GRUPO de INVESTIGACIÓN HISTORIA y PENSAMIENTO ENFERMERO

EHI ENFERMERÍA HISTORIA e INVESTIGACIÓN

VOLUMEN 9 Número 2 (2022) ISSNe 2542-3444

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
VENEZUELA

ESCUELA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
MÉRIDA, VENEZUELA

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 9
Número 2 (2022)

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

AUTORIDADES

RECTOR: Mario Bonucci Rossini
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: Manuel Aranguren
VICERRECTORA ACADÉMICA: Patricia Rosenzweig
SECRETARIO: José María Andérez
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA: Gerardo J. Tovitto Paredes
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA: Asdrúbal Velasco

EQUIPO EDITORIAL

EDITORA JEFE: Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
EDITOR ADJUNTO: Gustavo Alcántara, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

COMITÉ EDITORIAL
Miembros nacionales
Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
María Vega de Peña, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
Gustavo Alcántara, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Miembros internacionales
Eduardo Sánchez Uzcátegui, Universidad Autónoma de Madrid (UAM, España)
Karina Díaz Morales, Universidad Autónoma Nuevo León (UANL, México)
María Eugenia Vega, Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano (POLI, Colombia)
Yennys Katiusca Benavente Sánchez, Universidad Nacional Autónoma de Tayacaja "Daniel Hernández Morillo" (UNAT, Perú)
Viviana Marycel Céspedes, Universidad Nacional de Colombia (UNAL, Colombia)
Olga Osorio Murillo, Universidad Libre Cali (Unilibre, Colombia)
José Antonio Peña Vega, Medicine Oregon Health & Science University (OHSU, EEUU)
Génesis Ivanoba Briceño Parra, Medicine Oregon Health & Science University (OHSU, EEUU)

COMITÉ CIENTÍFICO Y DE ARBITRAJE

Karina Díaz Morales, Universidad Autónoma Nuevo León (UANL, México)
Camilo Eduardo Bautista Saavedra, Universidad de Boyacá (UB, Colombia)
Viviana Marycel Céspedes, Universidad Nacional de Colombia (UNAL, Colombia)
Olga Osorio Murillo, Universidad Libre Cali (Unilibre, Colombia) y Universidad Santiago de Cali (USC, Colombia)
María Luisa Molano, Universidad del Valle (Univalle, Colombia)
Digna Escobar, Universidad de Carabobo (UC, Venezuela)
María Teresa Miralles, Universidad Alcalá de Henares (UAH, España)
Eduardo Sánchez Uzcátegui, Universidad Autónoma de Madrid (UAM, España)
Ricardo Ruiz, Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL, Venezuela)
María Vega de Peña, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
Gustavo Alcántara, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
María del Carmen Álvarez, Universidad Central de Venezuela (UCV, Venezuela)
Asdrúbal Velasco Cañas, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

CONCEPTO GRÁFICO Y DISEÑO EDITORIAL Gustavo Alcántara. supergalcantara@gmail.com

IMAGEN DE PORTADA Tomado del Periódico SER (1968), publicación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), Caracas-Venezuela.

La revista **Enfermería, Historia e Investigación (EHI)**, posee acreditación del Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes. Universidad de Los Andes-Venezuela (CDCHTA-ULA).

La revista **Enfermería, Historia e Investigación (EHI)**, asegura que los editores, autores y árbitros cumplen con las normas éticas internacionales durante el proceso de arbitraje y publicación. Del mismo modo aplica los principios establecidos por el Comité de Ética en Publicaciones Científicas (COPE). Igualmente todos los trabajos están sometidos a un proceso de arbitraje y de verificación por plagio.
Todos los documentos publicados en esta revista se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Por lo que el envío, procesamiento y publicación de artículos en la revista es totalmente gratuito.

Todos los derechos reservados. El contenido de esta revista está protegido por la Ley.
No puede ser reproducida, ni registrada o transmitida por cualquier medio de recuperación de información sin el permiso previo, por escrito, de los editores.
© 2022. Universidad de Los Andes.

Depósito Legal: ppi201502ME4601. ISSN electrónico: 2542-3444
Este número ha sido publicado gracias al apoyo de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

GRUPO de INVESTIGACIÓN
HISTORIA y PENSAMIENTO ENFERMERO.
ESCUELA de ENFERMERÍA, FACULTAD de MEDICINA,
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, MÉRIDA-VENEZUELA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
VENEZUELA

El Grupo de Investigación «Historia y Pensamiento Enfermero» adscrito al Departamento de Enfermería de Fundamentos Clínica y Quirúrgica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de LosAndes (ULA) y reconocido por el Consejo de Desarrollo, Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes (CDCHTA) del Vicerrectorado Académico de la ULA, bajo el código: ZG-HPE-M-01-11-06 de fecha 07/07/11, y el Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería Venezolana, basados en las líneas de investigación: Historia de la Enfermería en Venezuela y Proceso Enfermero, manifiesta crear la revista científica Enfermería, Historia e Investigación (EHI), a fin de divulgar artículos originales e inéditos, notas científicas, casos clínicos y revisiones documentales actualizadas de las áreas citadas; siendo estas, aportadas por los investigadores, estudiantes universitarios, profesionales, comunidad y público en general con información científica, humanística y tecnológica; local, regional, nacional e internacional, enfocada en la academia, asistencia y gremio en las Ciencias de la Enfermería.

ISSNe 2542-3444

EHI

VOLUMEN 9

Número 2 (2022)

TABLA *de* CONTENIDO

5 **EDITORIAL**

INVESTIGACIÓN

6-14 Analitos en la orina de nadadores antes y después de una competencia
Analytes in the urine of swimmers before and after a competition
ANGELY DEL VALLE ROJAS, EDUARDO JOSÉ SÁNCHEZ

15-27 Caracterización genómica del SARS-CoV-2, Norte de Santander-Colombia, 2020-2021
Genomic characterization of SARS-CoV-2, Norte de Santander-Colombia, 2020-2021
HEIDDY VARGAS, CLARA ZAMBRANO

28-41 Validación de un guion de entrevista para mujeres migrantes de Venezuela en España
Validation of an interview guide for Venezuelan women in Spain
EDUARDO JOSÉ SÁNCHEZ

ENSAYO

42-48 La unidad y la diversidad humana en Enfermería
Unity and human diversity in Nursing
ALBA FERNÁNDEZ

RESEÑA

49-65 Rosario Sánchez (1930-). Referente de la enfermería venezolana en el siglo XX
Rosario Sánchez (1930-). Referent of Venezuela nursing in the 20th century
MARÍA ÁLVAREZ, MARISOL ZAMBRANO

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 9
Número 2 (2022)

Editorial

DRA. INDIRA ROSA BRICEÑO DÍAZ
Médico Cirujano, Universidad de Los Andes (ULA), Especialista en Medicina Interna (ULA), Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva (ULA), Especialista en Servicios Asistenciales en Salud (UCAB)

El trabajo en equipo es una aptitud fundamental en las competencias profesionales, dado que el mundo laboral con frecuencia exige mayor rendimiento y mejores resultados ante las metas trazadas a nivel organizacional; por tal motivo, el desarrollo de esta habilidad en el personal de salud, investigadores y estudiantes es indispensable y beneficioso, ya que las tareas y proyectos asignados pueden desarrollarse más rápido, con mayor motivación y mejorando la calidad del resultado final al incluir varias perspectivas e ideas creativas, reforzando escenarios para liderar, resolver conflictos y fomentando las estrategias de comunicación asertiva.

Unir fuerzas en el equipo de trabajo es la clave para que tanto en lo individual como en lo colectivo se supere la crisis provocada por una pandemia sin precedentes, como la que aún persiste. Se debe aprender de ese gran lema de Alejandro Dumas en Los tres mosqueteros: "Uno para todos y todos para uno", como un signo de lo que el equipo, la lealtad y el esfuerzo representan para muchos sanitarios en su día a día.

Pese a los efectos de la COVID19 se puede considerar que la crisis ha sido una oportunidad de reinventarnos, por ejemplo, a los que pertenecemos al área de la salud, nos ha obligado a laborar en una forma distinta, ha retado a la disciplina, a la confianza, a la responsabilidad y al cumplimiento del trabajo. Así, el reto no solo ha sido para los gobiernos o las instituciones, sino también para nosotros mismos al no tener miedo ni paralizarnos; todo lo contrario, a continuar, retomar nuestras metas, sueños y anhelos, con la precaución necesaria.

En este escrito, aprovecho la oportunidad de felicitar al Grupo de Investigación, Historia y Pensamiento Enfermero (GIHPE) por el esfuerzo de articular el trabajo en equipo, las capacidades y los conocimientos para seguir logrando los objetivos de uno de sus grandes proyectos, como lo es la revista Enfermería, Historia e Investigación (EHI).

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 9
Número 2 (2022)

Recibido: 17/12/2022 Aceptado: 13/02/2023 DOI: https://doi.org/10.53766/EHI/2023.09.02.01

INVESTIGACIÓN

Analitos en la orina de nadadores antes y después de una competencia

Analytes in the urine of swimmers before and after a competition

Angely del Valle Rojas (Lcda.)[1]
Eduardo José Sánchez Uzcátegui (MgSc)[2]

[1]Licenciada en Bioanálisis, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela.
ORCID: 0000-0002-6726-6896
[2]Licenciado en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Doctorando en Estudios Interdisciplinares de Género, Universidad Autónoma de Madrid-España. Exprofesor, Escuela de Enfermería, ULA.
Correo: eduardosanchez16091977@gmail.com
ORCID: 0000-0003-1379-6661

RESUMEN

Introducción: un analito es una sustancia química presente en un material o sistema que es objeto de detección, identificación y cuantificación en el análisis químico de una muestra. Objetivo: comparar los valores de los analitos en la orina de nadadores antes y después de una competencia. **Metodología:** estudio de campo, cuasiexperimental, transversal de series temporales interrumpidas simples. La muestra estuvo constituida por 13 nadadores a los cuales se les aplicó como instrumentos una ficha de identificación de datos y tiras reactivas para el análisis químico de orina: pH, proteínas, glucosa, cetonas, hemoglobina, bilirrubina urobilinógeno, nitritos, leucocitos y densidad. **Resultados:** los analitos que presentaron variaciones después de la competencia fueron los nitritos, que dieron positivos en el 15,4% de la muestra y las cetonas en el 84,6%. **Conclusión:** los valores de la mayoría de analitos se encontraron dentro de los rangos normales, a excepción de los nitritos y las cetonas que presentaron un incremento después de la competencia.

Palabras clave: analitos, competencia, cetonas, nadadores, nitritos, orina.

ABSTRACT

Introduction: an analyte is a chemical substance present in a material or system that is subject to detection, identification and quantification in the chemical analysis of a sample. Objective: to compare the values of the analytes in the urine of swimmers before and after a competition. **Methodology:** field, quasi-experimental, cross-sectional study of simple interrupted time series. The sample consisted of 13 swimmers to whom a data identification sheet and reactive strips were applied as instruments for the chemical analysis of urine: pH, proteins, glucose, ketones, hemoglobin, bilirubin, urobilinogen, nitrites, leukocytes, and density. **Results:** the analytes that presented variations after the competition were nitrites, which were positive in 15.4% of the sample, and ketones in 84.6%. **Conclusion:** the values of the majority of analytes were within normal ranges, with the exception of nitrites and ketones, which increased after the competition.

Keywords: analytes, competition, ketones, swimmers, nitrites, urine.

— INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, los avances en la valoración biomédica de los atletas han hecho que a nivel científico se consideren la diversidad de factores que influyen en cambios orgánicos a consecuencia de la actividad física intensa. A ese respecto, los analitos presentes en la orina antes y después de una competencia, pudieran servir de indicador para seguimiento y control de los deportistas. Así, un analito es una sustancia química presente en un material o sistema que es objeto de detección, identificación y cuantificación en el análisis químico de una muestra[1]. En este sentido, los estudios han demostrado que el análisis físico químico de la orina es una de las pruebas más utilizadas a nivel mundial, debido a su accesibilidad y bajo costo[2]. También representa un procedimiento rápido, sencillo y seguro que permite descartar procesos infecciosos o enfermedades relacionadas con los riñones, que son los órganos encargados de la excreción de las sustancias de desecho del organismo a través de la orina.

En este contexto, la orina, se compone de un líquido acuoso amarillento y transparente compuesta por cloruro, creatinina, sodio, potasio, agua, urea, fosfatos, ácido úrico, amoniaco y sulfatos[3]. Bajo esta perspectiva, un análisis completo de orina consta de tres partes: el primero, es el análisis físico que se lleva a cabo mediante la observación de la muestra; el segundo, el químico para el cual se emplea el uso de tiras reactivas que son instrumentos de medición de analitos presentes en la muestra, y el tercero, que consiste en el estudio del sedimento urinario que se obtiene mediante la centrifugación de la orina, posteriormente, se emplea un microscopio[2].

Es necesario recalcar que una variación en los analitos de la orina, no está precisamente relacionada con la aparición de una enfermedad, sino que pudiesen existir otros condicionantes que generen cambios en los mismos, como consecuencia de mecanismos que se activan para mantener la homeostasis[3]. En este caso, la actividad física o el ejercicio intenso generan variaciones temporales en los analitos, que luego de un periodo de reposo, vuelven a la normalidad en una persona sana[4]. Con relación a lo expuesto, el artículo que se presenta a continuación, tuvo como objetivo comparar los valores de los analitos en la orina de nadadores antes y después de una competencia.

— MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de campo, experimental bajo la modalidad cuasiexperimental, transversal de series temporales interrumpidas simples que hace referencia a un conjunto de datos registrados secuencialmente en una serie discreta de puntos u observaciones de una sola unidad observacional, antes y después de un fenómeno o tratamiento[5].

La población estuvo constituida por 25 atletas de la selección juvenil del Centro de Actividades Acuáticas “Rafael Vidal” (CAARV) del Municipio Campo Elías del Estado Mérida-Venezuela. En la selección se consideraron los siguientes criterios de inclusión: 1) nadadores permanentes del CAARV, 2) nadadores que manifestaron su intención de participar en la investigación por medio del consentimiento informado, firmado por sus padres o representantes, en el caso de los menores de edad, 3) no estar recibiendo tratamientos médicos que puedan alterar

los valores del estudio, 4) nadadores con edades comprendidas entre 10 y 20 años. Los criterios de exclusión fueron: 1) nadadores menores de 10 años, 2) nadadores mayores de 20 años, 3) nadadores que no deseaban participar en el estudio, o que en el caso de ser menores de edad, no obtuvieron el consentimiento informado de sus padres o representantes. La muestra estuvo constituida por 13 nadadores que cumplieron con los criterios de inclusión.

Para la obtención de los datos se emplearon como instrumentos: una ficha de identificación de los participantes en el estudio con preguntas relacionadas a los criterios de inclusión y, tiras reactivas para el análisis químico de orina. Estas últimas, son cintas de plástico de aproximadamente 5 milímetros de ancho, que constan de unas almohadillas impregnadas de sustancias químicas que reaccionan con los compuestos presentes en la orina produciendo un color característico. Se utilizaron considerando que podrían aportar un diagnóstico básico al detectar una serie de parámetros que aparecen en la orina de una persona, tales como: pH, proteínas, glucosa, cetonas, hemoglobina, bilirrubina, urobilinógeno, nitritos, leucocitos y densidad[3].

El procesamiento químico de la muestra consistió en la toma de muestra de chorro medio[6]. Este método permite que la muestra de orina no se contamine con microorganismos que se encuentran normalmente en el pene o la vagina. Para ello, se indicó a los participantes del estudio, utilizar la siguiente técnica de recolección:

- Lavarse las manos antes de recolectar la orina.

- Quitar la tapa del recipiente recolector de orina con cuidado y apoyarlo con la superficie interna hacia arriba, evitando tocar el interior con los dedos.

- Lavarse minuciosamente con abundante agua y jabón los genitales. En los hombres sin circuncisión, retraer el prepucio y limpiar bien la cabeza del pene. En el caso de las mujeres, separar los labios vaginales, luego con una mano, limpiar la zona alrededor de la vagina y la uretra minuciosamente.

- Recoger la muestra de orina. En el caso de las mujeres, mantener separados los labios vaginales. En este punto, después que la orina haya fluido durante varios segundos, colocar el recipiente recolector en el chorro, recoger la muestra y tapar el envase, evitando tocar el borde del recipiente.

- Lavarse las manos y entregar la muestra al investigador.

Luego de recoger la muestra, se realizó la respectiva identificación de cada nadador. Seguidamente, se procedió al examen químico, que consistió en sumergir la tira reactiva por completo entre 1 a 2 segundos en el recipiente que contenía la orina. Esta cinta se dejó reposar en forma horizontal entre 1 a 2 minutos hasta que aparecieron colores en las almohadillas. Luego se comparó con la escala cromática del recipiente provisto por el fabricante. Por último, para analizar estadísticamente la información obtenida se utilizó el programa SPSS 27.0. En atención a los objetivos de la investigación, se realizaron análisis descriptivos de acuerdo al tipo de variable, además se aplicaron pruebas de hipótesis estadísticas con las pruebas de Wilcoxon y de McNemar[7]

con un nivel de confianza del 95%.

— RESULTADOS

Con relación al sexo de los nadadores, el 53,85% (7) fue femenino y el 46,15% (6) masculino (tabla 1).

Tabla 1. Sexo de los nadadores

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	**7**	**53,85**
Masculino	**6**	**46,15**
Total	**13**	**100,0**

Fuente: Elaboración propia.

La prueba de Wilcoxon determinó que no hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables: densidad, pH y urobilinógeno antes y después de la competencia, incluso, el mismo valor (empates) está en más de una muestra (tabla 2).

Tabla 2. Densidad, pH y urobilinógeno presentes en la orina antes y después de la competencia

		n	Rango promedio	Suma rangos	p-valor
Densidad antes	Rangos positivos	4	3,13	12,50	
Densidad después	Rangos negativos	1	2,50	2,50	0,174
	Empates	8			
	Total	13			
pH antes – pH después	Rangos positivos	3	4,00	12,00	
	Rangos negativos	3	3,00	9,00	0,739
	Empates	7			
	Total	13			
Urobilinógeno antes	Rangos positivos	0	0,00	0,00	
Urobilinógeno después	Rangos negativos	0	0,00	0,00	1,000
	Empates	13			
	Total	13			

Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, los resultados obtenidos mediante la prueba de McNemar indicaron que no se presentaron diferencias estadísticamente significativas en las variables: bilirrubina y leucocitos antes y después de la competencia (tabla 3).

Tabla 3. Bilirrubina y leucocitos presentes en la orina antes y después de la competencia

			Bilirrubina después			p-valor
			Negativo	Positivo	Total	
Bilirrubina antes	**Negativo**	Frecuencia	9	3	12	0,625
		Porcentaje (%)	69,2	23,1	92,3	
	Positivo	Frecuencia	1	0	1	
		Porcentaje (%)	7,7	0,0	7,7	
		Frecuencia	10	3	13	
		Porcentaje (%)	76,9	23,1	100,0	

			Leucocitos después			
			Negativo	Positivo	Total	p-valor
Leucocitos antes	**Negativo**	Frecuencia	6	1	7	0,125
		Porcentaje (%)	46,2	7,7	53,8	
	Positivo	Frecuencia	6	0	6	
		Porcentaje (%)	46,2	0,0	46,2	
		Frecuencia	12	1	13	
		Porcentaje (%)	92,3	7,7	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la presencia de nitritos en la orina, se observó que en el 100% de los nadadores fue negativo antes de la competencia, mientras que después de la competencia 84,6% fue negativo y en el 15,4% positivo (tabla 4).

Tabla 4. Nitritos presentes en la orina de los nadadores antes y después de la competencia

			Nitritos después		
			Negativo	Positivo	Total
Nitritos antes	**Negativo**	Frecuencia	11	2	13
		Porcentaje (%)	84,6	15,4	100,0
		Frecuencia	11	2	13
		Porcentaje (%)	84,6	15,4%	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados inherentes a la presencia de cetonas en la orina indicaron que fue negativa en el 100% de los nadadores previo a la competencia, mientras que después de la competencia fue positiva en el 84,6% y negativa en el 15,4% (tabla 5).

Tabla 5. Cetonas presentes en la muestra de orina de los nadadores en estudio antes y después de la competencia

			Cetonas después		
			Negativo	Positivo	Total
Cetonas antes	Negativo	Frecuencia	2	11	13
		Porcentaje (%)	15,4	84,6	100,0
		Frecuencia	2	11	13
		Porcentaje (%)	15,4	84,6	100,0

Fuente: Elaboración propia.

— DISCUSIÓN

Los resultados demuestran que la mayoría de los analitos estudiados al igual que en otros estudios[8,9] están dentro de los valores considerados como normales, a excepción de los nitritos y las cetonas. Empero, es relevante diferenciar una alteración benigna debido a una práctica deportiva a un estado patológico, excluyendo diagnósticos erróneos de enfermedad renal o del tracto urinario inferior[4].

Con relación a los nitritos presentes en la orina de algunos atletas antes y después de la competencia, estos pudiesen estar asociados a varias causas, entre ellas, el consumo elevado de carnes procesadas y de verduras de hojas verdes. En este sentido, después de la ingestión oral de estos alimentos, ocurre la reducción de dos electrones para pasar de nitrato a nitrito mediante un proceso de metabolismo y biotransformación que no representan un riesgo para la salud[10]. Por otro lado, los nitritos en la orina pudieran representar un signo de infección asintomática causada por bacterias gram negativas (Escherichia coli, Enterobacter, Klebsiella, Citrobacter y Proteus) que poseen enzimas que reducen el nitrato presente en la orina a nitrito[11].

También, los resultados evidenciaron un aumento de cetonas en la orina después de la competencia, lo que estuvo en concordancia con algunos estudios[12,13,14] que indican que los deportistas al ser sometidos a un esfuerzo físico, cambian algunos de sus parámetros bioquímicos debido a que el cuerpo responde a los efectos de la activación del sistema parasimpático. En consecuencia, la actividad física intensa o entrenamiento aeróbico, pudiese generar cambios en la eliminación de algunos elementos traza presentes en la orina como los cuerpos cetónicos.

Además, los cuerpos cetónicos están regulados por la concentración de ácidos grasos libres y la relación entre la insulina y el glucagón. Una disminución de los niveles de insulina por disminución de la glucemia o a nivel pancreático, junto con un aumento de los niveles de glucagón, generaría una estimulación de la lipólisis y producción de cuerpos cetónicos que es eliminada por la orina y la respiración[15]. Con relación a lo expuesto, las tiras reactivas urinarias no son un predictor lo suficientemente fuerte de una infección del tracto urinario (ITU) en comparación con un cultivo de orina[16], aspecto que pudiera servir de interés en estudios cuyo objetivo sea la

determinación de ITU.

— CONCLUSIÓN

Los valores de la mayoría de los analitos se encontraron dentro de los rangos normales, a excepción de los nitritos y las cetonas que presentaron un incremento después de la competencia, indicando que posiblemente, estos se dan como consecuencia de la influencia en los cambios metabólicos y de biotransformación secundarios a la actividad física intensa. Son pocos los estudios recientes en cuanto a la temática. En cualquier caso, el conocimiento de estos resultados podría ser relevante para otras investigaciones similares.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española [Internet]. 2021 [citado 15 junio 2021]. Disponible en: https://dle.rae.es/analito
2. Arispe M, Callizaya M, Laura A, Mendoza M, Mixto J, Valdez B, et al. Importancia del examen general de orina, en el diagnóstico preliminar de patologías de vías urinarias renales y sistémicas, en mujeres aparentemente sanas. Con-Ciencia [Internet]. 2019 [citado 14 junio 2021]; 7(1):93-101. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-02652019000100009
3. Alhambra S, Alhambra M, Campos M, Farsiyanova D, López K, Díaz R. Orina elemental: análisis, recogida y transporte de la muestra. Revista Ocronos [Internet]. 2020 [citado 19 julio 2021]; 3(5):747. Disponible en: https://revistamedica.com/orina-elemental-analisis-recogida-transporte-muestra/
4. Manzanares J. Interpretación del análisis básico de orina en el deportista. Medicina de Familia SEMERGEN [Internet]. 2015 [citado 14 septiembre 2021]; 41(7):387-390. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S113835931400327X
5. Hernández R, Mendoza C. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw Hill Education, 2018.
6. MedlinePlus. Muestra de orina limpia. (s.f). Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007487.htm
7. Quispe A, Calla K, Yangali J, Rodríguez J, Pumacayo I. Estadística no paramétrica aplicada a la investigación científica con software SPSS, MINITAB y EXCEL. Colombia: Eidet; 2019.
8. Guacho M. Correlación de alteraciones en pruebas bioquímicas para perfil renal entre los deportistas de la Federación Deportiva de Chimborazo y los estudiantes de la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe Monseñor Leónidas Proaño. [Trabajo de grado]. Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2018. [Consultado 15 de octubre 2021]. Disponible en: http://dspace.espoch.edu.ec/handle/123456789/9014
9. Muñoz D, Llerena F, Grijota F, Robles M, Alves F, Maynar M. Influencia de la actividad física sobre la eliminación urinaria de minerales y elementos traza en sujetos que viven en la misma

área geográfica. Revista Andaluza de Medicina del Deporte [Internet]. 2018 [citado 8 septiembre 2021]; 11(1):7-11. Disponible en: https://dx.doi.org/10.1016/j.ramd.2016.07.003

10. Londoño M, Gómez B. Nitratos y nitritos, la doble cara de la moneda. Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo [Internet]. 2021 [citado 25 noviembre 2022]; 4(1):110-119. Disponible en: https://doi.org/10.35454/rncm.v4n1.202

11. Delgado P, Ortega Y. Infecciones de las Vías Urinarias y de Transmisión Sexual. Nefrología al día [Internet]. 2022 [citado 18 octubre 2021]. Disponible en: https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-infecciones-vias-urinarias-trasmision-sexual-462

12. McArdle W, Katch F. Exercise Physiology. Nutrition, Energy, and Human Performance. United States: Lippincott; 2018.

13. López J. Fisiología del Ejercicio. España: Editorial Medica Panamericana; 2022.

14. Mora R, García J. Fisiología del Deporte y el Ejercicio. España: Editorial Médica Panamericana; 2021.

15. Sansone M, Sansone A, Borrione P, Romanelli F, Di Luigi L, Sgró, P. Effects of Ketone Bodies on Endurance Exercise. Current Sports Medicine Reports [Internet]. 2018 [citado 22 noviembre 2022]; 17(12):444-453. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30531462/

16. Galán F. Las tiras reactivas de nitritos y leucocitos en orina son poco fiables en el diagnóstico de infección del tracto urinario en la mujer. [Internet]. 2022 [citado 22 noviembre 2022]. Disponible en: https://fernandogalangalan.com/blog

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 9
Número 2 (2022)

Recibido: 31/3/22 Aceptado: 23/8/22 DOI: https://doi.org/10.53766/EHI/2023.09.02.02

INVESTIGACIÓN

Caracterización genómica del SARS-CoV-2, Norte de Santander-Colombia, 2020-2021

Genomic characterization of SARS-CoV-2, Norte de Santander-Colombia, 2020-2021

Heiddy Vargas (MgSc)[1]
Clara Zambrano (MgSc)[2]

[1]Bacterióloga y Laboratorista Clínico, Universidad de Pamplona, Norte de Santander-Colombia. Especialista Auditoría en Salud, Universidad Santo Tomás, Bogotá-Colombia. Magíster en Salud Pública, Universidad de Los Andes (ULA) Mérida-Venezuela. Epidemióloga, Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (FETP) del Instituto Nacional de salud, Colombia. Correo: hepavaro@hotmail.com ORCID: 0000-0002-1241-6201

[2]Bacterióloga y Laboratorista Clínico, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Bogotá-Colombia. Especialista en Epidemiología General, Universidad El Bosque, Bogotá-Colombia. Magíster en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá-Colombia. ORCID: 0000-0002-7922-372X

RESUMEN

Introducción: la pandemia de COVID-19, ha conllevado a que los países diseñen e implementen estrategias de caracterización genómica, que permitan identificar rápidamente las variantes o linajes circulantes en cada región. **Objetivo:** aplicar la estrategia de caracterización genómica para detectar y monitorear la circulación de variantes, linajes y mutaciones del SARS-CoV-2 en el Norte de Santander, durante el periodo noviembre 2020 a marzo 2021. **Metodología:** siguiendo la metodología de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la secuenciación genómica, se seleccionaron 283 muestras de hisopado de secreción nasal, de pacientes con sintomatología COVID-19 con resultado positivo a la prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR); priorizando 73, de acuerdo al protocolo de depuración implementado. Posteriormente, el Instituto Nacional de Salud (INS) realizó el análisis bioinformático a 3 muestras que reunieron todos los requisitos de volumen, transporte, identificación de las mismas y cumplimiento de los criterios establecidos. Seguidamente, se ejecutó el proceso de gestión, publicación e interpretación de los datos, por parte del INS en la página web, en infografías y retroalimentación a la entidad territorial con el informe técnico. **Resultados:** se logró identificar en una de las muestras la variante preocupante Alpha del linaje B.1.1.7, con las mutaciones N501Y y P681H. **Conclusión:** la estrategia de caracterización genómica del SARS-CoV-2 arrojó información importante y debe convertirse en un componente básico del sistema de vigilancia epidemiológica.

Palabras clave: COVID-19, caracterización genómica, SARS-CoV-2 Colombia, PCR, migrantes.

ABSTRACT

Introduction: the COVID-19 pandemic has led countries to design and implement genomic characterization strategies that allow the rapid identification of circulating variants or lineages in each region. **Objective:** to apply the genomic characterization strategy to detect and monitor the circulation of variants, lineages and mutations of SARS-CoV-2 in Norte de Santander, during the period November 2020 to March 2021. **Methodology:** Following the World Health Organization (WHO) methodology for genomic sequencing, 283 nasal secretion swab samples were selected from patients with COVID-19 symptoms with a positive Polymerase Chain Reaction test result. (PCR); prioritizing 73, according to the implemented debugging protocol. Subsequently, the National Institute of Health (INS) carried out the bioinformatic analysis of 3 samples that met all the requirements of volume, transport, identification of the same and compliance with the established criteria. Next, the data management, publication and interpretation process was carried out by the INS on the website, in infographics and feedback to the territorial entity with the technical report. **Results:** the worrisome Alpha variant of the B.1.1.7 lineage, with mutations N501Y and P681H, was identified in one of the samples. **Conclusion:** the SARS-CoV-2 genomic characterization strategy yielded important information and should become a basic component of the epidemiological surveillance system.

Key words: COVID-19, genomic characterization, SARS-CoV-2, Colombia, PCR, migrants.

—INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), declara el 30 de enero del 2020 que, el brote por el nuevo coronavirus, constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, con un total de 7.818 casos confirmados en todo el mundo, la mayoría de ellos en China y 82 en otros 18 países, catalogando el riesgo en China como muy alto y, a nivel mundial, como alto[1]. Posteriormente, el 11 de marzo del mismo año, el Director General de dicha organización, anuncia que, la nueva enfermedad por el coronavirus (COVID-19), es catalogada como una pandemia [2].

A partir de la declaración oficial de la pandemia de COVID-19, la OMS en alianza con gobiernos y fundaciones importantes, pone en marcha iniciativas, como el Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19 ("Acelerador ACT") cuyo propósito es aligerar el desarrollo, la producción y el acceso equitativo a las pruebas diagnósticas, los tratamientos y las vacunas contra la COVID-19, para reducir la mortalidad y las manifestaciones más graves de la enfermedad[3].

Un informe presentado por el Ministerio de Salud de España, reporta que, el Reino Unido declaró el 14 de diciembre de 2020, un aumento de la incidencia del síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés) en el este y sureste de Inglaterra y área metropolitana de Londres, asociada a una nueva variante del virus, denominada VOC B.1.1.7. Detectándose para la segunda semana de 2021 un porcentaje acumulado de la variante, de 76% sobre el total de secuencias en Inglaterra, implicando un mayor riesgo de transmisión, lo que podría condicionar un aumento de la incidencia de casos de COVID-19[4].

El mismo informe, indica que, también en España estaba presente la variante VOC B.1.1.7; considerándose el riesgo de diseminación e impacto, muy alto, ya que la misma puede ocasionar un aumento en la tasa de hospitalización y letalidad tanto por la mayor incidencia como por la aparente fuerte gravedad. Además, se han notificado otras dos nuevas variantes de interés asociadas a un incremento de transmisión. Una en Sudáfrica, donde se ha hecho muy prevalente, la denominada variante 501Y.V2 perteneciente al linaje B.1.351 y que se ha detectado en varios países europeos. La otra, perteneciente al linaje B.1.1.28.1 (P1) se ha identificado en Japón, en 4 viajeros procedentes de Brasil, en donde ha aumentado mucho su incidencia, especialmente en la región amazónica de Manaos (4). Por su parte, existe una nueva variante correspondiente al linaje B.1.617.2, identificada inicialmente en la India en diciembre 2020 y, en Estados Unidos en marzo de 2021[5].

Según lo señalado en el informe emitido por la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), en Colombia se reporta el primer caso de COVID-19 el 6 de marzo de 2020; superando, hasta el 23 de enero de 2021, los 2.000.000 y más de 50.000 muertes (6). A nivel global, en 216 países, desde el inicio de la pandemia se han confirmado 97.770.283 casos y 2.119.937 muertes. Siendo los 10 países con el mayor número de casos: Estados Unidos, Brasil, Reino Unido, Francia, Federación Rusa, México, Portugal, Colombia, India e Italia[6].

En los meses que han transcurrido de la pandemia, se han reportado mutaciones en la cepa

inicial del SARS-COV-2, en diferentes países, generando algunas de ellas cambios de impacto en la transmisibilidad o aumento de la virulencia[7]. La aparición de variantes conllevó a la utilización de categorías específicas de «variante preocupante» (VOC) y «variante de interés» (VOI), con el fin de priorizar el seguimiento y la investigación a escala mundial, así como, de orientar la respuesta a la pandemia[7] (Tabla 1).

Tabla 1. Variantes de los SARS-CoV-2, preocupantes y de interés actuales

Denominación OMS	Linaje	1ª muestra documentada	Fecha de designación
Preocupantes			
Alpha	B.1.1.7	Reino unido	18/12/2020
Beta	B.1.351	Sudáfrica	18/12/2020
Gamma	P1	Brasil	11/01/2021
Delta	B.1.617.2	India	04/04/2021
De interés			
Épsilon	B.1.427/B.1.429	Estados Unidos de América	05/03/2021
Zeta	P2	Brasil	17/03/2021
Eta	B.1.525	Múltiples países	17/03/2021
Theta	P3	Filipinas	24/03/2021
Iota	B.1.526	Estados Unidos de América	24/03/2021
Kappa	B.1.617.1	India	04/04/2021
Lambda	C37	Perú	14/06/2021

Fuente: OMS[7]

En el marco de la pandemia, la iniciativa que permite el acceso rápido y abierto a datos de virus epidemiológicos y pandémicos, *Global Initiative on Sharing All Influenza Data* (GISAID), traducido al español como, Iniciativa Mundial para Compartir todos los Datos sobre la Influenza, ha jugado un papel esencial en el intercambio de datos entre los Centros Colaboradores de la OMS y los Centros Nacionales, al proporcionar una base de datos de acceso público, cuyo objetivo es compartir secuencias genómicas de virus gripales que permitan seguir la evolución de los mismos y predecir el diseño de vacunas, en este caso, para el coronavirus causante del COVID-19[8].

Varios países, incluido Colombia, secuenciaron y depositaron miles de genomas del SARS-CoV-2 en el servicio de intercambio de información genética de secuencias de genomas organizado por la GISAID. El análisis de sus secuencias reveló la existencia de muchas variantes tales como, las de Reino Unido, Sudáfrica y Brasil, que se están extendiendo muy rápidamente y pueden afectar el rendimiento de las pruebas de diagnóstico y la reacción inmunológica[9].

En el 2020 se fundó la Red Regional de Vigilancia Genómica de COVID-19, de la cual

hacen parte todos los países de las Américas (incluyendo Colombia), a través de los Laboratorios Nacionales de Salud Pública y cuyo objetivo es fortalecer la capacidad de secuenciación de los laboratorios y estimular a los países a implementar la vigilancia genómica de rutina[10].

En Colombia, en enero de 2021, se creó el Programa de Caracterización Genómica de SARS-CoV-2, con veinte instituciones participantes[10]. Como parte de la respuesta a los retos de la pandemia y para avanzar en el conocimiento de la estructura y fisiología molecular del SARS-CoV-2 circulante en Colombia, el Instituto Nacional de Salud (INS) adecuó el laboratorio de bioseguridad de nivel 3 (BSL-3) para el cultivo del virus, formalizó el grupo de investigación en genómica y creó la Red Nacional de Genómica del SARS-Cov-2[10]. Producto de la vigilancia genómica de SARS-CoV-2, el INS de Colombia pudo caracterizar el linaje B.1.621 de la COVID-19 que circula en Estados Unidos, Curazao, México, Países Bajos, Dinamarca, Alemania, España, Colombia y otros países[11]. Así como también, realizar la caracterización genómica de las muestras provenientes de todos los departamentos del país.

Con base en lo anterior, el objetivo de la presente investigación consistió en aplicar la estrategia de caracterización genómica para detectar y monitorear la circulación de variantes, linajes y mutaciones del SARS-CoV-2 en el departamento Norte de Santander, durante el periodo noviembre 2020 a marzo 2021.

—METODOLOGÍA

La estrategia de caracterización genómica del SARS-CoV-2, llevada a cabo en el Norte de Santander, siguió la metodología propuesta por la OMS para la secuenciación genómica (Figura 1).

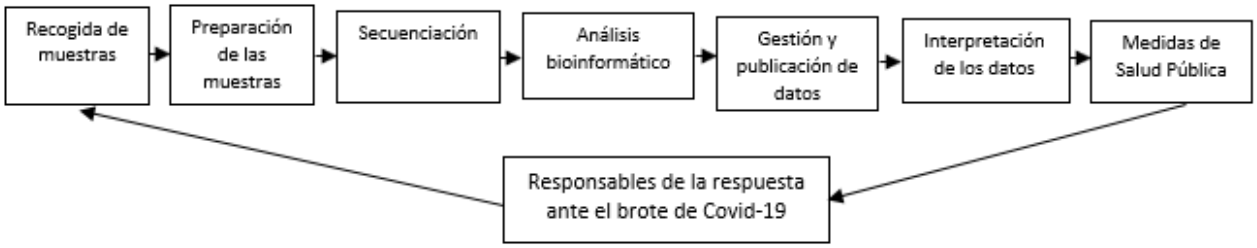

Figura 1. Consideraciones prácticas que han de tenerse en cuenta al elaborar un programa de secuenciación del SARS-CoV-2
Fuente: OMS[12].

Seguidamente, se describe cada una de las fases o consideraciones prácticas que han de tenerse en cuenta al elaborar un programa de secuenciación del SARS-CoV-2 presentadas en la figura 1.

Recogida de muestras

En el periodo noviembre 2020 a marzo 2021, se tomaron 283 muestras de hisopado de secreción nasal, a pacientes con sintomatología COVID-19 con resultado positivo a la Prueba de

Reacción en Cadena de la Polimerasa (siglas en inglés de PCR). Dichos pacientes fueron atendidos en los diferentes establecimientos de salud del Norte de Santander. Estas muestras fueron enviadas al Laboratorio de Salud Pública Departamental, las cuales se encontraban en el repositorio del laboratorio, hasta cuando la sociedad Alemana de Cooperación Internacional (GIZ) dio las pruebas de screening para realizar el procesamiento por la técnica "VirSNiP SARS-CoV-2 Spike N501Y".

Preparación de las muestras

A las 283 muestras tomadas, se les aplicó el protocolo de depuración, de acuerdo a los siguientes criterios:

- Priorización de los casos según el modelo lógico propuesto para la caracterización genómica (Figura 2).

- Los casos priorizados debían están confirmados por PCR con el número de ciclos al que se somete a la muestra (CT) inferior a 25.

- Todos los casos priorizados debían estar notificados en el Sistema de Vigilancia de Salud Pública (SIVIGILA).

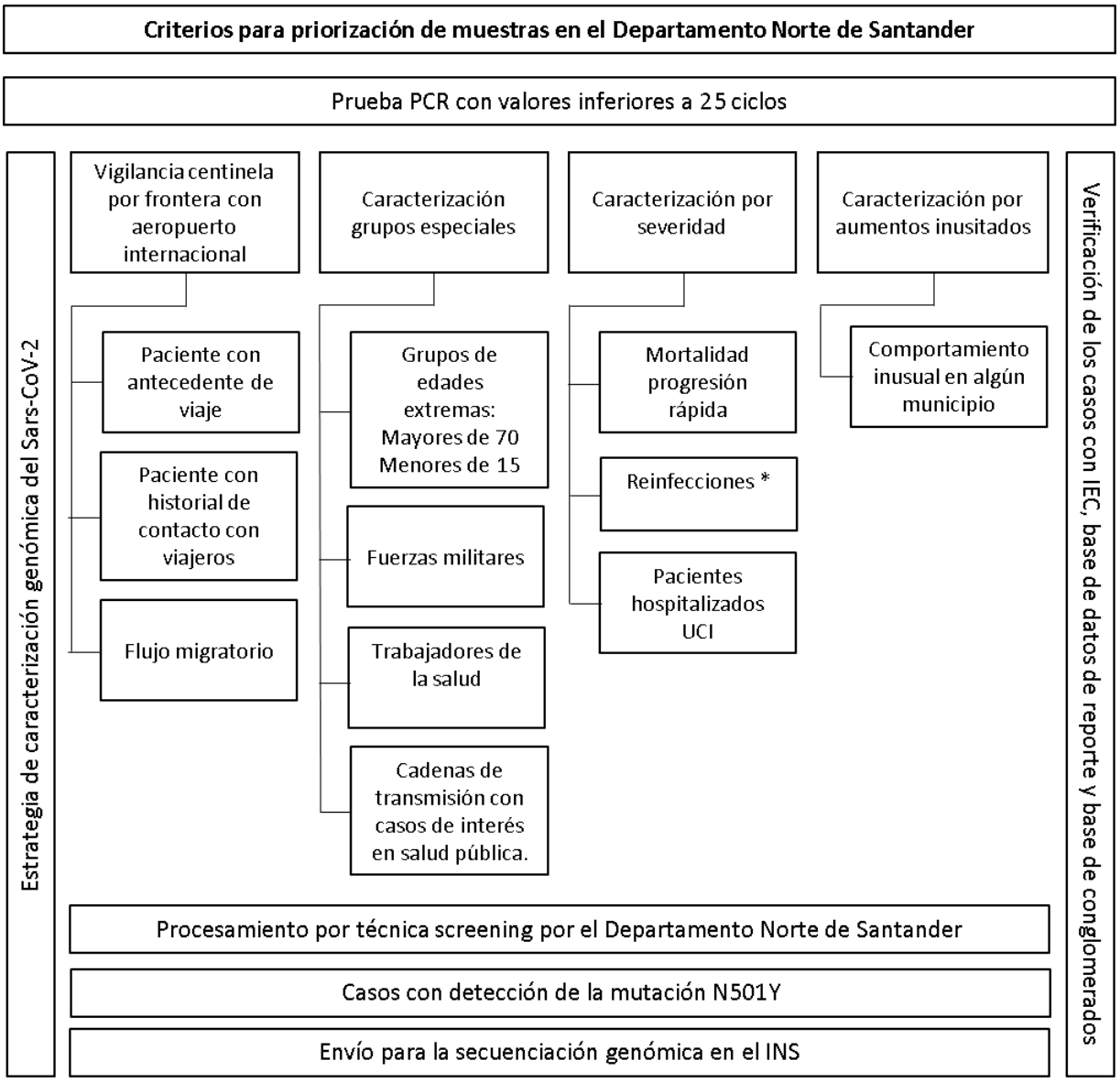

Figura 2. Modelo lógico propuesto de la estrategia genómica, Norte de Santander, marzo de 2021.
*Pacientes que presentan una reinfección diagnosticada por RT-PCR, deben contar con las dos muestras positivas en un lapso de 90 días.
Fuente: elaboración propia según los lineamientos del INS para vigilancia genómica.

Secuenciación

Como resultado de la priorización, se obtuvo 73 muestras para las pruebas de tamizaje inicial por el estuche de VirSNiP (screening), a las cuales se les realizó revisión de la investigación epidemiológica de campo, llevada a cabo por los diferentes municipios a los que correspondían los casos, así como de las diferentes fuentes de datos departamental: SIVIGILA, base reporte COVID-19 del INS, base de reporte del laboratorio, base de conglomerados del departamento de Norte de Santander. Como resultado de la prueba y de la revisión exhaustiva, se obtuvo una población definitiva de 9 casos que calificaban para la secuenciación genómica y fueron enviadas al INS.

Análisis bioinformático

Las 9 muestras enviadas al INS, pasaron también por un proceso de revisión y depuración en dicho instituto, dando como resultado que sólo 3 de ellas cumplieron con los requisitos para el proceso de secuenciación mediante la técnica secuenciación genómica.

Gestión, publicación e interpretación de los datos

Habiéndose realizado el análisis bioinformático, los resultados se transfirieron a la sala de análisis del riesgo de COVID-19, en donde se realizó el proceso de gestión, publicación e interpretación de los datos.

Búsqueda activa comunitaria

Mediante acciones de búsquedas activas comunitarias en la región, se localizaron los casos para el respectivo aislamiento y cuarentena de contactos.

—RESULTADOS

El proceso de priorización con el modelo lógico, permitió realizar la depuración de 283 (100%) muestras positivas a COVID-19 y seleccionar 73 (25,8%) para la realización de la prueba por la técnica screening. Se logró identificar la mutación N501Y en 9 de ellas (3,2%), reuniendo los criterios para ser enviadas al INS para la secuenciación genómica, en donde luego del proceso de depuración, sólo 3 (11,1%) calificaron para la prueba de secuenciación, de estas se logró identificar en una de ellas la variante preocupante Alpha del linaje B.1.1.7, con las mutaciones N501Y y P681H.

Al realizar la investigación epidemiológica del caso, se evidenció que se trataba de una mujer hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Clínica Norte, de 44 años de edad, procedente del municipio Los Patios; con antecedentes de hipotiroidismo, que inició síntomas el 12 de marzo de 2021 y fue diagnosticada el 28 de marzo del mismo mes; ingresó al centro hospitalario con cuadro clínico de 6 días de evolución, consistente en fiebre cuantificada en 38°C asociado a osteomialgias, cefalea y malestar general, manejados con Acetaminofén e Ibuprofeno. Refirió contacto con paciente diagnosticado con COVID-19, del núcleo familiar, el esposo, el cual estuvo recluido en la UCI, con recuperación y dado de alta el 11 de abril del 2021. La paciente manifestó que, mientras presentó los síntomas se mantuvo en su domicilio, cumpliendo con el aislamiento respectivo.

—DISCUSIÓN

La pandemia de COVID-19 se ha convertido en uno de los fenómenos de salud pública más relevantes del siglo XXI. De allí que, el organismo más importante en materia de salud, la OMS, en alianza con todos los países que conforman los cinco continentes, iniciaron las acciones de salud pública de emergencia para atacar el flagelo. Siendo uno de los objetivos más importantes, el fortalecimiento de la capacidad de secuenciación de los laboratorios de investigación y

diagnóstico; así como también, la implementación inmediata de los sistemas de vigilancia genómica que permitieran mejorar el desarrollo de protocolos de diagnóstico, principalmente[9].

Algunas investigaciones han señalado que, con la aparición del SARS-CoV-2, se ha visto subrayada la importancia del análisis y estudio de las secuencias genéticas; por ello, desde la identificación inicial del SARS-CoV-2 hasta la fecha (2021), se han compartido, a nivel mundial, más de 414.575 secuencias genómicas completas a través de bases de datos de acceso público[13]; la respuesta de salud pública a la COVID-19 se ha visto facilitada por los esfuerzos sin precedentes de los científicos que comparten datos de secuencias de aislados clínicos en todo el mundo, como el GenBank del Centro Nacional para la Información Biotecnológica (NCBI, por sus siglas en inglés) y la Iniciativa Global para Compartir todos los Datos de Influenza (GISAID, por sus siglas en inglés) han servido como los repositorios principales para las secuencias del genoma completo del SARS-CoV-2[14] .

En vista de la relevancia del problema, se crea en Colombia, el Programa de Caracterización Genómica de SARS-CoV-2[10], lo que permite al INS iniciar los procesos de caracterización de los linajes circulantes en el planeta, pudiendo secuenciar hasta junio de 2021, 1.085 genomas completos y detectar 64 linajes introducidos en el país, distribuidos en diferentes departamentos[11]. La secuenciación mediante tecnologías de alto rendimiento, también conocida como secuenciación de próxima generación (*Next Generation Sequencing*, NGS), permitió la caracterización genómica, la vigilancia en tiempo real de la dispersión viral y la identificación de nuevas variantes; además, permitió explicar algunos mecanismos patogénicos y algunas dinámicas evolutivas del virus[10].

En el caso del Norte de Santander, por ser frontera, se convierte en zona de mayor riesgo debido a la gran movilidad de personas y, principalmente, al flujo migratorio proveniente de Venezuela. Motivo por el cual, se hace necesario implementar la estrategia de caracterización genómica para identificar rápidamente las variantes o linajes circulantes. Este proceso de caracterización genómica, debe cumplirse siguiendo rigurosamente los protocolos establecidos por los organismos internacionales y nacionales, a fin de garantizar una correcta recolección de muestras, adecuada selección de las mismas, envío al INS en el lapso establecido, así como, tomar las medidas acertadas de salud pública.

La variante Alpha del linaje B.1.1.7 detectada en el Norte de Santander en 2021, se descubrió por primera vez en Reino Unido en 2020[7], aumentando sustancialmente la transmisibilidad y crecimiento en comparación con otras variantes, hasta convertirse en la variante dominante en gran parte del Reino Unido[15]; también fue la dominante hasta marzo de 2021 en la población de Delhi, India; siendo reemplazada rápidamente por la variante Delta (B.1.617.2) en abril y mayo de 2021[16]; así mismo, se detectó en Qatar[17], México[18], Chile[19], Venezuela[20] y, en el resto del mundo, siendo catalogada como una variante de preocupación, principalmente por el aumento de la transmisibilidad o el daño causado por el cambio en la epidemiología de la COVID-19, así como el aumento de la virulencia o cambio en la presentación clínica de la enfermedad[21]. Lo mismo sucedió con el resto de variantes del virus COVID-19 que se propagaron en todos los continentes[15, 22].

La identificación de la variante preocupante Alpha del linaje B.1.1.7, con las mutaciones

N501Y y P681H, es una evidencia de que el virus del SARS-CoV-2 está presente en el Norte de Santander, lo que amerita que se tomen acciones de salud pública inmediatas, ya que, como bien lo explica el INS, la propagación acelerada de este virus a nivel mundial, así como, los cambios genómicos resultantes de su composición genética, demuestran la relevancia y pertinencia de realizar caracterización genómica del mismo en Colombia, como parte del esfuerzo mundial para identificar y contener la diseminación de nuevas variantes de importancia que puedan ser responsables de nuevos rebrotes, de incrementar la transmisión entre la población y que puedan afectar la eficacia de las vacunas o tratamientos desarrolladas para contener la pandemia[23].

En vista de lo anterior, es necesario dar cumplimiento a los objetivos de salud pública propuestos por la OMS[12] para la caracterización genómica del virus en cuanto a: identificación y caracterización del SARS-COV-2, monitoreo de la transmisión, diseminación geográfica y evolución del virus con el propósito de minimizar y contener la propagación en el ser humano de las nuevas variantes que puedan surgir dentro de la dinámica natural del virus en su biología adaptativa[24].

—RECOMENDACIONES

Establecer la estrategia de caracterización genómica del SARS-CoV-2 en el Norte de Santander, como línea fundamental del sistema de vigilancia epidemiológica.

Dar a conocer la estrategia al equipo multidisciplinario que participa en el proceso de caracterización genómica en el Norte de Santander.

Aprobar el modelo lógico propuesto para realizar la priorización de los casos que califiquen para la prueba de secuenciación genómica.

Fortalecer el trabajo en equipo con los actores involucrados: INS, Dirección de Vigilancia Epidemiológica, laboratorios de salud pública.

Analizar periódicamente los indicadores estratégicos de vigilancia epidemiológica sobre incidencia, letalidad, mortalidad, tasa de muestreo, porcentaje de positividad, primordiales para la priorización de las muestras.

Proporcionar los insumos requeridos para el procesamiento y transporte de las muestras priorizadas que serán enviadas al INS.

Realizar promoción de la salud en la población del territorio en cuanto a la aplicación de medidas preventivas como: uso correcto del tapaboca cubriendo nariz y boca, lavado frecuente de manos, mantener distancia física de al menos dos metros entre personas, evitar aglomeraciones y reuniones familiares o de amigos y mantener los espacios ventilados.

—CONCLUSIONES

La pandemia de COVID-19, considerada por la OMS como un grave problema de salud pública, requiere de intervenciones inmediatas en materia de políticas de salud y de vigilancia epidemiológica, por lo que, la estrategia de caracterización genómica del SARS-CoV-2 se convierte

en un componente básico del sistema de vigilancia epidemiológica en el Norte de Santander. La aplicación de la estrategia de caracterización genómica para la detección oportuna de circulación de nuevas variantes del SARS-Cov-2 en el Norte de Santander, es el mecanismo efectivo para cortar la cadena de transmisión del virus. El seguimiento, control y evaluación de la transmisión, propagación geográfica y evolución del SARS-Cov-2, es la herramienta clave del sistema de vigilancia epidemiológica y vigilancia genómica.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. [Internet]. 2020 [consultado 19 de julio 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---COVID-19
2. Organización Panamericana de la Salud. La OMS caracteriza a COVID 19 como una pandemia. [Internet]. 2020 [consultado 19 de julio 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-COVID-19-como-pandemia
3. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es el Acelerador ACT? [Internet]. 2021 [consultado 19 de julio 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/about
4. Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Circulación de VOC B.1.1.7 y otras variantes de SARS-CoV-2 de interés para la salud pública en España. [Internet]. 2021 [consultado 19 de julio 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20210126-EER.pdf
5. Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades Respiratorias (NCIRD), División de Enfermedades Virales. Información importante acerca de las variantes. [Internet]. 2022 [consultado 19 de julio 2021]. Disponible en: https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/about-variants.html
6. Organización Panamericana de la Salud. Reporte de situación COVID-19 Colombia Nº 205 - 24 de enero 2021. [Internet]. 2021 [consultado 20 de julio 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/reporte-situacion-COVID-19-colombia-no-205-24-enero-2021
7. Organización Mundial de la Salud. Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2. [Internet]. 2021 [consultado 19 de julio 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants
8. Hernández M, García-Morán E, Abad D, Eiros JM. GISAID: Iniciativa internacional para compartir datos genómicos del virus de la gripe y del SARS-CoV-2. Revista Española de Salud Pública. [Internet]. 2021 [consultado 20 de julio 2021]; 1-5. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/Suplementos/Perspectivas/perspectivas15_hernandez_garciamoran_abad_eiros.pdf
9. Organización Panamericana de la Salud. Red Regional de Vigilancia Genómica de COVID-19. [Internet]. 2021 [Consultado 21 de julio 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/influenza/red-regional-vigilancia-genomica-COVID-19
10. Gómez-Grosso L, Mercado M, Ospina M. En las entrañas del SARS-CoV-2: liderazgo científico del Instituto Nacional de Salud. Biomédica. [Internet]. 2021 [consultado 21 de julio 2021];

41(2):195-200. Disponible en: https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/6205/4856
11. Organización Panamericana de la Salud. No existe variante colombiana de la COVID-19 en Colombia. [Internet]. 2021 [consultado 21 de julio 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/4-6-2021-no-existe-variante-colombiana-COVID-19
12. Organización Mundial de la Salud. Secuenciación del genoma del SARS-CoV-2 con fines de salud pública. Orientaciones provisionales 8 de enero de 2021. [Internet]. 2021 [consultado 31 de julio 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338892/WHO-2019-nCoV-genomic_sequencing-2021.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Salazar A, Fuentes-López A, Viñuela L, Camacho-Martínez P, Chueca N, Merino L, et al. Secuenciación del genoma del SARS-Cov-2 en Andalucía, metodología y estudio de las variantes. Actual Med. [Internet]. 2021 [consultado 13 de mayo 2022]; 106(814). Supl2: 60-70. Disponible en: https://actualidadmedica.es/articulo-suplementos/supl814-2_re08/
14. García M, Bautista P, Ángel A, Valadez Y, Vásquez L, Morales J, et al. Caracterización genómica y variantes del virus SARS-CoV-2. Acta Med Grupo Ángeles [Internet]. 2021 [consultado 13 de mayo 2022]; 19(3):445-456. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2021/am213v.pdf
15. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Variantes de SARS-CoV-2 en las Américas. [Internet]. 2021 [consultado 14 de mayo 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53239/EpiUpdate26January2021_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
16. Dhar M, Marwal R, Radhakrishnan V, Ponnusamy K, Bani J, Bhoyar R, et al. Genomic characterization and epidemiology of an emerging variant of Sars-CoV-2 in Delhi, India. Science. [Internet]. 2021 [consultado 13 de mayo 2022]; 374(6570):995-999. Disponible en: https://www.science.org/doi/full/10.1126/science.abj9932
17. Benslimane F, Al Khatib H, Al-Jamal O, Albatesh D, Boughattas S, Ahmed A, et al. One Year of Sars-Cov-2: Genomic Characterization of the Covid-19 Outbreak in Qatar. Sec. Clinical Microbiology [Internet]. 2021 [consultado 14 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcimb.2021.768883/full?utm_source=dlvr.it&utm_medium=twitter
18. Gobierno de México. Vigilancia de variantes del virus Sars-CoV-2. [Internet]. 2021 [consultado 14 de mayo 2022]. Disponible en: https://salud.conacyt.mx/coronavirus/variantes/
19. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Informe Epidemiológico Circulación de variantes SARS-CoV-2 en Chile al 25 de junio de 2021. [Internet]. 2021 [consultado 14 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/07/Informe-de-variantes-FIN.pdf
20. Jaspe R, Zambrano J, Loureiro C, Sulbarán Y, Moros Z, Garzaro D, et al. Biología y diversidad genética del SARS-CoV-2, agente causal de la COVID-19. Salus. [Internet]. 2021 [consultado 14 de mayo 2022]; 25(3):15-18. Disponible en: https://revistas.uc.edu.ve/index.php/salus/article/view/127/117
21. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica: Variantes de SARS-CoV-2 en las Américas. [Internet]. 2021 [consultado 14 de mayo 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53382/EpiUpdate24March2021_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
22. BBC NEWS/MUNDO. Coronavirus en mapas y gráficos: una guía visual para comprender el alcance y ritmo de propagación del Covid-19. [Internet]. 2021 [consultado 14 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias-51693616

23. Instituto Nacional de Salud. Dirección de Investigación en Salud Pública. Estrategia de caracterización genómica SARS-CoV-2, Colombia. [Internet]. 2021 [consultado 14 de agosto 2021]. Disponible en: http://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Estrategia-de-caracterizacion-genomica-SARS-CoV2_Colombia.pdf
24. Instituto Nacional de Salud. Distribución geográfica de los linajes de SARS-CoV-2 circulantes en Colombia. [Internet]. 2021 [consultado 21 de julio 2021]. Disponible en: http://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/10-mapa-linaje-marzo.pdf

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 9
Número 2 (2022)

Recibido: 14/11/2022 Aceptado: 10/01/2023 DOI: https://doi.org/10.53766/EHI/2023.09.02.03

INVESTIGACIÓN

Validación de un guion de entrevista para mujeres migrantes de Venezuela en España

Validation of an interview guide for Venezuelan women in Spain

Eduardo José Sánchez (MSc)

Licenciado en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Doctorando en Estudios Interdisciplinares de Género, Universidad Autónoma de Madrid-España. Exprofesor, Escuela de Enfermería, ULA.
Correo: eduardosanchez16091977@gmail.com
ORCID: 0000-0003-1379-6661

RESUMEN

Introducción: el proceso migratorio venezolano es complejo y variado a nivel mundial, en el caso de España, un aspecto que le otorga cierta peculiaridad, es el predominio del género femenino, fenómeno relevante para la investigación desde una perspectiva de género e interseccional. **Objetivo:** validar un guion de entrevista para mujeres migrantes de Venezuela en España. **Metodología:** estudio descriptivo, psicométrico de validez de contenido por parte de 5 personas expertas. Para el análisis cuantitativo, se utilizó el cálculo del coeficiente V de Aiken y el Coeficiente de Validez de Contenido (CVC). El análisis cualitativo se hizo en función de las apreciaciones de los validadores. **Resultados:** el valor de los coeficientes de las preguntas fue superior a lo establecido como mínimamente aceptable, siendo el promedio total V de Aiken 0,90 y el CVC 0,92. Las apreciaciones cualitativas fueron positivas. **Conclusión:** el guion reúne suficientes propiedades válidas y fiables para cumplir con su objetivo. Los resultados de los análisis cuantitativos y cualitativos no conllevaron a excluir o incluir preguntas.

Palabras clave: guion, mujeres migrantes, interseccionalidad, validez de contenido, Venezuela, España.

ABSTRACT

Introduction: The Venezuelan migratory process is complex and varied worldwide, in the case of Spain, an aspect that gives it a certain peculiarity is the predominance of the female gender, a relevant phenomenon for research from a gender and intersectional perspective. **Objective:** to validate an interview script for migrant women from Venezuela in Spain. **Methodology:** descriptive, psychometric study of content validity by 5 experts. For the quantitative analysis, the calculation of the Aiken V coefficient and the Content Validity Coefficient (CVC) were used. The qualitative analysis was made based on the appreciations of the validators. **Results:** the value of the coefficients of the questions was higher than what was established as minimally acceptable, with the total average V of Aiken being 0.90 and the CVC 0.92. The qualitative assessments were positive. **Conclusion:** the script gathers enough valid and reliable properties to fulfill its objective. The results of the quantitative and qualitative analyzes did not lead to excluding or including questions.

Keywords: script, migrant women, intersectionality, content validity, Venezuela, Spain.

— INTRODUCCIÓN

La migración venezolana de las últimas décadas, se ha convertido en un aspecto relevante y controvertido para muchos países, además de ser un tema que ha despertado el interés en el campo científico y social. En este contexto, la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)[1] estima que existen aproximadamente más de 6 millones de personas refugiadas y migrantes de este país a nivel mundial. En España, un aspecto que le otorga cierta peculiaridad, es el predominio del género femenino, representado por más del 50% de las personas migrantes procedentes de Venezuela (Instituto Nacional de Estadística, INE)[2]. A este respecto, existen estudios que señalan que existen determinantes políticos, económicos, gubernamentales y sociales[3]. Por ello, conocer la experiencia migratoria mediante la aplicación de un instrumento previamente validado y, desde una perspectiva de género e interseccional, permitirá profundizar en el fenómeno citado.

En este contexto, el enfoque interseccional "…afirma que las desigualdades son parte de un proceso social derivado de las intersecciones del sistema de subordinación de género, clase social, raza/origen étnico y sexualidad, (entre otros)…" (p.140-141)[4]. Asimismo, "la mirada interseccional se propone como un método de observación, el punto de partida de un diálogo y un trampolín desde el que impulsar una acción política colectiva" (p.12)[5]. Lo anterior, considerando que profundizar en la realidad de las mujeres migrantes, implica examinar dicho proceso más allá del género, puesto que los factores de clase, raza/etnia pueden constituirse como aspectos determinantes a la hora de buscar explicaciones o razonamientos en la comprensión de las dinámicas de poder, las desigualdades, violencias, entre otros.

Cabe considerar que la validez de un instrumento, está determinada por la representatividad en la definición del constructo, del grupo de ítems, los aspectos gramaticales y la claridad en las instrucciones[6]. Estudios previos de validación de cuestionarios, han permitido determinar la consistencia interna, la adecuación del contenido mediante coeficiente V de Aiken, como también, las valoraciones cualitativas de cada uno de los jueces[7,8,9]. El procedimiento comúnmente empleado, se caracteriza por la validación de un número de expertos que evalúan aspectos inherentes a ítems, dimensiones, objetivos[10]. Igualmente, representa un procedimiento necesario para valorar atributos subjetivos que integran constructos y dimensiones de fenómenos complejos y cuyo diseño, permite admitir y reunir de forma válida y confiable, la percepción de las personas en diferentes momentos y circunstancias; en consecuencia, generar un nuevo conocimiento[11]. Partiendo de lo señalado, se planteó como objetivo, validar un guion de entrevista para mujeres migrantes venezolanas en España.

— METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, psicométrico, de validez de contenido por medio de juicio de expertos.

El guion (que se describe en la segunda fase), fue sometido tanto a una validación cuantitativa, mediante el empleo del coeficiente V de Aiken[12,13] y, el Coeficiente de Validez de Contenido (CVC)[14], como también, a una cualitativa por medio de apreciaciones de expertos. La validación de contenido del instrumento se cumplió mediante las siguientes tres fases:

Primera fase: revisión del estado del arte

Se examinó el contexto político, económico y social de Venezuela, como también, algunos referentes e instrumentos para el estudio del afrontamiento. La revisión, generó la construcción y publicación de dos artículos: 1) determinantes que han propiciado el fenómeno migratorio venezolano hacia España[3] y 2) referentes para el estudio del afrontamiento en personas migrantes de Venezuela en España[15]. Asimismo, algunas investigaciones relacionadas con la construcción y validación de instrumentos cualitativos[16,17,18,19], como también, referentes y publicaciones feministas e interseccionales[4,5,20,21,22,23,24], aspectos gramaticales y morfosintácticos.

Segunda fase: diseño del guion de entrevista

Partiendo de lo expuesto en la primera fase, se elaboró un guion de entrevista (anexo) con 55 preguntas abiertas, en una estructura de 3 bloques relacionados con las dimensiones: la vida antes de emigrar, el proceso previo a la migración y el proceso migratorio. A cada uno de los bloques se le colocó su respectivo objetivo.

Tercera fase: Validación cuantitativa y cualitativa del guion

Se solicitó a 10 profesionales expertos del área de la salud y de la investigación en género y ciencias humanas, la validación del guion, de los cuales solo 5 dieron respuesta y aceptaron participar en el proceso (tabla 1). La relevancia de esta fase, se fundamentó en la posibilidad de obtener una amplia y detallada validación del objeto de estudio[25]. Se tomaron como criterios de selección: a) grado académico con un nivel de doctorado y conocimientos afines a la temática, b) comprobada experiencia en docencia e investigación y, c) disposición para participar. Como criterios de exclusión: a) renuncia al consentimiento informado, b) no contestar la solicitud y, c) no cumplir con el tiempo establecido para dar respuesta.

Se envió un correo electrónico a cada validador, este contenía una exposición de motivo y un documento adjunto en formato Word con la descripción de la temática, el consentimiento informado, las dimensiones, los objetivos y dos formatos de validación, ambos constituidos por las 55 preguntas. En el primero, la indicación consistió en puntuar del 1 al 5 los criterios de: claridad, objetividad, organización, suficiencia y coherencia. En el segundo, cada validador tuvo que escoger una opción en la escala de evaluación: 1: Deficiente 2: Regular 3: Buena 4: Muy buena 5: Excelente. También, se incluyó un espacio para las observaciones y la apreciación cualitativa.

Tabla 1. Perfil de los validadores.

Validador	Descripción de los perfiles
1	Profesora universitaria. Licenciada en Enfermería con Doctorado en Enfermería y Posdoctorado. Investigadora acreditada en Enfermería.
2	Profesor universitario. Politólogo y abogado con Doctorado en Ciencias Humanas. Investigador acreditado en Sociología Médica y Políticas de Salud.
3	Profesora universitaria. Psicóloga y Doctora en Psicología. Especialista en Violencia contra las mujeres, estudios de género y estudios feministas.
4	Profesor universitario. Licenciado en Enfermería. Doctor en Ciencias Humanas. Investigador acreditado de Enfermería Comunitaria.
5	Profesora universitaria. Licenciada en Enfermería. Doctora en Educación. Especialista en Gerencia de los Servicios de Salud.

Fuente: elaboración propia.

Para el proceso de validación cuantitativa, se vaciaron los datos en el programa Microsoft Excel 2019 y se calcularon dos coeficientes:

1. *Coeficiente de validez de contenido V de Aiken*

Método que cuantifica la relevancia de cada ítem respecto de un dominio de contenido formulado por N experto. Su valor oscila de 0 hasta 1, siendo el valor 1 un perfecto acuerdo entre los expertos respecto a la mayor puntuación de validez de los contenidos evaluados[12,13]. Para que un ítem sea considerado válido, debe tener un valor V de Aiken superior a 0,70 y con valor por debajo de este, el ítem se elimina[12,13]. Así, se consideró la ecuación algebraicamente modificada por Penfield y Giacobbi[26]:

$$V = \frac{\bar{X} - l}{K}$$

Siendo:
$\bar{X}$ = la media de las calificaciones de los expertos.
l = la calificación más baja posible.
K = el rango de los valores posibles en la escala de Likert utilizada.
K= K — 1

2. *Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) de Hernández-Nieto*

Este coeficiente permite valorar el grado de acuerdo de los expertos respecto a cada uno de los diferentes ítems y al instrumento en general. Para ello, tras la aplicación de una escala tipo Likert de cinco alternativas, se calcula la media obtenida en cada uno de los ítems y, en base a esta, se calcula el CVC para cada elemento; el cual, debe ser superior a 0,8014:

$$CVC_i = \frac{M_x}{V_{máx}}$$

Siendo:
M_x = la media del elemento de la puntuación dada a los expertos.
$V_{máx}$ = la puntuación máxima que el ítem podría alcanzar.

También se calculó el error asignado a cada ítem (Pei) "…debido a que, aunque cada juez evalúa a cada ítem en forma independiente, existe la probabilidad de que dos o más jueces asignen puntajes en forma aleatoria, generando una concordancia sesgada. Resulta, por lo tanto, necesario corregir esta relación proporcional, eliminando la probabilidad de concordancia aleatoria" (p.146)[14]:

$$Pe_i = \left(\frac{1}{j}\right)$$

Siendo:
j = el número de expertos participantes.

$$CVC = CVC_i - Pe_i$$

En cuanto a la validación cualitativa, los criterios de exclusión fueron: a) que en el cálculo y análisis de los coeficientes, uno o ambos estén por debajo del valor numérico de validación aceptable; en el caso de la V de Aiken, inferior a 0,70 y en el CVC menor a 0,80, b) que al menos dos de las personas validadoras indicara la eliminación de la pregunta, c) que una de ellas recomendara la eliminación de una pregunta y el autor lo estimase oportuno. Los criterios de inclusión/modificación fueron: a) que a petición de una o dos personas validadoras, se incluyera una pregunta y el autor lo considerase necesario, b) que se modifique por sugerencia u observación de dos personas validadoras, c) que se modifique a petición de una de las personas validadoras y el autor lo considere o no necesario.

— RESULTADOS

En los resultados obtenidos en el Coeficiente V de Aiken, se logró un valor superior a lo establecido como mínimamente aceptable, siendo el promedio total 0,90 (tabla 2).

Tabla 2. Resultados del cálculo del Coeficiente V de Aiken para un guion de entrevista a mujeres migrantes venezolanas (formato 1).

Preguntas	Criterios de contenido					
	Claridad	Objetividad	Organización	Suficiencia	Coherencia	Promedio
1-15	0,8533	0,8700	0,8967	0,8933	0,8133	0,8653
16-24	0,9444	0,9556	0,9500	0,9500	0,9444	0,9489
25-55	0,8935	0,8984	0,9194	0,9210	0,9194	0,9103
Promedio Total	0,8971	0,9080	0,9220	0,9214	0,8924	**0,9082**

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, los resultados del cálculo del CVC, mostraron que dicho instrumento, cumplió con una validez de contenido excelente según los criterios establecidos14, debido a que los valores obtenidos, fueron mayores a 0,92 en una escala de 0 a 1 (tabla 3).

Tabla 3. Resultados del cálculo del CVC para un guion de entrevista a mujeres migrantes venezolanas (formato 1).

Criterios de validez	Personas validadoras					Promedio Total Corregido
	1	2	3	4	5	
Claridad	10,79968	10,83968	8,39968	10,47968	10,87968	0,91238
Objetividad	10,79968	10,23968	8,23968	10,47968	10,83968	0,91965
Organización	10,79968	10,83968	8,39968	10,47968	10,87968	0,93420
Suficiencia	10,87968	10,51968	8,71968	10,47968	10,79968	0,93420
Coherencia	9,99968	10,75968	8,39968	10,39968	10,79968	0,91529
Promedio General (considera los 5 criterios)						**0,92314**

Fuente: elaboración propia.

Con relación a la validación cualitativa, esta fue positiva por parte de todos los expertos (tabla 4). Empero, se realizaron algunos ajustes al guion final en función de las observaciones en las preguntas 9, 10, 15, 28, 40 y 42.

Tabla 4. Apreciación cualitativa de los validadores.

Validador	Apreciación cualitativa
1	"Se aprecia un instrumento acorde a lo que el doctorando desea evaluar en sus variables".
2	"Desde mi perspectiva, el instrumento está bastante completo y cumple con la coherencia suficiente para alcanzar los objetivos de investigación".
3	"En general estás haciendo muy buen trabajo".
4	"Instrumento que cumple con el propósito de la investigación. Es una forma de ver el proceso migratorio venezolano desde otras perspectivas. Espero que el doctorante sepa establecer una línea divisoria entre las opiniones y experiencias de las mujeres venezolanas y de la propia, dado que también se encuentra de alguna manera en esa situación, excepto por la condición de género, ya que debe comprender perfectamente lo vivido por ellas. Metodológicamente, es una investigación que enriquece el quehacer científico y permite un aporte más a la experiencia enfermera".
5	"El instrumento cumple con los parámetros relacionados con las categorías en estudio".

Fuente: elaboración propia.

— DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos apoyan la validez del guion de entrevista como instrumento de investigación. Para la validación de contenido del instrumento propuesto, se llevó a cabo un análisis cuantitativo y cualitativo mediante un grupo multidisciplinar de cinco profesionales expertos, siendo un número aceptable para la validación del mismo[14]. Si bien es cierto que no existe consenso en el número de jueces, los métodos basados en el juicio de expertos se caracterizan por contar con un número de personas que bien, proponen los ítems o dimensiones que deben conformar el constructo de interés o realizan una evaluación en base a una escala tipo Likert, y emiten juicios sobre el grado de emparejamiento entre los elementos y los contenidos que han de ser evaluados[27].

Con relación a lo expuesto y, al margen del análisis cualitativo, resulta imprescindible aplicar métodos empíricos que aporten una valoración cuantitativa de los ítems[27]. En este sentido, los resultados obtenidos, muestran que todas las preguntas alcanzaron un coeficiente V de Aiken por encima del valor superior estándar mínimo más exigente de 0,7025,27. Aspecto que indica que la magnitud obtenida de este coeficiente, fue superior a la establecida[28]. Lo obtenido estuvo en concordancia con otros estudios[16,18,19], en donde la aplicación de este coeficiente generó valores aceptables para conseguir instrumentos válidos. No obstante, el primer criterio de exclusión, no conllevó a eliminar ninguna pregunta, al igual que los resultados obtenidos con el CVC, donde el promedio total corregido muestra un resultado psicométrico excelente.

En el análisis cualitativo, esta perspectiva sigue estando sometida a un intenso debate, puesto que, bajo esta visión paradigmática, los principios de validez y confiabilidad utilizados en la perspectiva positivista, no parece que sean aplicables[29]. Sin embargo, hay que señalar que las aportaciones desde la percepción de los validadores son indispensables en el desarrollo de los instrumentos[30], además se consideran un elemento fundamental que genera evidencias teóricas de validez[25]. A este respecto, algunas observaciones puntuales de parte de los expertos, no conllevaron a la modificación total o eliminación de algunas preguntas, pues a juicio del autor no lo consideró necesario de acuerdo al tercer criterio de inclusión/modificación.

— CONCLUSIONES

El coeficiente V de Aiken y el CVC mostraron indicadores suficientes para considerar el guion como un instrumento válido y fiable para la realización de entrevistas a mujeres migrantes de Venezuela en España. Asimismo, desde una perspectiva cualitativa, la validación del instrumento resultó con una apreciación positiva por parte de los expertos. Se considera como punto fuerte, el haber contado con un grupo multidisciplinar de consolidada experiencia en el ámbito de la investigación y la docencia para la fiabilidad del guion final.

La migración venezolana representa un fenómeno relativamente actual, si se compara con otros procesos migratorios en España. Sin embargo, desde la perspectiva de género e interseccional, no se han encontrado investigaciones recientes que hayan empleado la validez de contenido en la construcción de un guion de entrevista que permita contextualizar la experiencia de estas mujeres que han dejado su país de origen en busca de una mejor calidad de vida.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Situación de Venezuela [Internet]. 2021 [citado 14 septiembre 2021]. Disponible en: https://www.acnur.org/situacion-en-venezuela.html

2. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Estadística de Población Extranjera Solicitante de Protección Internacional, Refugiados, Beneficiarios de Protección Subsidiaria, Desplazados y Apátridas [Internet]. s.f. [citado 18 octubre 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/IOE/es/operacion.htm?numinv=68040

3. Sánchez E, Bosch E. Determinantes que ha propiciado el fenómeno migratorio venezolano hacia España. Enfermería Historia e Investigación [Internet]. 2021 [citado 15 noviembre 2021]; 8(2):72-88. Disponible en: http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/enfermeria/article/view/17324

4. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. The University of Chicago Legal Forum [Internet]. 1989 [citado 25 marzo 2021]; 8:138-167. Disponible en: https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8/

5. Rodo-Zarate M. Interseccionalidad, desigualdades, lugares y emociones. Barcelona, España: Ediciones Bellaterra; 2021.

6. Lujan-Tangarife J, Cardona-Arias J. Construcción y medición de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. Archivos de Medicina [Internet]. 2015 [citado 5 julio 2021]; 11(3):1-10. Disponible en: https://www.itmedicalteam.pl/articles/construccin-y-validacin-de-escalasde-medicin-en-salud-revisin-depropiedades-psicomtricas-103291.html

7. Martin A, Molina E. Valor del conocimiento pedagógico para la docencia en Educación Secundaria: diseño y validación de un cuestionario. Estudios Pedagógicos [Internet]. 2017 [citado 15 septiembre 2021]; 43(2):195-220. Disponible en: https://doi.org/10.4067/S0718-07052017000200011

8. Ortega G, Abad M, Giménez F, Franco J, Jiménez A, Robles J. Diseño y validación de un cuestionario de satisfacción con programas deportivos en centros penitenciarios. Apunts. Educación Física y Deportes [Internet]. 2018 [citado 8 octubre 2021]; 131:21-33. Disponible en: https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.(2018/1).131.02

9. Ahumada K, Strba L, Alarcón J, Figueroa J, Niño Y, Pacheco R. Validación de un instrumento para medir conocimientos, percepción de riesgo y estigmas sobre tuberculosis. Revista de investigación UPNW [Internet]. 2021 [citado 22 junio 2021]; 10(1):105-129. Disponible en: https://doi.org/10.37768/unw.rinv.10.01.009

10. Ventura-León J. ¿Existen los instrumentos válidos? Un debate necesario. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2017 [citado 17 julio 2021]; 31(1):71. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.007

11. Bernal-García M, Salamanca D, Pérez N, Quemba M. Validez de contenido por juicio de expertos de un instrumento para medir percepciones físico-emocionales en la práctica de disección anatómica. Educación Médica [Internet]. 2020 [citado 14 julio 2021]; 21(6): 349-356. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.08.008

12. Aiken L. Three Coefficients for Analyzing the Reliability and Validity of Ratings. Educational and Psychological Measurement [Internet]. 1985 [citado 28 julio 2021]; 45(1): 131-142. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0013164485451012

13. Aiken L. Test Psicológicos y Evaluación. 11ª edición. México: Pearson Educación; 2003.

14. Hernández-Nieto R. Instrumentos de recolección de datos. Validez y Confiabilidad. Normas y Formatos. Mérida, Venezuela: Consejo de Estudios de Postgrado, Universidad de Los Andes; 2011.

15. Sánchez E, Bosch E. Referentes para el estudio del afrontamiento en personas migrantes de Venezuela en España. Enfermería Historia e Investigación [Internet]. 2021 [citado 15 noviembre 2021]; 8(2):32-45. Disponible en: http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/enfermeria/article/view/17318/21921928478

16. Martínez M, Juárez L. Análisis de validez de constructo y confiabilidad de un instrumento para evaluar la formación en sostenibilidad en educación superior. Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento [Internet]. 2020 [Consulta: 18 de septiembre de 2021]; 8(22). Disponible en: http://dx.doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2020.22.70323

17. López R, Avello R, Palmero D, Sánchez S, Quintana M. Validación de instrumentos como garantía de la credibilidad en las investigaciones científicas. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2019 [citado 26 agosto 2021]; 48(2):441-450. Disponible en: http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/390

18. Martin-Romera A, Molina E. Valor del conocimiento pedagógico para la docencia en Educación Secundaria: diseño y validación de un cuestionario. Estudios pedagógicos [Internet]. 2017 [citado 16 septiembre 2021]; 43(2):195-220. Disponible en: http://revistas.uach.cl/index.php/estped/article/view/1117

19. Robles A, Robles J, Giménez F, Abad M. Validación de una entrevista para estudiar el proceso formativo de judokas de élite. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte [Internet]. 2016 [citado 22 septiembre 2021]; 64. Disponible en: https://doi.org/10.15366/rimcafd2016.64.007

20. Hooks B. El feminismo es para todo el mundo. 5ª edición. Madrid, España: Traficantes de sueños; 2021.

21. Ariño F, Capella F, Calvo S, Casado C, De la Torre M. Desmontando el feminismo hegemónico. España: Unión Editorial; 2020.

22. Morondo D, De La Cruz C, La Spina E. Desigualdades complejas e interseccionalidad. Una revisión crítica. España: DYKINSON; 2020.

23. Davis A. Mujeres, raza y clase. Madrid, España: Akal; 2005.

24. Hill-Collins P. Black feminist thought:knowledge, power and the politics of empowerment. United States: Unwin Hyman; 1990.

25. Juárez-Hernández L, Tobón S. Análisis de los elementos implícitos en la validación de contenido de un instrumento de investigación. Espacios [Internet]. 2018 [citado 13 noviembre 2021]; 39(53):23. Disponible en: https://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-23.html

26. Penfield R, Miller J. Improving Content Validation Studies Using an Asymmetric. Confidence Interval for the Mean of Expert Ratings. Applied Measurement in Education [Internet]. 2004 [citado 12 julio 2021]; 17(4):359-370. Disponible en: https://doi.org/10.1207/s15324818ame1704_2

27. Penfield R, Giacobbi P. Applying a Score Confidence Interval to Aiken's Item Content-Relevance Index. Measurement in Physical Education and Exercise Science [Internet]. 2004 [citado 30 septiembre 2021]; 8(4):213-225. Disponible en: https://doi.org/10.1207/s15327841mpee0804_3

28. Charter R. A Breakdown of Reliability Coefficients by Test Type and Reliability Method, and the Clinical Implications of Low Reliability. The Journal of General Psychology [Internet]. 2003 [citado 30 septiembre 2021]; 3(130):290-304. Disponible en: https://doi.org/10.1080/00221300309601160

29. Merino C, Livia J. Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: un programa Visual Basic para la V de Aiken. Anales de Psicología [Internet]. 2009 [citado 5 octubre 2021]; 25(1):169-177. Disponible en: https://revistas.um.es/analesps/article/view/71631

30. Luengo R. Validación de estudios cualitativos (II). Estrategias de verificación. Nure Investigación [Internet]. 2010 [citado 23 septiembre 2021]; 49:1-5. Disponible en: https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/515/50

ANEXO

GUION DE ENTREVISTA

ASPECTOS DESCRIPTIVOS
Iniciales de nombres y apellidos: **Edad:** **Tiempo de residencia en España:** **Número de hijos:** **Profesión/ocupación:**

GUION

Bloque I. La vida antes de emigrar. **Objetivo:** explorar la trayectoria de vida anterior al proceso migratorio.
1.1. Experiencias de vida relevantes ¿Cómo era tu vida antes de emigrar? Si tienes hijos, ¿cómo ha sido tu experiencia como madre? Si estabas casada o con pareja, ¿cómo era la relación? ¿Cómo era la relación con tus hijos/as? ¿Cómo era la relación con tu familia: padre, madre, hermanos? ***1.2.Situación socioeconómica y laboral*** ¿Cómo era tu situación socioeconómica? ¿Cómo era tu actividad laboral en tu país? ¿Sentías que tu trabajo aportaba a la economía familiar? ¿El trabajo que tenías te hacía sentir más realizada? ***1.3. Experiencias de violencia contra la mujer*** ¿Sufriste algún tipo de violencia machista? Si fue así, ¿qué significó para ti y cómo lo afrontaste? ***1.4. Recuerdos de vida en el país de origen*** ¿Tienes buenos o malos recuerdos de tu país? ¿Cómo son los recuerdos de tu vida familiar, social y personal? ¿Qué es lo que más extrañas de tu país? ¿Qué es lo que menos extrañas de tu país? ¿Cómo te considerabas en tu país?

Bloque II. El proceso previo a la migración.
Objetivo: indagar sobre los momentos previos a la migración, orientado básicamente en las emociones, expectativas y motivaciones.

2.1. Determinantes y decisión para emigrar
¿Cuáles fueron los motivos que te conllevaron a tomar la decisión de emigrar?
¿Cómo consideras que fue la decisión de emigrar?
La decisión de emigrar, ¿fue individual o familiar?
¿Cómo obtuviste los recursos económicos para poder emigrar?

2.2. Conocimientos del país de destino
¿Por qué escogiste a España como destino y no otro país?
¿Conocías experiencias de otras personas que vivían o habían emigrado a España?
¿Tenías en España algún familiar, persona amiga o conocida que te ayudara o asesorara?
¿Cuáles eran las fuentes de información que tenías para emigrar a España?
Antes de viajar a España, ¿cuáles eran tus expectativas?

Bloque III. El proceso migratorio.
Objetivo: explorar el proceso migratorio vivido con la finalidad de hacer una aproximación a la comprensión del fenómeno.

3.1. Asentamiento y expectativas
¿Qué sentiste al momento de llegar a España?
¿Qué sentimientos tuviste los primeros días de asentamiento en España?
¿Pensabas o sentías que estabas emprendiendo algo nuevo?
¿Pensabas o sentías que tu futuro cambiaría para mejorar por el hecho de venirte a España?

3.2. Sentimientos de separación
¿Cómo te has sentido estando lejos de tu familia?
¿Qué estrategias has empleado para socializar con otras personas?
¿Cómo has enfrentado los problemas de tu familia desde la distancia?
¿Cómo fueron tus primeros meses en España?
¿Qué tipo de estrategia empleaste para adaptarte, buscar ayuda y/o asentarte?

3.3 Aspectos interseccionales
¿Has sentido algún tipo de discriminación por tu origen étnico y/o nacionalidad?
Las situaciones relacionadas con algún tipo de discriminación, ¿han afectado tu desenvolvimiento social en España?
¿Cómo ha sido tu experiencia laboral en España?
¿Crees que tu trabajo está bien remunerado y acorde a tus estudios o preparación?
Desde tu perspectiva, ¿crees que has vivido algún tipo de discriminación laboral?
¿Cómo te sientes con tu trabajo actual?
¿Cuáles fueron tus primeros vínculos sociales en España?
¿Te ha costado socializar con otras personas?
Actualmente, ¿por quienes está compuesta tu red social?
¿Has tenido alguna diferencia social, cultural o de otro tipo con personas de España?
¿Cómo defines tu experiencia migratoria?

3.4. Experiencia migratoria
¿Cómo te ha afectado la Pandemia por COVID-19?
¿Cómo vives ahora?
¿Cómo es tu alimentación?
¿Tienes alguna expectativa de futuro en España?
¿Has pensado en retornar a tu país?
¿Has vivido algún tipo de violencia machista en España?

3.5. Definición como mujer
Como mujer, ¿cómo te defines?
¿El proceso migratorio ha cambiado algo en ti?
¿Cómo crees que percibe la población española a las mujeres procedentes de tu país?
¿Cómo defines a las mujeres procedentes de tu país?

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 9
Número 2 (2022)

Recibido: 12/10/2022 Aceptado: 4/12/2022 DOI: https://doi.org/10.53766/EHI/2023.09.02.04

ENSAYO

La unidad y la diversidad humana en Enfermería

Unity and human diversity in Nursing

Alba Fernández (Dra.)

Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Magíster en Gerencia Educacional, Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL), Mérida-Venezuela. Doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia (UN), Bogotá. Posdoctora en Gerencia para el Desarrollo Humano (ULA). Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero (ULA). Investigadora acreditada. Profesora Titular Jubilada, Escuela de Enfermería, ULA.
Correo electrónico: afernandezx@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-3829-5401.

RESUMEN

En el presente ensayo se pretende relacionar la unidad y la diversidad humana (*unitas múltiplex*) con el paradigma del holismo en Enfermería como disciplina inmersa en el pensamiento complejo, impulsado y descrito por Morin.

Palabras clave: *unitas múltiplex*, enfermería, paciente, holismo, disciplina, Morin, pensamiento complejo.

ABSTRACT

This essay aims to relate human unity and diversity (*unitas multiplex*) with the paradigm of holism in Nursing as a discipline immersed in complex thinking, promoted and described by Morin.

Key words: unitas multiplex, nursing, patient, holism, discipline, Morin, complex thinking.

— INTRODUCCIÓN

En Enfermería, la persona es el receptor de los cuidados, que incluye los componentes físico, espiritual, psicológico y sociocultural, y puede contemplar a un individuo, un grupo, una familia o una comunidad[1]. De ahí que este cuidado debe ser suministrado desde un enfoque integral o de una manera holística. El holismo proviene etimológicamente del griego *hólos*, significa todo, por entero, totalidad[2]. Como concepto, en esta profesión, es una filosofía; se trata de un método para garantizar la atención a todas las partes de un paciente[2]. Significa que la persona se contempla como un ser entero, completo, no por partes, ni como un diagnóstico o un número.

A diferencia del médico (que cura), Enfermería se encarga de cuidar, para ello, requiere dar una atención integral, un cuidado holístico, que implique la mente, el cuerpo y el alma de la persona, considerando las necesidades fisiológicas, las emociones, la espiritualidad, las relaciones familiares y personales, las diferencias sociales y las preferencias culturales. En similitud, dentro de los siete saberes necesarios a la educación del futuro, que plantea Morin[3], el tercero, Enseñar la condición humana, describe al ser humano como una unidad compleja que involucra lo físico, biológico, síquico, cultural, social, histórico. En este ensayo, se pretende relacionar la unidad y la diversidad humana (*unitas múltiplex*) con el paradigma del holismo en Enfermería como disciplina inmersa en el pensamiento complejo.

— DESARROLLO

Morin[4], en su Introducción al pensamiento complejo, menciona: “Vamos a reunir lo Uno y lo Múltiple, los uniremos, pero lo Uno no se disolverá en lo Múltiple y lo Múltiple será, asimismo, parte de lo Uno”. De acuerdo a este planteamiento, para el autor *lo Uno* es la simplicidad, ejemplo, el hombre, visto fundamentalmente como un ser biológico, pero es al mismo tiempo, un ser cultural, espiritual, social, lo que lo hace *lo Múltiple*. Se puede ir más allá, lo múltiple está presente también en cada dimensión del ser humano, así lo biológico es un mundo complejo de sistemas. A su vez, cada sistema es un intrincado conglomerado de células, moléculas, tejidos, órganos.

En el Método 3, el mismo escritor[5], explica con más detalle este aspecto, al iniciar el capítulo dedicado a *unitas múltiplex* con la descripción anatómica enmarañada del cerebro y hace la comparación de los dos hemisferios (derecho e izquierdo) siendo a la vez diferentes e idénticos, quienes se complementan mediante funciones antagónicas y concurrentes. En otras palabras, existe una unidad junto a varias dimensiones.

Estos supuestos son aplicables a Enfermería al establecer una relación de cuidado con el paciente, mediante la interrelación, la empatía; al comprender que el paciente es un ser bio-psico-socio-espiritual-planetario. En su complejidad, la persona es un ser vivo, conformado por sistemas y órganos, es anatómico, fisiológico; con una mentalidad cognitiva basada en valores, deseos, ética,

personalidad; que le permiten involucrarse en una organización familiar, comunitaria, en una sociedad (con su cultura, creencias, normas, leyes); que le confiere el interés por la educación del espíritu, la religiosidad, el amor al prójimo y a sí mismo; que se conjuga con la condición de ciudadano del universo, inmerso en la estructura de una sociedad planetaria, es decir, en todos los movimientos mundiales, culturales, tecnológicos, económicos, políticos, ecológicos, globalizados.

Desde este punto de vista, el ser humano es un conjunto de elementos y energías con diferentes manifestaciones (multidimensional); es al mismo tiempo biológico (*unitas*), con partes que se complementan (*multiplex*). Al comprender lo anterior, se infiere que la relación enfermera-paciente es una unidad que a la vez es una estructura complicada, entrelazada, donde ambos actores crecen, se conjugan. Lo que lleva a la complejidad.

Para Morin[6] "la complejidad es el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico". Asimismo, Vilar[7] entiende por fenómeno complejo "el compuesto por una gran variedad de relaciones, con interacciones lineales y no lineales, sincrónicas y diacrónicas, cuya evolución es imprevisible". Vista de esas maneras, la complejidad puede ser un concepto algo difícil de entender, que implica un reto afrontarla porque requiere de conocimientos para conformar el desorden, la confusión, la incertidumbre, en conexión con el orden, el sosiego, la certeza.

Más arriba se indicó que en Enfermería, la *unitas multiplex* se observa al contemplar al paciente como un ser único, pero a la vez como un todo (desde el paradigma holístico). Ante la enfermedad (desorden) surge la complejidad al generarse cambios en las interacciones familiares del orden de funcionalidad, económico, responsabilidad, tensión emocional; lo que conduce a situaciones de estrés, caos, sentimientos encontrados entre los miembros del grupo familiar por desconocer lo que pueden o no hacer o cómo ayudar, esto puede crear impotencia, incertidumbre, por lo que en ocasiones actúan de manera imprevisible.

Autores como Mijangos[8] refieren que "Cuidar a una persona bajo el paradigma holístico significa atenderla en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales, entre otros, así como en su interrelación con el entorno". Visto el entorno como todas las condiciones internas y externas, las circunstancias físicas, sociales o de otra naturaleza que afectan a la persona[1]. Enfermería tiene una gran responsabilidad en la educación y orientación a la persona, familia y población sobre el cuidado del ambiente y entorno donde se desenvuelven, para evitar o prevenir enfermedades o lesiones; como en el caso de mantener limpio el hogar y libre de insectos, consumo de agua potable o hervida, colocar mosquiteros, uso adecuado de los baños, lograr una buena iluminación y ventilación, evitar caminar descalzos, entre otras medidas.

Entonces, el holismo es una filosofía muy importante en la práctica de la Enfermería, quien ha sido llamada como el profesional capacitado y especializado para atender y aumentar la armonía entre lo fisiológico, psicológico, social, espiritual, familiar de la persona sana o enferma con el ambiente donde se encuentre. Este paradigma ha sido investigado por la mayoría de las estudiosas de esta disciplina[1,8,9,10], analizando en sus trabajos las teóricas de Enfermería que han trabajado con el holismo desde Nightingale[1], quien consideró tres tipos de entorno: físico, psicológico y social. Por lo tanto, para ella, la función de la Enfermería es influir sobre el entorno

del paciente para ayudarlo a restaurar la salud. En la misma conceptualización (por nombrar algunas teorizantes) se encuentran: Patricia Iyer[8] "la enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona y no solo del proceso médico". Para esta autora, el cuidado se centra en todas las respuestas del paciente interactuando con el entorno. En el caso de Betty Neuman[8] "la enfermería es la única profesión en la cual se manejan todas las variables que afectan la respuesta del individuo".

Mientras que, el foco de la teoría de Martha Rogers[1] es el ser humano unitario que posee integridad propia y que expresa cualidades que son más que, y distintas, de la suma de sus partes. Es un todo unificado que intercambia materia y energía con el entorno, de manera continua. Se trata del concepto holismo desde la filosofía oriental.

Ante toda esta revolución científica y disciplinaria, la Asociación Americana de Enfermeras Holísticas (AHNA, por sus siglas en inglés)[2] define la enfermería holística como "toda práctica de enfermería donde la curación a la persona como un todo es su meta".

Es necesario recalcar que, en Enfermería, el método sistemático y organizado para proporcionar el cuidado, se llama proceso enfermero. El principio recursivo de la complejidad, visto como un elemento que se produce y reproduce se puede ver reflejado en este método, ya que tiene una etapa inicial que es la valoración del paciente y otras intermedias (diagnóstico, planificación, ejecución) y una final, la evaluación. Esta herramienta es recurrente, en el sentido, de que constantemente se retroalimenta, posiblemente al evaluar, se debe valorar de nuevo, formular nuevos diagnósticos, elaborar nuevos planes, llevarlos a cabo y así sucesivamente.

En otras palabras, Enfermería (orden) debe tratar al paciente y orientar a la familia desde la complejidad que aparece con la situación de salud. Para ello debe considerar la condición física del paciente aunado a los sentimientos, las relaciones familiares, el tipo de apoyo informal, la parte espiritual, social y económica. A la vez, este profesional debe hacerse una evaluación sobre sus conocimientos, destrezas y valores para poder intervenir en el proceso de manera eficiente y aportar de forma adecuada el cuidado.

Pero existen pacientes y familiares que después que pasa la crisis o incluso ante la enfermedad refieren un crecimiento de unión, de valores; aparecen nuevas perspectivas. Esto es debido a que el ser humano es una unidad compleja, actúa en el desorden, pero también es dinámico, lo que le permite llegar a la estabilidad funcional, emocional, social y espiritual (modelo holístico).

Morín[3] y Ander[11] resumen el término *unitas multiplex* de la siguiente forma: "conocer el todo para identificar las partes y se requiere conocer las partes para comprender el todo". Por último, es fundamental que Enfermería, desde los inicios de la carrera, reconozca la *unitas multiplex*, es decir, la unidad y la diversidad humana en todos sus campos. El campo individual donde el ser humano es un conglomerado de partes biológicas, mentales, afectivas. El campo social que implica la familia, la sociedad, la diversidad cultural que posicionan a la persona en un intercambio de prácticas éticas, tradiciones, costumbres al relacionarse con otros. La complejidad del ser humano que lo hace poseedor de diversos caracteres como lo racional (homo sapiens), lo

delirante (homo demens), lo empírico (homo empiricus), lo imaginador (homo imaginarius), entre otros.

Caracteres que son a la vez antagónicos y lo convierten en un ser racional e irracional, capaz de amar y de odiar, ser violento y tierno. Se insiste, en que es fundamental que Enfermería, reconozca las diversas facetas del ser humano, lo que implica verlo como un ser único pero complejo.

—NOTA FINAL

La unidad y la diversidad humana (*unitas multiplex*) es la concordancia humana que lleva en sí misma los principios de sus múltiples diversidades (cerebral, mental, psicológica, afectiva, intelectual). En Enfermería, comprender lo humano es comprender su unidad en la diversidad, en la multidimensionalidad y su pluralidad en la unidad (holismo). A final de cuentas, estos términos se entrelazan, chocan y se asemejan, por lo que en el cuidado humano, Enfermería debe atender a cada persona como un ser único y como un todo, sin importar si lo que realizó fue una acción holística o de unidad y diversidad. La intención es que a medida que cumpla con sus actividades diarias, fortalezca en todos los ámbitos tanto a esa persona como a sí misma.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. 2a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1995.
2. Serproen. Grupo suara. La importancia del cuidado de enfermería holística: una preocupación verdadera por el paciente [Internet]. 2016 [consultado 31 julio 2022]. Disponible en: https://www.serproen.cl/2016/09/la-importancia-del-cuidado-enfermeria-holistica-una-preocupacion-verdadera-paciente/
3. Morin E. Los siete saberes necesarios a la educación del futuro. Caracas: Unidad de Publicaciones, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Central de Venezuela; 2000.
4. Morin E. Introducción al pensamiento complejo. México: Gedisa; 2004.
5. Morin E. El método 3. El conocimiento del conocimiento. 6a. ed. Madrid: Cátedra; 2009.
6. Morin E. Educar en la era planetaria. El pensamiento complejo como método de aprendizaje en el error y la incertidumbre humana. España: Secretariado de Publicaciones, Universidad de Valladolid; 2002.
7. Vilar S. La nueva racionalidad. Comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios. Barcelona: Kairós; 1997.
8. Mijangos-Fuentes K. El Paradigma Holístico de la Enfermería. Salud y Administración [Internet]. 2014 [consultado 31 julio 2022]; 1(2):17-22. Disponible en: https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/86/83
9. Poblete M., Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los

servicios hospitalarios. Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. 2007 [consultado 3 agosto 2022]; 20(4):499-503. Disponible en: https://www.scielo.br/j/ape/a/jBBKWkbnB97tbbKd5bLTVms/?lang=es
10. Lopes D., Lima da Nóbrega M. Holismo en los modelos teóricos de Enfermería. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 1999 [consultado 14 agosto 2022]; 52(2):233-42. Disponible en: https://www.scielo.br/j/reben/a/3LCBWwVD63XLqxYD4ygfVVB/abstract/?lang=es
11. Ander-Egg E. Interdisciplinariedad en la educación. Buenos Aires: Libris; 1999.

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 9
Número 2 (2022)

Recibido: 11/07/2022 Aceptado: 30/09/2022 DOI: https://doi.org/10.53766/EHI/2023.09.02.05

RESEÑA

Rosario Sánchez (1930-). Referente de la enfermería venezolana en el siglo XX

Rosario Sánchez (1930-). Referent of Venezuela nursing in the 20th century

María Álvarez (Esp.)[1]
Marisol Zambrano (Esp.)[2]

[1] Profesora de la Escuela de Enfermería, Universidad Central de Venezuela (UCV), Caracas-Venezuela. Especialista en Gestión del Desarrollo Social, Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez (UNESR). Coordinadora del Segundo Museo Histórico de la Enfermería Venezolana, Caracas. Correo electrónico: mariahucenf@gmail.com
ORCID: 0000-0002-0695-2892
[2]Profesora de la Escuela de Enfermería (UCV). Especialista en Gerencia General, UNESR. Coordinadora de la Cátedra de Evolución y Tendencias de Enfermería, UCV.
ORCID: 0000-0002-7072-9740

RESUMEN

Rosario Sánchez, es considerada una referente de la enfermería venezolana del siglo XX porque además de su reconocida trayectoria como profesional, es una de las precursoras de los estudios de enfermería a nivel universitario, tanto en la Universidad Central de Venezuela (UCV), como en la Universidad de Los Andes (ULA). Su entrega institucional y docente, como también, su aporte académico en el ámbito de la historia de la enfermería, han dejado un legado en la disciplina en este país.

Palabras clave: Enfermería, Salud Pública, docencia, Venezuela, biografía, reseña.

ABSTRACT

Rosario Sánchez is considered a referent of Venezuelan nursing in the 20th century, besides to his recognized career as a professional, she is one of the founders of nursing studies at the university level, both at the Universidad Central de Venezuela (UCV), and at the Universidad de Los Andes (ULA). Her institutional and teaching dedication, as well as her academic contribution in the field of nursing history, has left a legacy in the discipline in this country.

Key words: Nursing, public health, teaching, Venezuela, biography, review.

— DESARROLLO

Niñez y adolescencia

Rosario nació el 7 de octubre de 1931, en la ciudad de Jinotepe, Departamento Carazo-República de Nicaragua, es la tercera de nueve hijos, sus padres fueron Norberto Sánchez García, de ocupación albañil y Soledad Castellón de Sánchez, costurera. Su niñez y adolescencia transcurrió en esta ciudad, donde inició su escolaridad de pre-escolar y primer grado cuando contaba entre cuatro o cinco años. Ella recuerda siempre a su maestra Alicia Salma que la enseñó a leer. De segundo a sexto grado, estudió en la Escuela Nacional de Gritas, de donde vienen a su memoria los mejores recuerdos de su primaria, en especial de sus buenos compañeros, así como de paseos al medio rural con los maestros. La alimentación, refiere: "era preparada en la casa para pasar el día". En vacaciones, relata: "siempre íbamos en grupos familiares a la playa llamada Huehuete o a algunos ríos en transporte público o camionetas. Al río íbamos en carretas guiadas por bueyes".

Estudió de primero a tercer año de secundaria, becada por el Ministerio de Educación de Nicaragua, en el Colegio "Juan José Rodríguez", en donde la población de varones era mayor que la de hembras. El cuarto y quinto año de bachillerato, lo cursó en el Colegio de curas Bautista (privado y mixto). Indica: "era un internado administrado por americanas", lo consideraba un buen ambiente y también señala que "las alumnas mayores actuábamos como madrinas de las niñas menores, cuidábamos de su higiene personal y su excelente presencia para ir al colegio" (Figura 1).

Figura 1. Profesora Rosario Sánchez, primera fila, séptima a la izquierda, con sus compañeros de bachillerato. 1950.

Experiencia como estudiante de enfermería en la Escuela Nacional de Enfermeras (ENE)

A finales de la década de los años 50, tomó la decisión de estudiar la carrera de enfermería (profesión que desempeñó por más de 60 años). Apoyada por sus hermanas Yolanda e Irma que vivían en la ciudad de Maracaibo-Venezuela, se decidió escribir al Consejo y Dirección de la Escuela Nacional de Enfermería (ENE) de Caracas. Este, le reenvía los requisitos para su postulación. En el año 1951 presenta el examen de admisión, expresando: "salí muy bien, ya que tenía título de Ciencias y Letras".

Es importante destacar que cuando llegó a Caracas, fue recibida por el Dr. Demetrio Castillo y Dora Valery de Castillo, quienes la acogieron como sus representantes legales. Es allí donde conoce al joven Alfredo Castillo Valery de 14 años, quien luego se graduaría de médico y a quien acompañaría muchos años después en la creación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela (UCV) el 24 de febrero de 1992[1].

A la ENE de Caracas ingresó en 1951 y relata: "los primeros tres meses eran decisivos para continuar en la Escuela por la carga de asignaturas como Microenterología, Anatomía, Fisiología, Física, Química y Arte de Enfermería". De su experiencia como estudiante de enfermería, recuerda que en el primer año se realizaban las pasantías preventivas en el Centro Modelo de la Escuela y en el Hospital José María Vargas, que luego eran rotadas y asistidas por las estudiantes de tercer año.

En el segundo año, las alumnas eran divididas en grupos de tres para ser distribuidas por los servicios de Obstetricia y Ginecología de la Maternidad Concepción Palacios y en el Hospital de Niños José Manuel de los Ríos por las áreas de Pediatría y Puericultura. Recuerda que acudían a prácticas en Tisiología en el Hospital Simón Bolívar y en el Hospital Herrera Vegas del Algodonal. Con la señora Felícita Cristofini, tuvo la oportunidad de asistir al servicio de Psiquiatría que quedaba en Valencia para valorar los pacientes crónicos.

Igualmente, relata que, en tercer año, las alumnas se distribuían por los servicios de Pediatría, Cirugía, Medicina, Consulta Externa y Salud Pública pertenecientes al centro modelo de la ENE. Asimismo, realizaban pasantías especializadas como higiene escolar, higiene del adulto y educación sanitaria en la División de Educación Sanitaria y, una práctica por el laboratorio con la profesora Isabel Calzadilla. A este respecto, señala: "intercambiábamos la práctica con los estudiantes de enfermería de la Escuela Municipal, lo que fue muy bueno, ya que contribuyó para el proceso de fusión entre ambas escuelas, muchas alumnas se conocían y habían compartido previamente la experiencia". También recuerda que: "ese año de 1954 la ENE, fue mudada a la Sede de San Bernardino, donde actualmente funciona el Hospital José Manuel de los Ríos".

En esta última etapa de la carrera, estando de pasantía en el área de Venereología, el jefe Dr. Arzola, le asignó el cargo de pregraduada desde julio hasta octubre de 1954, percibiendo la remuneración de una graduada, lo que le permitió disponer de dinero para comprarle el boleto a su madre, para que llegara desde Nicaragua y estuviera presente en su acto de grado, efectuado en octubre de ese mismo año.

De esta época de estudiante de enfermería en la ENE, la profesora también recuerda: "siempre que teníamos exámenes, nos daban permiso para estudiar hasta las 9 pm. Nos íbamos a escondidas para seguir estudiando por los lados de la lavandería y al bajar debíamos estar pendiente para que el perro Blaki de la Srta. Fernández, no se diera cuenta; para que no nos ladrara, y nos reprendieran". "Las demostraciones en ese período se realizaban con las alumnas sentadas en las escaleras que eran bastante anchas y en la parte baja quedaba el salón de clase. Se sacaban las camas, los equipos y allí se realizaba la práctica, cosa que le parecía bien, ya que había suficiente visibilidad de la clase".

"Evelyn Sturmer, estuvo con nosotras intensivamente, porque, aunque ya no tenía contrato, la Srta. Antonia Fernández, siempre la traía, consiguiendo los pasajes por el Ministerio de Salud, además de que se alojaba en la escuela". Menciona que: "la primera inyección que aplicó, fue con la asistencia de la instructora Villegas". Otra vivencia importante como estudiante, fue la oportunidad que tuvo junto con sus compañeras de visitar el Santuario de la Virgen de Coromoto, en el estado Portuguesa, acompañadas por la Directora, Antonia Fernández, en 1954 (Figura 2).

Figura 2. Visita de las estudiantes del tercer año de la ENE al Santuario de la Virgen de Coromoto, acompañadas por la Directora, Antonia Fernández. 1954.

El acto de grado de enfermera, se realizó en octubre del año 1954, con la participación del Presidente de la República de la época, General Marcos Pérez Jiménez, quien junto a la Directora, Antonia Fernández, le hicieron entrega del título de Enfermera Profesional (Figura 3).

Figura 3. Acto de grado de Rosario Sánchez como Enfermera Profesional. Le entrega el título el Presidente Marcos Pérez Jiménez y la Directora de la ENE, Antonia Fernández. 1954.

Experiencia académica y laboral en Salud Pública

Inició su práctica profesional, siendo cursante del tercer año de la ENE de Caracas en julio de 1954 hasta octubre del mismo año. Como se mencionó anteriormente, fue preparadora en la División de Venereología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), con el cargo de pregraduada (término utilizado para la época) hasta enero de 1955. A partir del 16 de enero del mismo año, se incorporó en la ENE Francisco Suárez de Maracaibo hasta 1956, como Instructora de Salud Pública, con estudiantes del tercer año de la carrera (Figura 4).

Figura 4. Rosario Sánchez (en el medio de las dos religiosas) con un grupo de alumnas y monjas de la Congregación de Santa Ana. ENE Francisco Suárez de Maracaibo. 1955.

En este periodo trabajó con la enfermera Mercedes Contreras Pulido, realizando viajes a

los estados andinos (Táchira, Mérida y Trujillo) en gira por hospitales, unidades sanitarias y liceos para la captación de futuras estudiantes de enfermería en la ENE de Maracaibo (Figura 5).

Figura 5. Rosario Sánchez (derecha), junto a Mercedes Contreras Pulido (izquierda), de gira por los estados andinos para la captación de futuras estudiantes de enfermería en la ENE Francisco Suárez de Maracaibo. 1955.

Algunas de las actividades realizadas como Instructora de Salud Pública, consistieron en realizar prácticas en el Centro Materno Infantil de Sabaneta en los servicios de Materno Infantil y Tisiología, así como, visitas al Leprocomio en la Isla de Providencia. Cabe destacar que este Leprocomio, fue el primer hospital anti leproso de Venezuela, construido en la Isla de Providencia, luego que Simón Bolívar, como Presidente de la República ordenara en 1928 su construcción[2]. Esta isla está localizada en el Lago de Maracaibo a 14 kilómetros de la capital zuliana; desde un principio, se trabajó por alcanzar las mejores condiciones de aislamiento para los enfermos, para lo cual se aprovechó la situación de insularidad de la isla. Como se trataba de producir una efectiva separación de la ciudad, el "Lazareto" fue dotado del conjunto de instalaciones y servicios que la hicieran posible. Su desalojo se produjo en 1986[3].

También, a través de la Jefa de Enfermería, Srta. San Juan, realizó pasantías en el Servicio de Enfermería del internado de la Escuela, donde se aplicaban inmunizaciones y se colaboraba en la certificación de salud a los alumnos, profesores, administrativos y obreros. Paralelo a su actividad docente, en 1956, realizó el curso de Higiene Materno Infantil, auspiciado por el Dr. Carlos Castillo, Director del Hospital de Niños de Maracaibo y la Presidenta de la Asociación de Enfermeras de Maracaibo, Srta. Mary Valero.

En 1957, se trasladó a Caracas para realizar el Post-básico de Salud Pública, avalado por el MSAS y la ENE de Caracas, que concluyó en un año, esperando según ella "un chance para estudiar el postgrado de Salud Pública en el exterior". Relató que gran parte de su experiencia práctica la desarrolló en el servicio de Epidemiología, ubicado en el Barrio el Cementerio de la Ciudad de Caracas. Para este curso, se consideró inexperta, situación que pudo superar, gracias al apoyo de sus compañeras Margot Alfonzo, Lourdes Mujica y Elsa Yudlit, especialistas para la época en Epidemiología, así como, el de jefes de unidades sanitarias del interior, que una vez terminado el curso, siguieron siendo amigas.

Una vez culminado el post-básico, regresó a Maracaibo para continuar sus labores como instructora en la ENE de esa ciudad. En esta época, conoció a José Rojas, estudiante de derecho, de quien se hizo novia y años después contrajo matrimonio (Figura 6).

Figura 6. Rosario Sánchez, contrayendo nupcias.

En 1958, nuevamente se trasladó a la ciudad de Caracas y fue Lourdes Mujica, quien le asignó el cargo en la propia Unidad Sanitaria del MSAS. Describió la profesora: "bajo supervisión de esta Unidad Sanitaria, desarrollé las actividades comunitarias en el Barrio Unión de Petare, con niños preescolares, logrando que el Instituto de Nutrición les proveyera el vaso de leche y el compromiso de ser controlados en el Centro Materno Infantil, a su cargo". "Así mismo logré, que se les llevara a estos niños, el servicio de salud de Barrio Unión a través de las consultas médicas existentes en los dispensarios municipales y estatales".

Para estos dispensarios municipales y estatales, no se tenía asignada supervisora de enfermería, en tal sentido, por medio del Dr. Vicente Emilio Oropeza, la nombran supervisora ad honorem (sin retribución alguna). En este cargo, expresa: "se logró interacción con los médicos y auxiliares de enfermería de este centro, lo que permitió establecer el mecanismo de referencia y contra-referencia con el Hospital Pérez de León de Petare".

Igualmente, refiere: "pude poner en práctica el programa de parto psico profiláctico, en acuerdo con una enfermera chilena que acudía los días miércoles al Centro de Barrio Unión para el control de las embarazadas, de tal manera que recibieran entrenamiento y certificación y poder acudir a la Maternidad Concepción Palacios para parir a sus hijos en este centro". Posteriormente, con el mismo cargo, fue trasladada a la ENE "María de Almenar" como instructora de Salud Pública, llevando a pasantías a las estudiantes del tercer año por los servicios de Epidemiologia, Higiene Escolar, Venereología del sanatorio antituberculoso, Hospital General Dr. José Ignacio Baldo, conocido popularmente como el algodonal y por la consulta externa del Hospital Vargas (Figura 7).

Figura 7. Acto de imposición de cofias en la ENE "María de Almenar". De derecha a izquierda, María Nuñez, Rosario Sánchez, Ramona Mujica (Directora de la Escuela), Lastenia Narváez y el Ministro de Salud de la época, Dr. Arnoldo Gabaldón. 1963.

A título ilustrativo, la ENE "María de Almenar", debido al interés despertado con el nuevo plan de estudios, Bachillerato de Enfermería, el MSAS, se vio en la necesidad de abrir esta nueva Escuela en septiembre de 1959, con modalidad semi-internado, para así darle oportunidad a aquellas aspirantes con varios años de servicio, como auxiliares de enfermería y a las damas casadas que preferían la modalidad del externado[4].

Admite la profesora: "siempre tuve un gran interés y preocupación por la actualización del conocimiento y capacitación en el área de salud pública, tanto para mi persona, como para las enfermeras en general". Un ejemplo fue la reunión que se celebró en el Hospital Militar en 1961, donde participó con la Directora Gloria Galdona y dos asesoras de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), acordando realizar un curso corto sobre el proceso administrativo para las enfermeras (Figura 8).

Figura 8. Reunión de trabajo en el Hospital Militar con asesoras de la OPS y la Directora Gloria Galdona. Rosario Sánchez, sentada de primera a la derecha. 1961.

Paralelamente, a sus actividades laborales, realizó en el Ministerio de Educación la reválida del Bachillerato en Humanidades para poder ingresar posteriormente en la Escuela de Educación de la UCV, obteniendo el título de Licenciada en Educación en 1965. En 1966, fue becada por la División de Enfermería del MSAS para realizar estudios de Licenciatura de Enfermería en la Universidad del Valle Cali, Colombia, donde le fue aceptada la equivalencia de las asignaturas de Biología, Estadística y Sociología, correspondientes a los estudios de Educación en la UCV. También obtuvo la reválida por el título de Bachiller de parte del Ministerio de Educación de Colombia. Expresa, que lo anteriormente relatado, facilitó la obtención en menor tiempo de su título de Licenciada en Enfermería.

Luego de concluir sus estudios, regresa a Venezuela, y la División de Enfermería del MSAS le encarga desarrollar el programa curricular junto con Amadora Zavala para la creación de la Escuela de Enfermería en Mérida, bajo la Dirección del Rector Pedro Rincón Palencia, Director de la Facultad de Medicina de la época, siendo fundada el 10 de marzo de 1967[5].

En el año 1972, fue enviada por la Dirección de Salud Pública de la División de Enfermería del MSAS y becada por la OPS para realizar el Master en *Science in Nursing* en la Universidad Católica de Washington D.C, que tuvo una duración de dos años (Figura 9).

Figura 9. Rosario Sánchez en su acto de grado del *Master en Science in Nursing*. Universidad Católica de Washington D.C. 1973.

Ya de regreso, en Venezuela, en 1973, fue asignada por el MSAS en comisión de servicio, formando parte de un equipo multidisciplinario para asistir a la población nicaragüense, posterior al terremoto ocurrido en Managua el 23 de diciembre de 1972. Narra que se desarrollaron actividades de consulta de enfermería y medicina, así como, clasificación de los medicamentos donados. En dicha comisión, la acompañó el enfermero Benito Santiago Guerrero, también especialista en Salud Pública y, quien posteriormente, la acompañaría a formar parte del equipo docente de la Escuela de Enfermería de la UCV. Desde 1974 hasta 1978, trabajó en la División de Enfermería en la Sesión Educativa, participando en la revisión de los programas elaborados por esta división, como post-básicos de enfermería, programas de asistencia en el medio rural y supervisión de las Escuelas de Enfermería dependientes del MSAS. De esta etapa recuerda su asistencia al III Congreso de Enfermería, auspiciado por la Federación Panamericana de Enfermería en Quito, Ecuador, donde presentó un trabajo sobre el medio rural.

Durante 1978 hasta 1985, estuvo asignada en el Ministerio de Educación en la Dirección Socio-Educativa, Servicios médicos y de Odontología, trabajando sobre las normas, orientación y en el desarrollo de cursos importantes de aprendizaje continuo de atención para los profesionales de la salud. Refiere al respecto: “El Periódico Revista SER, fue una herramienta importante para el desarrollo de muchas de estas actividades”.

Cabe destacar que, la “Revista SER”, fue un periódico dedicado a la educación para la salud del Departamento de Educación Sanitaria del MSAS, de distribución gratuita con publicaciones quincenales de 60.000 ejemplares a todo color. Su sede quedaba en Caracas, Venezuela, en la Avenida José Antonio Páez, edificio Saumell Palace, El Paraíso. Su eslogan fue “A la salud por una activa conciencia sanitaria”[6].

A partir de 1985 hasta 1990, le es asignado el cargo de Enfermera Jefe III a nivel nacional como Adjunta Docente del Departamento de Enfermería del Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS), institución pública de Venezuela que comenzó sus labores como Seguro Social (SS)

en 1944 y a partir de 1946, cuando se reformuló la ley, se creó el IVSS; desde entonces, se ha ocupado de aplicar el régimen de los seguros sociales en todo el territorio nacional, atendiendo necesidades de salud durante la maternidad, vejez, supervivencia, enfermedad, accidentes, invalidez, muerte, retiro, cesantía y paro forzoso[7].

Desde esta institución del MSAS, se promovían y dictaban los cursos post-básicos para enfermeras y cursos para auxiliares de enfermería a nivel nacional y la profesionalización de auxiliares de enfermería con trabajo y estudio, tal es el caso del curso que dictó en conjunto con la Licenciada Amadora Zavala sobre Ética en Enfermería, al personal de enfermería, en Puerto Ordaz, Ciudad Bolívar, en 1982 (Figura 10).

Figura 10. Curso sobre Ética en Enfermería, dictado por las Licenciadas en Enfermería Amadora Zavala (con bata blanca) y Rosario Sánchez (al lado derecho) en Puerto Ordaz, Ciudad Bolívar. 1982.

En el desarrollo de su vida profesional, asistió y participó en significativos cursos, talleres, seminarios dentro y fuera del país, como el curso de Fortalecimiento de Destrezas Docentes para los programas educativos y pre-servicios y, en servicios para la atención primaria y supervivencia infantil, la Universidad de Hawái, que realizó en San José de Costa Rica, becada por la OPS y enviada por el Departamento de Enfermería del IVSS en julio de 1987. Allí vivió la experiencia de visitar los Servicios de Sanidad de Costa Rica y el Hospital Sin Paredes. En este viaje, conoció también, la sociedad de Enfermeras de Costa Rica (Figura 11).

Figura 11. Participación en el Curso de Fortalecimiento de Destrezas Docentes. Universidad de Hawái, San José de Costa Rica. 1987.

Es importante resaltar que el Hospital Sin Paredes, se refiere a un modelo de atención primaria de salud, surgido en Costa Rica a comienzos de los años 70' como respuesta a las demandas de las necesidades de las comunidades. Adquiere su apelativo de "sin paredes" por la ruptura que representa ante el tradicional modelo de atención hospitalario encerrado en sus muros, y la propuesta que hace de establecer un enlace estrecho entre el hospital y la plena participación de la comunidad, con un enfoque preventivo curativo y, con una visión de mayor apertura para abordar las necesidades de salud, educación, vivienda, recreación y trabajo[8].

También se destaca de este periodo, su asistencia a la XIV Convención Nacional de Enfermería, en marzo de 1986, donde se realizó la propuesta de creación de la figura de Técnico Superior de Enfermería. Asimismo, del 8 al 13 de mayo de 1988 viajó a Argentina, Buenos Aires, al VII Congreso Panamericano de Enfermería y XII Congreso Argentino de Enfermería, donde presentó el trabajo como coautora "Enfermería en el Sistema de Salud en Venezuela".

Experiencia docente en la Escuela de Enfermería de la UCV

Su experiencia como docente en la Escuela de Enfermería en la UCV, se inició con su participación en el proyecto de creación de dicha escuela y admite que, "fue producto de las solicitudes que desde hacía muchos años venían haciendo las instituciones oficiales prestadoras de salud y del gremio de enfermería, teniendo papel relevante la comisión técnica interdisciplinaria de los recursos humanos de enfermería". Al respecto, señaló que, "en 1988, siendo Decano de la Facultad de Medicina, el Dr. Luis López Grillo, se creó una comisión designada por el Consejo de Facultad, que presidió el Dr. Alfredo Castillo Valery, integrado por los doctores David Gómez Cova y Ernesto Figueroa. Esta comisión presentó un informe y concluyó que las necesidades de profesionales de enfermería en el país y específicamente en el Distrito Federal, no estaban cubiertas satisfactoriamente por las instituciones formadoras, justificando con este informe la creación de la Escuela de Enfermería en la Facultad de Medicina de la UCV".

Como respuesta al informe señalado, en junio de 1988, se designó una delegación que trabajó sobre el diseño curricular y el proyecto administrativo. A petición del Decano de la Facultad

de Medicina y apoyado gremialmente por el Colegio Nacional de Enfermería y el Colegio de Enfermeras de Caracas, presididos por la Enfermera/Abogada Olivia Zurita y la Enfermera/Abogada, Olga Valero, se incorporaron a esta comitiva, profesionales de enfermería pertenecientes a diferentes instituciones de salud.

Recuerda, la profesora Rosario, entre las profesionales de enfermería que junto con ella integraron la comisión, presidida por el Dr. Castillo, estaban, Evelia Figuera, Margot Alfonzo, Carmen Dorila Rivas, Ana Montilla de Ibarra, Delia Colmenares, Lilia Betancourt, María Mata de Castro, Doris Jiménez, Olga Valero, Olivia Zurita y los médicos, Jesús Romero y Emiro González. Para la elaboración de los programas de las asignaturas, se integraron las Licenciadas Elizabeth Piña de Vásquez, Sara Jiménez de Rebolledo, Belkis Quintero de Monsalve, Mercedes Vejar, Rosa Meneses, Victoria Elena Villarroel, Teresa Farfus, Luisa Peña y las profesoras del Ciclo Básico de Medicina. Esta comisión funcionó en la Sede de la Escuela de Enfermería en Sebucán, Caracas.

También señala que, para esa época, trabajaba en el Departamento de Enfermería del IVSS. Este instituto, la asignó en comisión de servicio con dedicación exclusiva al proyecto de la Escuela de Enfermería. Una vez recibido su nombramiento por la Escuela, cesaron sus funciones en este cargo. El proyecto de la creación de la Escuela, fue aprobado por el Consejo de Facultad en diciembre de 1989, siendo Decano de la Facultad de Medicina el Dr. Simón Muñoz. En 1990, durante la gestión del Rector Luis Fuenmayor Toro, el Consejo Universitario lo aprobó y, finalmente, también por el Consejo Nacional de Universidades el 25 de noviembre de 1991. De esta manera, se creó la carrera de enfermería en la naciente Escuela Experimental de Enfermería de la UCV (EEEUCV), correspondiendo a la profesora Rosario Sánchez desarrollar la clase inaugural el 24 de febrero de 1992.

En julio de 1992, la EEEUCV, inició el programa de profesionalización de Estudios Universitarios Supervisados (EUS) para las enfermeras egresadas de las Escuelas Técnicas de Enfermería que funcionaron hasta el año 1972 y de los bachilleres asistenciales, mención Enfermería, del cual ella formó parte como docente. Señala la entrevistada que: “la primera cohorte de la modalidad EUS, se inició con 250 participantes en el mes de julio 1992 y para septiembre del mismo año, funcionaban cuatro cohortes con más de mil participantes, procedentes de varias zonas del país, como Maturín, Porlamar, Barquisimeto, Distrito Federal, entre otras”.

En 1995, se graduó la Primera Promoción de Técnicos Superiores de modalidad presencial y la Primera Promoción de Licenciadas en Enfermería por la modalidad de EUS. El acto académico de imposición de medallas se llevó a cabo en las instalaciones de la EEEUCV (Figura 12).

Figura 12. Acto de Grado de Imposición de Medallas de la Primera Promoción de Egresados de la EEEUCV. Rosario Sánchez se encuentra entre los profesores, la segunda a la derecha. 1995.

Desde la fundación de la EEEUCV, Rosario, ejerció como docente de la Cátedra de Evolución y Tendencias en el primer semestre, creada por ella y la Profesora Carmen Dorila Rivas. Asimismo, estuvo en el cargo interno de Coordinadora Académica hasta el año 2001, al cual decidió renunciar, quedando únicamente administrando y dictando la asignatura mencionada.

De su cargo como Coordinadora Académica, recuerda "siempre mantuve reuniones con los profesores de las diferentes asignaturas en la búsqueda de integrarlos con la especialidad de enfermería". También, representó al director en funciones asignadas internas y externas a la institución, como reuniones, consejos, eventos académicos, entre otros. Preocupada por la enseñanza de la historia de la enfermería, en el año 2005, presentó su trabajo "Evolución y Tendencias de la Enfermería en el Mundo", que le sirvió de ascenso para optar a la categoría académica Asistente.

Permaneció como docente activa durante 20 años, obtuvo su jubilación el 3 de octubre de 2012 a la edad de 81 años, sobre el particular refiere: "siempre, a pesar de mi jubilación he querido permanecer en las actividades de enfermería, tanto en su enseñanza como en su práctica".

Reconocimientos

Por su destacada labor profesional en el ámbito de la Salud pública y educativa, recibió numerosas distinciones, entre las cuales cabe destacar: Condecoración por el Ministerio de Educación, en 1978, entregada por el Presidente de la República Carlos Andrés Pérez y, la Condecoración por el Concejo Municipal de Caracas, otorgada por el Alcalde de Caracas, Claudio Fermín, en 1990 (Figuras 13 y 14).

Figuras 13 y 14. A la izquierda, Condecoración por el Ministerio de Educación, entregada por el Presidente de la República Carlos Andrés Pérez. 1978. A la derecha, Condecoración por el Concejo Municipal de Caracas, otorgada por el Alcalde de Caracas, Claudio Fermín. 1990.

Asimismo, recibió Diploma Día Internacional de la Enfermería del Colegio Nacional de Enfermería, en 1992 y Placa de Reconocimiento de parte de la Primera Promoción de Egresados de la modalidad de EUS, durante el acto académico de imposición de medallas en la EEEUCV, en 1995.

— AGRADECIMIENTO

A la profesora Rosario Sánchez por su disposición para la realización de esta reseña sobre su trayectoria profesional y docente en Enfermería. Así como su colaboración y prestancia para realizar las entrevistas y facilitar las fotografías de su propiedad (Figura 15).

Figura 15. Entrevista a la profesora Rosario Sánchez por las autoras. 2019.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López A. (comp.). Gente que Hace Escuela. Venezuela: Banesco Banco Universal, C.A.; 2013.
2. García J. El primer leprocomio del país. La Peste Loca. [Internet]. 2018 [consultado 24 de marzo de 2022]. Disponible en: http://lapesteloca.blogspot.com/2018/08/el-primer-leprocomio-del-pais.html
3. Romero A. La lepra: Invisibilidad y Estigma. Opción [Internet]. 2001 [consultado 22 de junio de 2020]; 17(35):11-42. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/310/31003502.pdf
4. Larrosa M. Evolución de la Enfermería en Venezuela. Caracas: Universidad Central de Venezuela: Facultad de Humanidades, Escuela de Educación; 1961.
5. Sánchez E, Vega M, Fernández A, Velazco A, Noguera J. La Enfermería en Venezuela, Historia, Organización y Lucha Colectiva. Mérida-Venezuela: Consejo de Publicaciones, Universidad de Los Andes; 2011.
6. Ministerio de Salud y Asistencia Social. Periódico N° 607-610, año XXVII julio-agosto. Departamento de Educación Sanitaria; 1973.
7. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Historia del IVSS. [Internet]. 2015 [consultado 17 de junio de 2021]. Disponible en: www.ivss.gov.ve/contenido/Historia-del-IVSS
8. Arias J. Hospital sin paredes, estrategia pionera de la Atención Primaria de Salud en Latinoamérica. Rev Hisp Cienc Salud. [Internet]. 2015 [consultado 22 de junio de 2021]; 1(1):34-38. Disponible en: http://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/86

Esta versión digital de la revista ***Enfermería, Historia e Investigación (EHI)****, se realizó cumpliendo con los criterios y lineamientos establecidos para la edición electrónica en el* ***Volumen 9, Número 2 (2022)****, publicada en el repositorio institucional SaberULA. Universidad de Los Andes – Venezuela*

www.saber.ula.ve
info@saber.ula.ve