

Necesidades de cuidado de enfermería en soldados amputados por minas antipersona

Necessities of nursing care in soldiers amputated by antipersonal mine

*Olga Díaz U.¹
Gina Fuentes V.²
Diana Lagos C.²
Andrea Morera²
Diana Nieto O.²
Edward González R.²*

RESUMEN

En el mundo existen más de 500 millones de personas con una u otra forma de discapacidad[1]; la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la proporción oscila entre el 10% y el 12%, del total de la población; la Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que de estos, 400 millones se encuentran en países en desarrollo. El Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) reconoce que de cada cien colombianos, seis presentan algún tipo de discapacidad permanente y que se presenta una tendencia creciente, de esta situación como consecuencia del conflicto armado. El uso de minas antipersona se constituye en una de las situaciones que además de un gran número de víctimas, genera una amplia gama de problemática social, que evidencia la necesidad de plantear estrategias para el abordaje de una situación de salud que afecta un amplio grupo poblacional, en el que los militares y sus familias son los más afectados, en respuesta a esta situación se plantea la investigación que da origen a este artículo y responde al interrogante asociado a la identificación de necesidades de cuidado de enfermería, vivenciadas por los soldados amputados por minas antipersona durante el proceso de rehabilitación.

Se reconoció que en el grupo de necesidades que cobran mayor relevancia son las asociadas a la vinculación de la familia y las redes de apoyo a los procesos de rehabilitación y las que se relacionan con la importancia de incentivar la reconstrucción

ABSTRACT

There are over 500 million people with different types of disabilities in the world. The World Health Organization (WHO) holds that between 10 and 12% of the total population fall under this category. The International Work Organization (Organización Internacional de Trabajo) indicates that of these percentages, 400 million reside in developing countries. The National Administrative Department of Statistics (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas) indicates that for every 100 Colombians, six display some type of permanent disability. There is an increasing tendency that correlates these disabilities to the consequences of the armed conflict. The extensive use of explosive landmines is sought to be a leading cause of physical disabilities; it victimizes a large number of people and generates an ample problematic social range which further demonstrates the need to create strategies to tackle a health situation affecting an increasingly large group. This is the main objective pertaining to this research: to identify the nursing and rehabilitation needs of soldiers whose limbs have been amputated by explosive landmines.

The most relevant needs expressed by soldiers were those pertaining to their families and the help they receive, as well as support groups to aid them through the rehabilitation process. They highlighted the importance of generating incentives to stimulate and favour projects relating to soldiers' lives. This is imperative as soldiers have been found

del proyecto de vida del soldado, que posterior a la amputación manifiesta temores, expectativas e incertidumbre frente al desempeño de los roles previos y a la necesidad de reconstruir o redimensionar, en el marco del proceso de rehabilitación, una nueva forma de relación con el entorno.

Palabras clave: rehabilitación, amputación, enfermería, minas antipersona, cuidado de enfermería.

to manifest their fears and insecurities regarding amputation due to the difficulties that this poses in terms of what the future holds for them, remembering that they were active members of the army and that through the rehabilitation process, they should be eased into a new relationship with the environment and surroundings.

Key words: rehabilitation, amputation, nursing, landmines, nursing care.

Recibido: 11/12/2008 Aceptado: 27/5/2009

1. Enfermera, Psicóloga, Candidata a magíster en Educación Pontificia Universidad Javeriana. Docente Universidad El Bosque. Directora de tesis de grado
2. Enfermero (a) Universidad El Bosque.

INTRODUCCIÓN

La declaración de Alma – Ata se constituye en un punto de referencia común al analizar los cambios que, frente al paradigma de la salud, se han experimentado desde la segunda mitad del siglo XX; desde allí se reafirma su comprensión más allá de la ausencia de enfermedad y la necesidad de generar estrategias de participación activa y corresponsabilidad de quienes están involucrados en el logro de la misma, se identifica que el diseño de políticas en salud debe coordinar acciones que cobran sentido en la medida que se articulan con procesos de educación y formación orientados a los individuos y comunidad.

La investigación con diversos grupos poblacionales es insumo fundamental en la determinación de lineamientos orientadores de políticas, programas y estrategias que respondan a las necesidades identificadas a partir de los mismos. En este sentido, y teniendo como referente la situación de conflicto interno que atraviesa nuestro país. Como lo identifica UNICEF, es el único en Latinoamérica que utiliza como armas de guerra las minas antipersona y el número 10 en el mundo con afectados por esta situación; en respuesta al llamado realizado desde hace más de una década por organismos internacionales que señalan la responsabilidad de proporcionar asistencia para el cuidado, rehabilitación e integración social y económica a los afectados por esta situación, y desde la identificación de la necesidad de generar conocimiento respecto a

esta situación de salud desde la perspectiva de la enfermería, que permita fortalecer las estrategias de cuidado integral y el trabajo interdisciplinar, se adelanta un proceso investigativo cualitativo de tipo exploratorio que identifica a partir de entrevistas estructuradas y del relato de vivencias, las necesidades de cuidado de enfermería de soldados amputados por minas antipersona.

Estas, necesidades se reconocen como componente a abordar durante el proceso de rehabilitación, y son analizadas como una realidad fenoménica, es decir, como un todo que se devela a través de la expresión de las vivencias de los soldados. Se establecen como categorías de análisis, derivadas de los objetivos específicos: vivencias de la crisis situacional; estilo de vida: proyecto de vida y expectativas frente al proceso de integración social; redes de apoyo: familia cuidadores; como categoría emergente se identifica percepción de la relación con el personal de salud.

MARCO DE REFERENCIA

El concepto de salud y por tanto el cuidado de la misma, abarca en la actualidad criterios amplios asociados a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; centrándose en el fortalecimiento de la autonomía y el reconocimiento del derecho a la salud como fundamental para, crecimiento individual y el desarrollo personal y colectivo. La aproximación al concepto de salud desde la

pionera de la enfermería, Florence Nightingale, citada por Marriner y Raile[2] hace referencia a la salud como la sensación de sentirse bien, la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona y la posibilidad de armonizar con el entorno de manera que este impacte positivamente a los individuos. Al respecto Terris[3], señala que “salud es un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o dolencia”; de esta forma se retoma el aspecto subjetivo, relegado, hasta ese momento a un segundo plano y se cuestiona el concepto de la Organización Mundial de la Salud, (OMS) que la define como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; por utópico, inespecífico y susceptible de interpretaciones erróneas.

A partir de allí se reconoce, como lo señala Talavera [4], que este concepto incorpora al menos tres dimensiones, una objetiva, referida a la capacidad de hacer, a la ausencia de enfermedad, al manejo de factores de riesgo y condiciones que ponen en entredicho el bienestar, asociada a aquello que los individuos califican como sentirse bien y valoran como salud a partir de su bagaje cultural y una tercera ecológica asociada al proceso de adaptación con el medio. En este sentido la investigación reconoció el concepto de salud y las necesidades de cuidado de enfermería presentes en los participantes desde una perspectiva dinámica, integral y totalizadora; elementos desde los que se justifica a nivel epistemológico.

A nivel disciplinar se pretende dimensionar la identidad del “Ser” del profesional de enfermería, en el contexto del proceso de rehabilitación a partir del sentido que se otorga al vínculo cuidado-cuidador sobre la base de la comunicación, el reconocimiento del otro como participante activo en su proceso de rehabilitación y la posibilidad de retroalimentación, aprendizaje y construcción de conocimiento a partir de la experiencia de cuidado de enfermería durante el proceso de rehabilitación. En este caso tomamos como referente la vivencia y el reconocimiento que hace “el otro”: quien recibe el cuidado, resaltando desde la perspectiva biopsicosocial, espiritual y cultural, la importancia de fortalecer

la comunicación como un factor protector en el contexto de relación de cuidado.

Según el Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersona, el uso de minas antipersonal, se constituye en una de las causas de discapacidad que no solo arroja un gran número de víctimas, sino que además genera una amplia gama de problemática social, según estadísticas del observatorio de minas antipersona, organismo, adscrito al Programa Presidencial de Derechos Humanos los departamentos más afectados en Colombia son[5] Antioquia, Meta, Caquetá, Bolívar, Norte de Santander y Cauca. En estos departamentos se presentaron 639 accidentes con mina en la población civil y 829 accidentes en población militar, durante el 2007. Lo anterior sin cuantificar ni evaluar la incertidumbre que se genera en la población civil ante la posibilidad de una ocurrencia de este tipo de accidentes, hecho que según informes de Organizaciones No Gubernamentales se construye en evidencia de vulneración de los Derechos Humanos.

El empleo, almacenamiento, producción y transferencia de estas armas fue prohibido en la convención de Ottawa [6] de 1997, que además de compromisos para viabilizar su destrucción, promueve vínculos de apoyo y asistencia orientados a la rehabilitación e integración social y económica de quienes han sufrido accidentes con minas, así como sensibilizar a la población, la responsabilidad de gestionar estos compromisos es asumida por el Observatorio de Minas Antipersonal, adscrito al Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, bajo la supervisión del Vicepresidente de la República, se hace evidente, la necesidad de unir esfuerzos desde diferentes escenarios de la salud, la educación, las ciencias sociales y la tecnología aportando conocimientos, investigación y programas de proyección.

El interés por esta problemática se refleja a través del amplio número de organizaciones no gubernamentales que actualmente se encuentran trabajando en Colombia: Human Right, Watch, Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, Comité permanente para la defensa de los Derechos Humanos en Colombia, además del interés de organismos internacionales como la

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, El Comité Internacional de la Cruz Roja, La Federación Internacional de Derechos Humanos, entre otras. Por su parte el Estado Colombiano diseñó e implementó una guía de atención para víctimas de minas antipersona y de artefactos explosivos abandonados en el que se destacan e informa sobre los derechos de las víctimas y los procesos para acceder a las ayudas humanitarias.

METODOLOGÍA

El desarrollo de la investigación se soporta en un diseño metodológico cualitativo de tipo exploratorio que busca conocer, descubrir y describir, a partir de lo indagado a través de entrevistas en profundidad y de lo expresado en el relato espontáneo de diez soldados de las Fuerzas Militares, amputados por minas antipersona, las necesidades de cuidado de enfermería vivenciadas durante el proceso de rehabilitación.

Con miras a facilitar el logro de continuidad, secuencialidad y pertinencia en la exploración de la información, se diseñó un marco mínimo o guión temático estructurado en torno a las siguientes categorías:

- › Vivencias de la crisis situacional (Impacto – Post impacto).
- › Estilo de vida: proyecto de vida-expectativas frente al proceso de integración social.
- › Redes de apoyo.
- › Percepción de la relación con el personal de salud.

La selección de los participantes se realizó de manera no aleatoria por conveniencia, de tipo voluntario. En una primera fase se convocó un grupo de soldados con amputación de miembro inferior, superior a 2 meses y edades comprendidas entre los 20 y 35 años, sin enfermedades sobre-agregadas ni alteraciones en su estado de conciencia, para socializar el objetivo de la investigación, luego de la cual se realizó la invitación a la participación, obteniendo así el grupo de diez participantes. Previo cumplimiento de los requisitos institucionales, entre ellos el compromiso de confidencialidad y obtención de consentimiento informado de los participantes, se

programaron, según su disponibilidad, dos sesiones de entrevista con una duración promedio de 1 hora y media cada una.

En el transcurso de las entrevistas se indagan y se favorece la expresión de sentimientos, emociones y cogniciones que permiten el establecimiento de una relación empática como soporte al proceso de comunicación que sirve de base a la investigación misma.

Una vez finalizada la entrevista, se procedió a la transcripción y análisis al interior del grupo investigador, ejercicio que facilitó la identificación de aspectos que requerían mayor profundidad o aquellos en que la información se encontraba saturada. El análisis de datos se realizó en forma manual; como primer paso se codificó cada una de las entrevistas, pregunta y respuesta, utilizando el sistema alfa numérico y como unidad de análisis se tomó el párrafo completo de la respuesta con el objetivo de mantener el contexto de la misma. En caso de requerirse resaltar alguna parte, se señaló y de ser necesario, únicamente con el propósito de facilitar la comprensión se suprimieron muletillas y se utilizaron puntos suspensivos, uniendo las partes.

Una vez codificada la información se procede, mediante un ejercicio de triangulación y análisis grupal, a la categorización, de la cual emergen las representaciones que sirven de soporte al momento de enunciar la identificación de necesidades de cuidado de enfermería.

En el marco de la investigación se da cumplimiento a las disposiciones vigentes relacionadas con las consideraciones éticas, según lo dispuesto por el Ministerio de Salud actual Ministerio de la Protección Social a través de la Resolución del No 008430 de 1993.

RESULTADOS

Descripción de los participantes

Durante el segundo periodo del 2007, se entrevistó a 10 soldados amputados por mina antipersona, en miembro inferior, con edades comprendidas entre los los 20 y 28 años, de raza mestiza ocho, dos afro colombianos. Respecto al estado civil, seis de ellos son solteros, dos casados ambos con

hijos, dos conviven en unión libre y uno de ellos tiene un hijo; con tiempo promedio de convivencia con su pareja de dos años.

El tiempo de servicio militar comprende desde los 2 años hasta 8 años y los lugares de servicio fueron en Cundinamarca, Caquetá, Antioquia, Guaviare, Choco, Tolima, Caldas, Neiva y Valle del Cauca. Los participantes afirman que ingresaron al ejército motivados de una parte por la obtención de la libreta militar y luego de prestar servicio decidieron hacerse profesionales, uno de ellos salió un tiempo e ingreso nuevamente a la institución, tres aseguran que eso era lo que quería hacer en la vida, no vislumbraban otro que hacer o desempeño en su proyecto de vida.

El tiempo transcurrido desde el momento de la amputación hasta el día de la entrevista tiene como mínimo dos meses y ocho como máximo; cuatro de ellos amputados en miembro inferior izquierdo (tres a nivel infracondileo y uno a nivel de pie); seis amputados en miembro inferior derecho: (cuatro a nivel infracondileo y dos supracondileo).

Durante el proceso de rehabilitación los participantes han recibido formación en sistemas, en manejo y procesamiento de carnes, en vigilancia sistematizada y electricidad y la totalidad se encuentra en proceso de definir su situación de indemnización, cuentan con seguridad social por parte de las Fuerzas Militares de Colombia y se encuentran alojados en batallones.

A continuación se presentan los hallazgos en cada una de las categorías:

Crisis (impacto – post impacto)

La expresión de las vivencias posibilita identificar claramente, en los entrevistados, las diferentes etapas del proceso de afrontamiento y elaboración del duelo. El impacto inicial se señala en la totalidad de los relatos como la confrontación con una realidad que se sabía probable pero que nunca se creyó fuera a afectarlos:

A1R26: “No pensé que me fuera a tocar a mí”.

Desde allí se identifica la importancia de consolidar, durante el proceso de reclutamiento y formación,

estrategias que les permitan reconocer esta realidad más allá de una probabilidad lejana y desde allí generar herramientas cognitivas que favorezcan un proceso de afrontamiento flexible.

A1R34: “Que lo concienticen psicológicamente porque si uno no sabe, es más difícil resignarse tratamiento pues es difícil, para uno, porque como te decía al principio es muy difícil aceptar una situación de estas, saber que perdió algo que le va hacer falta toda la vida...”.

De la misma manera, durante esta etapa es importante para el soldado tener certeza de que el familiar fue avisado y la manera en que fue dado el anuncio. Al respecto consultan en un primer momento al personal del batallón, generalmente al superior directo; durante el proceso de hospitalización es de enfermería de quien esperan recibir esta información, así como también apoyo para la toma de decisiones, cuando es necesario realizar una nueva intervención o modificar el nivel de amputación. Uno de los participantes relata el momento de la firma del consentimiento informado y resalta:

D2R45: “Fue importante aunque todo tenía que tomarlo con suavidad... todo lo que leía en consentimiento el papel que nos hacen firmar casi no entendí nada, le pregunté a la enfermera y le dije que ella firmara por mí... no podía; entonces me explicó... me apoyó la mano”.

Luego del impacto inicial, según refieren los participantes, se vivencian tanto sentimientos negativos como de agradecimiento por mantener la vida, marcados por un fuerte temor ante una situación desconocida. La incertidumbre frente al proceso de rehabilitación en quienes se desempeñaban como enfermeros de combate al momento del impacto, es “manejable” en sus palabras, pues como ellos lo refieren tienen elementos que les permiten reconocer no solo las diferentes fases, sino también identificar la forma como evoluciona el muñón y ser partícipes de su cuidado.

Es importante resaltar que es sobre el enfermero de combate quien recae la responsabilidad de la atención, información y contingencia inicial, que es reconocida por la totalidad de los participantes, no solo en términos de soporte vital sino de apoyo, compañía, solidaridad y fraternidad.

A medida que se avanza en el relato, los participantes señalan momentos en los cuales confiaban

que la situación por adversa que fuera, implicaba un cambio que podría generar algo positivo. Se hace alusión a que en estos momentos, a pesar de contar con apoyo psicológico, es muy difícil su afrontamiento; refieren que es una pérdida que no se puede reponer. En esta etapa se reconoce la importancia de la labor del equipo de rehabilitación; sin embargo se alude a que los momentos más dolorosos, en los que se evidencia la discapacidad, son los miembros del equipo de salud, vinculados directamente a la labor asistencial y dedicados a suplir su déficit de autocuidado, quienes cobran mayor importancia. De allí la importancia de incentivar la participación, durante el proceso de rehabilitación de la familia o el cuidador y ofrecer educación para la salud, de manera tal que se reelabore el sentimiento de pérdida de autonomía.

D2R5: “De parte de ellos...los auxiliares me enseñaron cómo bañarme, cómo ahora tenía que hacer; que no mojar la extremidad ni el vendaje, que mantener el pie alto, que no pegarme con nada, comer bien, consumir vitamina c, que no perder la calma, me dieron buenos consejos”.

En los casos en que se requirió mayor tiempo de hospitalización, se generan expectativas frente al rol de enfermería como facilitador del proceso de comunicación, tanto con el núcleo familiar como con el equipo interdisciplinario que participa en el proceso de rehabilitación, con el propósito de entender y proyectar expectativas reales frente a su situación; es en la relación de cuidado en la que afloran temores, incertidumbre y emociones que en otros espacios no se permiten, bien sea por el significado honroso que dan a la pérdida o por contexto socio cultural en el que a las manifestaciones de emociones se le otorga significado de vulnerabilidad y debilidad.

Los soldados evocan con gran carga emocional la vivencia del miembro fantasma; es un tema reiterativo en las entrevistas, en las que se menciona que inicialmente era algo desconocido que los asustaba y para lo cual no estaban preparados; frente a este tema refieren que es importante recibir educación o escuchar el relato de otros:

D1R62: “En los 6 primeros meses sentí cómo se movían mis dedos y me rascaba el tobillo, me dolía de verdad...aunque nadie me dijo que me iba a pasar, fue una sensación extraña, aún cuando me hacían curación, sentía que dolía... luego me dijeron, pero eso debían explicarlo”.

El periodo inicial de adaptación a la prótesis está marcado por emociones que mezclan el temor y la esperanza de retomar el curso de la vida:

A2R55: “Toca terapias, terapias, terapias y más terapias, y ahí pues toca ir para que me tomen las medidas de la prótesis, y ahí, primero toca esperar..., ya cuando se la dan a uno, comienza a pararse en el muñón, para que coja estabilidad-fuerza, y ahí ir a caminar, el cuento de la punta, eso es largo, a veces da vaina...”.

Es importante resaltar que los soldados participantes identifican que la rehabilitación no depende únicamente del trabajo de un profesional específico ni tampoco del esfuerzo individual; señalan claramente que el éxito es producto de un trabajo interdisciplinario, en el que juega un papel decisivo su participación:

D1R6: “La recuperación no era de una sola persona, era de un grupo de apoyo, fundamental para el bienestar de nosotros los soldados; somos seres integrales. Me explicaba que tenía que lograr un bienestar físico y mental emocional, a través de un servicio de varias personas de la salud, que el reintegro a la sociedad y toda esa carreta... claro que me ayudaron, fueron los fisiatras, ortopedista, psiquiatría, a nosotros las víctimas de la guerra”.

En síntesis, con relación a esta categoría, se evidencian necesidades de cuidado de enfermería vinculadas a dos dimensiones: la primera vinculada a suplir las necesidades de autocuidado y la segunda a los procesos de educación tanto con el paciente como con la familia o el cuidador que además se identifica como apoyo en el momento de toma de decisiones para las que el soldado considera o bien que no tiene elementos claros de juicio o que no ha logrado entender aquello que le explican.

Proyecto de vida

Se entiende proyecto de vida a partir de lo planteado por D'Angelo[7] como el modelo ideal sobre lo que el individuo espera o quiere ser y hacer, definiendo su relación hacia el mundo y hacia sí mismo. Se identifica que 8 de los participantes ingresaron al ejército motivados únicamente por la obtención de la libreta militar y luego decidieron hacerse soldados profesionales, por razones vinculadas a estabilidad laboral o por dificultad para ubicarse. Uno de ellos salió un tiempo e ingresó nuevamente a la institución. Para dos, se consolidaba en única opción para superar situaciones de violencia tanto en el entorno familiar como fuera de éste.

A2R72: “El proyecto, una finca de agricultura, pero eso se puso feo, zona roja por esos lados, y tocó cerrar contactos”.

Los procesos de formación y educación hacen parte de la rehabilitación; inicialmente son planteados al soldado como una condición necesaria, con miras a incentivar su participación y a promover estrategias de utilización del tiempo libre. A este nivel, la mayoría de los participantes valida cursos de su bachillerato en la institución, durante la rehabilitación; este interés es referido como la manifestación de una actitud proactiva (D2R45: “*es el interés por superar esto*”) con relación a su proceso de reincorporación social. Se identifica también una amplia gama de cursos y programas de formación como sistemas, cárnicos e inglés entre otros.

D2R13: “Realizar actividades como cualquier soldado incapacitado, seguir estudiando y validando el bachillerato que aún no he terminado; estoy en 6 y 7 grado”.

A1R97 “Bueno, como le decía, seguir estudiando, tener una superación; bueno, poder llegar a cumplir el sueño de ser ingeniero de sistemas”.

Es importante anotar que se identifica la necesidad de orientar la participación de los soldados en estos cursos de manera articulada con la reelaboración que hacen de su proyecto de vida. Desde los intereses vinculados al desempeño laboral, manifiestan la necesidad de seguir siendo apoyados por la institución: Tres quisieran continuar laborando al interior de la misma y dos de ellos hacen alusión la importancia de las redes de apoyo fuera de la institución:

D2R2: “Serviré a la sociedad como serví a mi patria por medio de la institución; no ser más jíbaro, que fue un error sucio, un hueco de donde no puedo salir casi; espero encontrar trabajo, estoy aferrado si me dejan en el proyecto de Carrefour de Medellín allá la gente no se aterra en vernos o tratarnos, como en Bogotá que le hacen el feo a uno”.

La dimensión espiritual se integra al proyecto de vida, haciendo alusión a una voluntad “superior” que finalmente decide el futuro; en dos de los casos se describe como fortaleza que incide positivamente en la capacidad de la familia para soportar y brindar apoyo al proceso de rehabilitación.

DR21: “No lo podía creer que me pasara a mí, sentía resentimiento contra esas personas al margen de la sociedad, pero todo ello hay que dejarlo en manos de Dios”.

En síntesis, a este nivel se reconocen como necesidades de cuidado las vinculadas al trabajo del equipo de rehabilitación y orientadas al fortalecimiento de acciones que, aporten a la reconstrucción y al re direccionamiento del proyecto de vida. Es de anotar que estas no se expresan necesidades específicas vinculadas con el rol del profesional de enfermería, sino que se alude las mismas como producto del trabajo en equipo, en el que el mismo soldado reclama ser participe, más que beneficiario.

Redes de apoyo

Se identifican las siguientes dimensiones:

Espiritual

Expresada como un elemento que supera lo institucional, se asocia a la valoración positiva del sentido de trascendencia que otorga significado y orientación a la existencia. Hace alusión a la sensación de estar vinculado a, y sentirse parte de algo; en este sentido, puede asociarse a un vínculo personal, social o religioso; este último referido generalmente a un ser o energía sobrenatural; en cualquiera de éstas, la persona encuentra contención y vivencia la sensación de protección.

Los participantes asocian ésta a la figura divina de la que reciben protección, bien sea a través de sus oraciones o de quienes “interceden” por ellos; generalmente vinculada a la intermediación de figuras femeninas como la madre o la pareja; relación que se establece en términos de agradecimiento con Dios por darles una segunda oportunidad.

D2R16: “Sí Dios quiso, lo único que sé es que le agradezco a Dios que mi accidente no fue peor y esto le enseña a uno que la vida no es comprada y hay que disfrutar cualquier momento de la vida con lo que uno tiene, así sea uno pobre y discapacitado”.

Se evidencia el reconocimiento positivo de la presencia de sacerdotes durante el proceso de rehabilitación, por medio de las oraciones y vínculos que establece la familia. Algunos de los participantes refieren la protección de Dios en sus momentos difíciles como una figura que nunca los desampara y en otros casos lo ven como una segunda oportunidad para sus vidas.

G2R40: “Un curita de allá de la móvil, él como que no creía que estaba vivo porque él me dijo que me había visto muy mal, pues yo sí vi en el helicóptero, había alguien rezando ahí pero pues no pendientes”.

Esta dimensión se vincula básicamente a la familia y a la figura del sacerdote o capellán. No se hace alusión al personal de enfermería como tal; sin embargo, un soldado refiere que las enfermeras también rezaban por él.

Familia

Se identifica como la red de apoyo más efectiva, a pesar de que en algunos casos la distancia y limitación en la disponibilidad de recursos impide la permanencia de estos en las diferentes etapas del proceso de rehabilitación; en ocasiones el apoyo se recibe por parte de la pareja, pero en general, al que se hace mayor alusión y se identifica como “firme” es el de la familia de origen y en especial al de la madre, quien asume o representa el rol de cuidadora. Se resalta que su efectividad se relaciona con el apoyo institucional, brindado en términos de alojamiento durante el proceso de rehabilitación; esta red es señalada como el eje central de motivación en el proceso de recuperación y rehabilitación.

D2R24: “Mi mamá que ha estado pendiente de mí; trabajar, hacerle caso, por fin no darle mas rabietas, aprovechar todo lo que aprendí en la institución; gracias a ella soy alguien; no volver a las andadas. Esperar cómo me recibe mi familia, sobre todo mi hermana mayor quien me humillaba, pero ahora se que podré valerme por mí mismo”.

El apoyo de la pareja es referido por dos de los participantes como un aspecto que motiva a la superación:

A1R21: .Ella me apoya, ha estado conmigo siempre; entonces eso es motivo para seguir adelante y estoy contento”.

Es de anotar que la expresión de vivencias relacionadas con la relación enfermería-familia es tangencial e indiferenciada con el personal auxiliar, haciendo alusión a que la familia agradece porque eran las enfermeras quienes los bañaban y daban de comer. Se hace referencia a la necesidad de apoyo para la familia por parte del personal de salud, entre los que se menciona enfermería, ya que enfrentan una situación desconocida que genera incertidumbre relacionada con el desconocimiento de actividades de cuidado básico. Es decir, se alude nuevamente a la necesidad de la familia o del cuidador, de recibir educación por parte de enfermería como elemento que fortalecería esta importante red de apoyo.

Social

A nivel de las relaciones con sus compañeros, describen que son como una familia mientras se encuentra en combate, pero en el proceso de recuperación pierden estos vínculos y se generan unas nuevas relaciones con los compañeros de cuarto:

G1R106: “Aquí es sólo ambiente y todo mundo se da moral; uno habla con el otro y es bueno el ambiente”.

Se identifica que la red de apoyo social generada en el proceso de rehabilitación es calificada como efectiva por los participantes, ya que de ella reciben apoyo, compañía y posibilidad para compartir sus temores y expectativas; además, es a partir del apoyo que se brinda que se concretan los primeros ajustes a su nueva condición.

Salud

Se identifica que la relación con el personal de salud se vivencia como de apoyo, en la medida en que incentiva y favorece la aceptación de su nueva condición. En cuanto a los médicos, señalan que fueron un apoyo efectivo, que hablaron con la verdad, consecuencias; identifican claramente la figura del ortopedista, como la persona que más tiempo estuvo atento a su situación durante la hospitalización y se aproximan a explicar el rol de cada miembro del equipo de rehabilitación:

D2R57: “La nutricionista, la enfermera, médico, psicóloga, cada uno se encargó de hacer lo suyo para mi pronta recuperación; me explicaban lo que yo necesitaba; la fisioterapeuta me enseñó a tener cuidado con los moviéndolos y a vendarme mejor el muñón porque ya con la prótesis me tallaba, habían algunas laceraciones y no me curaba el muñón; entonces la enfermera se encargaba de hacerme las curaciones en sanidad...”.

Este reconocimiento se ve atravesado, en la totalidad de los participantes, por vivencias en las que valoran la relación a partir de la honestidad con la que les refirieron su situación de salud. En cuanto a psicología, fundamentalmente les permitían expresar sus sentimientos, pero uno de los participantes refiere que la psicóloga debería estar más tiempo con ellos para así mismo compartir y que esto no fuera una opción sino que fuera como una obligación de que siempre estuviera con ellos. Así mismo refieren:

D1R19: “Lo mas importante fue la ayuda de la institución médicos, enfermeras, terapistas, nutricionista, que sin ellos no sé qué haríamos de los cientos de soldados que como yo están en la misma situación”.

La relación con enfermería en la mayoría de los casos fue vivenciada como un apoyo instrumental o asistencial, individual, distante de los cuidadores o la familia; no se identifica una diferenciación del personal de enfermería del auxiliar, vinculada a actividades como bañar, administrar medicamentos, etc.

G2R25: “... esas enfermeras corrían por todo lado conmigo; ya entré a cirugía y me metieron sondas, mangueras por todo lado, claro parecía un robot... luego me subieron a piso... la enfermera me explicaba: le cortaron esta pierna, la otra está bien, ya le hicieron la cirugía y me decían: a usted le colocan prótesis...”.

No se identifica con certeza el rol del profesional, y de su autonomía como profesional, refieren que su labor se limita a obedecer al médico; siendo este aspecto de gran influencia en el proceso de rehabilitación, pues no fortalece la consolidación de seguridad y reconocimiento del quehacer profesional. Se reconoce la existencia de una enfermera jefe, que se asocia a capacidad de mando y poder, la del “gorrito” y la “mayor”; identifican como funciones de esta, administrar medicamentos y realizar las curaciones. Con relación a la actitud, se refieren como más cercanos a las auxiliares:

G1R72: “Uno llega y empiezan a vacilarlo a uno, son recocheras, eso es lo bacano... Hay manes que se pasan y por eso a veces se vuelven malacarasas”.

Se recomienda que este aspecto sea indagado en futuras investigaciones.

M2R45: “Estuve en el hospital y como yo tengo el parche, ese que te dijo el médico, me dijo que me quitara eso y que me dejara no más gasa seca y que así seca más rápido y allí las enfermeras me dicen que con ese parche me sana más rápido, entonces uno no sabe qué hacer y si uno le dice eso, entonces la enfermera le dice ahí entonces váyase para el hospital a que le hagan curación...”

D1R56: “Las enfermeras me daban cuidado en mi alimentación y baño, medicamentos, me daban apoyo, me explicaban mi cuidado y atención a signos de alarma pero no le permitían realizar la curación... curaciones con solo líquido no cremas, la fisioterapeuta me enseñaba cómo hacer la curación”.

Institución

Se resalta la importancia de las visitas y apoyo a nivel intrahospitalario de otros miembros de las fuerzas militares y superiores:

G2P40: “Los generales, todos aquí están muy pendientes; aquí un soldado entra herido y están pendientes”.

La relación con pares o compañeros a nivel hospitalario se enmarca en el diálogo, la amistad y la posibilidad de compartir, aprender acerca del manejo de su nueva condición y expresar vivencias comunes. Se alude a las damas voluntarias como relacionadas con apoyo a nivel de implementos de aseo, ropa, revistas, etc., así como también, apoyo a la familia.

En este sentido se identifica que es posible canalizar y facilitar la generación de estos procesos y su consolidación positiva como espacio de reflexión que favorece la aceptación y la construcción de prácticas saludables vinculadas a su situación de salud. Es de anotar que uno de los participantes expresa la necesidad de recibir educación acerca del manejo que requiere su situación, tanto para ellos como para la familia, con miras a favorecer la autonomía; esta labor se vincula directamente al rol de enfermería.

Percepcion y expectativas frente al personal de salud

Esta categoría hace referencia a los significados que, desde su percepción y vivencias, los participantes otorgan a su relación con el equipo de enfermería, y a la relación con el personal de salud durante las fases del proceso de rehabilitación. No solo pretende reconocer el rol que desempeña el profesional de enfermería, sino que también busca identificar, conocimientos, prácticas y actitudes del personal de salud que influyen en la relación enfermera-individuo-familia-comunidad.

Como característica relevante a nivel general, los entrevistados expresan una percepción positiva de la atención y la relación establecida por el “enfermero de combate” quien es el encargado de la atención inicial y se consolida en un apoyo importante durante la crisis inicial. Los participantes refieren que, además de velar por su bienestar físico, atenuar el dolor y minimizar posibles complicaciones, lo más importante es que les brindó apoyo

desde el momento del accidente hasta la entrega al personal especializado que se encargará de su tratamiento; algunos de ellos refieren que fue sobre el enfermero de combate quien recayó la responsabilidad de informar a sus familias.

Se destaca del relato de los participantes, que el hecho de recibir información sobre la forma en que transcurre el proceso y la secuencialidad de éste por parte de una persona que ellos identifican como experimentada en el tema, genera sentimientos de confianza, seguridad y soporte, básicos en el transcurso de etapas posteriores.

En cuanto hace referencia al personal de salud que interviene en el proceso de rehabilitación, se enfatiza que es personal capacitado y que sólo a partir del trabajo conjunto es posible obtener un buen resultado. Respecto al personal médico, se señala que son ellos quienes les informan el nivel y la razón para ese nivel de amputación, actividad que se realiza luego de que el soldado ha sido transportado desde el lugar del accidente.

G1R45: “Llegue acá y llegó el doctor, empezó hablarme que si me quería dejar ahí o si me amputaba más arriba, pero que si me dejaba ahí no aguantaba la prótesis, y le toca venir otra vez... de todas maneras... es casi una recomendación de ello... ellos le explican muy bien a uno, le dejan que piense un rato y ahí decide”.

La mayoría de los participantes hacen alusión a la frecuencia e interés de los cirujanos, quienes son percibidos como los responsables del seguimiento diario de la herida y quienes instruían al soldado en el tipo de procedimiento a realizar, su cuidado y criterios para evaluar la forma como se daba el proceso, siendo de gran importancia la retroalimentación que ellos brindaban al soldado acerca de cómo transcurría su rehabilitación en particular.

A1R33: “Tal día le vamos a hacer una cirugía de tal parte, sacarle injertos de tal parte, cuando le hagamos esos injertos debe tener mucho cuidado, no mover tanto la pierna, inclusive decían: Usted tiene una capacidad de cicatrización bastante rápida”.

Sin embargo, es generalizado el señalamiento como barrera a la comunicación, el lenguaje especializado utilizado por los profesionales, resaltando que éste se hace más confuso en el personal médico:

A1R86: “...es como cuando escribe ese perfil solamente lo entienden ellos, lo tiene todo comprendido en el disco duro”.

En cuanto hace referencia a la labor del psicólogo, a pesar de hacer alusión a que ellos no están locos, resaltan la importancia de contar con un profesional a quien le interesen todos sus problemas. Señalan que a la psicóloga (continuamente lo hacen en términos femeninos) siempre se le pueden contar aspectos de su vida personal que van más allá de su amputación y que ellas siempre muestran interés por escucharlos. Algunos equiparan esta figura a la del sacerdote, capellán o consejero y uno de los participantes refiere que al encontrarse sólo cuando su familia tuvo que viajar, fue con la psicóloga con quien pudo expresar su dolor y llorar. Resaltan la función de este profesional dentro del equipo de rehabilitación como alguien de quien se recibe afecto y comprensión.

Respecto a la labor del profesional de terapia física, referida también en términos femeninos, se recalca que su labor permite disminuir los sentimientos de minusvalía e incapacidad y fortalecer la proyección positiva asociada al proceso, de rehabilitación. También se identifica que es el personal con el que más tiempo comparten.

G2R57: “Ellas son muy buena gente, lo tratan a uno muy bien, no lo hacen sentir a uno discapacitado, sino que todos somos iguales”.

Para los entrevistados, el personal de enfermería en general era quien les informaban acerca de los cuidados de la herida, les explicaban los procedimientos y le realizaban cuidados básicos; en algunos casos se señala que este grupo de profesionales fomentó la autonomía de su cuidado y les permitió realizar procedimientos que no revestían complicaciones pero que los hacían sentir autónomos:

D1R56: “Yo a veces le decía a la enfermera que me podía hacer la curación; ellas me pasaban guantes y gasa y yo me la hacía”.

Se señala que a nivel intrahospitalario, fueron las enfermeras quienes fortalecieron la autonomía de los participantes en la utilización de muletas, deambulación y procedimientos del vendaje del muñón. El resto del equipo ofrecía la instrucción pero en quien recaía la responsabilidad de su ejecución era en enfermería.

D2R56: “Me enseñó a utilizar las muletas y a caminar con ellas; nos daba charlas de miembro fantasma, que aún iba a sentir ese pie, que hasta me rascaría... el lenguaje fue en-

tendible, uno se esforzaba por aprender, duré dos semanas para aprender”.

Desde la percepción de los participantes se valora positivamente la actitud de cuidado y protección cotidianos:

A2R42: “La enfermera, ella me llevaba al baño, me ayudaba a bañarme y ya cuando estaba mejor, ella ayudaba a otros”.

A2R90: “Cuando estaba débil, ayudarme a bañar, afeitarme y todo eso”.

Uno de los participantes hace alusión a que la labor de enfermería les permitía realizar de manera autónoma aquellas actividades en las que se sentían capacitados y permitían y orientaban para que otros les ayudaran:

DL4R38: “Como estuvo mi hermano muy pendiente, las enfermeras le comentaron cómo me podía ayudar; ellas le colaboraban”.

Sin embargo, es de anotar que tres de los participantes hacen alusión a factores negativos en el cuidado de enfermería como: demora en el llamado del timbre, demora en la atención de necesidades básicas y ausencia o falta de autonomía en la realización de actividades de cuidado de enfermería, comportamientos que explican con relación a la cantidad de pacientes asignados a la enfermera:

A2R38: “Uno timbraba con la mano buena y nada que llegaba la enfermera, a veces otro compañero, que estaba medio bueno, salía y avisaba, entraba uno de ellos y decía una voz de consola-ción... uno veía y veía que pasaba el tiempo, pensaba que ya se le había olvidado a la persona... ya vengo, esa era la palabra clave”.

Como recomendación general, señalan que tengan en cuenta las necesidades de descanso. Uno de los participantes expresa sentimientos de ira y agresión contra el personal de salud, producto del mismo proceso de elaboración de duelo.

La mayor expectativa referida por los participantes se asocia a la necesidad de recibir cuidado de enfermería dentro del batallón, pues relatan que hay momentos en los que se presentan situaciones críticas y no tienen quién les auxilie, lo cual incrementa sus sentimientos de minusvalía e incapacidad. Se evidencia que las actitudes más valoradas por los soldados participantes en la investigación son las

vinculadas al fomento de la autonomía y al respeto a su capacidad de toma de decisiones.

SÍNTESIS

A través de esta investigación se identifica que los participantes reconocen el carácter multidisciplinario del proceso de rehabilitación e identifican que los resultados del mismo, dependen tanto del esfuerzo del equipo como del paciente.

Se evidencia que las necesidades de cuidado de enfermería se articulan en las dimensiones bio-psico-social cultural y espiritual de los participantes y que el llamado de los soldados es a que las acciones de cuidado y el proceso de rehabilitación mismo, se haga extensivo a la familia y de esta manera aportar a la recuperación de su calidad de vida. Como lo señalan los entrevistados la familia en general sufre el dolor de la pérdida, se requiere un ajuste en los roles y pasa por un periodo en que realiza permanentes adaptaciones y requiere de atención y cuidado.

Se identifica también que el cuidado de enfermería contempla un componente de educación que debe ser planificado y continuo, orientado desde la individualidad y proyectado al grupo familiar, comunidad de soldados y a la sociedad en general.

Frente al trabajo del equipo de rehabilitación, es de gran importancia que exista un análisis conjunto del proyecto de vida y las posibilidades reales de cada participante y permitir de esta manera que se incorpore en su nuevo estilo de vida y canalice sus intereses vocacionales y de formación. Se sugiere que la coordinación de la integración de los planes de atención sea labor del profesional de enfermería que participe en el mismo, rol que no se encuentra contemplado.

Se identifica la necesidad de ampliar la comprensión del cuidado, más allá del componente individual, físico y biológico y enfatizar tanto en el fomento del autocuidado involucrando las redes de apoyo, el cuidado y la familia, como en el reconocimiento de las herramientas y motivaciones que determinan la reelaboración del proyecto de vida.

A nivel extra hospitalario, se observa que dentro del batallón, lugar de residencia de los participantes en tanto transcurren las primeras fases del proceso de

rehabilitación, existen personas que requieren atención inmediata y para ello es oportuno conformar un grupo interdisciplinario en el que participen una enfermera profesional y un médico con dotación de equipo básico para la atención de emergencias, llamado que realizan también los soldados participantes; aspecto que se articula a la necesidad de asegurar un acompañamiento continuo hasta que se complete el proceso de reincorporación social, no solo de rehabilitación física.

Se encontró que, durante la rehabilitación, los participantes realizaban el proceso del duelo paralelo a su situación actual, describiendo cada uno su vivencia de modo diferente y las fases se superponen unas a otras; es de anotar que el duelo se elabora no sólo por el hecho de verse privado del miembro amputado sino también por la pérdida del rol laboral, lo cual nos permite señalar que es importante la presencia de un profesional de salud, que brinde soporte y contención emocional durante este periodo crítico, para asegurar parte del éxito en la rehabilitación.

De esta manera los participantes hacen un llamado a que el cuidado de enfermería que se les brinde sea más personalizado, debido a que existen situaciones en las cuales ellos consideran que es necesario tener apoyo y saber que alguien está ahí, quién es la persona que le brinda cuidado, a quién puede acudir en caso de requerirlo, máxime ante la dificultad de contar permanentemente con su familia.

En síntesis y en coherencia con el objetivo planteado en la investigación, las necesidades de cuidado de enfermería expresadas, por los participantes, se orientan en dos dimensiones centrales: educación y contención y apoyo, tanto para el soldado como para la familia y el cuidador, desde la perspectiva de fomento del autocuidado y fortalecimiento de la participación y la autonomía. Es necesario dar continuidad al trabajo iniciado desde estudios descriptivos que permitan avanzar en la construcción de conocimiento desde enfermería, con este grupo poblacional, en temáticas vinculadas al proceso de elaboración de duelo, estrés posttraumático, proyecto de vida, entre otros y generar mecanismos que dentro del proceso de rehabilita-

ción involucren activamente al paciente y la familia, en la toma de decisiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Lineamientos para las instituciones de rehabilitación. Estudio para los estándares de acreditación de prestadores de servicios de salud de habilitación y rehabilitación para personas con discapacidad física mental cognitivo sensorial en el territorio nacional. Documento Preliminar. 2.003.
2. Marriner T., Ann y Raile A., Martha. "Modelos y Teorías en Enfermería". Editorial. Elsevier España. 7º Edición. (2003).
3. Terris, M. Tendencias actuales en la salud pública. En: Organización Panamericana de la Salud (Ed.). La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, D.C. OPS. 1992: 185-204.
4. Talavera M. El Concepto De Salud, Definición y Evolución. Disponible en www.unal.edu.co/.../EL%20CONCEPTO%20DE%20SALUD.doc.
5. Observatorio de Derechos Humanos. Minas Antipersonal en Colombia. http://www.derechoshumanos.gov.co/observatorio_de_DDHH/publicaciones/estudios_tematicos/minas.pdf.
6. [6] Convención Sobre la Prohibición del Empleo, Almacenamiento, Producción Y Transferencia de Minas Antipersonal y sobre su Destrucción (Convención de Ottawa) 18 de septiembre de 1997.
7. D'Angelo HO. Las tendencias orientadoras de la personalidad y los proyectos de vida futura del individuo en: Algunas cuestiones teóricas y metodológicas sobre el estudio de la personalidad. Edit. Pueblo y Educación, La Habana, 1982.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta E, Flores M. Efectos psicosociales de la discapacidad en un grupo de soldados heridos en combate. Universidad Nacional. 2005; 5: 3 a 633.
2. Aguirre CP. Centro de Rehabilitación Integral. – Basado del modelo en Chile y Latinoamérica. Financiado por el gobierno del Japón y la JICA (<http://www.inrpac.cl/index.php>).
3. Alarcon G, Pedraza C. Percepción del cuidado. Universidad Nacional. 2000.
4. Ariza OC. ¿Es posible humanizar la atención de enfermería al paciente en estado crítico?. actual enfermería 1998.

5. Barron A. Apoyo Social: Aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: siglo XXI.1996.
6. Basado en los lineamientos del Ministerio de la Protección Social para las instituciones de rehabilitación. Estudio para el establecimiento de estándares de acreditación de prestadores de servicios de salud de habilitación y rehabilitación para personas con discapacidad física, mental, cognitiva o sensorial en el territorio nacional. Marzo de 2004.
7. Behh TC, Jara V. Innovaciones en la formación del licenciado en enfermería en Latinoamérica, al inicio del siglo XXI. Madrid. España. 2002.
8. Cabrera C, Castro A, Chaparro D. Intervención de enfermería con participación de la familia y /o cuidador para el cuidado de adultos con artritis reumatoidea que se encuentran en casa. Revista de cirugía. Universidad Nacional. 2002; 5,3 C 117 M 1 UN.
9. Canadian council on health services accreditation. Material para capacitación para evaluadores de acreditación. Bogotá, 2002.
10. Cirec, Fundación Pro-cirugía Reconstructiva.
11. Colombia, Ministerio de Salud. Ocupación, discapacidad y costos. La redistribución de beneficios a través del Sistema de Seguridad Social Integral. 2000.
12. Cornejo MA. Infinitud Humana. La grandeza de los valores. México: Grijalba S.A. 1997.
13. Díaz L. Instituto Superior de Medicina Militar. Fundamentos terapéuticos actuales para los heridos de extremidades durante la guerra. Revista Cubana de Medicina Militar; Rev. Cúb. MED Mil. Ciudad de la Habana 2006 ene-abr; 28 (1).
14. Domínguez DA, Vanegas MS, Camacho DF, Quintero HG, Patiño RJ, Escallón MJ. Programa de seguimiento de la herida quirúrgica y sitio operatorio. Fundación Santa Fe, Universidad El Bosque. Bogotá, D.C., Colombia.1989/1999.
15. Ed El Tiempo, 8 de Junio de 2008 Pág. 1-2. Rescate en medio de la guerra.
16. Facultad de Enfermería, Dimensiones del cuidado, Universidad Nacional. Octubre. 1997.
17. Fernández C, Moreno L, García M, Guisado BR. "Tratamiento protésico y funcional en amputados de miembro inferior" Localización: Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología, 2003; 6 (1): 7-21.
18. Fernández CE. La investigación fenomenológica en Enfermería. Una aproximación a los principios fundamentales de utilidad para las Enfermeras. 2008.
19. Gislaine de OM. La amputación bajo la perspección de quien la vive, un estudio desde la óptica fenomenológica. 2007.
20. Gonzalez MR. Rehabilitación médica, Ed Masson. Publ. por El sevier. Cap 33, Pág. 437-439. España. 1997.
21. Gonzalez VM. Viejo, Oriol Cohí Riambau, Felip Salina Colaborador Oriol Cohí Riambau, Felip Salinas Castro Amputacion de extremidad inferior y discapacidad: Prótesis y rehabilitación Publicado por Elsevier España, 2007. ISBN 844581513X, 239 páginas 8-10.
22. Killelea. Personalidad, afrontamiento y apoyo social. Madrid, 1976.
23. Lara VJ, Otero Enamorado E, Ramos Almeida N. Estudio prospectivo en pacientes amputados de miembros inferiores. Racionalización en el seguimiento. Rev. Cubana Ortop Traumatol 2001; 15 (1-2): 46-50. Complejo Científico Ortopédico Internacional "Frank País".
24. Ley 266 de Enero de 1996. Promulgada por Asociación Nacional de Enfermeras en Colombia, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.
25. Ley 911 de 2004. Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.
26. López M, Bejarano I. "Beneficios del cuidado de enfermería en el programa de atención en casa del Hospital El Tunal por la E.S.E. en el año 2003" Universidad Nacional. 2003.
27. Magalhaes M, Cartaxo L, Adamczyk O, Rocha H. Enfermería Global, profesión y trabajo: Reflexiones en el sector, profession and work: reflection on the sector health. 2005 mayo; 6.
28. Manosalva RC, Bedoya DJ. Balance de fuentes secundarias, investigación realizada por la Universidad Nacional de Colombia de Facultad de Enfermería Bogotá.
29. Moscoso C, Bravo J. Trabajo de Grado. Conflicto armado y salud en Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Bogota. 1997-2002.
30. Ochoa MS. Propósito de la enfermería basada en la evidencia: Algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación. 13 de Septiembre de 2005.
31. Partido Verde Oxígeno. Minas antipersonal quiebra patas. Artículo. 2006; 1 (1).
32. Serra GM. El paciente amputado, labor de equipo. Primera edición. Ed Ibérica. 2001.

33. Slaikeu Karl. Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. Segunda Edición, 1996.
34. Tovar JC. Caracterización de los procesos asistenciales desarrollados por el equipo de enfermería en el servicio de consulta externa en 5 instituciones prestadoras de servicio de salud de primer nivel de atención de naturaleza empresarial social del estado de Bogota. Universidad Nacional; 2003.
35. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Mosby/Doyma libros. Tercera Edición. España. 1994.
36. Muñoz de R. Cuidado práctica de enfermería, grupo de cuidado-facultad de enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Capítulo 10. Ref 195-c84. 2004.
37. Nájera RM. Revista de Enfermería. Educación en Enfermería: Un Arte Innovador.
38. Observatorio de Minas. República de Colombia. Ley 418 de 1997, Prorrogada, modificada y adicionada por las Leyes 548 de 1999 y 782 de 2002 "Por la cual se consagran unos instrumentos para la búsqueda de la convivencia, la eficacia de la justicia y se dictan otras disposiciones" y decretos reglamentarios.
39. Otorga E, Ramos X, Mateus J. Relación de la teoría de enfermería y la práctica del cuidado de enfermería que demuestran las enfermeras de instituciones hospitalarias de Bogota, Universidad Nacional, 2000.
40. Ortega V. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2002; 10 (3): 88-89.
41. Pérez de VA. Rehabilitación basada en la comunidad. Rehabilitación (Madrid) 1997; 31 (4).
42. Perilla G. Enfermería y trasplantes. Experiencia en la Fundación Santa Fe, 2004.
43. Pinto N. Intersubjetividad, comunicación y cuidado en: Dimensiones del cuidado. Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1998.
44. Serra R. El paciente amputado: Labor de equipo. Publicado por Elsevier España, 2001 ISBN 8407002135, 271 páginas; Pag. 14-15.
45. Silva R. Revista Actualizaciones de Enfermería 2006; 1.
46. Suárez R, González G. Conocimientos, destrezas y conductas ante el cuidado de los pies en un grupo de amputados. Revista Cubana de Endocrinología, 2001 may-ago; 12.
47. TC. Fuentes G Jaime. Programa de amputados: Capacita y entrena a los soldados heridos en combate, Batallón de Sanidad, Diciembre de 2006.
48. Valoración integral (III) de la capacidad funcional del paciente discapacitado. Comprehensive incapacitated assessment (III). Evaluation of the functional ability of the elderly 2007; 22 (1).
49. Vicepresidencia de la Republica. Advertir sobre el riesgo de la presencia de minas antipersonal y de artefactos explosivos abandonados es una responsabilidad de toda la sociedad.
50. Walter B, Greene FH, Netter C, Boyter MG, Santiago S, Espín S. Viladot. Perice, Ramón, Publicado por Elsevier España 492 páginas.