bienestar universitario.

Dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los grupos más vulnerables de la población y a los riesgos prioritarios en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales.

Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas.

Plan decenal de salud pública 2012-2021.

Enfoque de determinantes sociales de la salud y enfoque diferencial:

Un modelo integral de determinantes sociales de la salud debe lograr.

- Aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan desigualdades de salud;
- Indicar cómo los determinantes principales se relacionan entre sí;
- Proporcionar un marco para evaluar cuáles son los determinantes sociales de la salud que son más importantes abordar;
- Proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de políticas para la acción en torno a los determinantes sociales de la salud

El modelo del PDSP se orienta a:

- La afectación positiva de los determinantes estructurales de la salud (equidad social);
- Sentar las bases para un cambio en el enfoque de la gestión en salud (capital social y desarrollo humano);
- Mejorar las condiciones de vida y salud (determinantes intermediarios de la salud).

Las intervenciones deben promoverse con el concurso de la acción transectorial (salud en todas las políticas) que implica la creación de nuevas miradas, nuevos marcos referenciales, nuevas visiones y, sobre todo, una transformación cognitiva: “conocimiento orientado a la construcción de país”.(60)

Ley 1751 de 2015.

Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones:

- Artículo 2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.(61)

- Artículo 9. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.

Política de atención integral en salud PAIS 2016.

Estrategia atención primaria en salud APS. “La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana “La Atención Primaria en Salud se regirá por los principios de: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad”.(62)

Cuidados de la salud.

Comprende las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea. Parte del autocuidado e involucra una condición dinámica que integra en diferentes momentos de su vida su capacidad para acumular autonomía, capital de salud y capital social. También involucra el deber de la sociedad y de los sistemas de salud de realizar acciones que permitan ganancias en salud. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, “el autocuidado comprende todo lo que hacemos por nosotros mismos para establecer y mantener la salud, prevenir y manejar la enfermedad”. (OMS, 1998).

Enfoque diferencial.

El enfoque diferencial es la forma en que el modelo de atención reconoce y se organiza frente a las diferencias de las personas y colectivos con condiciones de vulnerabilidad y potencialidad asociadas a factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales (creencias y valores), económicos, ambientales, entre otros. Es una dimensión relativa, pues

cada persona tiene su propio nivel y tipo de vulnerabilidad en función de situaciones socioeconómicas, culturales, políticas, religiosas, de género y personales.

Resolución 3280 de 2018.

Ruta de manteamiento y promoción de la salud

propósito: contribuir a la garantía del derecho fundamental de la salud, y al derecho integral de las personas, familias, comunidades y los entornos donde viven y se desarrollan, mediante atención integral en lo relacionado con la promoción de salud y la prevención de la enfermedad a través de(63):

- La acción coordinada y efectiva del estado y la sociedad sobre los determinantes sociales de la salud.

- El seguimiento del estado de salud y el desarrollo integral de las personas en cada uno de los momentos del curso de vida.

- La identificación oportuna de las vulnerabilidades, factores de riesgo, riesgos acumulados y alteraciones que emergen en cada momento de la vital, que permita establecer intervenciones en salud a las personas, las familias y las comunidades.

- El desarrollo de capacidades, habilidades y prácticas en las personas, familias y comunidades para el cuidado y mantenimiento de la salud potenciando su desarrollo.

- La afectación de los entornos para que sean protectores y potenciadores de la salud y el desarrollo.

9. MARCO CONTEXTUAL.

Esta investigación se realizó en la universidad Santiago de Cali, la cual se encuentra Ubicada en el suroccidente colombiano; En la ciudad de Cali; Es una corporación de carácter civil, privada, de utilidad común, sin ánimo de lucro, fundada en el año de 1958, con personería jurídica otorgada por el Ministerio de Justicia mediante la Resolución No. 2.800 del 02 de septiembre de 1959 y reconocida como Universidad por el Decreto No. 1297 de 1964 emanado del Ministerio de Educación Nacional, con domicilio en la ciudad de Santiago de Cali, Departamento del Valle del Cauca, República de Colombia.

En la actualidad la Universidad cuenta con tres sedes una es el campus Pampalinda se encuentra ubicado en Calle 5, Carrera 62; la segunda es la sede Palmira Carrera 30, Calle 38 en la ciudad de Palmira, y la tercera se encuentra en el centro de la ciudad de Cali en Carrera 8#8-17 carrera 62.

Hoy la Universidad Santiago de Cali, patrimonio cultural de la ciudad, necesita tener un direccionamiento claro, basado en una Misión y Visión que inspire, comprometa y sirva de guía a su comunidad en la construcción de la Universidad del siglo XXI.

9.1 MISIÓN DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI.

Formar profesionales integrales, éticos, analíticos y críticos, que contribuyan al desarrollo sostenible y la equidad social, brindando para ello una educación superior humanista, científica e investigativa, con perspectiva internacional y criterios de pertinencia, calidad, pluralidad y responsabilidad social.(64)

9.2 VISIÓN DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI.

En 2024 la USC es una de las primeras universidades de docencia e investigación de Colombia, reconocida y referente por la alta calidad en sus funciones misionales, la pertinencia y relevancia de sus programas, el impacto social y el aporte al desarrollo con equidad de la región suroccidental, con un modelo educativo incluyente, centrado en valores humanistas, con perspectivas pedagógicas y curriculares de carácter global, fortalecida en sus procesos de internacionalización, con valiosas relaciones de cooperación y una administración basada en principios de buen gobierno.(64)

9.3 PRINCIPIOS DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI.

Calidad. La Universidad cumple sus funciones misionales y de apoyo, con criterios de excelencia y acorde con los óptimos establecidos para el sector, apoyadas en una cultura de la autoevaluación y mejoramiento continuo.

Democracia. La Universidad propicia la participación en el gobierno y orientación de los destinos de esta, a través de mecanismos directos e indirectos, con igualdad de oportunidades, respetando la diversidad y pluralidad, la libertad de expresión, privilegiando el interés y bienestar general.

Equidad. La Universidad promueve y propicia que las personas accedan a oportunidades, en condiciones justas e igualitarias, acorde con sus condiciones y posibilidades.

Ética. La Universidad adelanta y promueve sus actividades enmarcadas en valores universalmente aceptados, con apego a la legalidad y legitimidad, con criterios de rectitud, transparencia en el manejo de los recursos y rendición pública de cuentas.

Inclusión. La Universidad promueve el acceso a ella y sus servicios en igualdad de oportunidades, sin discriminación por orientación sexual, raza, condición socio económica, creencias religiosas, políticas o ideológicas, creando mecanismos para que quienes presenten algún tipo de limitación puedan tener también opciones, sin afectación grave de las competencias exigidas en cada caso.

Derechos humanos. La Universidad se reconoce como una institución pluriétnica y multicultural, que promueve la tolerancia y el respeto a los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales, culturales. - Responsabilidad social. La Universidad asume el cumplimiento de sus funciones misionales, deberes y compromisos con criterios de prioridad del bien común, protección al medio ambiente, propiciando el mejoramiento.(64)

9.4 ORGANIZACIÓN.

Dentro de su estructura organizacional La universidad santiago de cali esta conformado por el consejo superior universitario el cual esta integrado por un socio fundador, un profesor por facultad, un estudiante por facultad, un egresado por facultad y tres representantes por seccionales, El consejo academico esta conformado por cuatro representantes del estamento estudiantil de la universidad y cuatro representes del estamento profesoral de la universidad

ademas los cosejos de facultad estan integrados por dos representantes del estamento estudiantil de la facultad y dos representantes del estamento profesoral de la facultad.(64)

9.5 PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL PEI.

El Proyecto Educativo Institucional, aprobado mediante el Acuerdo 003 del Consejo Superior de 2003, describe las funciones de docencia, investigación y extensión, así como sus interacciones, que regulan el conjunto de los programas académicos de la Universidad sobre un marco de excelencia, calidad y autorregulación.

El PEI fue construido sobre la concepción responsable de la autonomía universitaria, reconoce la Misión, la Visión y los Principios de la Universidad, establece las políticas, estrategias y acciones para alcanzar las metas de formación propuestas, bajo el compromiso de ofrecer una educación superior de calidad. Los desafíos mediante los cuales se aspira a desarrollar el PEI han sido fruto de un debate abierto y democrático, organizado por las Directivas de la Universidad, con la participación permanente y dinámica de la comunidad académica. En el marco del proceso de definición del actual Plan Estratégico de Desarrollo Institucional 2014-2024 se ajustaron su misión, visión y principios fundamentales.(65)

9.6 PROGRAMA PIPE.

Es una iniciativa que articula las estrategias para la permanencia estudiantil que la Universidad Santiago de Cali viene desarrollando desde las Facultades, Bienestar Universitario y la Gerencia Financiera, que vincula a todos los actores de la Comunidad Académica y reconoce las acciones y propuestas que ellos han construido en el tema.

El propósito de PIPE es garantizar el abordaje integral del problema de la deserción coordinando un trabajo articulado y sinérgico de las dependencias académicas y administrativas, mediante la implementación de estrategias transversales a toda la USC, que puedan ser monitoreadas en su efectividad.(66)

¿Qué se puede encontrar en PIPE?

Convocatoria para monitores; Oferta de monitorias por periodo; Nombre de los Tutores y Monitores por periodo; Cronograma de Tutorías Académicas, Administrativas, Psicosociales y Profesionales; Instructivo para la inscripción a monitorias; Formatos para Tutores y Monitores Informes asociados a la deserción estudiantil para tus actividades académicas

(trabajos e investigaciones); Fechas para la presentación de pruebas de valoración Académica (Matemáticas, Lectura e Idiomas) Protocolos para la presentación de pruebas de valoración académicas; Agenda de talleres de Universidad Saludable; Alternativas de financiación y beneficios institucionales para el pago de los derechos de matrícula académica.

9.7 OFERTA ESTUDIANTIL.

En cuanto a los programas de grado, la universidad cuenta con las siguientes facultades: Facultad de Ciencias Básicas con Microbiología, Química y Química Farmacéutica; Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales; Administración de Empresas; Contaduría Pública, Economía; Finanzas y Negocios Internacionales Mercadeo; Facultad de Comunicación Social y Publicidad con Comunicación Social, Publicidad, Trabajo Social; Facultad de Derecho con derecho; Facultad de Educación con Licenciatura en Ciencias Naturales, Licenciatura en Ciencias Sociales, Licenciatura en Educación Física y Deporte, Licenciatura en Matemáticas, Licenciatura en Educación Infantil (Acreditación de Alta Calidad), Licenciatura en Lenguas Extranjeras Inglés - Francés; Facultad de Ingeniería Bioingeniería, Ingeniería Comercial, Ingeniería de Sistemas, Ingeniería Electrónica, Ingeniería en Energías, Ingeniería Industrial, Tecnología en Gestión de Procesos Industriales, Tecnología en Sistemas de Información; Facultad de Salud y la seccional Palmira con Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales; Facultad de Derecho; Facultad de Educación; Facultad de Salud con Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología, Instrumentación Quirúrgica, Odontología, Psicología, Terapia Respiratoria, Medicina, Tecnología en Mecánica Dental, Tecnología en Regencia de Farmacia, Tecnología en Atención Prehospitalaria.

9.8 POBLACIÓN ESTUDIANTIL.

Actualmente la universidad Santiago de Cali cuenta con alrededor de 18000 estudiantes, dentro de esta población se encuentra la facultad de salud con unos 5,202 estudiantes para el año 2019, según vicerrectoría académica el programa de Enfermería en los 10 semestres cuenta con una población de alrededor de 986 estudiantes, según esta fuente se debe resaltar que la oferta del programa de enfermería se ha consolidado durante los últimos años presentado el mayor número de aspirantes al programa para el periodo 2020^a, se ofertaron 120 cupos y se presentaron cerca de 500 aspirantes.

9.9 DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIONES.

La universidad Santiago de Cali, consciente de su responsabilidad social en el aporte a la sociedad del conocimiento y en la formación integral de profesionales, fomenta la investigación en todo su ámbito y contribuye de esta forma al desarrollo de su entorno regional y nacional. Enmarcada en los propósitos de la Política Nacional de ciencia y Tecnología definidos por Colciencias y articulada a las agendas regionales de Ciencia y Tecnología prioriza la investigación aplicada, sin obviar la investigación básica realizando esfuerzos por transitar de una universidad con investigación hacia una universidad científica.

Su actividad investigadora a través de diferentes estructuras. Entre ellas se pueden citar los Departamentos académicos, los Centros de Investigación y/o Estudio en las diferentes Facultades y los Grupos de Investigación constituidos en torno a determinadas Líneas de Investigación. genera condiciones para favorecer los procesos investigativos y se encarga de coordinar la promoción, el desarrollo, el seguimiento y evaluación de la investigación. La Comisión Central de Investigaciones, COCEIN, es el órgano asesor universitario a cargo de la definición de las políticas científicas universitarias.(67)

10 PROGRAMA DE ENFERMERÍA.

Tabla 1 FICHA TÉCNICA DEL PROGRAMA

Código SNIES Programa: 5098
Registro Calificado: Res. No. 9953 Julio 31 de 2013 MEN
Título para otorgar: Enfermero
Metodología: Presencial
Créditos Académicos 198

Duración: 10 Semestres

10.1 MISIÓN DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA.

El Programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali, forma profesionales integrales, éticos, analíticos, críticos, con calidad humana y sólidos conocimientos científicos e investigativos; capaces de identificar necesidades e interpretar el contexto, para brindar cuidados de Enfermería en los diferentes niveles de intervención, relacionados con el individuo, familia y comunidad a nivel local, regional, nacional e internacional con criterios de flexibilidad, pertinencia, calidad, pluralidad y responsabilidad social.

10.2 VISIÓN DEL PROGRAMA.

En el año 2024 el Programa de Enfermería será referente por la alta calidad de sus egresados, capaces de aportar a la transformación social en la región y el país, generando procesos académicos y desarrollo en el cuidado de enfermería, con un modelo educativo, incluyente, centrado en valores; fortalecido en la internacionalización e investigación y relaciones de cooperación a nivel regional, nacional e internacional.

10.3 PROPÓSITO DE FORMACIÓN DEL PROGRAMA DE ENFERMERIA.

Los propósitos de formación del programa de enfermería son los siguientes:

Formar profesionales con sólidos fundamentos éticos, desarrollando competencias básicas en investigación, liderazgo y el intercambio de saberes, enfatizando en la formación básica, formación profesional y desarrollo humano.

Desarrollar un juicio de valor que oriente un proceso dinámico y participativo, identificando las necesidades y la aplicación del cuidado de Enfermería.

Formar profesionales capaces de distinguirse por su capacidad innovadora, su trabajo académico, investigativo, profesional o manual;

facultades artísticas e intelectuales; desarrollo del pensamiento crítico y axiológico.

· Cultivar en los futuros profesionales la actitud de autoformación permanente e integral para apoyar y ejercer la educación desde cualquier contexto social y laboral.

10.4 PERFIL PROFESIONAL.

Consecuentes con el propósito de formación esperado para el egresado del programa de enfermería, a continuación, se especifica el perfil profesional:

- Profesionales competentes para brindar cuidado integral a la persona, la familia, comunidad y su entorno, ayudando a desarrollar al máximo las potencialidades individuales y colectivas.

Enfermeras(os), proactivas (os) con capacidad para resolver situaciones, desarrollar habilidades y tomar decisiones utilizando procesos de investigación en un mundo cambiante y globalizado.

Enfermeras(os), con una dimensión filosófica y epistemológica, que sean capaces de construir, reconstruir, readaptar y recontextualizar el conocimiento y hacerlo visible en sus prácticas cotidianas del quehacer de enfermería.

Profesionales con conocimientos, habilidades y destrezas suficientes para: la conducción y liderazgo de equipos multidisciplinares de trabajo y el gerenciamiento institucional básico.

11 MARCO DISCIPLINAR.

11.1 PRESENTACIÓN DE LA TEORISTA.

Madeleine M. Leininger (1925-2012) fue una enfermera y antropóloga estadounidense autora de la llamada enfermería transcultural. Nacida en Nebraska, se convirtió en la primera enfermera profesional que obtuvo un doctorado en antropología, uniendo ambas disciplinas en sus trabajos.

Después de obtener la licenciatura en Ciencias Biológicas, pasó a formar parte del personal de enfermería de un hospital en Omaha. Poco después, estudió enfermería psiquiátrica, siendo pionera en el establecimiento de un programa de especialidad clínica en enfermería psiquiátrica infantil.

La Dra. Leininger fue decana y profesora de enfermería en las Universidades de Washington y Utah, donde ayudó a iniciar y dirigir los primeros programas de doctorado en enfermería. Ella facilitó el desarrollo de programas de maestría en enfermería en instituciones americanas y extranjeras. Colaboradora y Leyenda Viviente de la Academia Americana de Enfermería, es profesora emérita en la Facultad de Enfermería de la Universidad Estatal de Wayne y profesora adjunta de la Universidad de Nebraska, Facultad de Enfermería.

La Dra. Leininger ha escrito o editado 30 libros, ha publicado más de 250 artículos y ha dado más de 1,200 conferencias públicas en los Estados Unidos y en el extranjero. Algunos de sus libros bien conocidos incluyen *Conceptos Psiquiátricos Básicos en Enfermería* (Leininger & Hofling, 1960); *Cuidar: una necesidad humana esencial* (1981); *Cuidar: la esencia de la enfermería y la salud* (1984); *Cuidado: descubrimiento y usos en la enfermería clínica y comunitaria* (1988); *Dimensiones éticas y morales de la atención* (1990d); y *Diversidad y Universalidad del Cuidado de la Cultura: Una Teoría de la Enfermería* (1991a).

Sus libros y artículos publicados cubren cinco décadas de acumulación de enfermería transcultural y cuidado humano dentro de muchas culturas en todo el mundo. En 1989, la Dra. Leininger fundó el *Journal of transcultural Nursing*, la primera revista de enfermería transcultural del mundo. Leininger realizó el primer estudio de campo del Gadsup de las Tierras Altas Orientales de Nueva Guinea a principios de los años 60, y desde entonces ha estudiado aproximadamente 25 culturas occidentales y no-occidentales.

Desarrolló el primer método de investigación de enfermería llamado ethnonursing que lleva por precepto la siguiente afirmación “los propios pacientes pueden guiar a sus enfermeros sobre qué cuidados son más apropiados para ellos dependiendo de su cultura.” Llevando así a los profesionales de enfermería a utilizar sus métodos de investigación cualitativa ethnonursing.

La aplicación de teoría de la diversidad y universalidad en el cuidado de la cultura se lleva a cabo siguiendo el llamado Modelo del Sol Naciente. Este define a las personas como individuos inseparables de su entorno cultural y de la estructura social. Es algo que, según la autora, debe tenerse en cuenta a la hora de prestarles cuidados sanitarios.

11.2 VISIÓN GENERAL DE LA TEORÍA.

Una de las contribuciones más significativas y singulares de la doctora Leininger fue el desarrollo de su teoría de la diversidad y universalidad en el cuidado de la cultura, que introdujo a principios de los años 60 para proporcionar una atención culturalmente congruente y competente (Leininger, 1991b, 1995). Ella creía que la enfermería transcultural podría proporcionar resultados significativos, terapéuticos y curativos. A medida que ella desarrolló la teoría, ella identificó conceptos de enfermería transcultural, principios, teorías, y conocimiento-basado en la investigación para guiar, desafiar, y explicar las prácticas de enfermería. Esta fue una innovación significativa en enfermería y ha ayudado a abrir la puerta a nuevas dimensiones científicas y humanistas de la atención a las personas de culturas diversas y similares.

La Teoría de la Diversidad y Universalidad en el Cuidado de la Cultura se desarrolló para establecer una base de conocimientos sustantivos para orientar a las enfermeras en el descubrimiento y uso de las prácticas de enfermería transcultural. En este momento, durante el período posguerra Mundial, la doctora, Leininger se dio cuenta de que las enfermeras necesitarían conocimiento y prácticas transculturales para funcionar con personas de diversas culturas en todo el mundo (Leininger, 1970, 1978). Muchos nuevos inmigrantes y refugiados venían a América, y El mundo era cada vez más multicultural.

Leininger sostuvo que el cuidado de personas de muchas culturas diferentes era una necesidad crítica y esencial, pero las enfermeras y otros profesionales de la salud no estaban preparados para hacer frente a este desafío mundial.

11.3 FACTORES QUE CONDUCEN A LA TEORÍA.

Una pregunta frecuente a menudo planteada la doctora Leininger es, "¿Qué le llevó a desarrollar su teoría?" Su principal motivación fue el deseo de descubrir conocimientos desconocidos o poco conocidos sobre las culturas y sus valores, creencias y necesidades fundamentales. La idea de la Teoría del Cuidado de la Cultura se le ocurrió cuando era enfermera clínica especialista en un hogar de orientación infantil en una gran ciudad del Medio Oeste (Leininger, 1970, 1991a, 1995).

A partir de sus observaciones focalizadas y experiencias diarias de enfermería con los niños en el hogar, se dio cuenta de que eran de muchas culturas diferentes, que difieren en sus comportamientos, necesidades, respuestas y expectativas de cuidado. En el hogar había jóvenes que eran anglo-caucásicos, afroamericanos, judíos americanos, Apalaches, y muchas otras culturas. Sus padres respondieron a ellos de manera diferente, y sus expectativas de los modos de atención y tratamiento eran diferentes. La realidad fue un shock para Leininger, ya que no estaba preparada para cuidar a los niños de diversas culturas. Del mismo modo, las enfermeras, los médicos, los trabajadores sociales y los profesionales de la salud en el hogar de orientación tampoco estaban preparados para responder a tales diferencias culturales.

Pronto se hizo evidente que necesitaba conocimientos culturales para ayudar a los niños. Sus conocimientos y experiencias de cuidado psiquiátrico y de enfermería en general fueron lamentablemente inadecuados. Decidió seguir estudios de doctorado en antropología. Mientras estaba en el programa de antropología, descubrió una riqueza de conocimiento potencialmente valioso que sería útil desde una perspectiva de enfermería. El cuidado de los niños de culturas diversas y la vinculación de esos conocimientos con el pensamiento y las acciones de enfermería constituían un desafío importante. Es esencial incorporar en la enfermería nuevos conocimientos culturales que vayan más allá de las necesidades físicas y emocionales tradicionales de los pacientes. Por otro lado, la doctora identificó dentro de su contexto unos signos y unas necesidades de cambio en la enfermería en América y en otros lugares, estos signos y necesidades fueron las siguientes:

1. Hubo un aumento del número de migraciones globales de personas de prácticamente todos los lugares del mundo debido a la electrónica moderna, el transporte y la comunicación. Estas personas necesitaban cuidados sensibles y apropiados.

2. Había indicios de tensiones y conflictos culturales cuando las enfermeras trataban de cuidar a extraños de muchas culturas occidentales y no-occidentales.
3. Había indicios culturales de temor y resistencia de los consumidores al personal sanitario, ya que utilizaban nuevas tecnologías y modos de tratamiento que no se ajustaban a sus valores y a su vida.
4. Había indicios de que algunos clientes de diferentes culturas estaban enojados, frustrados y mal interpretados por el personal de salud debido a la ignorancia de los clientes 'creencias culturales, valores y expectativas.
5. Había indicios de diagnóstico erróneo y maltrato de clientes de culturas desconocidas porque el personal de salud no entendía la cultura del cliente.
6. Había indicios de que las enfermeras, los médicos y otros profesionales de la salud se estaban sintiendo frustrados al cuidar de extraños culturales. Los factores de cuidado de la cultura de los clientes fueron en gran medida incomprendidos o descuidados.
7. Había indicios de que los consumidores de diferentes culturas, ya sea en el hogar, el hospital o la clínica, estaban siendo tratados de maneras que no les satisfacían y esto influyó en su recuperación.
8. Hubo muchos signos de conflictos interculturales y dolor cultural entre el personal que condujeron a tensiones.
9. Había muy poco personal sanitario de diferentes culturas que atendiera a los clientes.
10. Las enfermeras comenzaban a trabajar en países extranjeros en el ejército o como misioneras, y tenían grandes dificultades para comprender y proporcionar una atención adecuada a los clientes de culturas diversas. Se quejaron de que no entendían las necesidades de la gente', los valores, y los caminos de la vida.

Por estas razones y por muchas otras, fue evidente en los años 60 que las personas de diferentes culturas no recibían cuidados congruentes con sus creencias y valores culturales (Leininger, 1978, 1995). Las enfermeras y otros profesionales de la salud necesitan urgentemente conocimientos y habilidades transculturales para trabajar eficientemente con personas de culturas diversas. Mientras que los antropólogos eran claramente expertos en culturas, muchos no sabían qué hacer con los pacientes, ni estaban interesados en el trabajo

de las enfermeras, en la enfermería como profesión, o en el estudio de los fenómenos del cuidado humano a principios de la década de 1950. Por lo tanto, Leininger asumió un papel de liderazgo en el nuevo campo que ella llamó enfermería transcultural. Ella necesitaba desarrollar programas educativos para proporcionar prácticas de cuidado culturalmente seguras y congruentes que pudieran ser beneficiosas para las culturas, para enseñar a las enfermeras acerca de las culturas, y para encajar el conocimiento con las prácticas de cuidado.(68)

11.4 METAPARADIGMA DE LA TEORÍA.

Si bien el concepto de paradigma (KUHN, 1971) admite pluralidad de significados y diferentes usos, aquí se refiere al conjunto de creencias y actitudes, como una visión del mundo que, según Leininger, revela a continuación en los 4 conceptos del metaparadigma enfermero:

Persona: se refiere como el ser humano, se cuida y es capaz de interesarse por otros, aunque los cuidados son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

Entorno: No lo define explícitamente, pero se exponen los conceptos de la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental. Está muy relacionado con el concepto de cultura.

Salud: Estado de bienestar. Es culturalmente definida, valorada y practicada. Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos. Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidado de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud. Es universal a través de las culturas, aunque definido de manera distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.

Enfermería: se define como una ciencia y arte humanístico aprendido que se centra en las conductas, funciones y los procesos personalizados que promocionan y mantienen la salud o recuperan de la enfermedad. Tiene un significado físico, psico cultural, y social para aquellas personas que son asistidas. Utiliza tres modos de acción: preservación de los cuidados culturales, acomodación de los cuidados culturales y remodelación de los cuidados culturales. Utiliza un enfoque de resolución de problemas que se centra en el cliente, requiere la comprensión de los valores, las creencias y las prácticas específicas de la cultura del cliente.(69)

11.5 MODELO DEL SOL NACIENTE.

En la década de los 60, Leininger desarrolló métodos de Etnoenfermería, concebidos para estudiar de forma específica y sistemática los fenómenos de Enfermería Transcultural. Quizás una de las pretensiones más importantes de esta teoría es ser capaz de documentar, conocer, predecir y explicar de forma sistemática, a partir de los datos de campo, qué es lo diverso y qué lo universal acerca de la asistencia genérica y profesional de las culturas en estudio, dentro del marco formado por los componentes del llamado Modelo del Sol Naciente, y así su finalidad consiste en descubrir los puntos de vista personales o culturales, relativos a los cuidados, tal como se entienden y se aplican, y emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales.

Acerca del modelo teórico de Leininger, a pesar de contar con varias décadas de existencia - debido a que en EE. UU. el fenómeno de la diversidad cultural a escala importante antecede a los países europeos- sigue siendo un modelo útil en estudios de este tipo. La teoría de Leininger hace una síntesis entre la Enfermería y la Antropología, considerándolas mutuamente complementarias para el cuidado. Es válido su modelo en todas las sociedades, cada vez más multiculturales, donde el conocimiento de la diversidad y de la universalidad de los cuidados de Enfermería es fundamental para crear una base sustancial de conocimiento, convirtiendo a la profesión de Enfermería en una disciplina con vocación Transcultural y como mediadora entre culturas que entran en contacto con ocasión de necesitar sus cuidados.

Además, Leininger defiende la aplicación de métodos etnológicos cualitativos, en especial la Etnoenfermería, para estudiar los cuidados, tal y como se ha hecho en la presente investigación. Frente a otros Marcos Teóricos, la teoría de Leininger tiene una perspectiva holística conformando la teoría integral de Enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva global de la vida humana, así como su existencia a lo largo del tiempo. Incluye factores sociales, culturales, visión del mundo, la historia, los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares de cuidados (genéricos) y profesionales.(69)

El modelo del sol naciente simboliza la salida del sol (cuidados), La mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del

mundo que influyen en los cuidados y en la salud por medio del contexto del lenguaje, la etnohistoria y el entorno. Estos factores también influyen en los sistemas populares, profesionales y enfermeros, que se hallan en la parte central del modelo. Las dos mitades unidas forman un sol entero, que viene a significar el universo que Los profesionales de enfermería deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud, Según Leininger, el profesional de enfermería actúa como puente de unión entre el sistema (genérico) y el profesional. Según esta teoría, pueden establecerse tres tipos de cuidados enfermeros: preservación y mantenimiento de los cuidados culturales de adaptación y/o negociación de los cuidados culturales y reorientación y/o reestructuración de los cuidados culturales. El modelo del sol naciente describe a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno, lo que viene a ser un principio fundamental de la teoría de Leininger.

El sexo, la raza, la edad y el estatus social son factores de la estructura social y, por tanto, están sometidos a estudio. La dimensión biológica, la emocional y otras dimensiones se estudian bajo una perspectiva holística, por lo que ni se fragmentan ni se separan. La creación de la teoría, teniendo como base este modelo, puede tener lugar en varios niveles: a muy pequeña escala (personas en particular) para estudiar grupos, familias o comunidades, o fenómenos a gran escala (el estudio de varias culturas).(25)

12 METODOLOGÍA.

12.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.

Esta investigación se presentó bajo un enfoque cualitativo, el cual, permitió a los investigadores abordar el problema de manera flexible y acorde a la evolución presente en el contexto, ambiente y en el transcurrir del tiempo, además se logró analizar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean.

El diseño metodológico fue de tipo etnográfico, por medio del cual se buscó explorar, examinar y entender sistemas sociales (grupos migrantes de la universidad Santiago de Cali), se interpretaron, creencias, significados, conocimientos o prácticas presentes en tales sistemas.

12.2 POBLACIÓN Y/O UNIVERSO.

Teniendo en cuenta que el universo de un estudio de investigación es la totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinada característica susceptible a ser estudiada (factores de la estructura social y cultural) la población o universo para esta investigación estuvo conformada por toda la comunidad estudiantil migrante de 1ero a 3er semestre del Programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali.

12.3 MUESTRA.

Las dos consideraciones claves que guían los métodos de muestreo cualitativo son: adecuación y suficiencia. Una muestra adecuada es aquella conformada por personas o grupos representativos de la comunidad, quienes están en capacidad de proveer la mayor cantidad de información posible sobre el problema de estudio. El criterio de suficiencia se refiere a un muestreo exhaustivo de todas las posibles fuentes de información (personas, lugares, eventos, tipos de datos, tiempos, etc.) para responder a la pregunta de investigación y obtener una descripción comprehensiva del fenómeno estudiado; la suficiencia se consigue cuando se llega a un estado de “saturación informativa” y la nueva información no aporta nada nuevo, como lo indica Leininger, la saturación se alcanza cuando hay una redundancia en la información, en la cual el investigador consigue la misma o similar información y los informantes no aportan nada diferente a lo dicho o hecho anteriormente, de esta manera para la muestra para esta investigación fueron los estudiantes migrantes de primer, segundo, tercer

semestre porque se considera que de 4 semestre en adelante se logra una adaptabilidad a la estructura social y cultural en el programa de enfermería de la universidad Santiago de Cali.

12.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Tabla 2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Estudiantes matriculados del programa de Enfermería.	Estudiantes migrantes que simultáneamente hayan venido a estudiar y hayan conseguido trabajo.
Todos los que se encuentren cursando entre 1ª, 2ª, 3ª semestre en el periodo 2019B.	
Trasladados a la ciudad, con fines de ingresar a estudiar a la Universidad de Santiago de Cali.	

13 CATEGORÍAS

Tabla 3 MATRIZ DE CATEGORIZACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Estructura social y cultural que determinan el autocuidado en los estudiantes migrantes 1 a 3 semestre del programa de enfermería de la universidad Santiago de Cali, periodo 2019 B.				
PREGUNTA DE INVESTIGACION: ¿Cómo determina la estructura social y cultural las prácticas de autocuidado de los estudiantes migrantes de 1 a 3 semestre del programa de enfermería de la Universidad Santiago de Cali?				
OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACION: Comprender la manera en que la estructura social y cultural influye sobre las prácticas de autocuidado de los estudiantes migrantes de 1 a 3 semestre del programa de Enfermería, Universidad Santiago de Cali, periodo 2019B.				
OBJETIVO ESPECIFICO N° 1: Entender como los estudiantes interiorizan y aplican el autocuidado de acuerdo con sus valores culturales.				
OBJETIVO ESPECIFICO N° 2: Interpretar la manera en que los vínculos familiares y las interacciones sociales influyen en las prácticas de autocuidado de los				
OBJETIVO ESPECIFICO N° 3: Explorar como las prácticas de autocuidado de los estudiantes se ven afectadas por los modos formales e informales de aprendizaje				
OBJETIVO ESPECIFICO N° 3: Explorar como las prácticas de autocuidado de los estudiantes se ven afectadas por los modos formales e informales de aprendizaje				
OBJETIVO ESPECIFICO N° 4: Conocer la forma en que los estudiantes adquieren bienes y servicios para satisfacer sus necesidades, sin poner en riesgo sus prácticas de autocuidado.				
N°	CATEGORIA	DESCRIPCION	CODIGO	OBJETIVO
1	Valores culturales	Los valores culturales representan un conjunto de creencias, lenguas, costumbres, tradiciones y relaciones que identifican a una sociedad o grupo de personas, son diferentes y exclusivos en cada grupo social. De igual modo posibilitan establecer la identidad cultural de las personas, sus hábitos, actitudes y características sociales.(67) (68)	VALCUL	1
2	Familia y sectores sociales	Vínculos intergeneracionales e interacciones sociales basadas en creencias culturales, valores, y períodos de vida recurrentes a lo largo del tiempo que proporciona a todos sus miembros Normas, Cuidados y protección, compañía, seguridad y socialización, los cuales influyen, de diferentes maneras, en la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones.	FAMSOL	2
3	Factores educativos	Modos formales e informales de aprendizaje de características psicológicas, ideológicas, profesionales, cualidades de capacidad, de competencia, de conocimientos e institucionales que afectan de forma tanto positiva como negativa el desempeño académico de los estudiantes y su propósito de desarrollo como individuo. Dentro de estos procesos de socialización y endoculturación de las personas desarrollan capacidades físicas e intelectuales, habilidades, destrezas, técnicas de estudio y formas de comportamiento ordenadas con un fin social (valores, moderación del diálogo-debate, jerarquía, trabajo en equipo, regulación fisiológica, cuidado de la imagen, etc.)(69)	EDUC	3
4	Factores económicos	Se refiere a la capacidad adquisitiva que tiene el individuo para poder obtener bienes y servicios, para satisfacer las necesidades humanas y cumplir con expectativas planteadas.(70)	ECON	4

1

¹ Fuente elaboración propia

13.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La recolección de la información se llevó a cabo con base a la técnica de grupos focales la cual explora actitudes, comportamientos, ideas, percepciones y construcciones sociales de conocimiento, así como factores que les han influenciado, Se trató de una discusión informal, aunque estructurada, los grupos focales estuvieron integrados por; Grupo 1: 4 estudiantes, Grupo 2: 5 estudiantes, Grupo 3: 5 estudiantes y Grupo 4: 3 estudiantes. Estuvo bajo la guía de un moderador, se hablaron sobre temas de especial importancia para la investigación en cuestión (determinantes sociales de la salud en poblaciones migrantes de la USC).

13.2 INSTRUMENTO.

De acuerdo con la técnica de grupos focales, el instrumento que se usó para recolectar la información fue una entrevista semiestructurada, la cual permitió a los investigadores tener la libertad de incorporar nuevos temas que surgieron e incluso alterar, parte del orden en que se tratan.

Tabla 4 GUIÓN PARA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA INICIAL

CATEGORÍA	CÓDIGO	PREGUNTA
Valores Culturales.	VALCUL	<p>¿Para usted que es el autocuidado?</p> <p>¿Dentro de la comunidad de donde viene, como aprendió usted las prácticas de autocuidado?</p> <p>¿Hable acerca de cómo en su entorno cultural le transmitieron los conocimientos de autocuidado?</p> <p>¿Cómo aplica las prácticas de autocuidado que le enseñaron en su comunidad, ahora que está en el entorno universitario?</p> <p>¿La USC ha influenciado en que algunas prácticas de su autocuidado cambien o va no las realice?</p>
Familia y Sectores Sociales	FAMSOL	<p>¿Como influyen los valores que le han inculcado en su casa, en sus interacciones personales en la universidad?</p> <p>¿Cuáles son las formas de apoyo de su familia, y qué le significa?</p> <p>¿Hable de la manera como los nuevos vínculos sociales (compañeros, amigos, docentes) que ha adquirido dentro del contexto universitario, influyen sobre sus prácticas de autocuidado?</p>
Factores Educativos.	EDUC	<p>¿Hable acerca de las metodologías de estudio que utiliza?</p> <p>¿Qué prácticas de autocuidado desarrolla para sobrellevar la carga académica?</p> <p>¿Cuáles es el concepto que tiene usted acerca de los programas y estrategias de permanencia estudiantil (PIPE, Celo) que brinda la universidad a los estudiantes? ¿alguna vez ha hecho uso de estos?</p> <p>¿Describa cuál es el valor social que tiene para usted la carrera que estudia (enfermería)?</p>
Factores económicos.	ECON	<p>¿Cómo vive aquí y como se mantiene económicamente?</p> <p>¿De qué manera prioriza los gastos que tiene en la universidad?</p> <p>¿Cuáles prácticas de autocuidado se ven vulneradas cuando se le acaba el dinero con el que se sostiene en el mes?</p> <p>¿Qué piensa acerca de realizar trabajos informales como vender “gomitas”, realizar ensayos y trabajos académicos, dar monitorías, con el fin de sostener su mantenimiento?</p> <p>¿Cree usted que alguna de las acciones anteriores podría comprometer sus prácticas de autocuidado, si o no y por qué?</p>

² Fuente : elaboración propia

14 FASES DEL PROCESO INVESTIGATIVO.

14.1 FASE TEÓRICA CONCEPTUAL.

Se inició con la elección del tema, inicialmente surgieron como interés particular en la problemática, ciertos determinantes sociales y su impacto sobre las prácticas de autocuidado de los estudiantes que vienen de otras regiones y/o de las dificultades que atraviesan en su transcurrir académico. Se empezó entonces con la revisión de literatura, estructuración de marcos: teórico, conceptual, contextual, lo que logró proporcionar una base sólida que preparó al equipo investigador para la ejecución.

14.2 FASE DE PLANEACIÓN Y DISEÑO METODOLÓGÍA.

Durante esta fase se consolidó el método de investigación, el cual, y dado el tema de interés, se eligió el enfoque cualitativo para así poder obtener información más amplia con respecto a experiencias y significados de los estudiantes. Las tutorías fundamentaron la estructura del presente anteproyecto.

14.3 FASE DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.

La fase de recolección de los datos se inició una vez fue aprobado el anteproyecto, por los entes correspondientes, en este caso, el Programa de Enfermería y el comité de ética de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali. Para esta fase, se utilizaron instrumentos o técnicas básicas en el área de investigación cualitativa: el diario de campo y la observación; mediante éstos, los investigadores plasmarán sus observaciones de la realidad, del lenguaje no verbal, expresiones de los participantes. Fue importante por supuesto, la sensibilidad del equipo en el momento del contacto con los estudiantes, ese primer acercamiento requirió cualidades comunicativas y empáticas, de modo que se estableció una dinámica efectiva en las entrevistas.

14.4 FASE DEL ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS.

A partir de las categorías seleccionadas se realizó el procesamiento y análisis de los datos obtenidos, además se tuvieron en cuenta las categorías emergentes, por medio del software de interpretación de datos, se pudieron establecer interconexiones entre las categorías con el fin de tener una interpretación acertada de la información.

14.5 FASE DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

Los resultados serán socializados, primeramente, ante los jurados y la comunidad académica en la sustentación del trabajo de grado, posteriormente en el Programa a docentes y estudiantes como aporte a éste, y al área de Bienestar Universitario, considerando un tema de interés para la permanencia estudiantil.

14.6 ANÁLISIS DE DATOS.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó teniendo en cuenta las categorías seleccionadas y las emergentes según lo resultante de los grupos focales. Se utilizó el programa ATLAS. Ti, herramienta que facilitó la codificación de cada respuesta y asignación a las categorías de estudio.

14.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

PRINCIPIO DE RESPETO A LA AUTONOMÍA: El principio se aplicó en el momento que los participantes dieron su consentimiento informado de manera libre y voluntaria, esto le permitió decidir su participación o no del estudio o retirarse en el momento que lo desee, se dio un manejo confidencial de la información y se le reveló al participante la necesaria y suficiente asegurándole la comprensión de ésta.

Principio de no maleficencia.

Este principio no aplicó en este estudio ya que no es un estudio experimental en el cual se intervinieron variables por lo que no se vio afectado la población a estudiar.

Principio de justicia.

Este principio se aplicó al estudio ya que tuvo en cuenta a los participantes sin importar su género, estratificación social, ni su etnia.

Principio de beneficencia:

Este principio se aplicó en este estudio ya que se buscó fortalecer en la USC la promoción de entornos saludables a través del desarrollo de políticas públicas saludables, para fomentar el cuidado de la salud entre todos sus miembros, de modo que se propicie el empoderamiento en cuanto al autocuidado, cuidado mutuo y del entorno.

14.8 RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN:

Investigación con riesgo mínimo: se consideró según la ley investigaciones con riesgo mínimo a todos aquellos estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, Pese a que en la presente investigación no existió ninguna intervención física y psicológica directa, si se pudo abordar temas de sensibilidad en los participantes, considerando entonces la investigación con riesgo mínimo.

15 RESULTADOS

ILUSTRACION 3 ESTRUCTURA SOCIAL Y CULTURAL DE LOS ESTUDIANTES MIGRANTES ENFERMERÍA



Fuente: elaboración propia

15.1 VALORES CULTURALES Y ESTILOS DE VIDA, UN SELLO IMPRESO SOBRE LA VISIÓN DEL MUNDO UNIVERSITARIO.

Los cuidados culturales son actos encaminados a la capacitación, facilitación y apoyo enfocado culturalmente hacia uno mismo o hacia los demás, (25) estos actos se consolidan dentro del ser humano como acciones y decisiones que se toman con el fin de mantener el bienestar y la calidad de vida. En los estudiantes entrevistados **las prácticas de cuidado** están orientadas principalmente hacia un cuidado biológico o desde la corporalidad, el cual se relaciona principalmente con todas las prácticas de aseo e higiene (lavado de manos, bañarse, cepillarse los



ILUSTRACIONES 4 VALORES CULTURALES
Fuente: elaboración propia

dientes), así como actividad física y alimentación:

“A uno le enseñan que todo debe ser bajo en grasa, las comidas balanceadas, que no solamente es comer las cosas, ricas por decirlo hace que es la comida chatarra, sino que a uno le enseñan y le hace falta los granos, las ensaladas”. (E1GF2)

Sin embargo, se debe mencionar que, dentro de las diversas cosmovisiones y contextos culturales presentes en los estudiantes, algunos de ellos afirmaron que los cuidados van más allá de lo biológico, para ellos las prácticas de autocuidado cobijan su espiritualidad y la fortaleza de los lazos de unión con sus familiares:

“como yo voy a misa cada 8 días pues eso me protege la parte espiritual, que si yo estoy en constante comunicación con los míos eso me protege la parte social, que lo físico no es lo único que uno debe cuidar que es una parte muy pequeña de todo lo que somos pero que todas son importantes”. (E3GF4)

Dichas prácticas de autocuidado están inmersas en unos conocimientos previos que son **transmitidos en sus entornos**. Las creencias, costumbres y tradiciones elegidas y vividas por sus familiares se construyen en subjetividades que posteriormente consolidan dicho cuidado en acciones. Los estudiantes afirman que el cuidado de sí mismos para ellos se fundamenta desde el hogar o la casa, en ese entorno ellos van adquiriendo los conocimientos necesarios, a partir de experiencias de sus padres y sus abuelos, que les permitirán cuidar de ellos mismos, cuidar de otras personas e incluso cuidar del medio ambiente:

“En la comunidad se realizan jornadas mensuales en comunidad sobre algún tema en específico como cuidado de las zonas verdes, jornadas de limpieza.” (E1GF2)

Además, se evidencia que la transmisión de las prácticas de autocuidado también están sujetas a sus creencias religiosas y filosóficas, Leininger afirma que las prácticas sobrenaturales y naturales también tiene la capacidad de guiar pensamientos, acciones individuales y grupales encaminadas hacia un bienestar común(25), en los estudiantes este enfoque religioso y filosófico se evidencia de la siguiente manera:

“. En mi comunidad indígena allá se hace mucho lo de los rituales, en la laguna, en los ríos, de armonización de limpieza, cosas como que el mayor el T GUALA “el

sabio” te mira te revisa a ver como estas, si estas malo te hace algunos rezos y te recomienda algunas cosas” (E2GF2)

También se dice que los seres humanos son entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y estructura social, es decir, que sea cual sea el lugar geográfico o cultural en una línea de espacio y tiempo en la cual se pueda ubicar el ser humano, tomará decisiones sobre las prácticas de cuidado de sí mismo de acuerdo a las bases fundamentales adquiridas en su contexto originario ya sea familiar o comunitario, y con base a la estructura social donde se encuentre, procurando que esta no afecte su procedencia, una evidencia clara de esta idea es la siguiente afirmación de un estudiante:

“aquí a uno se le descontrola todo, porque por ejemplo hoy tenés clase al medio día, entonces al principio me costó regular el horario de la comida y terminaba desayunando y comiendo a las 4 de la tarde. Entonces hable con mi mama y me dijo que tratara de regular eso porque me podría dar una gastritis o sea como una complicación, entonces desde hace como un mes para acá, ya empiezo a traer algo para comer aquí para aliviarme, porque aquí mi mama también me compra mercado en la casa y otra cosa es todo lo que aprendimos en alimentación o sea cocinar y todo eso, yo creo que es primordial aquí, porque aquí en Cali estamos solos, y no tenemos como la vocecita de comer bien no, aquí ya estamos solos, y es donde se aplica el propio autocuidado que uno ha aprendido y se puede dar. y es ahí donde uno comprueba que todo lo que te enseñaron en casa lo aprendías o simplemente lo hacías mientras te veían” (E1GF3)

Acorde con lo anterior, se ha demostrado que componentes de la estructura social como la religión, la economía, la educación, la tecnología, la política, impactan la visión del mundo que tienen los seres humanos en un determinado momento y esta a su vez influye sobre **las prácticas de cuidado y la manera cómo las vivencian**, teniendo en cuenta el arraigo cultural y su origen, en este caso se evidencia como la visión del mundo universitario que tienen los estudiantes influye sobre las prácticas de cuidado de sí mismos que ya traen arraigadas desde su lugar originario:

“la verdad mi alimentación cambió, pues antes yo estaba acostumbrada a desayunar a las 7 am. más o menos ahora en algunas ocasiones me dan las 10 y no he comido

nada. incluso he subido de peso desde que estoy estudiando. pues aquí lo único que uno consigue son fritos, porque uno no sale a las 12 en punto ni a las 7 am, uno sale a las 10 pasadas cuando ya no hay nada bueno para comer” (E4GF1)

“el problema es que uno tiene una rutina y aquí todo se altera, se altera las horas de sueño, aumenta el estrés, aumenta la presión, en fin y muchas veces uno termina el viernes muy cansado, lo único que uno quiere es salir a divertirse un rato para sacar todo eso malo” (E2GF4)

“lo único que encuentro es “delicias del niche”, y salchipapas y empanadas, eso es más económico que comprar verduras lastimosamente.” (E3GF4)

La influencia de su entorno educativo también impacta en sus prácticas de autocuidado, y se torna algo paradójico, en cuanto que inculcan en las cátedras el cuidado y la integralidad del ser humano, pero para los estudiantes dichas prácticas se tornan conflictivas, así es importante considerar que las vivencias y adaptaciones de cada estudiante a los nuevos retos de la vida académica son diversas y generan luchas y retos, considerando también que los estudiantes del Programa de Enfermería en particular son personas que trabajan y estudian paralelamente, una prueba de esto es lo que refieren los estudiantes:

“claro, como tal nos han enseñado a cuidarnos y como nosotros somos personal de salud que estamos aprendiendo esto entonces si nos ha fomentado el autocuidado, pero ¿qué pasa? cuando ingresamos aquí a la universidad las saturaciones de trabajos, tareas, horarios, por ejemplo, en mi caso yo trabajo y estudio, entonces uno vive saturado de tantas cosas, que a veces uno piensa ¿no la universidad ¿sino el cambio que uno ha tenido que hacer que genere cambios negativos, sino que uno por el tiempo empieza a tener cambios negativos, entonces uno pierde la oportunidad de brindarse un mejor cuidado, a veces uno llega se baña, coge el uniforme y sale corriendo. sí alcanzo a comer ¡come!, Si no, pues no come, pero como tal la universidad no lo cambia a uno como tal, a uno le enseñan que sea mejor, pero como tal si influye. La universidad te enseña, pero por otro lado no te deja”. E1GF3

“En cuanto a la universidad considero que no me brinda esa parte de la alimentación sana, tiene unos programas que CELOA y los otros de bienestar, pero pienso en mis

dimensiones las otras, las de ir a la iglesia y por ejemplo comer saludable o donde encontrar verduras y esas cosas, pero a veces no encuentro o si hay es muy caro”. (E3GF4)

“La universidad te enseña te explica, te da las herramientas, pero en si esas herramientas uno no las utiliza porque es muy difícil tomar esas herramientas cuando el tiempo no alcanza o cuando la situación económica no lo deja, es muy difícil por ejemplo comerse algo saludable es recuro y cambiarlo por algo más barato que es más dañino.” E4GF3

15.2 LA FAMILIA EL PRIMER ENTORNO FORMADOR DEL AUTOCUIDADO Y ESTRUCTURA BASE DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL.

La familia es el fundamento de la vida social, siendo el principal hilo de conducción de la cultura la cual es vista como: **valores**, creencias, normas, influencias, practicas, y modo de vida de individuos, grupos o instituciones, aprendidos, compartidos y trasmitidos de una generación a otra, de esta manera, el contexto familiar es considerado como el primer **entorno** en el cual se fundamentan las bases del comportamiento humano, es donde se despierta y se descubre la vida.(70)



ILUSTRACIONES 5 FAMILIA Y SECTORES SOCIALES
Fuente: elaboración propia

Todas las influencias recibidas tempranamente en el contexto familiar han influido de manera generalmente positiva en las interacciones sociales y personales de los estudiantes que por motivos de estudio y en busca de mejores oportunidades se establecen en el contexto universitario de la universidad Santiago de Cali, estos consideran que lo que han aprendido en su contexto originario les ha servido como herramienta para establecer interacciones

personales como práctica de cuidado mutuo de manera adecuada, las cuales garantizan armonía durante su proceso de formación profesional, algunos estudiantes expresan lo siguiente:

“Influyen de manera positiva pues con ello puedo llegar a respetar a mis compañeros, respetar sus opiniones, no se brindar mi apoyo todo con un buen propósito” E1GF1

“yo creo que también los valores q me han enseñado en mi casa han influido y ciertamente me han impactado de manera positiva, en lo social, puedo formar un ambiente agradable con los demás” E5GF2

“Mis padres han sido muy aplicados y me han enseñado de todo, desde los valores y normas personales esas que uno debe tener con las demás personas, como el respeto por los demás hasta los valores que me deben caracterizar dentro de la sociedad, la responsabilidad con la comunidad y ese impacto que tengo que lograr por medio de esta profesión” E3GF4

Ahora bien, se considera que la familia no solo debe estar presente en las etapas tempranas de la educación (infantil, primaria, secundaria y bachillerato), sino que, también debe estar presente en las cuestiones serias y trascendentes como lo son el comienzo de la etapa universitaria(71), esto quiere decir que, durante esta etapa es importante contar específicamente con el sostén afectivo y económico de la familia con el fin de que el estudiante universitario migrante pueda llevar adelante el proceso de formación profesional, sobreponiéndose al desafío de esta nueva experiencia, creando nuevos vínculos fortalecidos en su aprendizaje vital(72), una evidencia de lo anterior son las siguientes respuestas frente a la forma y el significado del **apoyo familiar**:

“Obviamente en la **parte económica** es lo que más influye, pero su apoyo a distancia siempre es una motivación para seguir y serles más adelante reciproco en esa ayuda.” E4GF1

“... Los aportes que me dan mis papás, es la parte económica y también emocional, pues económica es por todos los gastos, que he tenido acá en la universidad, y todo, y emocional porque sí hablo con ellos todos los días, y eso es importante para mí.” E2GF2

“Pues yo pienso que es muy importante que lo apoyen a uno, por que como estamos hablando aquí el tema de que a veces uno se siente solo, se siente mal entonces, a uno le hace falta que lo llame la mama o el papa, y le diga vea siga adelante.” E2GF3

Con respecto al apoyo familiar, se resalta que éste se refleja a futuro en los estudiantes, como una esperanza de retribución al esfuerzo que realizan las familias para ofrecer mejores condiciones a sus hijos, es decir, tanto éstas como los propios estudiantes, esperan que una vez profesionalizados aporten a mejorar la calidad de vida y de bienestar en sus núcleos familiares, de acuerdo a las realidades y contextos sociales; la mayoría de los estudiantes entrevistados provienen de familias pertenecientes a sectores sociales, que retoman desde su cosmovisión, el estudio de sus hijos como oportunidad de crecimiento y realización personal y social, en busca de compensar el sacrificio económico y en cierto modo emocional de dicho proyecto de vida, así como se expresa:

“A pesar de que la situación no está como para pagarme el estudio, así como otros pueden, es un esfuerzo que yo debo agradecer mostrando los resultados en el estudio”.
E1GF1

“Es un esfuerzo muy grande yo debo aprovechar esa oportunidad sacando buenas notas y no defraudarlos” E2GF1

Por otro lado, para los estudiantes migrantes, se vuelve de gran importancia crear redes de apoyo social, por medio **de vínculos empáticos**, generalmente se apoyan entre sí, es decir cuentan con la capacidad de identificar a otros estudiantes de su misma condición de migración o incluso de sus mismas comunidades, por otro lado, también manifiestan que sus otros compañeros los han acogido de buena manera como lo manifiestan a continuación:

“Estoy viviendo con un muchacho que estudia en la Univalle, él ya ha sido como un hermano para mí, entonces él está pendiente de mi “ya hizo tal cosa, ya leyó, “entonces pues él me apoya” E4GF2

“Esa amiga ha influenciado en mí de manera positiva, por que como que ella, me ha acogido, ella me dice ya comiste, tal cosa, como que está muy pendiente de mí, y de hecho la familia de ella también ha estado muy pendiente, pues ya es tanta la confianza que a veces me quedo en la casa de ella, y todos son muy atentos conmigo”
E1GF2

Por último, Durante este proceso de socialización, el estudiante migrante establece un vínculo entre el proceso de conservación de su cultura, y la manera en cómo incorporará a ésta, elementos de la nueva cultura, generalmente usa dos herramientas:

La primera: auto – reprensión sumisa en la cual preserva las prácticas tradicionales y la protección de la estabilidad compuesta por valores de seguridad, conformidad y tradición (los aprendizajes que ya trae desde casa).(72) Esta se puede ver en la siguiente respuesta:

“Eso de que mis amistades influyan en mi autocuidado depende de mí y de mis decisiones o de los valores de base que traigo de mi casa, porque tengo compañeros que fuman y beben y son muy vagos, pero a la final yo soy el que decido si esas prácticas afectan las mías o no lo hacen”. E5GF3

La segunda: autotranscendencia en la cual integra valores que destacan la aceptación de otros como iguales, así como la preocupación por su bienestar(72), en las siguientes respuestas se ve evidenciado:

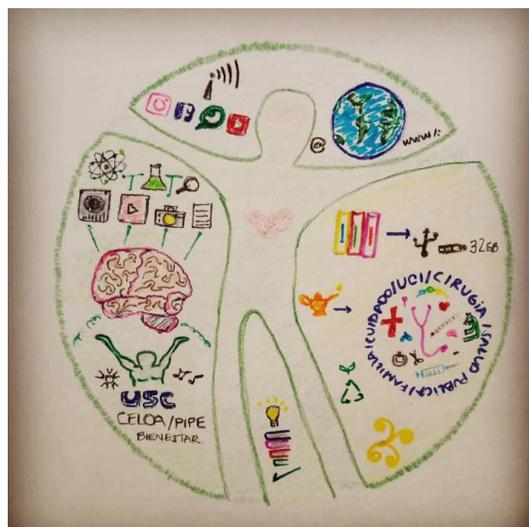
“Pues influye en si muchos amigos, yo si los considero amigos, con las personas que trato, porque o sea, no solamente aportan cosas de estudio, sino que también, hay una actividad mutua, de emocional, y si nos cuidamos entre todos ... es como una atención que nos brindamos mutuamente. también hemos escuchado o nos han ofrecido drogas y además me paso el anterior semestre, menos mal este semestre no me tocó con esa persona, igual yo no caigo en esas cosas”. E2GF2

“El semestre pasado y este yo he tenido amigos de toda clase, tanto buenas amistades como malas amistades, pero pues mi familia y mi mama siempre me ha dicho que uno puede tener amigos de toda clase, pero uno no se debe dejar influenciar, de manera mala”. E1GF4

15.3 EL ESCENARIO EDUCATIVO: UN COMPLEJO SISTEMA QUE IMPACTA EL CUIDADO EN EL UNIVERSITARIO MIGRANTE.

La forma en que aprenden los estudiantes está sujeta a condicionantes como; contextos socioculturales diferentes, sistemas universitarios con particularidades en el acceso, situaciones económicas que limitan la equidad o limitaciones metodológicas y de obtención de evidencias.

En la revisión de la literatura sobre los estudiantes universitarios, se apuntaba a que la formación universitaria presentará cada vez más un escenario múltiple y diverso en el que será



ILUSTRACIONES 6 FACTORES EDUCATIVO

Fuente: elaboración propia

muy difícil aferrarse a viejos planteamientos. Los tiempos han cambiado, en lo que respecta a la enseñanza universitaria, algunos visionarios auguran no cambios, sino metamorfosis en los jóvenes que harán irreconocible la universidad del siglo XXI. Una serie de factores están asociados al cambio acelerado en el planteamiento de la formación superior y su impacto directo en cómo se enseña y se aprende: La explosión del conocimiento: alta velocidad y cantidad en su generación y, a la vez, obsolescencia del mismo, y revolución en las comunicaciones con una cada vez más masiva(73) **presencia de las tecnologías de la información y comunicación** en la enseñanza superior:

“Yo aprendo mejor viendo vídeos que en el libro. Porque jum... Cuando trabajo con esas guías de enfermería, cuando son muy extensas las lecturas, me pierdo y no logro como enfocarme, paso mucho trabajo, entonces yo aprendo más viendo vídeos e imágenes...” E5 GF2

Los estudiantes universitarios plantean una diversidad de metodologías de aprendizaje, con un mismo patrón de multicausalidad, debido a que es una generación caracterizada por ser nativos digitales, muy diversos social y culturalmente, conectados y a la vez solitarios, inmersos en una situación de crisis económica, más inmaduros y dependientes, pragmáticos en sus estudios y con una gran capacidad para obtener información. El docente deberá

atender a estudiantes cada vez más diversos con muy diferentes metodologías y tecnologías docentes:

“Mi metodología de estudio es prestar atención en clase, tomo apuntes y hago grabaciones. Porque siento que repetir la clase y viendo mis apuntes son de mucha ayuda, debido que algunos temas son bastantes complejos y no es suficiente con la explicación de algunos docentes. Y no me gusta estudiar con mis compañeros me funciona mejor haciéndolo sola.” E1 GF3

Los estudiantes universitarios en general, presentan como ya es visto, unas cargas laborales, personales y enfrentan el **nuevo reto académico**, sumado a otros deberes o responsabilidades adicionales, a las que muchos de ellos no están adaptados o no han desarrollado las habilidades para afrontar estos cambios. El autocuidado, en este sentido, es una de las prioridades para la salud, como respuesta a las demandas actuales de salud, es una acción individual influida por factores, personales, culturales y sociales, entre estos la educación, la promoción y educación para la salud, necesaria para la toma de decisiones que proyecte a la persona hacia el mundo social de manera constructiva.

En este sentido la formación profesional, tiene como finalidad proporcionar al individuo conocimientos, habilidades y el desarrollo de actitudes y valores requeridos para una actividad en particular, en este caso de enfermería, que permita interiorizar esquemas mentales que conforman un hábito profesional. Se espera que con esa formación no solo se responda a las demandas propias de salud, sino también a los requerimientos de la sociedad a la que atiende.

Sin embargo, las prácticas de autocuidado deberían ser coherentes con lo aprendido, con frecuencia tanto los profesionales de la salud, como los estudiantes de enfermería demuestran lo contrario, es decir, a pesar de saber cómo se debe actuar para favorecer la salud, presentan comportamientos nocivos para la misma, según (Roux, 1994) denomina “**paradoja comportamental**” Esto permitiría afirmar que lo enseñado en las aulas universitarias, no es garantía para que los estudiantes de enfermería adopten prácticas de autocuidado, como se evidencia a continuación:

“Ahí entra lo de procrastinar. Cuando estoy muy estresado como y duermo antes no estoy obeso” E1; GF2

“Ahora que estado muy estresado y no quiero saber nada de la Universidad duermo unas 2 o 3 horas máximo” E5, F2

Durante el proceso de formación profesional los estudiantes inician, abandonan o refuerzan comportamientos nocivos para su propia salud, además de unos modos y estilos de vida que se transmiten implícitamente y que influyen en ellos. En este sentido, y teniendo en cuenta lo anterior, los estudiantes refieren o evidencian prácticas que no favorecen su salud, en cuanto a condiciones de estrés y manejo inadecuado de éste, que por supuesto se reflejan en su corporalidad y componente mental:

“Me estreso y me pongo es a llorar deo tirado y no hago nada, yo no he podido controlarlo ni he adoptado un mecanismo para manejarlo... empecé a comer mucho, dulce chatarra, me metía un montón de comida esa pieza estaba llena de papeles, yo me subí de peso horrible a 81.5 y eso me estaba afectando la salud...” E2; GF1

Sin embargo, otros estudiantes muestran un afrontamiento más positivo.

“Yo no me estreso por la carga académica sólo coloco música instrumental cuando veo que me voy a estresar. Entonces con esta música empiezo a estudiar” E2; GF2

Se puede inferir que dichas prácticas tienen una finalidad universal de optimizar el rendimiento académico a través del descanso o regeneración de energías a nivel físico, mental y espiritual, las cuales son el resultado un principio del autocuidado, es decir se representan en actividades cotidianas, que se realizan libremente en el marco de la autonomía individual, se van aprendiendo durante el proceso de socialización, inicialmente basado en la imitación de los modelos propios de la familia, de los grupos formales e informales como la escuela, los amigos y de otros contextos en los cuales se desarrolla la vida, además de los ‘inducidos’ por los medios masivos de comunicación; aprendizajes que pueden ser reforzados o no en el proceso de formación como enfermeros; el autocuidado se convierte en una característica del estilo de vida saludable; es un tema trascendente que llega a reconocerse como un deber.(74)(75)(76)

En cuanto a **la tecnología**, como insumo importante para el aprendizaje, existe gran evidencia que incorporarla a la educación aporta una serie de beneficios que ayudan a mejorar la eficiencia y la productividad, así como aumentar el interés en las actividades académicas. Internet y el acceso a dispositivos móviles cada vez más intuitivos han puesto un cambio de

paradigma en el uso de la tecnología. Ese cambio también se evidencia en el ámbito de la educación, en el que cada vez más cosas se pueden hacer, aprovechando la red y sus posibilidades tanto dentro como fuera de los espacios de aprendizaje. De modo que la Tecnología en educación van a ser esos medios artificiales de comunicación (tecnologías tangibles³), medios naturales de comunicación y métodos de instrucción (tecnologías intangibles⁴) que pueden ser usados para educar.

Dentro de estas tecnologías, se destacan las de tipo intangible, que involucra la universidad como PIPE (Programa Institucional para la Permanencia Estudiantil) que es una iniciativa que articula las estrategias para la permanencia estudiantil, para garantizar el abordaje integral del problema de la deserción y CELOA (Centro de Escritura Lectura y Oralidad Académica) que pretende desarrollar herramientas de abordaje de lectura, escritura y oralidad para favorecer al estudiante en su rendimiento académico.

Al respecto, existe variedad de percepciones en los estudiantes sobre el valor de estas ayudas que ofrece la universidad, de acuerdo también a su forma de ver la vida, algunos de ellos manifiestan desinterés, autosuficiencia, como también otros que le otorgan un aporte a su parte académica:

“Sí he escuchado de ellos y me parecen una gran opción sin embargo nunca las he usado.” E2; GF1

“No yo no lo he usado, ... yo leo bien y me expresé bien cuando estoy exponiendo entonces no lo he necesitado.” E3; GF1

³ Los medios artificiales de comunicación o tecnologías **tangibles** son sólo vehículos que permiten llevar información utilizando distintos canales sensoriales. Por ejemplo, la radio y el casete son tecnologías que permiten llevar la información en forma de audio a nuestro sentido del oído.

⁴ las tecnologías **intangibles** o métodos de instrucción son procedimientos de instrucción usados para ayudar a los estudiantes a alcanzar los objetivos de aprendizaje. En términos más constructivistas podríamos decir que los métodos de instrucción tienen como objetivo crear un ambiente en el que se dé un aprendizaje.

“Las ayudas son re valiosas y que siempre están dispuestos a enseñarle, pero eso si nunca las he usado.” E4; GF1

“Yo use el convenio que hay con el Cabildo indígena para que me hicieran descuento, pues uno asiste a las reuniones del CIU y en el bloque 3 te hacen el descuento.” E2; GF2

Sin embargo, se evidencia que los estudiantes a pesar de que conocen los servicios de permanecía estudiantil como PIPE y CELOA y saber para qué sirven, su uso es mínimo, debido a que no se le dan un valor significativo a esas metas y objetivos que tienen estos servicios para el estudiante.

“Si he escuchado de ellos, sirven para aprender a redactar textos, trabajos, a la expresión corporal, presentación de trabajos y mejora algunas habilidades, pues ese es su objetivo; aunque nunca lo he usado” E1; GF4

De igual modo en correspondencia con el modelo constructivista de la universidad, el cual se refleja en el PEDI (Plan Estratégico de Desarrollo Institucional), su objetivo principal sigue siendo el de formar profesionales integrales, éticos, analíticos y críticos, que contribuyan al desarrollo sostenible y a la equidad social, el cual se direcciona proporcionalmente con una visión de ser una de las primeras universidades de docencia e investigación en Colombia, reconocida por alta calidad y relevancia de sus programas, impacto social y desarrollo con equidad de la región suroccidental, con un modelo educativo incluyente y humanista.

Por otro lado, en cuanto al valor social que los estudiantes otorgan a la **Enfermería** como profesión, es importante reconocer, que éstos enfrentarán escenarios de gran complejidad, debido a profundas desigualdades y vulnerabilidad social⁵, sumadas a las propias condiciones de salud-enfermedad de las poblaciones. Así, que el valor social de la Enfermería refleja

⁵ Entendidas las desigualdades como la diferencia sistemática y estructural en el estado de salud entre y dentro de los grupos sociales. Por otro lado, la vulnerabilidad social está definida como un fenómeno universal, complejo y multidimensional que afecta a individuos, familias, comunidades y sociedades en su totalidad.

sobre todo los alcances teóricos de la formación de la profesión con respecto a la misión social del cuidado profesional, y en virtud de las amenazas que vivencian comunidades vulnerables como también sus efectos en la salud de los propios profesionales. Existe un reconocimiento de Enfermería dentro de la sociedad y la trascendencia que tendría la profesión en sus lugares de origen, debido a que buscan generar un impacto social además del factor económico con sus vidas profesionales:

“Es una profesión muy integral y que aporta muchísimo a la sociedad, así que desde que seamos personas útiles para la comunidad la enfermería es una gran e importantísima opción de estudio.” E4; GF1

Además, reconociendo que el objeto de estudio e intervención es el cuidado humano, éste implica la constitución, vivencia, desarrollo, protección y recuperación de la salud y tiene como beneficiarios al sujeto humano como ser cultural, a la familia dentro de una comunidad y a la sociedad. De esa manera, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2016-2020 (PNUD) destacan, los profesionales de Enfermería tienen un rol vital en la construcción de la resiliencia de las comunidades para responder a las diversas condiciones de salud, de esta manera, la Enfermería puede potenciar la resiliencia social, participando en el afrontamiento de los profundos conflictos sociales vividos. De este modo, trabajar en resiliencia comunitaria es participar activamente en la superación de la vulnerabilidad social.(77)

“Por allá donde vivo la salud es un poco como malita no le prestan mucha atención a eso y si uno viene con la mentalidad de ayudar a su pueblo para que el tema de la salud mejore bastante y por algo se empieza no...a veces no todos no tienen el pensamiento, entonces unos pueden estudiar por descarte y otros de corazón como es mi caso y pues yo sí quiero hacer un cambio allá...” E2; GF1

15.4 EL FACTOR ECONÓMICO Y EL CUIDADO, SINERGIA CLAVE PARA ENTENDER EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

Los estudiantes de enfermería entrevistados en condición de migración reconocieron la relación estrecha que existe entre proceso salud enfermedad y su economía afirmando en muchas de sus respuestas la relación entre los bajos ingresos económicos y la satisfacción de necesidades básicas. Manfred Max Neef, economista chileno, las expresa y explica como necesidades humanas fundamentales, develando desde una perspectiva más humanista y de desarrollo integral, que éstas son constantes a través de todas las culturas y que son las formas



ILUSTRACIONES 7 FACTORES ECONOMICOS
Fuente: elaboración propia

en que se satisfacen o se realizan las que cambian de acuerdo con el tiempo y la cultura. Así, la forma en que el ser humano satisface sus necesidades, según Manfred, pueden reflejarse de manera sinérgica, es decir, un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de diferentes necesidades, o a la inversa, una necesidad puede requerir diversos satisfactores para ser resuelta. Estas relaciones que no son fijas, pueden variar en calidad e intensidad según tiempo, lugar y circunstancias(78).

Se retoma este enfoque de “desarrollo a escala humana” para el análisis, considerando que los seres humanos tienen necesidades múltiples e interdependientes, y que a pesar de ser la necesidad de subsistencia la más vulnerada, se deben tener en cuenta las otras necesidades planteadas por el autor para garantizar mínimamente un cuidado integral en cualquier curso de vida, como por ejemplo, el afecto, la protección, la identidad, participación, ocio, que pueden verse comprometidas de igual manera, en este caso particular, en los estudiantes universitarios.

En primer lugar, y teniendo en cuenta dichas necesidades, particularmente la subsistencia, es evidente, que el desequilibrio en el factor económico puede generar por defecto un deterioro en la calidad de vida y/o bienestar humano, por tal motivo se entiende, que, si no existen

satisfactores para realizar dicha necesidad en torno a alimentación, vivienda, vestido, entre otros, genera un impacto en torno al cuidado integral de la salud. De esta manera, los estudiantes evidencian la forma en que viven y se sostienen económicamente:

“Pues tengo arrendado un apartamento para mí cerca de la universidad, es cómodo cuenta con todo lo necesario y además pues mis papás me ayudan económicamente cada mes para que no me atrase en los pagos.” E4; GF1.

“Yo vivo bien porque tengo todas mis cosas y lo necesario. Y si no tengo mis papás me ayudan y me envían dinero semanalmente porque me la gastó. E1, GF2.

“Yo vivo aquí cerca de la universidad, en un apartamento que alquilamos entre 3 estudiantes que no son de aquí por supuesto, y mis papas me envían plata mensual para poder sostenerme.” E1, GF4.

Contar con la provisión y sustento por parte de sus padres, era una práctica habitual para los estudiantes: nevera llena, ropa limpia y cama tendida, además de compartir con su comunidad, se encontraban bajo la observación y cuidado directo de ellos, y aunque dicho cuidado y atención permanece, las condiciones y los cambios asumidos les generan retos y nuevas responsabilidades que deberán asumir de la mejor forma: arrendar habitación, hacerse cargo de su alimentación, entre otras prácticas que tendrán que incorporar en sus estilos de vida.

Aunque a este fenómeno de migración se le atribuye el deseo de formarse profesionalmente, éste empieza a significar cambios en la dinámica familiar, como proyecto común pero que también genera unas implicaciones principalmente en la estructura económica de las familias. Así, se ven expuestos a diferentes condiciones que en algunas ocasiones afectan el desarrollo y la continuidad de dichos proyectos o afectación a la salud de todo el colectivo, se destacan algunos de ellos: el desempleo, los trabajos inestables o informales, los salarios bajos, el alto costo de la vivienda de la ciudad, las familias numerosas, la manutención de un adolescente fuera del hogar, el elevado costo de la alimentación, entre otros.

“Nosotros vivimos en casa propia, pero hay veces que la situación como que se pone maluca, y hay veces que digamos comemos una vez al día, por decirlo así, por ahorrar la comida.” E1; GF1

Por otro lado, y teniendo en cuenta la integralidad del ser humano y la diversidad de necesidades para satisfacer incluyendo los factores de tipo emocional, psicológico o espiritual, la mayoría de los estudiantes universitarios se enfrentan a diferentes vivencias que pueden tener efectos negativos en cuanto a situaciones de estrés, consumo de sustancias psicoactivas incluyendo el alcohol, ansiedad, depresión y diversos trastornos del estado de ánimo(79), determinando de igual modo el componente biológico: malnutrición, condiciones crónicas y/o cardiovasculares, obesidad, etc. Todos estos componentes generados por los cambios bruscos en busca de su proyecto de vida, paradójicamente se convierten en desencadenantes para la deserción universitaria o bajo rendimiento académico. No obstante, ellos tienen la capacidad de afrontar estos desafíos y no dejarse abatir por experiencias negativas, centrándose en encontrar respuestas sobre cómo superar las adversidades logrando optimizar y favorecer su desarrollo, algo que se podría enunciar como un tipo de resiliencia en el ámbito académico. A pesar de que es factible que se presenten situaciones familiares, sociales, y económicas que dificultan la adaptación al campo universitario, en algunos estudiantes se les facilita adaptarse a la vida universitaria a pesar de las adversidades que enfrentan, identificar los retos que deben superar y crear estrategias que procuren facilitar la adaptación a la vida universitaria.

“Ya cuando la plata se me acaba por algún motivo u otro, me asocio con los otros compañeros con los que vivo, entonces empezamos a comprar comida juntos, por ejemplo, un arroz chino es más barato que un plato individual así que colocamos y de ahí comemos varios y hasta 1 o 2 días se come de una caja super familiar,” E1; GF 4.

La familia, se establece como principal soporte para favorecer el cuidado en sus hijos que migran a la ciudad con el sueño de superarse y de mejorar su calidad de vida. Como se ha visto, son procesos complejos en los que estas prácticas de autocuidado se pueden ver afectadas por el ingreso de sus padres que llegan en algunas situaciones a ser pocos o insuficientes. Para la priorización de los gastos, es necesario resaltar que la mayoría de los ingresos familiares los aportan principalmente dos personas (Papá y Mamá) y que no suele ser más de dos o tres salarios mínimos, y sostener una persona estudiando en un área urbana implica más costos comparado con los niveles de vida en municipios aledaños a la ciudad que tienden a generar costos más bajos. Por lo anterior, la **distribución del apoyo económico**

que reciben es fundamental para poder subsistir y suplir ciertas necesidades ligadas a prácticas básicas de autocuidado:

“Por ejemplo, a mí a principio de mes, los primeros días me pagan el arriendo, entonces lo pago son 200 mil pesos y 100 de lo de la comida porque ya tengo grano entonces eso me dura que como 4 meses.” E1; GF3

“Separo lo gastos fijos como servicios de la casa, mercado, transporte. Destino una parte a cosas que me vayan a pedir de la universidad y lo que me queda trato de ahorrarlo y no desperdiciarlo.” E4; GF1.

“Por que como mi abuelo no está a veces uno dice ¿nos echamos al abandono como dicen ¿por qué ni mi tío ni yo trabajamos por lo que estamos estudiando y usted sabe que las carreras de salud ocupan mucho tiempo. Mi mama es abogada, pero en estos momentos está sin trabajo, mi papa es trabajador social, mi papa tiene más o menos como 3 trabajos allá en barbacoas, pero a él no le da tampoco mucho, pues los trabajos de allá no le pagan bien, pero más sin embargo él tiene que mantener a mis otros 3 hermanos, a mi mama y a la casa, entonces poquito lo que me puede mandar, no mucho” E1, GF1

Así, el ingreso a la universidad supone un cambio para los estudiantes que inician sus carreras profesionales, entre ellos el de empezar a administrar los recursos económicos que reciben de sus padres; estos recursos son dosificados mensual o semanalmente depende del pago que reciban sus familias y de esta forma comienzan a suplir las necesidades que son inherentes a esta etapa; se debe entender que administrar el dinero es un reto, porque están en una época donde los recursos son limitados, los ingresos son escasos y las necesidades son grandes, además de la inexperiencia propia de la edad para administrar los recursos, lo que significa un tema prioritario para intervenir en cuanto a educación financiera desde el ámbito académico que soporte y/o refuerce lo aprendido de sus hogares:

“bueno con lo de la administración eso me lo han inculcado mis papás, y mi mamá más porque ella maneja como parte administrativa de la plata.” E2; GF3.

“me toca separar, saco para la comida y merco para el mes, también dejo el dinero de los transporte y gastos diarios. Entonces más o menos me manda 450000 y ahí distribuyó para comida y transporte.” E1, GF2

“separo lo gastos fijos como servicios de la casa, mercado, transporte. Destino una parte a cosas que me vayan a pedir de la universidad” E4, GF1

De acuerdo a lo anterior, las prioridades para ellos, se orientan hacia la necesidad de subsistencia, lo primero que hacen es analizar cuál es el presupuesto que tienen para cubrir sus gastos, haciendo un balance de lo que deben destinar para su alimentación, arriendo, materiales de estudio (fotocopias, vacunas, uniformes, etc.) sumado en algunos casos el transporte; al diseñar este presupuesto, de manera responsable, los estudiantes deben preocuparse por la clase de alimentación que pueden pagar, seguido de condiciones mínimas de comodidad de vivienda, en este ejercicio planeación económica es necesario incluir las actividades de tipo axiológico que son propias de esta etapa de vida.

Uno de los factores principales para que un estudiante continúe en la vida universitaria son las prácticas de cuidado que él pueda desarrollar, las cuales ha adquirido en su primer entorno social, estas destrezas personales favorecen la salud y su mantenimiento; el término ‘estilo de vida’ se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta, que están determinadas por factores sociales, económicos, culturales y personales; equivale a las actitudes, hábitos y prácticas individuales o familiares, que pueden influir positiva o negativamente sobre nuestra salud.(80) El autocuidado es un comportamiento del ser humano asociado con múltiples factores, entre los recursos para el cuidado tenemos tiempo, disposición económica y la afiliación al sistema de salud puesto que el autocuidado de la salud no es un lujo, sino un requisito para el alcance de las metas personales y académicas de los estudiantes universitarios.(76)

Los estudiantes de primer, segundo y tercer semestre de Enfermería en particular, inician a consolidar unos conocimientos referentes a prácticas de autocuidado en términos de estilo de vida, el cual contiene unas dimensiones tales como: tiempo de ocio, actividad física, alimentación saludable, consumo de alcohol, cigarrillo y drogas, trastorno del sueño, sexualidad, relaciones interpersonales, afrontamiento y estado emocional; conocimientos adquiridos desde lo disciplinar pero también apoyados por los diversos programas que apoyan el bienestar de los universitarios y la permanencia estudiantil.

Pese a la educación recibida en este ámbito y al apoyo de sus familias, las **prácticas de autocuidado se ven vulneradas** en esta población que se encuentran en proceso de

adaptación social, y que a su vez transcurren en un curso de vida complejo también de cambios propios de la edad que problematizan el panorama:

“no tener para comprar la comida o tal vez el transporte, la alimentación, lo primero, si más que todo la alimentación”. E3; GF3.

Una de esas dimensiones más afectadas en este grupo de estudiantes es la alimentación, por un lado, el estudiante identifica la importancia de la alimentación para su calidad de vida; sin embargo, se sabe que la educación universitaria dificulta su realización, especialmente por la falta de tiempo. el cruce de horarios y la acumulación de materias, de esta forma la alimentación toma un segundo lugar convirtiéndose en una alimentación de menor calidad.

“no como bien, más poquito o de menor calidad la comida, estoy más estresado no rindo, ni me concentro totalmente en el estudio y algunas veces no duermo bien por esas preocupaciones E4, GF1.

Una alimentación saludable es la base para una adecuada calidad de vida y salud. El desarrollo de una dieta sana permite prevenir patologías crónicas de origen nutricional; para que la alimentación que reciba una persona sea identificada como “sana”, ésta debe ser suficiente, completa, adecuada, inocua y equilibrada a las necesidades nutritivas de una persona, pero podemos identificar en estos casos que es de menor calidad, o ausente depende de recibir de nuevo el dinero por que provee el alimento a su alacena.

“Ya a fin de mes ya no tengo plata entonces tengo que esperar por que la alimentación es lo primero que se ve afectado” E1; GF3

“Cuando yo no tengo que almorzar aquí en la universidad y a fin de mes ya no tengo plata entonces tengo que esperar por que la alimentación es lo primero que se ve afectado. Ya uno a final de mes como que se mete la manito acá (en el bolsillo) y nada, ya le toca esperar hasta que usted llegue a su casa.” E1; GF3.

“La comida únicamente me preocupa, yo no puedo dormir pensando en que voy a hacer mañana, E1; GF1.

Otra dimensión afectada producto del factor económico es la alteración en los patrones de sueño, ya que el déficit de sueño, o descanso indica una situación crítica que no sólo afecta el rendimiento académico, sino que además produce alteraciones y disfunciones básicas

durante el día. Además, el desvelo. "Ejerce un gran impacto en la vida de las personas y sus efectos no se limitan al propio organismo (necesidad de restauración neurológica) sino que afectan al desarrollo y funcionamiento normal de un individuo en la sociedad", Una mala calidad del sueño es un síntoma que con frecuencia aparece asociado a fatiga, la disminución de las capacidades cognitivas y motoras durante el día. También se evidencian prácticas en torno a las creencias y costumbres que no pueden realizar porque los ingresos y el apoyo de sus padres es insuficiente:

“Estoy más estresado no rindo ni me concentro totalmente en el estudio y algunas veces no duermo bien por esas preocupaciones de plata”. E4; GF 1.

“Recuerdan cuando les dije que mi abuela me preparaba baños, y todas esas cosas para ir relajada al colegio, y la universidad y todo eso, pues también eso se vulnera porque a veces hay que comprar unas hiervas que a veces son bien costosas, ¡entonces pues si no hay dinero pues suficiente no! No se puede comprar y no puedo hacerme los baños, y tampoco tomar mis aguas.” E2, GF1.

La disponibilidad de dinero, según lo reflejado previamente, es un factor influyente en los cuidados y las ventas irregulares generan una reserva, además que satisface algunas necesidades. Asimismo, el buscar apoyo en estos **trabajos informales**, estimula la percepción de seguridad y de confianza, ayudando en momentos de contingencia y disminuyen gradualmente el gasto del día a día; además estos esfuerzos incrementan el sentido de independencia y generan cierto apoyo a sus familias, esfuerzos válidos y oportunos en momentos de dificultad y crisis que es cuanto esa reserva es un benefactor.

“dichosos ellos que pueden; Me gustaría (trabajar o vender) pues uno tiene ayudas para solucionar su situación económica” E1; GF2

“a mí me parece que trabajar como vendiendo cosas en la u es un buen recurso, por ejemplo, yo quisiera estar haciendo eso ahoritica, porque hay veces que o sea con esa plata de las ventas que ellos hacen es como una reserva para los momentos que no tengas de donde sacar” E1; GF1

“bueno yo he vendido postres acá en la universidad, pues la verdad me parece que es una ayuda personal, y también para mis padres” E2; GF3

“tiene un problema, que los compañeros venden eso uno ve que se distraen mucho y los interrumpen a cada rato por un dulce, además algunos fían y pues de pronto no les pagan o algo así y grave”. E1; GF2

En muchos casos las universidades dentro de sus reglamentos académicos prohíben el desarrollo de tales actividades comerciales debido a que afectan el normal desarrollo del contenido y del programa académico de los estudiantes que proceden a vender y de aquellos que compran. Además, hay efectos negativos y positivos de combinar trabajo y estudios, los efectos negativos sobre el rendimiento educativo al realizar ventas informales durante las clases y que además pueden generar descontento a los docentes o a otros estudiantes incluso al mismo vendedor, ya que esto genera distracción. Al mismo tiempo el intercambio de monedas y la negociación de los productos son factores que favorecen la pérdida de concentración, la falta de interés en la clase. Expresan a su vez, la posibilidad de ayuda por parte de la universidad para apoyo económico:

“a veces es necesario buscar otras formas para ayudar en la parte económica, es más la universidad debería ayudarnos con un trabajo remunerado algo así, eso nos facilitaría mucho la vida y a nuestros padres” E2; GF2

La universidad juega un papel fundamental en el desarrollo integral de los estudiantes ya que la vida universitaria genera presiones que pueden desencadenar problemas en el ámbito psicológico, económico y social. En este devenir de los estudiantes migrantes, se instaura como institución fundamental para una fuente de desarrollo humano, de brindar una adecuada orientación y de favorecer la salud integral de los estudiantes.

16 CONCLUSIONES

El autocuidado es algo inherente al ser humano, y en el ámbito universitario se convierte en una herramienta necesaria para promover el bienestar en la comunidad estudiantil; los contextos por supuesto impregnan y dan una mirada diversa a dichas prácticas en los estudiantes, así las características en torno a género, clase social, curso de vida y la etnia o sus rasgos culturales se convierten en elementos para construir el significado del autocuidado en ellos, y comprender que trasciende de lo individual a lo colectivo. De este modo, las prácticas de cuidado en los estudiantes de Enfermería USC que provienen de otras regiones, se permean por las concepciones, creencias y representaciones sociales principalmente de sus familias evidenciando así, el vínculo fuerte de éstas, en las que relatan cuidados a nivel espiritual y del cuidado de su entorno, como también las prácticas de cuidado al cuerpo, cuidados que como se han descrito, se ven determinados por factores de tipo sociocultural, en los cuales la migración aparece como un rostro que impacta en su devenir.

De este modo, la universidad con sus características de tipo multicultural y pluriétnica representa una riqueza, pero a su vez supone un reto en el que debe asumir dichos cambios que presentan los estudiantes al salir de sus regiones, hogares, cotidianidad para proyectar un futuro personal y familiar. Dicha multiculturalidad también retoma un significado que le da un valor agregado a la preservación de la vida ya sea desde lo fundamental que es lo biológico hasta lo más complejo como lo es la espiritualidad, el cimiento de este se encuentra inmerso en las experiencias de conocimiento aplicadas al devenir del núcleo familiar, dichas experiencias se transmiten por medio de la escritura, la oralidad, los cantos, los mitos, las leyendas y se encuentran arraigadas en lo más profundo del ser de cada estudiante.

El núcleo familiar es considerado como el locus inicial en el cual cada estudiante es formado como un ser social, en este se adquiere el hilo conductor de la cultura, el cual ayuda al descubrimiento e interpretación de la vida, para ellos todos los valores que se han adquirido en éste, impactan positivamente en sus interacciones personales. Pese a que los estudiantes asumen nuevos roles en el contexto universitario, sigue siendo muy importante el significado

del cuidado que les brinda a distancia su núcleo familiar, a partir de esto, ellos evidencian sentirse seguros de poder sobreponerse a esta nueva experiencia y a futuro poder retribuirle a la calidad de vida y bienestar de su familia. Siendo el cuidado de la familia un eje tanto de estrategias en salud pública como de la disciplina de enfermería, el conocimiento de la interpretación de estos vínculos se considera de vital importancia en la comprensión de cómo estos influyen sobre las prácticas de autocuidado de esta población estudiantil.

Se logró evidenciar también en los factores de tipo social, que los vínculos que van adquiriendo en su proceso de formación académica, se convierten en los estudiantes como facilitadores para sus prácticas de autocuidado, en la medida que fortalecen valores como la empatía, la solidaridad y lazos de amistad con el otro, relaciones que a su vez aportan a su salud emocional y a desarrollar principios importantes para el autocuidado como la resiliencia y de adaptación o afrontamiento: el compartir alimentos, ayudar al compañero, darle ánimo, fueron unas de las expresiones develadas por ellos.

Con respecto al factor educativo, los procesos de aprendizaje universitario se desarrollan de manera progresiva y dinámica en relación con movimientos sociales, tecnológicos y de vivencias personales, conduciendo a los estudiantes a aprender y a desarrollar conocimiento y habilidades de manera diferente a como se hacía antes de esta era tecnológica, además, de representar un reto para quienes imparten la educación en la etapa universitaria. Así, las perspectivas individuales de los estudiantes universitarios frente a los retos académicos representan conflictos y/o cambios importantes para su desarrollo humano, entendiendo que los procesos de aprendizaje hacen parte de éste.

Enfatizando más en las formas de conocer desde la disciplina de Enfermería, los estudiantes empiezan a asumir y a articular desde sus primeros semestres la integralidad en su manera de aprender y de aplicar dichas prácticas inmersas en el autocuidado. Es interesante evidenciar cómo los estudiantes constantemente exploran nuevas alternativas o recursos didácticos que facilitan dicho aprendizaje, explotando ese patrón estético en estrategias que llegan a ser participativas, con el modelo constructivista acorde a lo propuesto por la universidad

propugnando por un aprendizaje autónomo y creativo. Desde el valor social de la enfermería y lo que les significa a los estudiantes, se refleja el alcance teórico de la profesión con respecto a la misión social de cuidado, genera ese reconocimiento e impacto directo en la comunidad de origen, ya que la enfermería tiene un rol vital en la construcción de aptitudes en la población desde su papel como líder.

La esencia del autocuidado es clara y trasciende en los estudiantes, y esta noción del autocuidado no es ajena a la universidad, debido a que se promueve y se refuerza en ésta a partir de tecnologías tangibles e intangibles como los diversos programas que apoyan la permanencia estudiantil y ofrecen beneficios para todos los estudiantes santiaguinos. Aún así, persisten múltiples barreras que dificultan el autocuidado así como prácticas no favorecedoras en los estudiantes de Enfermería relacionadas en su entorno universitario, y que es necesario fortalecer desde la universidad como institución de educación superior promotora de salud, por ejemplo, se resaltan situaciones que afectan su salud mental como estrés por las cargas académicas y las ya mencionadas relacionadas con su alimentación y descanso principalmente.

El autocuidado es un comportamiento del ser humano asociado con múltiples factores, que tal como se ha visto, los conocimientos, las creencias, los vínculos familiares y sociales, los factores educativos y los económicos entre otros, sitúan la salud y el bienestar no como un lujo o privilegio sino como un requisito para alcanzar metas personales que incluyen lo académico, familiares y de responsabilidad social. Sin embargo, lograr equilibrar todos estos factores a favor del proceso salud enfermedad se torna complejo, cuando es precisamente el factor económico que restringe la satisfacción de ciertas necesidades fundamentales.

Las necesidades humanas fundamentales se manifiestan en todos los seres humanos y de acuerdo con el enfoque del estudio, se resalta que para la satisfacción de éstas se debe tener en cuenta la cultura y las formas o modos de vida en que viven los estudiantes; se satisfacen de formas diferentes como parte del desarrollo integral de cada uno, muchas de estas necesidades tienen una relación directa con su estructura económica o la forma de obtener

beneficios para sus comunidades. Bajo el modelo neoliberal al cual se está sujeto, se hace cada vez más difícil, que de forma tradicional se mantenga los cuidados culturalmente coherentes y sensibles; la concepción de una economía cada vez más alejada de elementos espirituales, culturales, de valores éticos y morales es lo que se ofrece a esta nueva generación.

De esta manera, se observó en el estudio, que el factor económico impacta de cierto modo las prácticas de cuidado en ellos, principalmente las relacionadas a la alimentación, sin dejar de considerar otras no menos importantes ligadas a al ser, estar, saber y hacer de los estudiantes, prácticas que como ellos lo refirieron complementan su integralidad en el cuidado y que resultan afectadas por el ingreso económico: No tener los recursos para llevar a cabo sus prácticas ancestrales o asistir con frecuencia a sus comunidades que permita la conservación y pervivencia de su cultura.

En cuanto a sus gastos, la familia nuevamente se instaure como soporte económico mostrando especial interés por parte de los padres de familia, en ofrecer el apoyo a sus hijos y motivándolos para que salgan adelante con sus proyectos de vida y realicen sus necesidades plenamente. Los estudiantes universitarios de 1 a 3 semestre además de estar en un proceso de adaptación en cuanto a lo académico, se suma el estar lejos de sus hogares, aprender a distribuir sus gastos entre arriendo, alimentación principalmente y lograr sopesar las cargas que representan el responder por trabajos, el sostenerse en una ciudad que suele ser hostil, y en preservar su salud integral con unas prácticas de cuidado que en la mayoría de los casos suelen ser vulneradas por factores o determinantes externos.

17 RECOMENDACIONES.

Desde la estrategia universidades promotoras de salud se debe continuar con el fortalecimiento de los programas de Bienestar Universitario con enfoque poblacional y diferencial para ofrecer a estas comunidades unas estrategias más focalizadas que ayuden a su permanencia y calidad de vida en general. De igual manera, guiar la visibilidad y el enfoque hacia la población estudiantil migrante de las convocatorias públicas que generan estímulos académicos (monitorias académicas, monitorias de extensión, grupo multiplicadores).

A los estudiantes del programa de enfermería que fortalezcan el reconocimiento de su profesión como una oportunidad integral de cambio tanto a nivel individual en las decisiones de la vida diaria, como a nivel colectivo enfrentando los factores estructurales y sociales de sus entornos originarios.

El Enfermero(a) en formación asume un compromiso social que actúa sobre los actos de cuidado transcultural en los diferentes contextos sociales y culturales que logren trascender todas las dimensiones del ser humano que impacte positivamente y ofrezca posibilidades para solucionar los problemas detectados en nuestro entorno cotidiano.

Continuar con el fortalecimiento de las competencias de interculturalidad en el equipo docente y administrativo de la institución, considerando que la universidad en los últimos años se ha caracterizado por ser el referente de inclusión social estudiantil en el sur occidente colombiano.

Enfatizar en la aplicación de modelos teóricos en Enfermería en los próximos trabajos de investigación que se realicen desde el programa, ya que esto permite seguir fortaleciendo la profesión como una disciplina, además de fortalecer en el profesional la capacidad de establecer intervenciones integrales y holísticas a la persona, familia y comunidad.

18 BIBLIOGRAFÍA

1. Tredos A. Determinantes sociales de la salud.
2. Title C, Etienne Carissa. 29. a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA 69. a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS. Washington, D.C., EUA,; 2019.
3. Orozco E. Los factores que influyen en la calidad de la educación. *Revistasusb*. 2016. p. 16.
4. García JA. La Pobreza y la Educación: Determinantes Sociales de la Salud. *CENTROS, Rev científica Univ*. 2012;1:288–301.
5. Contact SI, Support S. LA EXPERIENCIA DE MIGRACIÓN Y ADAPTACIÓN SOCIOCULTURAL : IDENTIDAD , CONTACTO Y APOYO SOCIAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS MIGRANTES * MIGRATION AND SOCIO-CULTURAL ADAPTATION EXPERIENCE : SOCIAL IDENTITY CONTACT AND SOCIAL SUPPORT. 2015;18(33):36–51.
6. Vega J, Solar O. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. 2010;9–18.
7. Madeleine L, Mcfailand M. *Nursing theories, Nursing Practice*. 2010. 318 p.
8. Vélez-álvarez JAGC. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Salud publica Colomb*. 2013;15(5):731–42.
9. Aguilar Guzmán O, Carrasco González MI, García Piña MA, Saldivar Flores A, Ostiguín Meléndez RM. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *Enfermería Univ*. 2018;4(2).
10. DANE. Analisis de la descomposicion de la desigualdad del ingreso en Cali, 2010-2017. Vol. 1. Bogota D.C; 2018.
11. Serrano M. Pese al crecimiento económico, Colombia sigue siendo uno de los países más inequitativos del mundo. *UNimedios*. :1.
12. DANE. Boletín Técnico Pobreza Monetaria en Colombia. Bogota D.C; 2019.

13. House PB, Street E, Unido R. Informe 2017/18 Amnistia internacional. 2017/18. House PB, editor. London WC1X 0DW Reino Unido: www.amnesty.org;
14. Pobreza G. Boletín técnico Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia Boletín técnico. 2018;
15. Osorio C. Cali, el paraíso que los inmigrantes llaman hogar. Elpais. 2018;1.
16. Saavedra V. Los 10 pasos para ser Colombia la Mejor Educada en 2025. Bogota D.C; 2018.
17. Virginia R, Marcela GD, Andrea P, David MG. Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: informe preliminar A preliminary report regarding pressure ulcer prevalence in Colombia. 2014;62(3):369–77.
18. Mineducacion. Sistema de Prevención y Análisis de la Deserción en las Instituciones de Educación Superior 3. ministerio de educacion. Bogota D.C; 2018.
19. Mineducacion. Determinantes de la desercion 2014. Vol. 1. Bogota; 2014.
20. OPS OMS. La crisis de la salud publica. In: La crisis de la salud publica. Publicacio. Washington, D.C., EUA,; 1992. p. 1.
21. Frenk J. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS. OPS .OMS. 1992. p. 75–93.
22. Elizabeth D, Elizabeth D. La teoría Déficit de autocuidado. Gac Medica Espirituana. 2017;19(3).
23. Gabriela D, Paola G, Tatiana Y, Ramos C, Marcela D, Estilos DDELOS, et al. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA Y SU IMPLICACIÓN EN LA SALUD DE JÓVENES UNIVERSITARIOS. Rev Hacia la Promoción la Salud. 2012;1:3–18.
24. Arenas A. Plan estrategico de desarrollo institucional. www.usc.edu.co. p. 3–18.
25. Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood. Modelos y teorías en enfermería - Ann Marriner Tomey, Martha Raile [Internet]. S.A. ELSEVIER ESPAÑA. España; 2011. 461 p. Available from: <https://books.google.es/books?id=1rIBBXQhmCwC&printsec=frontcover&dq=term>

odinamica&hl=es&sa=X&ei=yCsoVeW1F8GLNvySgqAH&ved=0CCEQ6AEwAA
#v=onepage&q&f=false

26. Rodríguez Regueira J. Multiculturalismo: el reconocimiento de la diferencia como mecanismo de marginación social. *Gaz Antropol.* 2001;(17):4.
27. Vladimir Ilich Lenin. Concepción del mundo [Internet]. *Diccionario de filosofía.* 2001. p. 48–9. Available from: <http://www.filosofia.org/enc/ros/concepdm.htm>
28. Ann Marriner Tomey, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería - Ann Marriner Tomey, Martha Raile [Internet]. S.A. ELSEVIER ESPAÑA. España; 2011. p. 460–5. Available from: <https://books.google.es/books?id=1rIBBXQhmCwC&printsec=frontcover&dq=term+odinamica&hl=es&sa=X&ei=yCsoVeW1F8GLNvySgqAH&ved=0CCEQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false>
29. Griselda Isabel González. Significados Del Cuidado Cultural De La Salud Y De Una Vida Libre De Drogas, En Adolescentes Gunas, Comarca Guna Yala, Narganá, Río Tigre. Tesis [Internet]. 2018;1(1):1. Available from: http://up-rid.up.ac.pa/1349/1/griselda_gonzalez.pdf
30. Perez J, Gardien A. definicion de salud publica. 2008. p. 1.
31. Bravo-valenzuela P. Glosario para universidades promotoras de la salud. 2013;15(3):465–77.
32. Ciencias U De, Sancti M, De D, Elizabeth D, Elizabeth D. *Gaceta Médica Espirituana.* 2017;19(3).
33. Bravo J. Instituto Tolimense de Formación Técnica Profesional. Tolima; 2019.
34. Barrios E. Deserción universitaria - Observatorio de Medios. El universal de cartagena. 2008. p. 1.
35. Arrogante Óscar. Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones [Internet]. 2016. p. 1–10. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452016000100004
36. Migracion. *Cuentame Poblacion.* 2019. p. 1.

37. Rohrbach-Viadas C. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades* [Internet]. 1998;(03):41–5. Available from: https://www.researchgate.net/publication/39439258_Introduccion_a_la_teor%C3%ADa_de_lo_s_cuidados_culturales_enfermeros_de_la_diversidad_y_de_la_universalidad_de_Madeleine_Leininger
38. Siles J. Antropología y Enfermería, la necesaria simbiosis entre dos disciplinas para vertebrar culturalmente la teoría y la praxis de los cuidados [Internet]. 2003. Available from: https://www.academia.edu/997278/Antropolog%C3%ADa_y_Enfermer%C3%ADa_la_necesaria_simbiosis_entre_dos_disciplinas_para_vertebrar_culturalmente_la_teor%C3%ADa_y_la_praxis_de_los_cuidados
39. I MHC, Hernández M, Li C, Luis J. La filosofía , el proceso salud-enfermedad y el medio ambiente The philosophy , the process health-illness and the environment. *Revhabanera*. 2012;11(5):727–35.
40. Adhanom T. OMS | Determinantes sociales de la salud www.who.int. Organización Mundial la salud. 2013;1(1):1.
41. Alvares C. Determinantes e inequidades en salud. In: *Salud en las Americas*. 1st ed. Cuba; 2012. p. Capítulo 2.
42. Escuela Andaluza de Salud Pública | La Escuela Andaluza de Salud Publica (EASP). *Crisiis y salu*. 2019. p. 1.
43. Alvarenga E. PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD. Vol. 1, minsalud. 2017.
44. Físico E. ANEXO TEMA 60. ESCALAS BRADEN, NORTON MODIFICAD. 1:2.
45. Josefina D. Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria. IMF Business School. 2017. p. 1.
46. Eva M. Qué es el estilo de vida. Lo que dice sobre tiumoteca.com. Consumoteca. 2017. p. 1.

47. Autocuidado “También cuido de mí.”
48. ¿Qué es la multiculturalidad?
49. Neutrality P, Discrimination R, Tempora A, Human F, Assimilation R, Rights P, et al. Glosario sobre Migracion. In: Derecho internacional sobre migracion. Suiza; 2006. p. 20–7.
50. Kong H. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013;1–9.
51. Regional O, Las P. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. 2014.
52. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. 2010;22(Marzo):121–57.
53. Salud MDE, Salud ELMDE. MINISTERIO DE SALUD RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993. 1993;1993(Octubre 4):1–19.
54. No DO, Congreso EL, Principios TIDELOS, Eticos V, Acto DEL, Enfermeria DECDE, et al. LEY 911 DE 2004. 2004.
55. OMS. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conf Mund sobre Determ Soc la Salud. 2011;14:1–8.
56. 62ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 2009;Octavo:1–5.
57. Documento OPS. Plan Estratégico de la OPS. 2014 - 2019. 2014;(345).
58. Minsalud. Ley 266 de 1996. Bogota D.C; 1996.
59. Minsalud. DECRETO No. 1295. Bogota D.C; 2010 p. 1–17.
60. URIBE AG, MUÑOZ NJM, GÓMEZ FR, MARTÍNEZ MLO, VELÁSQUEZ LEU, DÁVILA CE, et al. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. Plan Decenal Salud Pública. 46(3–4):287–97.
61. Colombia M de S y la PS de. Ley 1751 del 2015. D Of [Internet]. 2015;13. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de

- 2015.pdf%0Ahttp://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf
62. Minsalud. Política de atención integral en salud. Bogota D.C; 2016 p. 1–97.
 63. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Resolución 3280 [Internet]. 2018;348. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3280 de 20183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203280%20de%2020183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf)
 64. Universidad Santiago de Cali. Estatutos generales. 2009 p. 17–33.
 65. Ocoro J, Rodríguez M. Proyecto Educativo institucional. Universidad Santiago de Cali. 2006. p. 3–17.
 66. Universidad Santiago de Cali. Programa pipe. 2018. p. 1.
 67. Rosa del Pilar C. Dirección General de Investigaciones. www.usc.edu.co. 2018. p. 1.
 68. Smith, M. & Parker M. Nursing Theories & Nursing Practice [Internet]. Nursing Theories and Nursing Practice 4th Ed. 2015. 23–34 p. Available from: [http://elib.fk.uwks.ac.id/asset/archieve/e-book/KEPERAWATAN/Nursing Theories and Nursing Practice.pdf](http://elib.fk.uwks.ac.id/asset/archieve/e-book/KEPERAWATAN/Nursing%20Theories%20and%20Nursing%20Practice.pdf)
 69. Interna M, Ciudad HC. Looking for a model of nursing cares in a multicultural environment Daniel Leno González. 2006;1–14.
 70. Ramos Y, Gonzalez M. Un acercamiento a la función educativa de la familia An approach to the family educative function. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2017;33(1):100–14. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n1/mgi09117.pdf>
 71. Solernou I. La familia y su participación en la universalización de la Educación Superior Family involvement in the universalization of higher education. Educ Médica Super [Internet]. 2013;27(1):54–63. Available from: <http://scielo.sld.cu>
 72. Sosa F, Zubieta E. Aculturación psicológica y creencias en estudiantes universitarios

- migrantes y no migrantes. *Hologramática*. 2012;17(2):45–70.
73. Rodríguez S. Los estudiantes universitarios de hoy: una visión multinivel. *REDU Rev Docencia Univ* [Internet]. 2015;13(2):91–124. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5210426>
 74. Rodríguez, L., Jordan, M., Olvera, G., Medina, M., Medina R. Formación profesional y desarrollo de capacidades de autocuidado en estudiantes de Licenciatura en Enfermería. *Rev Waxapa* [Internet]. 2014;6(10):7–17. Available from: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54944>
 75. Escobar Potes M del P, Mejía Uribe ÁM, Betancur López SI. Cambios En El Autocuidado De Estudiantes Colombianos De Enfermería, Durante La Formación Profesional. 2015. *Hacia la promoción la salud*. 2017;22(1):27–42.
 76. Escobar P M del P, Pico M ME. Self-care in university students, Manizales 2010-2011. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31(2):178–86.
 77. Zoboli E, Schweitzer M. Valores de la enfermería como práctica social: una metasíntesis cualitativa. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2013;21(3):9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0695.pdf
 78. Max-Neef MA con colaboración de EA y HM. Desarrollo a Escala Humana. *Rev Tiers Monde*. 1995;36(142):475–8.
 79. Neponuceno H de J, Carvalho BDN de, Neves NMBC. Transtornos mentais comuns em estudantes de medicina. *Rev Bioética*. 2019;27(3):465–70.
 80. Tobón Correa O. El Autocuidado una habilidad para vivir. *Hacia promoci salud*. 2003;37–49.

19 ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE

ACEPTACION COMITÉ FECHA: _____ SESIÓN _____ CÓDIGO JURADO _____

Yo _____ mayor de edad, identificado con CC. N.º

_____ acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de investigación titulado: "ESTRUCTURA SOCIAL Y CULTURAL QUE DETERMINAN EL AUTOCUIDADO EN LOS ESTUDIANTES MIGRANTES DE 1 A 3 SEMESTRE DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI, PERIODO 2019 B", realizado por las estudiantes del programa de enfermería: CARLOS DANIEL OVIEDO RODRIGUEZ CC.: 1107087612, cel.: 3104614410, correo: danieloviedo.r95@hotmail.com. ALEJANDRO CHAVARRIAGA cc:1234196453, cel.: 3146653997, correo: alejo9691@hotmail.com. JOSE ASDRIVAL OLAYA, CC.: 80197495, cel.: 3013683282, correo: joseolayacuervo@gmail.com. Dirigido por la docente DIANA FERNANDA LOAIZA BUITRAGO, CC.: 31568767, cel.: 3168334434, correo: dianaafb@gmail.com. Las estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: Comprender la manera en que la estructura social y cultural influyen sobre las prácticas de autocuidado de los estudiantes migrantes de 1 a 3 semestre del programa de Enfermería, Universidad Santiago de Cali, periodo 2019B. y sobre los pasos para cada el cumplimiento de cada objetivo y como debo de participar: toda información que se brinde debe ser veraz y consciente, Me explicaron también que puedo retirarme del estudio cuando crea conveniente, o ser retirado sin repercusión alguna. A su vez sé que no utilizarán mi nombre, sino que se

utilizarán códigos o número de identificación y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores y yo, con derecho a conocer los resultados obtenidos luego de finalizado el estudio. Los resultados obtenidos serán única y exclusivamente para este fin investigativo. •Sé que el beneficio de este trabajo es: : Comprender la manera en que la estructura social y cultural influyen sobre las prácticas de autocuidado de los estudiantes migrantes de 1 a 3 semestre del programa de Enfermería, Universidad Santiago de Cali, periodo 2019B y de esta manera involucrar en el accionar de la USC la promoción de entornos saludables a través del desarrollo de políticas públicas saludables, para fomentar el cuidado de la salud entre todos sus miembros, de modo que se propicie el empoderamiento en cuanto al autocuidado, cuidado mutuo y del entorno, así como el impacto sobre condiciones o modos de vida de tipo estructural. en ningún momento habrá remuneración económica. Se me ha informado que no me ocasionarán riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y sociales, ni ahora ni a futuro. Si hay algún riesgo debe ser puesta aquí la solución a ello.

•A su vez, me comentaron que utilizarán todas las normas de bioseguridad pertinentes; seré tratado con equidad-igualdad y

respeto y se me responderá a cualquier duda que se me presenté en cualquier momento de la investigación. Al firmar este documento reconozco que he leído y entendido el documento y el trabajo que realizaran, Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización del estudio: "ESTRUCTURA SOCIAL Y CULTURAL QUE DETERMINAN EL AUTOCUIDADO EN LOS ESTUDIANTES MIGRANTES DE 1 A 3 SEMESTRE DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI, PERIODO 2019 B" y firmo a

continuación:

NOMBRE PARTICIPANTE _____

FIRMA _____

C.C: _____

FIRMA DE EL-LOS TESTIGO(S) _____

(ESCRIBIR DEBAJO DE LA FIRMA LA RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE)

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO: _____

**ANEXO 2 CONSENTIMIENTO PARENTAL
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI**

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE

ACEPTACION COMITÉ FECHA: _____ **SESIÓN** _____ **CÓDIGO JURADO** _____

Yo _____ c/c _____ de _____ padre de _____ ti- _____ de LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI acepto libre y voluntariamente a que mi hijo@ participe del trabajo de investigación titulado: "ESTRUCTURA SOCIAL Y CULTURAL QUE DETERMINAN EL AUTOCUIDADO EN LOS ESTUDIANTES MIGRANTES DE 1 A 3 SEMESTRE DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI, PERIODO 2019 B" realizado por las estudiantes del programa de enfermería: CARLOS DANIEL OVIEDO RODRIGUEZ CC.: 1107087612, cel.: 3104614410, correo: danieloviedo.r95@hotmail.com. ALEJANDRO CHAVARRIAGA cc:1234196453, cel.: 3146653997, correo: alejo9691@hotmail.com. JOSE ASDRUAL OLAYA, CC.: 80197495, cel.: 3013683282, correo: joseolayacuervo@gmail.com. Dirigido por la docente DIANA FERNANDA LOAIZA BUITRAGO, c/c: 31568767, cel.: 3168334434, correo: dianafib@gmail.com. Las estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: Comprender la manera en que la estructura social y cultural influyen sobre las prácticas de autocuidado de los estudiantes migrantes de 1 a 3 semestre del programa de Enfermería, Universidad Santiago de Cali, periodo 2019B y sobre los pasos para cada el cumplimiento de cada objetivo y como debo de participar: toda información que se brinde debe ser veraz y consciente, Me explicaron también que puedo retirarme del estudio cuando crea conveniente, o ser retirado sin repercusión alguna. A su vez sé que no utilizarán mi nombre, sino que se utilizarán códigos o número de identificación y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores y yo, con derecho a conocer los resultados obtenidos luego de finalizado el estudio. Los resultados obtenidos serán única y exclusivamente para este fin investigativo. •Sé que el beneficio de este trabajo es: Comprender la manera en que la estructura social y cultural influyen sobre las prácticas de autocuidado de los estudiantes migrantes de 1 a 3 semestre del programa de Enfermería, Universidad Santiago de Cali, periodo 2019B y de esta manera involucrar en el accionar de la USC la promoción de entornos saludables a través del desarrollo de políticas públicas saludables, para fomentar el cuidado de la salud entre todos sus miembros, de modo que se propicie el empoderamiento en cuanto al autocuidado, cuidado mutuo y del entorno, así como el impacto sobre condiciones o modos de vida de tipo estructural. en ningún momento habrá remuneración económica. Se me ha informado que no me ocasionarán riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y sociales, ni ahora ni a futuro. Si hay algún riesgo debe ser puesta aquí la solución a ello. •A su vez, me comentaron que utilizarán todas las normas de bioseguridad pertinentes; seré tratado con equidad-igualdad y respeto y se me responderá a cualquier duda que se me presente en cualquier momento de la investigación. Al firmar este documento reconozco que he leído y entendido el documento y el trabajo que realizaran, Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización del estudio:" ESTRUCTURA SOCIAL Y CULTURAL QUE DETERMINAN EL AUTOCUIDADO EN LOS ESTUDIANTES MIGRANTES DE 1 A 3 SEMESTRE DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI, PERIODO 2019 B" y firmo a continuación

NOMBRE DEL PADRE _____ FIRMA DEL PADRE _____ C.C: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MENOR _____

FIRMA DE TESTIGO(S) _____

(ESCRIBIR DEBAJO DE LA FIRMA LA RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE)

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO.:



**ANEXO 3 ASENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI**

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

ACEPTACION COMITÉ FECHA: _____ **SESIÓN** _____ **CÓDIGO**
JURADO _____

Yo _____, MENOR de edad, identificado con T.I. N.º _____, con autorización de mis padres, acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de investigación titulado: "ESTRUCTURA SOCIAL Y CULTURAL QUE DETERMINAN EL AUTOCUIDADO EN LOS ESTUDIANTES MIGRANTES DE 1 A 3 SEMESTRE DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI, PERIODO 2019 B", realizado por los estudiantes del programa de enfermería: CARLOS DANIEL OVIEDORODRIGUEZ CC.: 1107087612, cel.: 3104614410, correo: danieloviedo.r95@hotmail.com. ALEJANDRO CHAVARRIAGA cc:1234196453, cel.: 3146653997, correo: alejo9691@hotmail.com. JOSE ASDRUAL OLAYA, CC.: 80197495, cel.: 3013683282, correo: joseolayacuervo@gmail.com. Dirigido por la docente DIANA FERNANDA LOAIZA BUITRAGO, c/c: 31568767, cel.: 3168334434, correo: dianaflb@gmail.com. Las estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: Comprender la manera en que la estructura social y cultural influyen sobre las prácticas de autocuidado de los estudiantes migrantes de 1 a 3 semestre del programa de Enfermería, Universidad Santiago de Cali, periodo 2019B y sobre los pasos para cada el cumplimiento de cada objetivo. Se me ha explicado claramente mi participación: Me explicaron también que puedo retirarme o ser retirado del estudio y no habrá problemas por ello, ni afectará a ninguna persona que participe del estudio, tampoco a la institución a la que pertenezco.

-A su vez sé que no utilizara mi nombre, sino que se utilizarán códigos o número de T.I y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores, mis padres y yo para fines de esta investigación. Los resultados obtenidos serán única y exclusivamente para este fin investigativo.

•Sé que el beneficio de este trabajo es: Comprender la manera en que la estructura social y cultural influyen sobre las prácticas de autocuidado de los estudiantes migrantes de 1 a 3 semestre del programa de Enfermería, Universidad Santiago de Cali, periodo 2019B y de esta manera involucrar en el accionar de la USC la promoción de entornos saludables a través del desarrollo de políticas públicas saludables, para fomentar el cuidado de la salud entre todos sus miembros, de modo que se propicie el empoderamiento en cuanto al autocuidado, cuidado mutuo y del entorno, así como el impacto sobre condiciones o modos de vida de tipo estructural, en ningún momento habrá remuneración económica. •Se me ha informado que no se ocasionaran riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y sociales, ni ahora ni a futuros, •A su vez, me comentaron que utilizarán todas las normas de bioseguridad pertinentes; será tratado con equidad-igualdad y respeto y se me responderá a cualquier duda que se me presenté en cualquier momento de la investigación. Al firmar este documento reconozco que he leído y entendido el documento y el trabajo que realizaran, Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización del estudio:" ESTRUCTURA SOCIAL Y CULTURAL QUE DETERMINAN EL AUTOCUIDADO EN LOS ESTUDIANTES MIGRANTES DE 1 A 3 SEMESTRE DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI, PERIODO 2019 B" y firmo a continuación

NOMBRE

FIRMA DEL MENOR:

TI: _____

FIRMA DE UN TESTIGO _____ (huella para testigo)

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO.