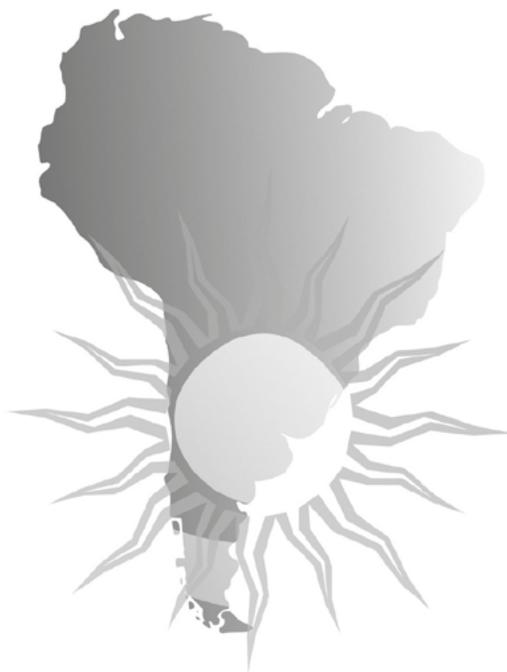


# Enfermería:

# Cuidados Humanizados

Revista Oficial de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud  
Universidad Católica del Uruguay



Universidad  
Católica del  
Uruguay

La Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* se encuentra incluida en las siguientes bases, catálogos y directorios, y es miembro de:



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional.

**Enfermería:  
Cuidados Humanizados**

Vol. 6 n° 2 Diciembre 2017

ISSN: 1688-8375

ISSN en línea: 2393-6606

PUBLICACIÓN OFICIAL  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
Y TECNOLOGÍAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DEL URUGUAY

**Directora:**

Dra. Natalie Figueredo.  
nafiguer@ucu.edu.uy  
Av. Garibaldi 2831 CP 11600  
Montevideo, Uruguay.

**Editor Responsable:**

PhD(c). Sebastián Griscti.  
sebastian.griscti@ucu.edu.uy  
Av. Garibaldi 2831 CP 11600  
Montevideo, Uruguay.

**Consejo Editorial:**

Mag. Esteban Pérez García,  
Universidad de Huelva, España.  
Mag. Miriam Costabel,  
Universidad de la República.  
Mag. Silvia Delgado,  
Universidad Católica del Uruguay.  
Mag. María Jesús Huget,  
Universidad Católica del Uruguay.  
Lic. Ernesto Benitez,  
Universidad Católica del Uruguay.

**Traducción:**

Prof. Marta Rodríguez.

**Asesora bibliográfica:**

Mag. Gabriela Cabrera.

**Maquetación:**

Mariana López Royes.  
marianalopezroyes@gmail.com

Dep. Legal N° 369.897 / 16

Edición amparada en el decreto 218/996  
(Comisión del Papel)

**Periodicidad semestral**

Junio - Diciembre

**Facultad de Enfermería y Tecnologías  
de la Salud - Universidad Católica del  
Uruguay.**

Av. Garibaldi 2831 CP 11600  
Montevideo, Uruguay.  
Tel. Fax (598) 2487 93 08  
www.ucu.edu.uy  
ecuidadoshumanizados@ucu.edu.uy

ISSN: 1688-8375

ISSN en línea: 2393-6606

Título-clave:

Enfermería (Montevideo)

Título-clave abreviado:

Enfermería (Montev.)

Registro ante el MEC: 2395/2012.

**Diseño figura de tapa:**

Lic. Hernán Pereira



## EDITORIAL



### Calidad, interdisciplina y armonización

La atención de salud, en cualquiera de los entornos donde tenga lugar, es un fenómeno que siempre relacionamos con calidad. Nadie, en ningún servicio que se le brinde, desea que éste no cumpla con sus expectativas, pero en los servicios de salud éste es un imperativo aún mayor, por el tipo de bien que se recibe.

Ante los desafíos actuales, una perspectiva de calidad hace que la complejidad de las problemáticas socio sanitarias poco a poco vayan destronando las hegemonías. Ninguna profesión sola alcanza para valorar, comprender, planificar y dar respuesta a las necesidades de las personas, familias y comunidades. El reduccionismo tecnicista va quedando sumergido en el pasado, oprimido por nuevos desafíos que apuestan a revalorizar la comunicación en el equipo, el intercambio de ideas, la combinación de saberes y experiencias.

Lo expuesto está directamente ligado al concepto de interdisciplina. Ninguna profesión por sí sola consigue explicar la realidad compleja, en ningún ámbito y mucho menos en la salud. Esto supone un especial desafío para los equipos de salud integrados por diferentes tipos de profesionales, pero supone un mayor desafío para los académicos involucrados con la docencia, la investigación y el vínculo con el medio social. Los sistemas de salud pretenden que los profesionales trabajen en equipo, pero, salvo excepciones, los formamos por separado, en compartimentos estancos y carentes de experiencias de formación, junto a otros que comparten un objetivo, aunque desde miradas no necesariamente iguales. Es necesario caer en la cuenta de que, para la asistencia sanitaria, la docencia y la generación de conocimientos, tanto la impotencia como la omnipotencia son extremos que adolecen de respuestas a lo complejo y, por tanto, son obstáculos que entorpecen, cuando no malogran, las respuestas adecuadas y de calidad a las necesidades de salud de nuestra población.

El trabajo en equipo, la interdisciplina y el enfoque de calidad suponen también un concepto clave que es la armonización. La creación de entornos, tanto de aprendizaje como de atención en salud, desde una perspectiva de correspondencia entre varias disciplinas, logra cerrar el modelo de enfoque integral e integrado, especialmente necesario en la salud y en la educación. Armonizar es lograr el equilibrio, la proporción y la correspondencia adecuada entre los integrantes y los aportes del equipo. Este constructo puede ser la clave de una formación profesional a la altura de las demandas actuales, con una perspectiva epistemológica que trasciende las parcialidades, condición *sine qua non* para transitar y operar en los nuevos escenarios.

En esa línea, a lo largo de este número de nuestra revista podrán ver artículos de diferentes disciplinas relacionadas al cuidado humano, con aportes y enfoques desde la Enfermería, la Nutrición, la Psicomotricidad, la Psicología, en este caso.

Los invitamos a recorrer este camino que como organización ya hemos comenzado.

Dr. Augusto Ferreira  
Decano de Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud.

# EDITORIAL

## **Quality, interdiscipline and harmonization**

Health care, in any of the environments where it takes place, is a phenomenon that we always relate to quality. Nobody, in any service that is offered, wishes that this does not meet their expectations, but in health services this is an even greater imperative, because of the type of good that is received

Faced with current challenges, a quality perspective makes the complexity of social health problems little by little dethrone the hegemonies. No single profession is enough to value, understand, plan and respond to the needs of individuals, families and communities. Technical reductionism is submerged in the past, oppressed by new challenges that aim to revalue communication in the team, the exchange of ideas, the combination of knowledge and experiences.

The above is directly linked to the concept of interdisciplinarity. No profession alone can explain complex reality, in any field and much less in health. This is a special challenge for health teams composed of different types of professionals, but it is a greater challenge for the academics involved with teaching, research and the link with the social environment. Health systems aim for professionals to work as a team, but, with some exceptions, we train them separately, in compartments that have no training experiences, together with others that share an objective, although not necessarily the same. It is necessary to realize that, for health care, teaching and the generation of knowledge, both impotence and omnipotence are extremes that lack answers to the complex and, therefore, are obstacles that hinder, when they do not spoil, the adequate and quality answers to the health needs of our population.

Teamwork, interdisciplinarity and the quality approach also represent a key concept that is harmonization. The creation of environments, both learning and health care, from a perspective of correspondence between various disciplines, manages to close the model of comprehensive and integrated approach, especially necessary in health and education. To harmonize is to achieve balance, proportion and adequate correspondence between the members and the contributions of the team. This construct can be the key to professional training that is up to current demands, with an epistemological perspective that transcends biases, a sine qua non condition for transiting and operating in new scenarios.

In this line, throughout this issue of our magazine you can see articles from different disciplines related to human care, with contributions and approaches from Nursing, Nutrition, Psychomotor, Psychology, in this case. We invite you to follow this path that as an organization we have already begun.

Dr. Augusto Ferreira  
Chair of the Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud.

# EDITORIAL

## **Qualidade, interdisciplina e harmonização**

A atenção da saúde, em qualquer um dos seus entornos, é um fenômeno que sempre relacionamos com qualidade. Ninguém, em nenhum serviço oferecido, deseja que as suas expectativas não sejam cumpridas, mas nos serviços de saúde isto é um imperativo ainda maior, pelo tipo de bem que se recebe.

Perante os desafios atuais, uma perspectiva de qualidade faz com que a complexidade das problemáticas socio-sanitárias pouco a pouco vai destronando as hegemonias. Nenhuma profissão sozinha é suficiente para valorizar, compreender, planejar e dar resposta às necessidades das pessoas, famílias e comunidades. O reducionismo tecnicista vai ficando submerso no passado, oprimido por novos desafios que apostam a revalorizar a comunicação na equipe, o intercâmbio de ideias, a combinação de saberes e experiências.

O anteriormente exposto está diretamente ligado ao conceito de interdisciplina. Nenhuma profissão por si só consegue explicar a realidade complexa, em nenhum âmbito, e muito menos na saúde. Isto supõe um especial desafio para as equipes de saúde integradas por diferentes tipos de profissional, mas supõe um maior desafio para os acadêmicos envolvidos com a docência, a pesquisa e o vínculo com o meio social. Os sistemas de saúde pretendem que os profissionais trabalhem em equipe, mas, com exceções, são formados separadamente, em compartimentos separados e carentes de experiências de formação junto a outros que compartilham um mesmo objetivo, embora desde miradas não necessariamente iguais.

É necessário perceber que para a assistência sanitária, a docência e a geração de conhecimentos tanto a impotência quanto onipotência são extremos que carecem de respostas para a complexidade e, portanto, são obstáculos que entorpecem ou pioram as respostas adequadas e de qualidade às necessidades de saúde de nossa população.

O trabalho de equipe, a interdisciplina e o enfoque de qualidade supõem também um conceito chave que é a harmonização. A criação de entornos, tanto de aprendizagem quanto de atenção em saúde, a partir de uma perspectiva de correspondência entre várias disciplinas, consegue fechar o modelo de enfoque integral e integrado, especialmente necessário na saúde e na educação. Harmonizar é ter o equilíbrio, a proporção e a correspondência adequada entre os integrantes e os conhecimentos da equipe. Este construto pode ser a chave de uma formação profissional à altura das demandas atuais, com uma perspectiva epistemológica que transcende as parcialidades, condição sine qua non para transitar e operar nos novos cenários.

Nessa linha, ao longo deste número de nossa revista poderão ver artigos de diferentes disciplinas relacionadas com o cuidado humano, com contribuições e enfoques desde a Enfermagem, a Nutrição, a Psicomotricidade, e a Psicologia, neste caso.

Convidamos a todos a percorrer esse caminho que, como organização, já colocamos em curso.

Dr. Augusto Ferreira  
Deano de Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud.



Universidad  
Católica del  
Uruguay

La Universidad Católica del Uruguay  
pertenece a la Conferencia Episcopal Uruguaya y  
está confiada a la Compañía de Jesús.

## AUTORIDADES INSTITUCIONALES

Cardenal Daniel Sturla Berhouet SDB  
*Gran Canciller*

P. Alejandro Tilve SJ  
*Vice Gran Canciller*

P. Dr. Julio Fernández  
*Rector*

Mag. Mónica Arzuaga  
*Vicerrectora de Programas Académicos*

Ing. Omar Paganini  
*Vicerrector de Gestión Económica y Desarrollo*

Dr. Daniel Perciante  
*Vicerrector de Investigación e Innovación*

P. Dr. Álvaro Pacheco SJ  
*Vicerrector de la Comunidad Universitaria*

Dra. Sandra Segredo  
*Secretaria General y Asesora Jurídica*

Dr. Augusto Ferreira  
*Decano Facultad de Enfermería y  
Tecnologías de la Salud*

La Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* es una publicación oficial de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay que pretende contribuir al desarrollo científico, fomentando un ambiente de comunicación para el Uruguay y la región.

Los autores de las publicaciones y profesionales relacionados al área de la salud, establecen en forma escrita la cesión de derechos a la misma, conservan sus derechos de autor y su total responsabilidad en lo expresado en el artículo.

La revista no se hace responsable por las afirmaciones que éstos realicen. Está prohibida la reproducción total o parcial de sus contenidos de acuerdo a las leyes vigentes en el país.

Posee un consejo editorial, un editor responsable y una directora académica que trabajan en forma honoraria.

La revista está inscrita con el Número Internacional Normalizado para Publicaciones Seriadas (ISSN) 1688-8375 / ISSN en línea 2393-6606 y registrada ante el MEC. Está sometida a las normas Scielo de indización.

Los trabajos de investigación son evaluados en forma anónima por un árbitro internacional y uno nacional, con sistema doble ciego.

Se edita en la Universidad Católica del Uruguay regularmente, en forma semestral, junio y diciembre.

Las bases para los autores son publicadas en la revista y en la página web <http://enfermeriacuidadoshumanizados.ucu.edu.uy>

The Journal *Enfermería: Cuidados Humanizados* is an official publication of the Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud of the Universidad Católica del Uruguay. Its purpose is to contribute to scientific development, promoting a space for communication throughout Uruguay and the region.

The authors of the publications have stated in writing the transfer of rights, retaining their copyright and taking full responsibility for what is stated in their article. The magazine is not responsible for the claims they make. Reproduction of all or part of the content is forbidden according to the laws of the country.

It has an editorial board, a chief editor and an academic director working on a volunteer basis.

The journal is registered with the International Standard Serial Number (ISSN) 1688-8375 / ISSN online 2393-6606 and is registered in the MEC. It is subject to Scielo's indexing rules.

Research papers are evaluated anonymously by an international and a national arbitrator, using a double-blind system.

It is published in the Universidad Católica del Uruguay regularly, every six months, in June and December.

The guidelines for the authors are published in the magazine and on the website <http://enfermeriacuidadoshumanizados.ucu.edu.uy>

A Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* é uma publicação oficial da Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay, que está envolvida no desenvolvimento da ciência, de comunicação, promovendo um ambiente do Uruguai e da região.

Os autores de publicações e profissionais relacionados à área de saúde, declarou em uma transferência por escrito dos direitos a ele, manter o seu autor e total responsabilidade expresso no artigo. A revista não é responsável pelas afirmações que fazem. A reprodução de todo ou parte do conteúdo de acordo com as leis do país.

Tem um conselho editorial, um editor-chefe e um diretor acadêmico que trabalha em regime de voluntariado.

A revista está registrado com o número de série International Standard Serial Number (ISSN) 1688-8375 / ISSN em linha 2393-6606 e registrado com o MEC. Ele está sujeito às regras de indexação Scielo.

Trabalhos de pesquisa são avaliados anonimamente por um árbitro internacional e uma nacional, com sistema duplo-cego.

É publicado na Universidade Católica del Uruguay regularmente, a cada seis meses, Junho-Dezembro

As bases para os autores são publicadas na revista e no site <http://enfermeriacuidadoshumanizados.ucu.edu.uy>

## COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL E INTERNACIONAL

### COMITÉ CIENTIFICO NACIONAL

**Prof. Dra. Zoraida Fort.**

Gerente de RRHH del Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

**Prof. Lic. María del Carmen Ferreiro.**

Universidad Católica del Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

**Prof. Lic. Álvaro Fernández.**

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

**Prof. Emérita Lic. Soledad Sánchez.**

Uruguay.

**Prof. Mag. Teresa Menoni.**

Universidad de la República Oriental del Uruguay, Uruguay.

**Prof. Lic. Maira Castro.**

Administración de Servicios de Salud del Estado, Uruguay.

**Prof. Mag. Rosana Tessa.**

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

**Prof. Dra. Adriana Misa.**

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

**Prof. Dr. Augusto Ferreira.**

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

### COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

**Prof. Dra. Beatrice Goodwin.**

Universidad de Nueva York, EEUU.

**Prof. Dra. Luz Angélica Muñoz.**

Universidad de Enfermería Andrés Bello, Chile.

**Prof. Mag. Ana María Vásquez.**

Universidad de la Serena, Chile.

**Prof. Mag. Alicia Reyes Vidal.**

Facultad de Enfermería Universidad Andrés Bello, Chile.

**Prof. Mag. Carmen Falconí.**

Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador.

**Prof. Dra. Olivia Sanhueza.**

Universidad de Concepción, Chile.

**Prof. Lic. María Virginia Hernández Alonso.**

Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, México.

**Prof. Dra. Adelaida Zabalegui.**

Hospital Clínico de Barcelona, España.

**Prof. Dra. M<sup>a</sup> Dolores Bardallo.**

Universidad Pompeu Fabra, Cataluña, España.

**Prof. Mag. Verónica Behn.**

Universidad de Concepción, Chile.

**Prof. Dra. Sandra Valenzuela.**

Universidad de Concepción, Chile.

**Prof. Dra. Alina María de Almeida Souza.**

Consejo General de Enfermería de España, España.

**Prof. Mag. Erika Caballero.**

Centro de Educación a Distancia, Chile.

**Prof. Dr. Gabriel Rodríguez.**

Universidad Andrés Bello, Chile.

**Prof. Dra. María Cristina Cometto.**

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

**Prof. Dr. Johis Ortega.**

Universidad de Miami, EEUU.

**Prof. Mag. María Cristina Torres.**

Universidad Austral, Chile.

**Prof. Dr. José Ramón Martínez Riera.**

Universidad de Alicante, España.

**Prof. Mag. María Antonia Jiménez.**

Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

**Prof. Dra. Maricela Torres.**

Escuela Nacional de Enfermería, Cuba.

**Prof. Mag. Lia Garnica.**

Universidad de Santiago del Estero, Argentina.

# CONTENIDO

EDITORIAL.	_____	pág. 3
<b>ARTÍCULOS ORIGINALES</b>		
CARACTERÍSTICAS QUE SE ASOCIAN CON LA OMISIÓN DEL DESAYUNO EN ADOLESCENTES MONTEVIDEANOS QUE CONCURREN A COLEGIOS PRIVADOS	_____	pág. 12
CHARACTERISTICS ASSOCIATED WITH THE OMISSION OF BREAKFAST IN MONTEVIDEAN ADOLESCENTS CONCURRING TO PRIVATE SCHOOLS		
CARACTERÍSTICAS QUE SE ASSOCIAM COM A OMISSÃO DO CAFÉ DA MANHÃ EM ADOLESCENTES MONTEVIDEANOS QUE COINCIDEM A COLÉGIOS PRIVADOS		
Florencia Ceriani- Infanzozzi, Carolina De León- Giordano		
ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA O DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO	_____	pág. 21
ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN		
CREATING A PROTOCOL FOR DIAGNOSIS OF DEPRESSION		
Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos, Fabio Biasotto Feitosa		
POESÍA Y CUIDADOS: UN INSTRUMENTO PARA LA GESTIÓN DE EMOCIONES Y SENTIMIENTOS EN ENFERMERÍA	_____	pág. 32
POETRY AND CARE: AN INSTRUMENT TO MANAGE EMOTIONS AND FEELINGS IN NURSING		
POESIA E CUIDADOS: UM INSTRUMENTO PARA O GERENCIAMENTO DE EMOÇÕES E SENTIMENTOS EM ENFERMAGEM		
José Siles-González, María del Carmen Solano-Ruiz		
ESTADO DE DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS SANOS QUE ASISTEN A UN CENTRO INFANTIL EN SANTO DOMINGO, ECUADOR	_____	pág. 39
PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT STATUS IN HEALTHY CHILDREN ATTENDING A CHILD CENTER IN SANTO DOMINGO, ECUADOR		
ESTADO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR EM CRIANÇAS SAUDÁVEIS QUE PARTICIPAM A UM CENTRO DA INFÂNCIA EM SANTO DOMINGO, EQUADOR		
Jackeline Román Sacón, Pamela Calle Contreras		
SALUD INTEGRAL Y MIGRACIÓN: ABORDAJE TRANSCULTURAL DEL PROCESO ENFERMERO EN UN CASO CLÍNICO DEL PROGRAMA DE SALUD MIGRATORIA DE GINEBRA, SUIZA	_____	pág. 45
INTEGRAL HEALTH AND MIGRATION: CROSS CULTURAL APPROACH OF THE NURSING PROCESS IN A CLINICAL CASE OF THE MIGRATORY HEALTH PROGRAM OF GENEVA, SWITZERLAND		
SAÚDE INTEGRAL E MIGRAÇÃO: ABORDAGEM INTERCULTURAL DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM CASO CLÍNICO DO PROGRAMA DE SAÚDE MIGRADORA DE GENEBRA, SUÍÇA		
Katia Marina		



**Artículos originales**

**Original articles**

## CARACTERÍSTICAS QUE SE ASOCIAN CON LA OMISIÓN DEL DESAYUNO EN ADOLESCENTES MONTEVIDEANOS QUE CONCURREN A COLEGIOS PRIVADOS

CHARACTERISTICS ASSOCIATED WITH THE OMISSION OF BREAKFAST IN MONTEVIDEAN ADOLESCENTS CONCURRING TO PRIVATE SCHOOLS

CARACTERÍSTICAS QUE SE ASSOCIAM COM A OMISSÃO DO CAFÉ DA MANHÃ EM ADOLESCENTES MONTEVIDEANOS QUE COINCIDEM A COLÉGIOS PRIVADOS

### Florencia Ceriani- Infantozzi

*Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.*

florceriani@gmail.com

ORCID: 0000-0003-2105-8044

### Carolina De León- Giordano

*Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay.*

*Red de Uruguay de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil. Uruguay.*

ORCID: 0000-0001-6777-3946

DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v6i2.1461>

Recibido el 23/02/2017

Aceptado el 07/08/2017

## RESUMEN

El objetivo del artículo es conocer las características que se asocian a la omisión del desayuno de adolescentes de 11 a 17 años que asisten a colegios privados de Montevideo. Estudio transversal, descriptivo, analítico mediante el uso de una base de datos secundaria. Se estudió la asociación entre la omisión del desayuno y diferentes variables, con 696 estudiantes y luego con la submuestra de 196 que omiten desayunar. Se calculó Test t de Student, se aplicó el test chi cuadrado de Pearson. Para identificar el riesgo se calculó el OR. Valor significancia estadística  $p < 0,05$ . Procesamiento y análisis estadístico SPSS versión 21.0. El 28.2% de los adolescentes omitió desayunar. La probabilidad de omitir el desayuno con respecto a no omitirlo es aproximadamente 2,25 más alto en los adolescentes que se encuentran solos con respecto a los que se encuentran acompañados. Entre quienes omitían el desayuno un 40.4% presentó sobrepeso u obesidad, siendo mayor esta cifra en los que tenían 13 años o menos ( $p = 0.002$ ). El motivo más mencionado para omitir el desayuno fue "levantarse tarde y no tener tiempo". La edad y el sexo se asociaron significativamente con el motivo mencionado. La omisión del desayuno es un problema en esta población. El sobrepeso y obesidad es una complicación de gran magnitud entre quienes omiten desayunar. Estar sólo en este tiempo de comida aumenta las chances de omitirlo.

**Palabras clave:** Desayuno, Conducta Alimentaria, Nutrición del Adolescente, Dieta.

## ABSTRACT

The objective of the article is to know the characteristics that are associated to the omission of the breakfast of adolescents of 11 to 17 years who attend private schools of Montevideo. Cross-sectional, descriptive, analytical study using a secondary database. We studied the association between breakfast omission and different variables, with 696 students and then with the subsample of 196 that skipped breakfast. Student's t test was calculated, Pearson's chi square test was applied. To identify the risk, the OR was calculated. Statistical significance value  $p < 0.05$ . Processing and statistical analysis SPSS version 21.0. 28.2% of adolescents skipped breakfast. The probability of omitting breakfast with respect to not omitting it is approximately 2.25 higher in adolescents who are alone with respect to those who are accompanied. Among those who skipped breakfast, 40.4% were overweight or obese, with a higher number in those aged 13 years or younger ( $p = 0.002$ ). The most mentioned reason for omitting breakfast was "getting up late and not having time". Age and sex were significantly associated with the reason mentioned. The omission of breakfast is a problem in this population. Being overweight and obese is a major complication among those who skip breakfast. Being alone in this time of food increases the chances of omitting it.

**Key words:** Breakfast, Feeding Behavior, Adolescent Nutrition, Diet.

## RESUMO

O objetivo deste artigo é conhecer as características associadas à omissão de adolescentes de pequeno-almoço com idade entre 11 e 17 anos que frequentam escolas particulares em Montevideu. cruzar estudo analítico descriptiva usando un banco de dados secundário. a associação entre a saltar o pequeno almoço e variáveis diferentes, com 696 alunos e depois com a subamostra de 196 que o desjejum foram estudiados. O teste t de Student foi calculado, o teste foi aplicado Pearson qui-quadrado. Para identificar o risco foi calculado o OR. Valor de significância estatística de  $p < 0,05$ . Processamento e análise estatística SPSS versão 21,0. 28,2% dos adolescentes desjejum. A probabilidade de saltar o pequeno almoço sobre não omitir é cerca de 2,25 maior nos adolescentes que estão sozinhos em relação aos quais são acompanhados. Entre aqueles omitido pequeno-almoço 40,4% tinham excesso de peso ou obesos, sendo este valor mais elevado em pacientes com 13 anos ou menos ( $p = 0,002$ ). A razão mais citada para saltar o pequeno almoço foi "ficar até tarde e não tenho tempo." Idade e sexo foram significativamente asociados com a razão mencionada. A omissão de pequeno-almoço é um problema nesta população. Sobrepeso e obesidade é uma complicação de grande magnitud entre aqueles que o desjejum. Estar sozinho neste tempo de alimentos aumenta as chances de pular.

**Palavras-chave:** Desjejum, Comportamento Alimentar, Nutrición do Adolescente, Dieta

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período crítico de la vida, se caracteriza por un aumento en la velocidad de crecimiento y maduración, con gran desarrollo de estructuras y órganos corporales, en especial los influenciados por hormonas sexuales (1). En este momento de la vida también se establece la maduración psicológica, se instauran los hábitos dietéticos, constituyendo la base del comportamiento alimentario para el resto de la vida (2). Pareciera ser un momento clave para fomentar el hábito de desayunar.

El desayuno es considerado como una de las ingestas alimentarias más importantes del día, tal es así que la Asociación Española de Pediatría recomienda que se debe desayunar todos los días (3). Los adolescentes que realizan este tiempo de comida son capaces de afrontar mejor las actividades cognitivas y físicas de la mañana (4) (5). Los jóvenes que lo omiten no logran cubrir ciertos nutrientes como el calcio, potasio, fósforo, vitaminas A, C, E B6 y B12, hierro, cinc, en los siguientes tiempos de comida (6). Por otro lado, los adolescentes que no desayunan tienden a ingerir más volumen de alimentos de alta densidad calórica, con elevado aporte de grasa y azúcar refinado en el siguiente tiempo de comida, asociándose con un incremento del IMC, aumento de la circunferencia de cintura, hipertensión arterial y diabetes tipo 2 (4).

Sin embargo, a pesar de los múltiples beneficios de desayunar, es el tiempo de comida que menos interés despierta y el que más suelen omitir los jóvenes (6) (7). Múltiples son los motivos por los cuales los adolescentes suelen no desayunar (8) (9).

Según la evidencia, es más frecuente la omisión del desayuno en el sexo femenino, quizás por su mayor preocupación por su peso corporal (6) (7) (10). Con respecto a la edad, la proporción de jóvenes que realizan este tiempo de comida, desciende significativamente a medida que avanza la edad (7) (10). Otro de los factores que inciden en el hábito de desayunar es el peso corporal. Según la II Encuesta Mundial de Salud Adolescente, en los jóvenes con sobrepeso el hábito de desayunar a diario o con gran frecuencia se presenta en una menor proporción respecto a los adolescentes con estado nutricional normal, acentuándose según condición de obesidad (11).

Amat Huerta y cols. plantean que la compañía de los padres al momento de desayunar resulta ser un factor de gran relevancia (12). Se ha demostrado que los adolescentes desayunan más frecuentemente si realizan este tiempo de comida en compañía de los padres (11).

Debido a los motivos antes expresados, es que el siguiente estudio se plantea conocer las características que se asocian a la omisión del desayuno de adolescentes de 11 a 17 años que asisten a colegios privados de Montevideo.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio transversal, descriptivo, con componente analítico. Se trabajó con datos del estudio "Hábitos alimentarios en el desayuno de adolescentes de liceos privados de Montevideo", realizado por la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas (AUDYN) en el año 2012 (8). Se solicitó la correspondiente autorización por parte de AUDYN para el uso de la base de datos.

El diseño de la muestra de 696 adolescentes, realizado en el estudio de AUDYN, antes mencionado, fue aleatorio estratificado. Los estratos se constituyeron según el año que cursan los jóvenes a estudiar (primero, segundo y tercer año del ciclo básico y cuarto año o primer año de bachillerato). La unidad primaria de muestreo por estrato fueron los colegios privados habilitados de la ciudad de Montevideo y luego dentro de cada centro educativo se procedió a la selección de un grupo por cada grado escolar. Dentro de cada grupo se realizó un censo a todos los alumnos presentes que presentaron la autorización correspondiente. Se les aplicó el formulario de encuesta y se realizó la antropometría.

El formulario de encuesta fue de tipo auto-administrado, previamente validado y se realizó la medición del peso y talla con instrumentos debidamente calibrados y a cargo de licenciados en nutrición, previamente capacitados, encargados del trabajo

de campo. Las medidas antropométricas se registraron mediante balanzas y tallímetros portátiles marca SECA. La toma de medidas fue de forma individual, en privado, y los adolescentes se presentaron con ropa liviana y sin calzado.

Se preservó el anonimato de los sujetos investigados, a cada estudiante se le asignó un código o número. Así mismo, se solicitó la firma del consentimiento informado por parte de los padres.

Para estudiar la asociación entre la omisión del desayuno y el sexo, edad, estado nutricional, la condición de estar solo durante el desayuno y la información sobre el desayuno se incluyeron todos los adolescentes de la muestra (**n= 696**). Para este análisis, la variable dependiente estudiada fue la omisión del desayuno. Esta variable fue analizada como nominal categórica (Omite el desayuno/ No omite el desayuno).

Con el fin de determinar el perfil de los adolescentes que omiten el desayuno se seleccionaron del total de la muestra de estudio aquellos adolescentes que no realizan el desayuno de forma diaria, es decir los que omiten el desayuno siempre o algunas veces, estando la submuestra de estudio conformada por **196 adolescentes**.

Si bien la bibliografía sugiere la división de la edad en dos categorías: 10 a 14 años y 15 a 19 años, para este estudio, se determinó, una clasificación de edad teniendo en cuenta que eran jóvenes de entre 11 y 17 años cuya media de edad era de 13.2 años. Se establecieron 2 categorías Menor o igual a 13 años/ Mayor de 13 años.

La variable estado nutricional, se clasificó según puntaje Z de IMC/edad utilizando los estándares de la OMS (2007), para niños y adolescentes de 5 a 19 años, al igual que con el indicador Talle/edad (13).

Para determinar algunas de las características del perfil de los adolescentes que omiten el desayuno se utilizaron medidas descriptivas como media, mediana, desvíos estándar y frecuencias tanto absolutas como relativas.

Para el análisis de los motivos expresados por los adolescentes para omitir el desayuno, se utilizaron frecuencias absolutas y relativas

El análisis de la asociación entre las variables nominales categóricas estudiadas se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson (Chi2)

Con el fin de conocer las chances de omitir el desayuno se calculó el Odds Ratio (OR)

En todas las pruebas realizadas, se consideró significancia estadística con el valor p menor que 0,05.

Los datos antropométricos se procesaron con el programa Anthro Plus de la OMS (V 1.0.4). El procesamiento de datos fue realizado utilizando el paquete estadístico para Windows SPSS versión 21.0.

## RESULTADOS

En relación al hábito de desayunar de esta población, los resultados muestran que un 71.8% refirió desayunar todos los días, un 21.6% algunas veces por semana, mientras que el 6.6% nunca desayunaba. Al agrupar los jóvenes según condición de omitir el desayuno, se observó que un 71.8% no lo omitía, es decir tenía el hábito de desayunar, mientras que el 28.2% restante omitía este tiempo de comida.

Al estudiar la existencia de asociación entre la omisión del desayuno y las variables sexo, edad, estado nutricional, información sobre el desayuno y condición de estar solo en este tiempo de comida, se encontraron los siguientes resultados:

En lo relativo al sexo de los adolescentes, se observó que, entre quienes omitían desayunar un 51.3% eran del sexo femenino y un 48.7% eran de sexo masculino. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la omisión del desayuno y el sexo ( $p= 0.203$ ) (Tabla 1).

En relación a la edad, entre quienes realizaban su desayuno diariamente, un 50.7% tenían más de 13 años y aquellos que lo omitían un 51.5% tenían esta edad siendo prácticamente la misma proporción. No se encontró asociación entre la omisión del desayuno y la edad de los jóvenes ( $p=0.844$ ) (Tabla 1).

Entre quienes desayunaban, el 35.7% si presentaba algún grado de exceso de peso, mientras que un 64.3% no presentaba ni sobrepeso ni obesidad. En relación a los que omitían el desayuno, el 40,4% presenta algún grado de sobrepeso u obesidad, mientras que casi el 60% (59.6%), no presentaba esta condición. Por lo que no existe asociación estadísticamente significativa entre la omisión del desayuno y el estado nutricional de los adolescentes ( $p= 0.254$ ) (Tabla 1).

Entre los jóvenes que omitían el desayuno un 78.1% fue informado de alguna manera, sobre la importancia de este tiempo de comida. Por otra parte, un 75.4% de los que desayunaban también mencionaron recibirla. La diferencia es prácticamente nula entre los dos grupos, no presentándose asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ( $p= 0.460$ ) (Tabla 1).

Por último, al estudiar la condición de estar solo en este tiempo de comida se obtuvo que, del total de estudiantes, un 43.9% lo hacía solo, un 54.9% con familiares y un 1.2% con compañeros. Entre aquellos adolescentes que desayunaban, un 39.3% se encontraba solo, y en aquellos que omitían desayunar diariamente, la frecuencia de desayuno sin compañía fue de un 59.3% (Gráfico 1). Al estudiar la asociación entre la condición de estar solo y la omisión del desayuno, se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p=0.00$ ). Así mismo, la probabilidad de omitir el desayuno con respecto a no omitirlo es aproximadamente 2,25 más alto en los adolescentes que se encuentran solos con respecto a los que se encuentran acompañados (OR: 2.256; 95% IC. 1.555- 3.272) (Tabla 1).

Al estudiar los adolescentes que omitían el desayuno (n= 196), se observó que 51.3% eran mujeres, y 48.7% eran varones. Las edades se encontraban entre los 11 y 17 años, siendo la media 13.2 años y la mediana 14 años.

Si se toma la media de edad en 13 años, un 48.5% de los jóvenes tenían al momento de la encuesta 13 años o menos, mientras que un 51.5% eran mayores de 13 años. Se observó una distribución similar por sexo y edad.

Según grado escolar al que pertenecían, el 29.1% era de primer año de secundaria, el 26.5% de segundo año, el 21.9% de tercer año y el 22.5% de cuarto año o primer año de bachillerato. Un 61.7% de la población estudiada asistía al centro educativo en el horario de la mañana y un 32,1% lo hacía en ambos turnos. El horario promedio de levantarse los días que acudían al colegio fue las 7 am.

Un 59,6% de los adolescentes presentó un estado nutricional normal según IMC/E, un 29,2% presentó sobrepeso y un 11,2% obesidad. Para el caso específico de los jóvenes que omiten el desayuno, el 40,4% presentaba sobrepeso u obesidad. Un 1.6% del total de adolescentes presentó talla baja para la edad. Para el resto, su talla era normal para su edad.

Se observó que entre los adolescentes que tenían 13 años o menos un 48.4% presentaba un estado nutricional normal, mientras que más de la mitad de ellos, el 51.6% presentaba algún grado de sobrepeso u obesidad. Casi un tercio de los jóvenes que omitieron el desayuno y eran mayores de 13 años de edad presentaron sobrepeso u obesidad (29.9%), existiendo asociación estadísticamente significativa entre la edad de los adolescentes que omitían el desayuno y el estado nutricional ( $p=0.002$ ).

De todos los adolescentes que relataron omitir el desayuno, un 78.1% mencionó haber recibido algún tipo de información sobre la importancia de realizarlo. Al analizar la fuente de información referida, se observó que el ámbito médico y el colegio son los dos sitios mencionados con más frecuencia, con un 28.3% y 25.3% respectivamente, seguido de la casa y la televisión como sitios de información.

Al analizar los diferentes motivos referidos por los adolescentes para explicar la omisión del desayuno, se observa en el *Gráfico 2* que el hecho de *“levantarse tarde y no tener tiempo”* fue la razón más mencionada (37.8%) seguida por la *“falta de apetito”* (32.4%). Se analizó el primer motivo mencionado con más frecuencia según la edad, el sexo y el estado nutricional.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad y la razón *“levantarse tarde y no tener tiempo”* ( $p=0.017$ ). Los jóvenes mayores de 13 años relataron este motivo con más frecuencia (60.2%) que los de 13 años de edad o menos (39.8%) (*Tabla 2*).

Por otra parte, los varones refirieron este motivo en mayor porcentaje (56.7%) que las mujeres (43.3%). Existe asociación estadística entre *“levantarse tarde y no tener tiempo”* y el sexo ( $p=0.035$ ) (*Tabla 2*).

Fue mayor el porcentaje de adolescentes con estado nutricional normal (61.9%) que refirió el motivo de *“no tener tiempo para desayunar”*, comparados con los que presentaron algún grado de sobrepeso u obesidad y expresaron este motivo como el principal (38.1%). No se encontró asociación entre el estado nutricional y este motivo para no desayunar ( $p=0.537$ ) (*Tabla 2*).

## DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio permiten conocer algunas características relacionadas a la omisión del desayuno por parte de los adolescentes de 11 a 17 años que asisten a colegios privados de la ciudad de Montevideo.

Más de un cuarto de los jóvenes omite la primera comida del día o desayuno (28.2%). Esta cifra es similar a la encontrada en estudios de Estados Unidos y Europa, en los cuales entre 10% a 30% de los adolescentes no desayunan de manera habitual (4). Las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría y de las Guías alimentarias de nuestro país hacen referencia a la importancia de un desayuno diario (3) (14).

Si bien algunas investigaciones sobre el tema han descrito asociación entre el sexo de los adolescentes y el saltarse el desayuno, en este estudio no se pudo demostrar la asociación estadística entre estas variables. Según la bibliografía, es más frecuente la omisión de este tiempo de comida en las jóvenes, puesto que, entre otros motivos, suelen estar más preocupadas por su peso corporal, llevándolas a pasar largos períodos de ayuno como estrategia para el control calórico (11) (6) (7) (10). Este último factor no ha sido indagado en esta investigación, pero es de considerar esta característica comportamental para establecer los mensajes educativos adecuadamente.

Resultados obtenidos en el estudio AVENA en España, entre otros, (11) (6) (15) (10), hacen referencia a la asociación entre la edad de los adolescentes y la condición de omitir el desayuno. A medida que avanza la edad el hábito de desayunar descende (7). Los resultados obtenidos en este trabajo no muestran asociación entre estas variables, sólo se logra ver una diferencia de 3 puntos porcentuales entre los mayores de 13 años que omiten el desayuno y los menores.

El estado nutricional podría haber sido un factor que se asociara a la omisión del desayuno en esta población. Varios estudios han demostrado que a mayor peso corporal, se observa un aumento en la prevalencia de la supresión de este tiempo de comida (6) (16) (15). En este estudio, sin embargo, se halló que, entre quienes no omiten desayunar un 35.7% presentaba sobrepeso u obesidad, mientras que entre los que saltan este tiempo de comida la cifra asciende a un 40.4%, no siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Esto se puede deber a que existen muchas variables que inciden en el estado nutricional de los adolescentes, especialmente en relación al desarrollo de sobrepeso y obesidad. Además de la influencia del hábito de desayunar, está la selección de alimentos en cantidad y calidad, la ingesta diaria de energía y nutrientes, el tipo

y frecuencia de actividad física, el sedentarismo relacionado a las pantallas, las horas destinadas al descanso y al sueño, los antecedentes personales y familiares, entre otras.

Según OMS, existe un mayor riesgo de padecer sobrepeso u obesidad, de forma convincente, si se tiene un estilo de vida sedentario, y si existe una elevada ingesta de alimentos ricos en energía y bajos en micronutrientes. Como relación probable menciona la publicidad masiva de alimentos ricos en energía y lugares de comida rápida, una ingesta elevada de refrescos y jugos azucarados, y condiciones socioeconómicas adversas (17). Para poder afirmar la relación entre el estado nutricional y la omisión del desayuno, hubiese sido necesario indagar los demás aspectos que hacen al estado nutricional de sobrepeso y obesidad y de esta manera poder controlarlos y medirlos adecuadamente.

Casi un 80% de los jóvenes que omiten desayunar han sido informados sobre la importancia de realizar este tiempo de comida. Si bien no se encontró asociación entre estas variables, las cifras muestran que, en esta población, solo el hecho de brindar información sobre esta temática no es condición suficiente para alcanzar el hábito de desayunar cotidianamente.

Al analizar la omisión del desayuno junto a la condición de estar solo en este tiempo de comida, se obtiene que existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ( $p=0.00$ ). A su vez, existen mayores chances de omitir el desayuno, si el adolescente se encuentra solo. Resultados similares se obtuvieron en otros estudios (11), siendo éste un dato de suma relevancia y que debemos resaltar a la hora de realizar consejería alimentaria y nutricional individual, familiar o colectiva. En el estudio de Amat Huerta y cols. se vio que el número de jóvenes que desayuna en familia es inferior al que lo hace sólo (12). Las comidas en familia constituyen una actividad central y un particular punto de encuentro en la vida diaria de sus miembros, fortaleciendo la unidad y cohesión familiar. Es muy útil usar el desayuno en familia como forma de educar los hábitos alimentarios de los jóvenes. No se estudiaron las barreras que pueden existir para desayunar en familia, sin embargo, a la vista de los resultados obtenidos, sería importante conocerlas en profundidad para poder trabajar sobre ellas. Diversos estudios relatan que la falta de tiempo y la diferencia de horarios entre los padres e hijos podrían ser la explicación (12). La OMS en su informe Dieta, Nutrición y prevención de Enfermedades Crónicas recomienda *crear más oportunidades para las relaciones familiares incentivando las comidas en familia* (17) por otro lado, diversas Guías alimentarias de otros países han incluido dentro de sus mensajes a la población, la importancia de comer acompañado (18) (19).

En relación a las características que presenta la población de adolescentes que omite el desayuno, ésta se divide proporcionalmente según la edad y el sexo. La distribución de adolescentes según grado escolar fue similar. Con respecto al turno de asistencia al centro educativo se observa que un 93.8% de los jóvenes lo hace desde la mañana temprano, siendo la hora promedio de levantarse las 7 am. Por lo tanto, el horario y las rutinas de los adolescentes que concurren a colegios privados puede ser un variable a atender en el estudio del hábito de desayunar de los jóvenes y de esta manera, realizar las estrategias

para la promoción de este tiempo de comida de forma diaria y sistemática.

Al estudiar el estado nutricional actual de los adolescentes que omiten el desayuno, la prevalencia de sobrepeso- obesidad fue del 40.4%, presentándose la obesidad en un 11.2%. Por lo tanto, 4 de cada 10 adolescentes estudiados tienen un IMC para su edad mayor al esperado según los estándares de referencia. El porcentaje de estudiantes con obesidad es casi 5 veces mayor al esperado para esta población (2.3%). Este valor es superior al encontrado en el estudio ENSO I (20) y a los resultados obtenidos en la II Encuesta Mundial de Salud Adolescente (11).

El porcentaje de estudiantes con talla baja para la edad no representa un problema, siendo éste menor al esperado para esta población (2.3%).

Casi el 80% de los adolescentes que omiten desayunar relatan haber recibido información sobre el desayuno en algún momento de sus vidas, siendo el médico una de las fuente de información más mencionada. Parece importante replantear las estrategias para fomentar el desayuno desde el ámbito de la salud. Conocer en profundidad las necesidades, barreras y motivaciones de este grupo etario resulta fundamental, para de esta manera brindar mensajes acordes a los adolescentes, que logren un impacto en el cambio de conducta. El modelo de "Atención Integral del adolescente" del MSP, busca entre otras cosas, la participación activa de los jóvenes en su salud (21). Esta etapa de la vida se caracteriza por la búsqueda de la propia identidad y por la independencia recién adquirida. Si logramos empoderarlos en su proceso de cambio y hacerlos protagonistas, probablemente obtengamos mejores resultados.

El estudio de los motivos por los cuales los jóvenes suelen no realizar el desayuno a diario, es de gran relevancia para poder comprender mejor dicho comportamiento.

El "*levantarse tarde y no tener tiempo*", es la razón más frecuente entre quienes omiten realizarlo, esto se podría explicar porque el mayor porcentaje de adolescentes asiste al centro educativo en el turno matutino y por otro lado, si bien no se indagó, generalmente suelen acostarse tarde de noche entretenidos con la televisión, computadora y juego electrónicos, quitándoles esto horas de sueño. Acostarse tarde y levantarse con poco tiempo termina siendo un círculo vicioso que repercute en la omisión del desayuno.

Cuando se indaga en el motivo "*levantarse tarde y no tener tiempo*" y su relación con la edad se observa que a mayor edad éste es más frecuente, un 60.2% de los que lo relatan como una razón para no desayunar son mayores de 13 años, existiendo una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Probablemente se deba a la razón anteriormente mencionada, a mayor edad mayor independencia y una búsqueda de menor control parental influyendo esto en las horas de descanso de los jóvenes. También resulta haber una asociación significativa entre este motivo y el sexo. Los varones argumentan con más frecuencia que tienen menos tiempo que las chicas a esa hora de la mañana. El estado nutricional, en esta población, no parece influenciar en la falta de tiempo para desayunar.

Es necesario tener en cuenta las potenciales limitaciones de este estudio, que se deben a aspectos relacionados con la forma de interrogar la frecuencia con que los adolescentes realizaban el desayuno. Las opciones que podían indicar en el formulario auto-administrado eran: Siempre, Algunas veces o Nunca. No se conoce la frecuencia exacta para Algunas veces a la semana, pudiendo ser muy variable. Esto se debe a que los datos no fueron recabados para realizar una investigación sobre la omisión del desayuno, sino que provienen de una fuente secundaria de información, con fines descriptivos.

## CONCLUSIONES

Pese a los reconocidos beneficios de realizar el desayuno, se constata que más de un cuarto de los adolescentes omite desayunar a diario.

Si bien las chicas omiten desayunar en mayor porcentaje (51.3%) que los varones (48.7%), no se pudo establecer la asociación entre estas variables. Tampoco se asoció la edad y el estado nutricional con la omisión de este tiempo de comida.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el recibir información y la omisión del desayuno, sin embargo se observó que, un elevado porcentaje de adolescentes que omiten desayunar han sido informados sobre la importancia de esta temática, especialmente por el médico, por lo que se puede concluir que el sólo hecho de brindar información no parece ser suficiente para fomentar este hábito, en esta población, y lograr cambios de comportamiento que favorezcan el cuidado en salud.

Existen mayores chances de omitir el desayuno si el adolescente se encuentra solo en este tiempo de comida. Este resultado pone de manifiesto la importancia de la familia en la instauración de hábitos dietéticos. Incluir a los padres o adultos responsables de la crianza como agentes de cambio parece ser una de las claves a considerar. Se confirma la importancia del rol de la familia en la instauración de hábitos de desayuno saludables en estos adolescentes.

Al igual que en otros estudios llevados a cabo en población adolescente, el sobrepeso y la obesidad es un problema de gran magnitud en los jóvenes que omiten desayunar, siendo mayor la proporción en aquellos adolescentes de 13 años o menos.

El *“levantarse tarde y no tener tiempo”* resultó el motivo más mencionado para no realizar habitualmente este tiempo de comida. Siendo los varones y los adolescentes mayores de 13 años quienes más mencionan este argumento.

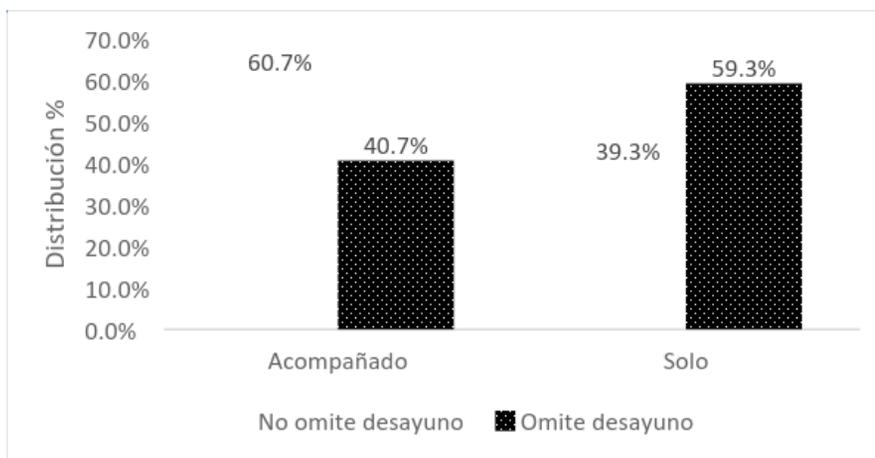
Se recomienda considerar los resultados y conclusiones mencionados anteriormente para trazar líneas de acción dirigidas especialmente a este grupo etario. Pensar estrategias en el marco de las políticas públicas en nutrición, con enfoque sobre los adolescentes que fomenten el destinar un tiempo diario para desayunar.

Parece de suma relevancia empoderar a la familia en el acto de comer juntos, revalorizando su papel en el desarrollo de las rutinas alimentarias incluido el hábito de desayunar. Esta etapa de la vida parece ser una segunda ventana de oportunidad para actuar, reconociendo que los adolescentes de hoy son la base de la sociedad del mañana. Debemos apoyar la transición hacia la edad adulta, utilizando un enfoque de abordaje integral.

**Tabla 1:** Sexo, edad, estado nutricional, información recibida y condición de estar solo al desayunar según omisión del desayuno

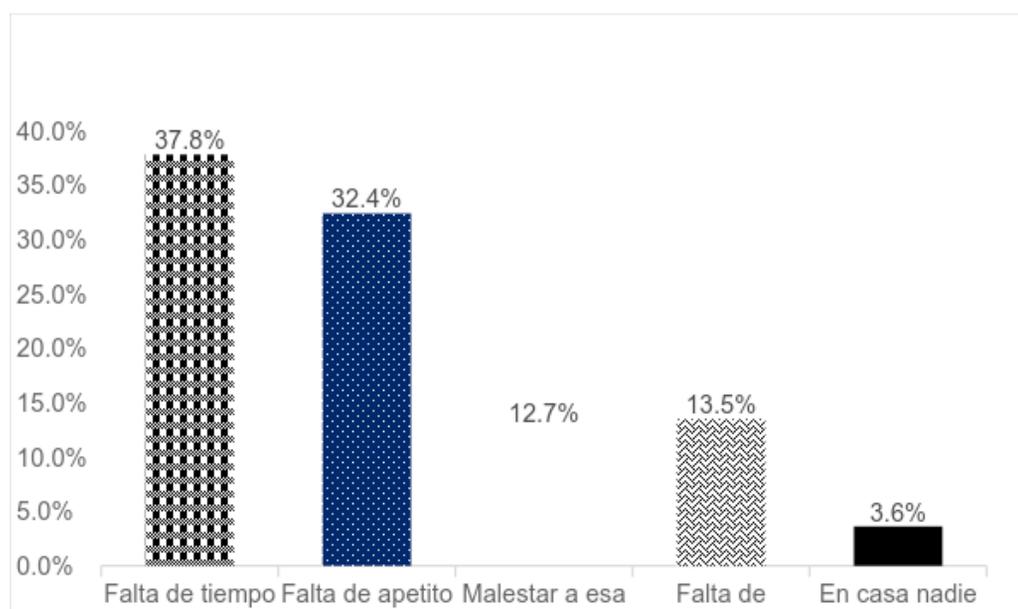
						IC 95%			
		No omite el desayuno		Omite el desayuno		Valor p	OR	Inferior	Superior
		FA	FR (%)	FA	FR (%)				
SEXO	Femenino	222	45.9%	97	51.3%	0.203 (NS)	----	----	----
	Masculino	262	54.1%	92	48.7%				
	<b>TOTAL</b>	<b>484</b>	<b>100%</b>	<b>189</b>	<b>100%</b>				
EDAD	<= 13 años	246	49.3%	95	48.5%	0.844 (NS)	----	----	----
	> 13 años	253	50.7%	101	51.5%				
	<b>TOTAL</b>	<b>499</b>	<b>100%</b>	<b>196</b>	<b>100%</b>				
ESTADO NUTRICIONAL	Sin Sobrepeso- Obesidad	310	64.3%	112	59.6%	0.254 (NS)	----	----	----
	Sobrepeso- Obesidad	172	35.7%	76	40.4%				
	<b>TOTAL</b>	<b>482</b>	<b>100%</b>	<b>188</b>	<b>100%</b>				
INFORMACIÓN RECIBIDA	Si	374	75.4%	153	78.1%	0.460 (NS)	----	----	----
	No	122	24.6%	43	21.9%				
	<b>TOTAL</b>	<b>496</b>	<b>100%</b>	<b>196</b>	<b>100%</b>				
CONDICIÓN DE ESTAR SOLO	No	303	60.7%	61	40.7%	0.00	2.265	1.555	3.272
	Si	196	39.3%	89	59.3%				
	<b>TOTAL</b>	<b>499</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>				

Fuente: Elaboración propia (2017)



**Gráfico 1:** Distribución porcentual de los adolescentes según la condición de estar solo y la omisión del desayuno

Fuente: Elaboración propia (2017)



**Gráfico 2:** Distribución porcentual de los motivos mencionados para omitir el desayuno

n= 259 mencione

Fuente: Elaboración propia (2017)

**Tabla 2:** Motivo "Levantarse tarde y no tener tiempo" según sexo, edad y estado nutricional de los adolescentes

		FALTA DE TIEMPO				Valor p
		SI		No		
		FA	FR (%)	FA	FR (%)	
SEXO	Femenino	42	43.3%	49	59%	<b>0.035</b>
	Masculino	55	56.7%	34	41%	
	<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>	
EDAD	<= 13 años	39	39.8%	51	57.3%	<b>0.017</b>
	> 13 años	59	60.2%	38	42.7%	
	<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>	<b>89</b>	<b>100%</b>	
ESTADO NUTRICIONAL	Normopeso	60	61.9%	47	57.3%	0.537 (NS)
	Sobrepeso- Obesidad	37	38.1%	35	42.7%	
	<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>	<b>82</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Elaboración propia (2017)

**Cómo citar este artículo:** Ceriani Infantozzi, F. De León-Giordano, C. Características que se asocian con la omisión del desayuno en adolescentes montevideanos que concurren a colegios privados. *Enfermería (montev.)*. [Internet] 2017 Dic. [citado xxxx]; 6 (2) 12-20. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v6i2.1461>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno Aznar L, Rodríguez Martínez G. Nutrición en la adolescencia. In Gil Hernández Á. *Tratado de Nutrición: Médica Panamericana*; 2010. p. 371-389.
2. Castañeda Sánchez O, Rocha Díaz J, Ramos Aispuro M. Evaluación de los hábitos alimenticios y estado nutricional en adolescentes de Sonora, México. *Archivos en Medicina Familiar*. 2008; 10 (1) 7-9.
3. Dalmau Serra J, Alonso Franch M, Gómez López L, Martínez Costa C, Sierra Salinas C. Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte II. Diagnóstico. Comorbilidades. Tratamiento. *An Pediatr (Barc)*. 2007; 66(3).
4. Affinita A, Catalani L, Zuccotti G. Breakfast a multidisciplinary approach. *Ital J Pediatr*. 2013; 39(44).
5. Mullan B, Wong C, Kothe E, O'Moore K, Pickles K, Sainsbury K. An examination of the demographic predictors of adolescent breakfast consumption, content, and context. *BMC Public Health*. 2014; 14(264).
6. Rampersaud G, Pereira M, Girard B, Adams J, Metz J. Breakfast Habits, Nutritional Status, Body Weight, and Academic Performance in Children and Adolescents. *J Am Diet Assoc*. 2005; 105(743-760).
7. Wärnberg J, Ruiz JR, Ortega FB, Romeo J, González Gross M, Moreno LA, et al. Estudio AVENA (alimentación y valoración del estado nutricional en adolescentes). *Pediatr Integral*; 2006 p. 50-55.
8. De León C, Pereyra I. Estudio de hábitos alimentarios en el desayuno de adolescentes de liceos privados de Montevideo
9. Díaz Fernández R. Adolescentes y alimentación: factores que inciden en los comportamientos alimentarios. In I Congreso Español de Sociología de la Alimentación, Gijón (La Laboral); 2009.
10. Kapantais E, Chala E, Kaklamanou D, Lanaras L, Kaklamanou M, Tzotzas T. Breakfast skipping and its relation to BMI and health-compromising behaviours among Greek adolescents. *Public Health Nutrition*
11. GSHS. *Adolescencias: un mundo de preguntas II Encuesta Mundial de Salud Adolescente*. Uruguay: Organización Panamericana de la Salud, Junta Nacional de Drogas, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Social; 2012.
12. Amat Huerta M, Anuncibay Sánchez V, Soto Volante J, Alonso Nicolás N, Villalmanzo Francisco A, Lopera Ramírez S. Estudio descriptivo sobre hábitos alimentarios en el desayuno y almuerzo de los preadolescentes de Viladecans (Barcelona). *Nure investigación*; 2006 Julio
13. OMS. *Elaboración de un patrón OMS de crecimiento de escolares y adolescentes*. [Online]
14. *Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población uruguaya*. 2007. Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Nutrición.
15. Quintero-Gutiérrez A, González G, Rodríguez N, Reyes G, Puga R, Villanueva J. Omisión del desayuno, estado nutricional y hábitos alimentarios de niños y adolescentes de escuelas públicas de Morelos, México. *CyTA - Journal of Food*. 2014 Febrero; 12:3.
16. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al., editors. *Social determinants of health and well-being among young people*. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6); 2012.
17. OMS sdit. *Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes*. Informe de un grupo de estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre la programación para la salud de los adolescentes. Ginebra; 1999.
18. *Guía alimentaria para la población brasileña*
19. Silva L, Longo E, Lopresti A. *Guías alimentarias: manual de multiplicadoras*
20. Pisabarro R, Irrazabal E, Recalde A, Chaftare Y. ENSO niños 1: Primera encuesta nacional de sobrepeso y obesidad en niños uruguayos. *Revista Médica del Uruguay*
21. *Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención*. Tomo 1. Uruguay: Ministerio de Salud Pública, Dirección general de la Salud, Programa Nacional de Salud Adolescente; 2009.

## ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA O DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

CREATING A PROTOCOL FOR DIAGNOSIS OF DEPRESSION

**Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos**

*Universidade Federal de Rondônia. Brasil.*

Fagneralfredo@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-6563-6155

**Fabio Biasotto Feitosa**

*Universidade Federal de Rondônia. Brasil.*

ORCID: 0000-0001-6440-4993.

DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v6i2.1462>

Recibido 07/07/2017

Aprobado 10/10/2017

### RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo elaborar um protocolo piloto para facilitar o diagnóstico da depressão fundamentado na CID-10. O percurso metodológico seguiu os passos da pesquisa participante e revisão de literatura. Como resultado, é apresentado o Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adulto e as atribuições positivas e negativas ao potencial de uso deste instrumento por uma equipe de saúde mental. Concluiu-se que foi possível construir um protocolo de diagnóstico por meio de pesquisa participante, o qual se mostrou viável e operativo na avaliação dos membros da equipe de saúde mental participantes da pesquisa, podendo ser utilizado em futuros estudos nos serviços de saúde mental.

**Palavras-chave:** Gestão em saúde, Psiquiatria, Enfermagem, Depressão.

### ABSTRACT

This study aimed to elaborate a pilot protocol to facilitate the diagnosis of depression based on ICD-10. The methodological trajectory followed the steps of participant research and literature review. As a result, the Depression Diagnosis Protocol in an Adult is presented as well as the positive and negative attributions to the using potential of this instrument by a Mental Health staff. It was concluded that it was possible to build a Diagnosis Protocol through participant research which proved to

be feasible and operational in the assessment of the members of the mental health crew who participated in the research. As such, it can be used in future studies in the mental healthcare services.

**Key words:** Health management, Psychiatry, Nursing, Depression.

### RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo elaborar un protocolo piloto para facilitar el diagnóstico de la depresión fundamentado en la CID-10. El recorrido metodológico siguió los pasos de la investigación participante y revisión de literatura. Como resultado, se presenta el Protocolo de Diagnóstico de la Depresión en Adulto y las atribuciones positivas y negativas al potencial de uso de este instrumento por un equipo de salud mental. Se concluye que fue posible construir un protocolo de diagnóstico por medio de investigación participante, el cual se mostró viable y operativo en la evaluación de los miembros del equipo de salud mental participantes de la investigación, pudiendo ser utilizado en futuros estudios en los servicios de salud mental.

**Palabras clave:** Gestión de la salud, Psiquiatría, Enfermería, Depresión.

## INTRODUÇÃO

Na saúde pública as ações dos profissionais de saúde mental são marcadas pela interdisciplinaridade e compartilhamento de funções, sem invadir as especificidades profissionais (1). A padronização do diagnóstico por meio de protocolos avaliativos pode facilitar a implementação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no serviço de saúde mental. A Lei n.12.842/2013 conhecida popularmente como Ato-Médico não tornou privativo o diagnóstico clínico a medicina no Brasil (2). Vale ressaltar que na mensagem de veto do executivo, ao inciso que tornava o diagnóstico clínico privativo, foi apontada como motivo: “O texto inviabiliza a manutenção de ações preconizadas em protocolos e diretrizes clínicas estabelecidas no Sistema Único de Saúde e em rotinas e protocolos consagrados nos estabelecimentos privados de saúde. Da forma como foi redigido, o inciso I impediria a continuidade de inúmeros programas do Sistema Único de Saúde que funcionam a partir da atuação integrada dos profissionais de saúde, contando, inclusive, com a realização do diagnóstico nosológico por profissionais de outras áreas que não a médica. É o caso dos programas de prevenção e controle à malária, tuberculose, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros. Assim, a sanção do texto poderia comprometer as políticas públicas da área de saúde, além de introduzir elevado risco de judicialização da matéria” (3). Tal citação alude que no contexto interdisciplinar as ações em saúde precisam ser compartilhadas, sistematizadas e colaborativas. Permitido que o diagnóstico clínico seja compartilhado. Para tanto, é bem definido na prática da enfermagem o diagnóstico de doenças baseadas em protocolos e diretrizes terapêuticas. Em países desenvolvidos os enfermeiros da prática avançada em saúde mental (enfermeiros psiquiátricos) têm autonomia em conduzir o diagnóstico de transtorno mental sem necessidade de um protocolo previamente estabelecido (4).

No caso da depressão, sabe-se que quanto mais rápido for o diagnóstico, melhores são as chances da resposta ao tratamento ser positiva e maior a probabilidade de cura. A utilização de um protocolo de diagnóstico da depressão deve favorecer a sua identificação por sistematizar o trabalho avaliativo de reconhecimento dos seus sintomas pelos profissionais da saúde (5-7). Assim, percebe-se a importância para a saúde pública brasileira em ter um protocolo de diagnóstico da depressão fundamentado em critérios internacionais que possa favorecer a identificação da depressão de maneira efetiva, por meio de um instrumento com características universais, isto é, que possa ser aceito e utilizado por diferentes profissionais da saúde (5).

Dessa forma, o SUS pode ser beneficiado pela existência de protocolos para o diagnóstico da depressão, favorecendo, mediante treinamento, o trabalho de profissionais da saúde na sua identificação, com base em critérios bem definidos, possibilitando providenciar tratamento e encaminhamento ao serviço especializado mais adequado (8). Além disso, a Classificação Internacional das Doenças – CID-10 apresenta critérios bem definidos e amplamente aceitos por profissionais da saúde no Brasil para o diagnóstico da depressão (9). Vale ressaltar que essa taxonomia não é privativa da medicina, mas uma literatura a ser consultada e utilizada por todo profissional de saúde mental.

## OBJETIVOS

A presente pesquisa teve como objetivo geral elaborar um protocolo piloto para facilitar o diagnóstico da depressão fundamentado na CID-10. O objetivo geral envolveu os seguintes objetivos específicos: (I) revisar a literatura para caracterizar a prevalência dos diferentes tipos de depressão apresentados no protocolo, (II) empreender uma análise piloto da viabilidade de uso do protocolo de diagnóstico da depressão por uma equipe de saúde mental.

## CAMINHO METODOLÓGICO

A presente pesquisa seguiu as diretrizes gerais da revisão não sistemática da literatura e as diretrizes básicas da pesquisa participante. A pesquisa participante tem o sentido de elaboração de possibilidades de ação que orientem transformações no corpo científico, podendo produzir ideias novas na saúde (10). A pesquisa foi organizada no âmbito do Laboratório de Relações Interpessoais e Saúde da UNIR e realizada no ano de 2013, em um Centro de Atenção Psicossocial tipo II, denominado CAPS II Madeira Mamoré (CAPS II MM) do município de Porto Velho (Rondônia, Brasil). A unidade de saúde oferece atendimento multidisciplinar e humanizado aos usuários com transtornos mentais, psicoses e neuroses graves. A equipe do CAPS II MM era composta durante o período da pesquisa por seis médicos, seis psicólogos, cinco enfermeiros, quatro assistentes sociais, três farmacêuticas, uma fisioterapeuta e uma terapeuta ocupacional.

## Participantes

- O pesquisador principal tem formação em Bacharelado em Enfermagem (enfermeiro) e especialização em Gestão de Pessoas, com experiência em elaboração de protocolos de saúde em instituição hospitalar. Cumpriu com a função de construir o protocolo pautado na revisão de literatura, nas sugestões dos profissionais de saúde e em sua experiência.
- O pesquisador secundário tem formação em psicologia e experiência em orientação de projetos de pesquisa no tema da depressão. Teve a responsabilidade de avaliar e reformular o material produzido seguindo diretrizes metodológicas da pesquisa participante.
- Profissionais da saúde que compõem a equipe interdisciplinar do CAPS II MM, que desejaram participar da pesquisa, sendo 03 psicólogas, 01 enfermeiro e 01 assistente social; os quais contribuíram como juízes, avaliando e aprimorando o protocolo, elaborado mediante sugestões, críticas e novas ideias.

Procedimentos da coleta de dados: a coleta de dados somente iniciou após obtenção de parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Rondônia, registrado sob o número CAAE: 25883114.5.0000.5300 (aprovado no dia 17/4/2014), e ocorreu no mês de março a outubro de 2014. Na construção do protocolo foi usado como referencial teórico as descrições clínicas e diretrizes diagnósticas da

Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. O pesquisador principal analisou a CID-10 fazendo uma leitura fluente e posteriormente minuciosa para entender as especificidades dos transtornos depressivos descritos na CID-10. Após essa leitura, foram fichados os pontos-chaves dos diferentes tipos de depressão, de forma a transformá-los em itens em um quadro que facilitasse o diagnóstico da depressão pelos profissionais da saúde. Recorrendo à literatura, inspirou-se nos seis passos descritos na elaboração de protocolos sugeridos pelo Grupo Hospitalar Conceição para organizar as informações dos fichamentos no formato padrão de um protocolo de saúde.

Atendendo ao primeiro passo, foi definido o título do protocolo de saúde: “Protocolo de diagnóstico da depressão em adultos – PDDA”. No segundo passo, foram definidos: (A) a magnitude da depressão, que se refere à descrição da prevalência e incidência; (B) a transcendência da depressão, que se refere à sua gravidade caso não seja diagnosticada e tratada, ou seja, o risco de suicídio; e (C) a vulnerabilidade da depressão em relação ao tratamento foi um item desconsiderado pelo fato do instrumento objetivar apenas o diagnóstico da depressão. No terceiro passo, foi eleita apenas a CID-10 como referência para se padronizar os critérios de diagnóstico para depressão, por ser bastante abrangente e amplamente utilizada no Brasil. O quarto passo foi contemplado no terceiro, não sendo feito de maneira independente porque a CID-10 é um consenso de pesquisas já validadas. No quinto passo, o pesquisador organizou o protocolo em quadros por ser mais estético. No sexto passo, foi apenas citada a referência da CID-10.

O material assim produzido foi submetido uma única vez (em razão da disponibilidade de tempo) à avaliação dos profissionais de saúde participantes, cujas sugestões de adequação foram atendidas. O material foi deixado dentro de um envelope e entregue pessoalmente com orientações de que poderiam modificá-lo e para responder às perguntas que avaliavam a adequação do protocolo: “Você pensa que este protocolo de rastreamento rápido da depressão é operativo?”, “Você usaria este protocolo em seu serviço? Justifique.”, “Quais sugestões de melhoramento você adicionaria a este protocolo?”, “O que você gostou neste protocolo?”, “Quais dificuldades você encontraria na aplicação deste protocolo?”. Foi pedido para que o retorno fosse dado no prazo de duas semanas. O pesquisador secundário, por sua vez, avaliou e revisou o material produzido gradativamente conforme a incorporação das sugestões recebidas dos profissionais e de informações advindas das novas leituras e elaborações do pesquisador principal.

## RESULTADOS

Os resultados são apresentados em duas seções, sendo que a primeira caracteriza o protocolo de diagnóstico da depressão, e a segunda apresenta a viabilidade do protocolo na concepção de uma equipe de saúde mental.

## Caracterização do protocolo elaborado

A CID-10 define clinicamente a depressão como a dificuldade para prosseguir com o trabalho e atividades sociais normais (9). A depressão é classificada por sua gravidade em leve, moderada e grave, limitando-se a três sintomas fundamentais (humor deprimido ou tristeza persistente, fadigabilidade aumentada ou perda de energia física ou mental, e perda de interesse e prazer) e oito sintomas acessórios (apetite diminuído, atividade diminuída, autoestima e autoconfiança reduzidas, concentração e atenção reduzidas, sentimentos de culpa e inutilidade, pensamentos de atos lesivos ou suicidas, sono perturbado, visões desoladas e pessimistas do futuro).

### F32.0 depressão leve; F32.1 depressão moderada e F32.2 depressão grave

A depressão leve é caracterizada pela presença de dois sintomas fundamentais da depressão e mais dois sintomas acessórios. A depressão moderada é caracterizada pela presença de dois sintomas fundamentais da depressão e pelo menos três ou quatro sintomas acessórios. A depressão grave é caracterizada pela presença de três sintomas fundamentais da depressão, mais pelo menos quatro dos sintomas acessórios (9). Um estudo realizado na Alemanha identificou que entre a amostra de 96 indivíduos (média etária 41,4 anos), sendo 74,0% do sexo feminino, 17,7% possuíam segundo a CID-10 depressão leve, 25,0% depressão moderada e 2,1% depressão grave (11).

### F32.3 depressão grave com sintomas psicóticos

Na depressão grave com sintomas psicóticos se desenvolve delírios e alucinações. Para esse diagnóstico é necessária a presença do diagnóstico de depressão grave mais a presença de delírios, alucinações ou estupor depressivo. De acordo com um estudo realizado no Norte da Índia, em uma população de 561 indivíduos (média etária 36,2 anos), 31% de sua amostra tinha depressão grave com sintomas psicóticos (12).

### F32.8 outros episódios depressivos

Depressão que não seja classificada como depressão leve, depressão moderada ou depressão grave ou depressão grave com sintomas psicóticos (9). Um estudo alemão com uma amostra de 117.220 mulheres da zona rural (64,5 anos) evidenciou que 80% delas possuíam o diagnóstico de “outros episódios depressivos” (13).

### F32.9 depressão atípica

Depressão com dificuldade de ser especificada. Visto que o paciente pode apresentar sintomas diferentes e contrário ao característico da depressão. Achados de um estudo mostraram que 1% dos indivíduos tinha depressão atípica (11).

### F06.32 depressão secundária

A depressão secundária é caracterizada por uma alteração no humor ou afeto, ocasionada por alguma alteração orgânica cerebral ou físico (9). Para a literatura 25,7% de 66 indivíduos epilépticos (idade média 32,8 anos) tinham depressão secundária (14).

### **F31.3 a F31.6 depressão bipolar**

A depressão bipolar é caracterizada por episódios depressivos que incidem em portadores do transtorno bipolar. Um estudo evidenciou que entre 290 indivíduos com depressão bipolar, houve prevalência em mulheres -51,7%- (15).

### **F53.0 depressão pós-parto**

A depressão pós-parto provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas, iniciando-se de maneira insidiosa, estendendo-se após o parto. A depressão pós-parto está presente em 15% das puérperas (16).

### **F33.0 depressão recorrente leve**

A depressão recorrente leve é caracterizada por diagnóstico anterior de depressão leve, mais pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses. Segundo um estudo, 4,2% da amostra teve o diagnóstico de depressão recorrente (11).

### **F33.1 depressão recorrente moderada**

A depressão recorrente moderada é caracterizada pelo diagnóstico de depressão moderada, mais pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses. A depressão recorrente moderada, segundo estudo, esteve presente em 69,3% das mulheres de uma população de 1.346 casos de indivíduos com depressão recorrente moderada, selecionados no Reino Unido de 1.636 casos de indivíduos depressivos (17).

### **F33.2 depressão recorrente grave**

A depressão recorrente grave é caracterizada pelo diagnóstico anterior de F33.3 Depressão Grave, mais pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses sem perturbação significativa do humor. Um estudo contribuiu ao apresentar que 31,4% dos participantes tinham algum diagnóstico de depressão recorrente, e 85,7% tinham outros tipos de depressão (13).

### **F33.3 depressão recorrente grave com sintomas psicóticos**

A depressão recorrente grave com sintomas psicóticos é caracterizada pelo diagnóstico de depressão grave, mais delírio, alucinações ou estupor depressivo (sem diagnóstico de esquizofrenia). O paciente apresenta pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios, incluídos delírios e alucinações) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses sem perturbação significativa do humor (9). Um estudo realizado na Croácia, com amostra de 150 mulheres (média etária 50,7 anos), identificou que 33,3% tinham o diagnóstico de depressão recorrente grave com sintomas psicóticos (18).

### **F33.4 transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão**

O transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão é caracterizado pela presença de algum tipo de depressão recorrente leve ou depressão recorrente moderada ou depressão

recorrente grave ou depressão recorrente grave com sintomas psicóticos no passado, mais pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses (9). Um estudo americano encontrou 30% de indivíduos com o diagnóstico de transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão, em população de 180 pacientes (média etária 48,5 anos) (19).

### **F33.8 outros transtornos depressivos**

Outros transtornos depressivos é um diagnóstico caracterizado pela presença de pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses, e episódios depressivos que não sejam classificados como depressão recorrente leve ou depressão recorrente moderada ou depressão recorrente grave (9).

### **F33.9 transtorno depressivo recorrente, atípico**

Transtorno depressivo recorrente, atípico é caracterizado pela presença de pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses. Em um estudo realizado na Austrália, foi encontrado em amostra de 5.585 participantes (com 70 a 90 anos) o diagnóstico da CID-10 F33.0 e F.33.9 em 8,7% dos participantes (20).

### **F34.0 ciclotimia**

A prevalência da ciclotimia na população geral é de 4-6%. A ciclotimia é formalmente classificada como um transtorno de humor, com uma perturbação do humor fluutuante, envolvendo numerosos períodos de sintomas hipomaniacos e sintomas depressivos, e geralmente iniciados na adolescência ou início da vida adulta (21).

### **F34.1 distímia**

A distímia é uma forma crônica de depressão caracterizada por humor deprimido na maioria dos dias do ano, com os sintomas que duram dois anos ou mais. A distímia afeta aproximadamente 3% da população adulta; e tem uma prevalência de cerca de 36% dos pacientes ambulatoriais (22).

### **F34.8 outros transtornos persistentes do humor (afetivos);**

### **F34.9 transtorno persistente do humor (afetivo), não especificado**

Outros transtornos persistentes do humor (afetivos) são episódios depressivos persistentes que não são suficientemente graves ou duradouros. Não preenchem os critérios para ciclotimia (F 34.0), distímia (F 34.1), depressão leve (F 32.0) e moderada (F 32.1), com sintomas clinicamente significativos. Transtorno persistente do humor (afetivo), não especificado são episódios depressivos persistentes por longos anos, que não se enquadram em ciclotimia (F 34.0), distímia (F 34.1) e outros transtornos persistentes do humor (F 34.8).

Um estudo de revisão de literatura com intuito de validar o diagnóstico da depressão da CID-10, percebeu nos 36 artigos identificados, a sensibilidade de 35,6% e especificidade de 99,4% na identificação do F34.8 Outros transtornos persistentes do humor (afetivos) e do F34.9 Transtorno persistente do humor (afetivo), não especificado (23).

**F38.00 episódio afetivo misto; F38.10 transtorno depressivo breve recorrente; F38.8 outros transtornos especificados do humor; F39 transtorno do humor (afetivo), não especificado**  
 Episódio afetivo misto é caracterizado como um episódio afetivo que dura pelo menos duas semanas, caracterizado tanto por uma mistura quanto por uma alternância rápida (usualmente em poucas horas) de sintomas hipomaniacos, maníacos e depressivos (9). Transtorno depressivo breve recorrente é caracterizado pela sua ocorrência aproximadamente uma vez por mês (ao contrário da distímia, o paciente não fica deprimido a maior parte do tempo), durante o último ano. Os episódios depressivos individuais têm todos menos de duas semanas de duração (2-3 dias, com recuperação completa).

Outros transtornos especificados do humor é uma classificação para os transtornos afetivos que não se classificam nos critérios

para quaisquer outras categorias depressivas (seja residual do transtorno bipolar e os mencionados aqui nesta subseção) (9). Transtorno do humor (afetivo), não especificado deve ser usado apenas quando somente nenhum outro critério anterior (F38.00 episódio afetivo misto; F38. 10 transtorno depressivo breve recorrente; F38.8 outros transtornos especificados do humor) é preenchido. O estudo valida os achados anteriores, ao demonstrar em uma amostra de 1.058 indivíduos depressivos que 3,1% deles tinham algum destes diagnósticos (F38.00 episódio afetivo misto; F38.10 transtorno depressivo breve recorrente; e F38.8 outros transtornos especificados do humor) (24).

A seguir, na Tabela 1, é apresentado o formulário de registro do protocolo de diagnóstico da depressão elaborado no presente estudo.

**Tabela 1.** Protocolo de diagnóstico da depressão em adultos - PDDA

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO EM ADULTOS (PDDA)		
<p><b>INSTRUÇÕES GERAIS:</b> segue abaixo um formulário para rastreamento da depressão fundamentado na CID-10 (OMS, 1993). Na primeira parte são listados os <b>sintomas fundamentais e acessórios da depressão</b>. A segunda parte auxilia no diagnóstico a depressão, que pode ser recorrente ou não recorrente. A <b>depressão não recorrente</b> é diagnosticada no primeiro contato com o paciente, a partir de sua história de vida e sintomatologia clínica no ato da consulta. Na <b>depressão recorrente</b> é imprescindível que anteriormente o paciente tenha o diagnóstico de depressão. A terceira parte considera os <b>transtornos persistentes do humor</b>, em que os episódios depressivos são flutuantes e insuficientes para caracterizar uma depressão leve ou um estado hipomaniaco. A quarta parte se refere aos <b>outros transtornos do humor</b>, quando ocorre alternância do estado de humor do paciente por um período curto de tempo, e podem ocorrer episódios depressivos com duração de menos de uma semana, se o paciente não se enquadrar em <b>outros transtornos do humor</b>, é necessário classificá-lo em transtorno do humor afetivo, não especificado. No final, deve-se registrar o diagnóstico do paciente.</p>		
PRIMEIRA PARTE		
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA	SINTOMAS FUNDAMENTAIS	( ) Humor deprimido ou tristeza persistente.
		( ) Fadigabilidade aumentada ou perda de energia física ou mental.
		( ) Perda de interesse e prazer.
	SINTOMAS ACESSÓRIOS	( ) Apetite diminuído.
		( ) Atividade diminuída.
		( ) Autoestima e autoconfiança reduzidas.
		( ) Concentração e atenção reduzidas.
		( ) Sentimentos de culpa e inutilidade.
		( ) Pensamentos de atos lesivos ou suicidas.
		( ) Sono perturbado.
( ) Visões desoladas e pessimistas do futuro.		

SEGUNDA PARTE		
TESTE DE RASTREAMENTO FUNDAMENTADO NA CID-10 – NÃO RECORRENTE		
INSTRUÇÃO: Para depressão leve, moderada e grave, uma duração de pelo menos duas semanas é requerida para o diagnóstico, entretanto, períodos curtos podem ser razoáveis se os sintomas são graves e de início precoce.		
DIAGNÓSTICO	( ) F32.0 Depressão Leve	Dois sintomas fundamentais + dois sintomas acessórios. O paciente apresenta-se angustiado pelos sintomas e tem dificuldades em realizar as atividades do dia a dia e trabalhar, mas não para suas funções completamente.
	( ) F32.1 Depressão Moderada	Dois sintomas fundamentais + 3 ou 4 sintomas acessórios. O paciente terá dificuldade em trabalhar, realizar atividades domésticas e sociais.
	( ) F32.2 Depressão Grave	Todos os sintomas fundamentais + 4 ou mais sintomas acessórios. O paciente apresenta agitação ou retardo motor, e talvez não coopere, ou seja, incapaz a entrevista clínica. O paciente é incapaz de continuar suas atividades laborativas, sociais e domésticas.
	( ) F32.3 Depressão Grave com Sintomas Psicóticos	Diagnóstico de depressão grave + delírio, alucinações ou estupor depressivo (sem diagnóstico de <b>esquizofrenia catatônica (F20.2)</b> [na esquizofrenia catatônica (F20.2) há presença de sintoma de esquizofrenia (delírios, alucinações, etc.) e diminuição marcante da reatividade ao meio ambiente, mutismo, excitação, postura inadequada, negativismo, rigidez e flexibilidade cêrea] e <b>estupor dissociativo (F44.2)</b> [estupor dissociativo (F44.2) uma diminuição extrema ou ausência de movimentos voluntários e de responsividade normal a estímulos externos, fala e movimentos espontâneos estão praticamente ausentes] e formas orgânicas do estupor. O paciente apresenta delírios aludindo ao pecado, pobreza ou desastre. Há presença de alucinações auditivas (vozes difamatórias ou acusativas) ou olfativas (apodrecimento).
	( ) F32.8 Outros Episódios Depressivos	Episódios depressivos que não sejam classificados como depressão leve, moderada ou grave. O paciente apresenta sintomas depressivos com sintomas não diagnósticos, como preocupação e angústia ou/e sintomas depressivos somáticos não decorrentes de causas orgânicas.
	( ) F32.9 Depressão Atípica	Sintomas marcados pelo apetite e sono aumentados, ganho de peso, mantém reatividade de humor a situações agradáveis.
	( ) F06.32 Depressão Secundária	Sintomas depressivos decorrentes de causas orgânicas que são demonstrados por meio de anamnese, exame físico e laboratorial (insuficiência cardíaca, renal, diabetes mellitus, dislipidemias, etc.) O sintoma depressivo não pode representar uma resposta emocional ao conhecimento do paciente.
	( ) F31.3 A F31.6 Depressão Bipolar	Estado depressivo (rebaixamento do humor e diminuição de energia e atividade) decorrente de uma fase do F31 transtorno bipolar [F31 transtorno bipolar: episódios do humor repetidos e alterados que duram por duas semanas a 4-5 meses]. A depressão tende a durar aproximadamente 6 meses a 1 ano.
	( ) F53.0 Depressão Pós-Parto	Episódios depressivos associados ao puerpério (6 semanas após o parto).

TESTE DE RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO RECORRENTE FUNDAMENTADO NA CID-10		
<p><b>INSTRUÇÃO:</b> As depressões recorrentes são caracterizadas pela presença de episódios de <b>depressão leve, moderada ou grave</b>. Os episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) duram em média 6 meses (também podem ocorrer entre 3 a 12 meses), e a recuperação do paciente entre os episódios depressivos é completa. Deve se descartar o diagnóstico para <b>mania (F30.1)</b> [na mania (F30.1), o humor é elevado pelas circunstâncias do paciente e varia de uma jovialidade despreocupada a uma excitação quase incontrolável] e <b>Mania com sintomas psicóticos (F30.2)</b> [mania com sintomas psicóticos f30.2 e uma forma grave de mania com autoestima inflamada e ideias grandiosas, delírios e irritabilidade]; Se existir a presença de <b>hipomania (F30.0)</b> [hipomania (F30.0) ocorre o aumento da energia e atividade, sentimentos de bem estar e eficiência física e mental, sociabilidade aumentada, etc.], ainda deve enquadrar o paciente nas depressões recorrentes.</p>		
DIAGNÓSTICO	( ) F33.0 Depressão Recorrente Leve	Depressão Leve + pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses; descartar <b>transtorno recorrente do humor (F38)</b> [ver parte IV].
	( ) F33.1 Depressão Recorrente Moderada	Depressão Moderada + pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses; descartar <b>transtorno recorrente do humor (F38)</b> [ver parte IV].
	( ) F33.2 Depressão Recorrente Grave	Depressão Grave + pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses sem perturbação significativa do humor; descartar <b>transtorno recorrente do humor (F38)</b> [ver parte IV].
	( ) F33.3 Depressão Recorrente Grave com Sintomas Psicóticos	Diagnóstico de depressão grave + delírio, alucinações ou estupor depressivo (sem diagnóstico de esquizofrenia). O paciente apresenta pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses sem perturbação significativa do humor.
	( ) F33.4 Transtorno Depressivo Recorrente, Atualmente em Remissão	Depressão recorrente no passado + pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses, <b>descartar transtorno do humor</b> .
	( ) F33.8 Outros Transtornos Depressivos	Pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses, e episódios depressivos que não sejam classificados como <b>depressão leve, moderada ou grave</b> .
	( ) F33.9 Transtorno Depressivo Recorrente, Atípico	Pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses, e episódios depressivos recorrentes marcados pelo apetite e sono aumentados, ganho de peso, mantém reatividade de humor a situações agradáveis.

TERCEIRA PARTE		
TRANSTORNO PERSISTENTE DO DE HUMOR (AFETIVOS)		
INSTRUÇÃO: Os transtornos persistentes do humor duram anos e às vezes durante a maior parte da vida adulta do paciente, provocando angústia e incapacidade subjetiva.		
DIAGNÓSTICO	( )F34.0 Ciclotimia	Instabilidade persistente de humor com numerosos episódios de depressão e elações graves leves, frequentemente se desenvolve no início da vida adulta e segue o curso crônico. É comum em pacientes que cuidam de bipolares. Descartar o diagnóstico de <b>transtorno bipolar (F31)</b> , <b>transtorno depressivo recorrente (F33)</b> e <b>episódio maniaco (F30)</b> [episódio maniaco (F30) que é humor elevado e um aumento na velocidade e quantidade da atividade física e mental] ou <b>depressão (F32)</b> .
	( )F34.1 Distimia	Depressão crônica do humor muito duradora, não preenche os critérios para <b>transtorno depressivo recorrente de gravidade leve ou moderada (F33.0 ou F33.1)</b> . A idade de início frequentemente é no final da adolescência ou na terceira década de vida, durando por vários anos. Os pacientes relatam que alguns dias estão bem, mas na maior parte do tempo (meses) sentem deprimidos e cansados, sono prejudicado e autoimagem distorcida.
	( )F34.8 Outros Transtornos Persistentes do Humor (Afetivos)	Episódios depressivos persistentes que não são suficientes graves ou duradouros. Não preenchem os critérios para <b>ciclotimia (F34.0)</b> , <b>distimia (F34.1)</b> , <b>depressão leve (F32.0)</b> , <b>moderada (F32.1)</b> , com sintomas clinicamente significativos.
	( )F34.9 Transtorno Persistente do Humor (Afetivo), Não Especificado	Episódio depressivo persistente por longos anos, que não se enquadram em <b>ciclotimia (F34.0)</b> , <b>distimia (F34.1)</b> e <b>outros transtornos persistentes do humor (F34.8)</b> .
PARTE IV		
F 38 OUTROS TRANSTORNOS DO HUMOR		
INSTRUÇÃO: Ocorre alternância do estado de humor do paciente por um período, e podem ocorrer episódios depressivos com duração de menos de uma semana, uma vez ao mês (durante o último ano), ou seja, são episódios breves recorrentes; se o paciente não se enquadrar nos <b>outros transtornos do humor</b> , é necessário classificá-lo em <b>transtorno do humor afetivo, não especificado</b> .		
DIAGNÓSTICO	( )F38.00 Episódio Afetivo Misto	Um episódio afetivo durando pelo menos duas semanas, caracterizado tanto por uma mistura quanto por uma alternância rápida (usualmente em poucas horas) de sintomas hipomaniacos, maniacos e depressivos.
	( )F38.10 Transtorno Depressivo Breve Recorrente	Episódios depressivos breves recorrentes ocorrendo aproximadamente uma vez por mês (ao contrário da distimia o paciente fica deprimido a maior parte do tempo), durante o último ano. Os episódios depressivos individuais têm todos menos de duas semanas de duração (2-3 dias, com recuperação completa), <b>preenchem os critérios para depressão leve (F32.0)</b> , <b>moderada (F32.1)</b> e <b>grave (F32.2)</b> .
	( )F38.8 Outros Transtornos Especificados do Humor	Essa é uma classificação para os transtornos afetivos que não se classificam nos critérios para quaisquer outras <b>categorias depressivas (F30 e F38)</b> .
	( )F39 Transtorno do Humor (Afetivo), Não Especificado	Quando nenhum outro critério anterior dos <b>F38</b> é preenchido.
<b>DIAGNÓSTICO</b>		CID 10 F _____ NOME DO AVALIADO/PROFISSÃO/ REGISTRO NO CONSELHO DE CLASSIFICAÇÃO.

Fonte: elaboração própria (2017)

**Viabilidade do uso do protocolo pela equipe de saúde mental**

O Quadro 1 apresenta as respostas da equipe de saúde mental referente à utilização do protocolo de diagnóstico para depressão no serviço de saúde mental. Foi possível perceber pela análise do conteúdo das respostas dos participantes, que o “Protocolo de diagnóstico da depressão em adultos – PDDA” se mostrou adequado e viável para ser utilizado no serviço de

saúde mental. A sua operatividade e viabilidade foram confirmadas em 16 afirmações nas respostas. Apenas em seis afirmações nas respostas os profissionais da saúde indicaram alguma desvantagem na utilização do PDDA. Portanto, o protocolo em questão tem o potencial de atender às expectativas do serviço de saúde por ter sido considerado operativo e viável por uma equipe de saúde mental.

	<b>ATRIBUIÇÕES POSITIVAS</b>	<b>ATRIBUIÇÕES NEGATIVAS</b>
	Sim, operativo (16)	Não operativo (6)
<b>OPERATIVIDADE</b>	<p>“Pode se chegar ao diagnóstico mais rápido e preciso” (enf.).</p> <p>“Organizado e coerente” (psi. 1).</p> <p>“Verificar e identificar a CID-10” (psi. 2).</p> <p>“Detalhamento na classificação de cada transtorno depressivo” (psi.3).</p>	<p>“Utilizar palavras-chaves” (psi. 1).</p> <p>“Submeter o protocolo a apreciação da classe médica e psiquiátrica, a quem compete diagnosticar os pacientes” (psi.3).</p>
<b>USARIA EM SERVIÇO</b>	<p>“Fácil de ser aplicado” (enf.).</p> <p>“Apoio ao diagnóstico da depressão” (psi. 1).</p> <p>“É simples e prático, facilitando o serviço de saúde mental” (psi. 2).</p> <p>“Facilita a compreensão do significado de cada código da CID-10, contribuindo em caso de dúvidas” (psi.3).</p>	
<b>SUGESTÕES</b>	<p>“Acrescentaria o histórico atual da doença” (enf.).</p> <p>“Na visão do serviço social pelo o que conheço na prática, o protocolo está bom” (assist.).</p>	<p>“Melhorar o <i>layout</i> do protocolo de diagnóstico da depressão” (psi. 1).</p> <p>“Fazer um protocolo mais resumido para profissionais que tem a prática” (psi. 1).</p>
<b>PONTO FORTE</b>	<p>“A facilidade de diagnosticar a depressão” (enf.).</p> <p>“Facilitaria os atendimentos individuais ou em grupo” (psi. 2).</p> <p>“É um bom roteiro de entrevista” (assist.).</p>	
<b>DIFICULDADE</b>	<p>“Nenhuma” (psi. 2).</p> <p>“Não teria. A CID-10 nos oferece condição de informar aos serviços (INSS, etc), se o paciente tem direito a benefícios sociais” (assistente-social).</p> <p>“Creio que as dificuldades estão relacionadas com conhecimento de psicopatologia, e não em relação ao protocolo” (psi.3).</p>	<p>“Falta de tempo” (Enf.).</p> <p>“Este protocolo deve informar com mais clareza para enfermagem e psicologia” (assist.).</p>
<b>Legenda</b>	Assist.: assistente-social; Enf.: enfermeiro; Psi.: psicólogo.	

**Quadro 1.** Atribuições positivas e negativas ao potencial de uso do protocolo de diagnóstico

Fonte: elaboração própria (2017)

## DISCUSSÃO

Os protocolos são viáveis para o desenvolvimento das ações de saúde e devem ser empregados como critérios técnicos, científicos e políticos (25). Eles proporcionam eficiência na assistência à saúde e aumenta a acessibilidade ao serviço de saúde. Os protocolos também são desejáveis por estabelecer condutas e procedimentos que aperfeiçoam o processo de trabalho, beneficiando a gestão, profissionais e usuários. Os protocolos em saúde oferecem cuidados de saúde eficazes e de qualidade, uma vez baseados em evidências científicas (26). Podem guiar o diagnóstico sistematizado de variadas doenças, incluindo os transtornos mentais.

O diagnóstico da depressão deve ser feito na primeira fase do PTS e pode ser facilitado pela utilização de um protocolo, como o proposto na presente pesquisa (27). Um protocolo para o diagnóstico da depressão pode ser viável na saúde mental e atender aos princípios doutrinários do SUS, especialmente o de universalidade de acesso ao serviço de saúde (28). Protocolos padronizam e organizam o atendimento em saúde e normatizam procedimentos (29). Nessa direção, por meio da pesquisa participante, foi elaborado em uma equipe interdisciplinar de saúde mental um protocolo piloto para o diagnóstico da depressão.

O protocolo apresentado pelo presente estudo configura um processo de diagnóstico mais democrático, uma vez que em tese qualquer profissional da saúde, com o devido treinamento, poderá utilizá-lo. O mesmo não se dá com a CID-10 em sua versão original para o diagnóstico da depressão, que é de difícil manejo. Os testes psicológicos para o diagnóstico da depressão, por sua vez, além de não contemplarem as amplas especificidades de diagnóstico da CID-10, têm no Brasil a sua venda restrita a psicólogos. Dessa forma, o PDDA pode oferecer uma importante vantagem para o diagnóstico rápido da depressão conduzido por qualquer profissional de uma equipe interdisciplinar de saúde mental, após treinamento para uso. O acesso do paciente do SUS ao diagnóstico se torna, portanto, universal e, pela sua agilidade, mais humanizado.

A maioria dos conteúdos das respostas dos profissionais da saúde que participaram como juízes na presente pesquisa reforçou a ideia de que o protocolo proposto é viável, operativo e sistematizado para o diagnóstico da depressão, sendo um subsídio para fomentar mais pesquisas no sentido de facilitar o trabalho diagnóstico em saúde mental. A pesquisa participante foi uma forma viável para a construção do PDDA, devido à flexibilidade inerente ao método, não suprimindo o processo criativo dos pesquisadores e permitindo a interação com os profissionais que vivenciam as dificuldades e contribuíram com a prática diária no diagnóstico da depressão.

O *layout* do protocolo foi melhorado submetendo-o ao um profissional de informática que utilizou o *Corel Draw* para fazer o protótipo proposto neste artigo. A proposta de resumir o protocolo não foi considerada porque na visão dos pesquisadores isso poderia prejudicar a facilidade em diagnosticar.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A presente pesquisa apresenta limitações metodológicas que precisam ser consideradas. Limitou-se a elaborar um protocolo piloto para o diagnóstico da depressão, fundamentado em evidências científicas reunidas na CID-10. Entretanto, é necessário enfatizar a exigência de futuras pesquisas que validem a sensibilidade deste instrumento na especificidade dos diagnósticos dos transtornos depressivos. Dentre as dificuldades operacionais, encontradas na realização da pesquisa, vale mencionar as crenças distorcidas em relação aos protocolos de saúde, visto que alguns profissionais acreditavam que eles poderiam prejudicar o serviço de saúde mental por padronizá-lo em excesso. Outra dificuldade foi que muito profissionais de saúde relataram não ser da competência deles participar do processo diagnóstico, delegando a função apenas ao médico. Portanto, nesse contexto da pesquisa, não foi possível mobilizar um número maior de categorias profissionais envolvidas na elaboração do protocolo de diagnóstico. Os profissionais que aceitaram participar, por sua vez, relataram não dispor de tempo para uma contribuição ainda maior.

Vale destacar que, pela legislação brasileira vigente, é permitido aos profissionais não médicos realizar diagnósticos clínicos quando amparados por protocolos do SUS, o que implica o trabalho em equipe interdisciplinar e a elaboração do PTS no compartilhamento das ações em serviço mental (2, 27). Futuras pesquisas, focando a implementação do uso de protocolos para diagnóstico, incluindo o PDDA, deveriam investir mais tempo nas discussões sobre o papel dos profissionais da saúde na condução de um PTS, bem como a importância do uso de protocolos de diagnóstico, considerando as dificuldades operacionais enfrentadas na realização da presente pesquisa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que foi possível construir um protocolo de diagnóstico por meio de pesquisa participante, o qual se mostrou viável e operativo na avaliação dos membros da equipe de saúde mental participantes da pesquisa, podendo ser utilizado em futuros estudos nos serviços de saúde mental, para sua ampla validação.

## AGRADECIMENTOS

Aos membros da equipe de saúde mental que participaram desta pesquisa e CAPES.

**Cómo citar este artículo:** Ardisson Cirino Campos, F; Biasotto Feitosa, F. Elaboração de um protocolo para o diagnóstico da depressão. Enfermeria (montev.). [Internet]. 2017 Dic. [citado xxxx]; 6 (2) 21-31. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v6i2.1462>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jorge MSB, Diniz AM, Lima LL, Penha JC. Matrix support individual therapeutic project and production in mental health care. *Texto contexto - enferm.* 2015; 24(1): 112-120.
2. Lei n. 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Disponível: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm)>
3. **Mensagem nº 287, de 10 de julho de 2013, referente a Lei n. 12.842/2013.** Disponível: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Msg/VEP-287.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Msg/VEP-287.htm)>
4. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Morán Peña L, Brousseau L. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. *Rev. Latino-Am - Enfermagem.* 2017;25: e2826.
5. CAMPOS, FAAC. A Elaboração do Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adultos (PDDA): Uma experiência no CAPS II. 2015. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO, 2015.
6. Ferreira MBG, Silveira CF, Silva SR, SDJ, Ruiz MT. Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative review. *Rev. esc. enferm. USP.* 2016; 50(2): 324-334.
7. Hisatugo CLC, YL. An exploratory study in patients with depression by the Rorschach Comprehensive System. *Aval. psicol.* 2014; 13(2):157-166.
8. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomás E, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev. psiquiatr. Clín.* 2012; 39(6):194-197.
9. OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1998.
10. Moraes RCP de et al. Pesquisa participante na estratégia saúde da família em territórios vulneráveis: a formação coletiva no diálogo pesquisador e colaborador. *Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro.* 2017; 15(1):205-222.
11. Attacker M, Heyduck K, Meffert C. Illness beliefs and treatment beliefs as predictors of short and middle term outcome in depression. *Journal of Health Psychology.* 2013; 18(139):139-152.
12. Bharadwaj, V. et al. Clinical profile and outcome of bipolar disorder patients receiving electroconvulsive therapy: A study from north India. *Indian J. Psychiatry.* 2012; 54(1): 41-47.
13. Kleine-budde, K. et al. The cost of depression – A cost analysis from a large database. *J. Affect Disord.* 2013; 147(1):137-143.
14. Kalinin VV, Polyanskiy DA. Focus laterality and interictal psychiatric disorder in temporal lobe epilepsy. *Seizure.* 2009; 18(3):1-4.
15. Undurraga J et al. Bipolar depression: Clinical correlates of receiving antidepressants. *J Affect Disord.* 2012; 139(1):89-93.
16. Menezes F L et al. Frequência da depressão puerperal na maternidade de um hospital universitário da Região Sul. *Enferm. Glob.* 2012; 11(27): 408-418.
17. Lewis CM et al. Genome-Wide Association Study of Major Recurrent Depression in the U.K. Population. *Am. J. Psychiatry.* 2010; 167(8):1-8.
18. Čulav-sumić, J, Jukić V. Minor physical anomalies in women with recurrent unipolar depression. *Psychiatry Res.* 2010; 30(1):1-10.
19. Weck F et al. The Relationship Between Therapist Competence and Homework Compliance in Maintenance Cognitive Therapy for Recurrent Depression: Secondary Analysis of a Randomized Trial. *Behavior Therapy.* 2013; 44(1):162-172.
20. Almeida OP et al. Complaints of difficulty to fall asleep increase the risk of depression in later life: The health in men study. *J. Affect Disord.* 2011; 134(1-3):208-216.
21. AKISKAL HS. Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *J. Affect Disord.* 2001; 62(1-2):17-31.
22. Sang W et. al. A comparison of the clinical characteristics of Chinese patients with recurrent major depressive disorder with and without dysthymia. *J. Affect Disord.* 2011; 135(1-3):106-10.
23. Fiest KM et al. Systematic review and assessment of validated case definitions for depression in administrative data. *BMC Psychiatry.* 2014; 14(289):1-8.
24. Prukkanone B et al. Adherence to antidepressant therapy for major depressive patients in a psychiatric hospital in Thailand. *BMC Psychiatry.* 2010; 10(64): 1-5.
25. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Universidade Federal de Minas Gerais. NESCON (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – Faculdade de Medicina – UFMG). Belo Horizonte: CoopMed. 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2013.
26. Rodrigues EM, Nascimento RG, Araújo, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. esc. enferm.* 2011; 45(5):1-8.
27. Pinto DM et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto contexto – enferm.* 2011; 20(3):1-8.
28. BRASIL. Lei n. 8.080, de 25 de julho de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 12 set. 2013.
29. Almeida RA et al. Avaliação da utilização de protocolos na prevenção de úlceras por pressão. *Revista Ciência & Saúde.* 2012; 5(2):1-7.

## POESÍA Y CUIDADOS: UN INSTRUMENTO PARA LA GESTIÓN DE EMOCIONES Y SENTIMIENTOS EN ENFERMERÍA

POETRY AND CARE: AN INSTRUMENT TO MANAGE EMOTIONS AND FEELINGS IN NURSING

POESIA E CUIDADOS: UM INSTRUMENTO PARA O GERENCIAMENTO DE EMOÇÕES E SENTIMENTOS EM ENFERMAGEM

**José Siles-González**

*Universidad de Alicante. España.*

jose.siles@ua.es

ORCID: 0000-0003-3046-639X

**María del Carmen Solano-Ruiz.**

*Universidad de Alicante. España.*

ORCID: 0000-0001-8720-8397

DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v6i2.1463>

Recibido: 24/09/2017

Aceptado: 01/11/2017

### RESUMEN

El objetivo de este estudio consiste en desarrollar una herramienta de reflexión emocional y de sentimientos que contribuyan a la gestión emocional y de los sentimientos de los alumnos de enfermería en sus prácticas clínicas. El método empleado ha consistido en utilizar un grupo de poemas derivados de experiencias clínicas como base para la identificación y análisis de emociones y sentimientos. Asimismo, se emplearon las orientaciones de Vigotsky y Heller para facilitar el análisis de las emociones y los sentimientos. Más allá de la concienciación de los futuros profesionales de la importancia de centrar el cuidado en el paciente, el gran reto consiste en dotar a los enfermeros de la capacidad cognitiva y las destrezas emocionales necesarias para gestionar el aluvión de sentimientos complejos e intensos que emergen durante la aplicación del proceso de enfermería con el fin de prepararlos para el trabajo emocional inherente a su trabajo y disminuir el riesgo de "burnout". Se concluye que los poemas inspirados en experiencias clínicas constituyen una herramienta pertinente para facilitar el trabajo emocional y de sentimientos generados durante las prácticas clínicas.

**Palabras clave:** Enfermería, Poesía, Proceso de Enfermería, Enfermería Holística, Investigación Metodológica en Enfermería.

### ABSTRACT:

The aim of this study is to develop a tool to think about emotions and feelings, in order to facilitate their management in nursing students in their clinical practices. The method used has been based on the orientations of Vigotsky and Heller to facilitate the classification and analysis of emotions and feelings. Likewise, a selection of poems derived from clinical experiences was used as a basis for the identification and analysis of emotions and feelings. Beyond the awareness of future professionals of the importance of focusing care practices on the patient, the great challenge is to provide nurses with the cognitive capacity and emotional skills necessary to manage the flood of complex and intense feelings that emerge during the application of the nursing process, in order to prepare them for the flow of emotions arising from their work and to decrease the risk of burnout. In conclusion, poems inspired by clinical experiences constitute a relevant tool to facilitate emotional work and feelings generated during clinical practices. The poetry of care contributes to the understanding and emotional regulation and it is a way of channeling the feelings that emerge in the students during their clinical practices.

**Keywords:** Nursing, Poetry, Nursing Process, Holistic Nursing, Nursing Methodology Research.

## RESUMO:

O objetivo deste estudo consiste em uma ferramenta de reflexão sobre as emoções e os sentimentos para facilitar a gestão emocional e de sentimentos dos alunos de enfermagem em suas práticas clínicas. O método empregado com base nas orientações de Vygotsky e Heller para facilitar a classificação e análise das emoções e os sentimentos. Além disso, utilizou-se uma escolha de poemas de saídas clínicas como base para a identificação e análise de emoções e sentimentos. Mais além da conceituação dos futuros profissionais da importância do atendimento no paciente, o gran reto consiste em dotar os enfermeiros da capacidade cognitiva e as emoções necessárias para gerenciar o aluvião de sentimentos complexos e intensos que emergem durante a aplicação do processo de enfermagem com o fim de preparação para o fluxo emocional inerente a seu trabalho e diminuir o risco de “queimar”. Os poemas inspirados em experiências clínicas constituem uma ferramenta pertinente para facilitar o trabalho emocional e de sentimentos gerados durante as práticas clínicas. A poesia de cuidados com a consciência e a regulação emocional e a constituição de canalizar os sentimentos que emergem nos alunos durante as práticas clínicas.

**Palavras-chave:** Enfermería, Poesía, Processo de Enfermagem, Enfermagem Holística, Pesquisa Metodológica em Enfermagem.

## INTRODUCCIÓN

El problema de este trabajo (y su justificación) se cimienta en el hecho incontrovertible de que la acción de enfermería implica un contacto entre personas (cuidador-cuidado) que facilita la generación de emociones y sentimientos muy variados en cuanto a tipología e intensidad. Las emociones son reacciones a situaciones que se pueden dar durante la práctica clínica y constituyen formas de adaptación a las contingencias ambientales y personales que son características del trabajo enfermero. Las emociones, por tanto, no evolucionan como sentimientos conscientes sino como especializaciones de la conducta y adaptaciones fisiológicas tal como afirman Darwin y Vigotsky, que según Sartre se vinculan con la fenomenología, y que tienen una repercusión en el rendimiento de los alumnos y profesionales de enfermería (1-4).

Los principales actos de expresión de hombres y animales no son aprendidos sino que son innatos o heredados. Las emociones son universales y se expresan de forma no verbal (son las mismas independientemente de las variaciones culturales y geográficas). Tanto las emociones como los sentimientos deben valorarse para considerar su incidencia en la alteración de la atención, la motivación e incluso el estrés, por lo que tienen una gran importancia en el rendimiento del alumno y/o el profesional. Mientras las emociones tienen una rápida respuesta conductual, dado que funcionan como catalizadores del entorno propiciando impulsos favorables o desfavorables hacia ciertas situaciones, personas, acciones, ideas, etcétera, los sentimientos se construyen como consecuencia de la evolución de

una emoción (o grupo asociado de ellas), son más estables y forman parte de la conciencia de la persona.

En consecuencia, en este estudio se ha partido del objetivo general de desarrollar una herramienta de reflexión sobre las emociones y los sentimientos que contribuya a la gestión emocional y de los sentimientos de los alumnos de enfermería en sus prácticas clínicas. Asimismo, se ha pretendido alcanzar los siguientes objetivos específicos:

- Identificar las emociones y los sentimientos inspirados por poemas relacionados con la práctica clínica.
- Valorar la incidencia de las emociones y sentimientos en la práctica clínica de los profesionales de enfermería.

Cuestiones de investigación:

- ¿Puede la poesía contribuir a la reflexión y gestión de emociones y sentimientos de alumnos durante sus prácticas clínicas?
- ¿Qué tipo de emociones y sentimientos experimentan los profesionales de enfermería durante sus actuación profesional?

Para contextualizar la temática de este estudio se han revisado aportaciones de diferentes autores que se centran en aspectos relevantes del mismo. Betancourt estudió el impacto de las prácticas clínicas en los docentes desde una perspectiva fenomenológica en la que las vivencias están muy vinculadas a los sentimientos y las emociones (3). En esta misma línea, Siles y Solano han valorado la incidencia de la labor tutorial de los docentes durante el período de prácticas clínicas (5). Una investigación centrada en este mismo tema describe los sentimientos y las emociones que presentan los estudiantes de enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB) durante el desarrollo de las prácticas clínicas y emplean la teoría de los sentimientos de Agnes Heller para el análisis y ordenación de sus datos (6). Otros estudios han analizado la estructura de los cuidados identificando tres componentes esenciales: organización, trabajo físico y, finalmente, labor emocional (7). Con esta visión en la que el trabajo enfermero está indisolublemente ligado al trabajo emocional y a los sentimientos se han desarrollado otros estudios como los de López y Siles y Solano (8-11). Todos ellos, de una u otra forma, se centran en las ideas de Harre, quien describe y explica la construcción social de los sentimientos reflejando la idoneidad del trabajo enfermero (12-16). Este carácter estructural que constata la omnipresencia de las dimensiones emocionales en la interacción enfermera-paciente, se refleja también en la perspectiva de los propios pacientes quienes sostienen la idea de que los buenos enfermeros, por encima de los aspectos técnicos, deben desarrollar competencias emocionales y de sentimientos (15). Asimismo, otros estudios han analizado las características del “proceso de enfermería” en relación al fenómeno de las emociones y los sentimientos (14, 17).

Respecto a la relación entre poesía y enfermería se han utilizado diversas aportaciones que han contribuido a fundamentar e interpretar los resultados de este estudio sobre la poesía de los cuidados constatando su importancia para la profesión (9,

10, 19, 20). Para hablar de la poesía de los cuidados es necesario, previamente, clarificar sus relaciones con dos conceptos que inciden en su producción: arte y estética en el contexto de los cuidados. La enfermería es un arte que, a través de la interacción entre dos personas (paciente y profesional), genera una obra artística en cuya producción participan: conocimiento, técnica, intuición y sensibilidad (9, 10, 11). La herramienta básica de trabajo en cuidados es el proceso de enfermería, que tiene sus orígenes durante la década de los sesenta; ha sido descrito como una teoría filosófica (o tendencia ideológica en enfermería) y como un método de trabajo. Desde la perspectiva filosófica o ideológica el proceso de enfermería ha promovido el cuidado centrado en el paciente en vez del cuidado centrado en tareas (14, 17). El proceso de enfermería, por tanto, debería contribuir mediante la interacción cuidador-cuidado al establecimiento de una dinámica relacional que facilita la construcción social de las emociones y los sentimientos (12).

### Metodología

Se ha partido de los presupuestos del paradigma sociocrítico de Habermas, dado que sus principios potencian la participación de los discentes en su proceso educativo y el rol del profesional de enfermería es, fundamentalmente, un agente de cambio y comunicación facilitador, a su vez, de la participación de los pacientes en el proceso de enfermería (21).

En este trabajo se dota a los alumnos de una herramienta – la poesía- para ayudarles a expresar sus sentimientos y emociones mediante un taller pedagógico (taller de poesía de los cuidados en el que se les facilita un conjunto de poemas inspirados en la práctica clínica de enfermería) (Anexo I). Para la categorización de emociones primarias y secundarias y sentimientos se han seguido las orientaciones de Vigotsky (desde la perspectiva del aprendizaje sociocultural o constructivismo social donde se considera la incidencia de la interacción social en la construcción de las emociones y sentimientos) y Heller (considerando los principios de su teoría de los sentimientos) (2, 22).

Para determinar la unidad de observación y análisis de la población se han seguido las orientaciones de Martínez Salgado supeditando la investigación a su naturaleza, esencialmente cualitativa, y a la lógica que orienta y determina la potencia del muestreo mediante la selección intencional de los casos elegidos para que proporcionen la mayor riqueza de información posible (23). En consecuencia la muestra, coincidente con la población sujeto de estudio, ha estado compuesta por la totalidad de los 22 alumnos de Investigación Cualitativa asistentes al máster de enfermería, cuidados críticos y emergencias de la Universidad de Jaén (España) durante el curso académico 2015-16 que tienen experiencia clínica, ya sea como alumnos en prácticas o como profesionales. Asimismo, se elaboró un cuestionario integrado por estas categorías: emociones primarias, emociones secundarias y sentimientos (Anexo II). Este cuestionario se pasó a los alumnos tras explicarles las características de cada una de esas categorías y solicitarles que identificaran aquellas que consideraran como parte de su experiencia clínica de forma retrospectiva.

El análisis de los datos se realizó siguiendo las aportaciones de Siles y Solano mediante un proceso de reducción, organización en bloques temáticos y categorización de emociones primarias, secundarias y sentimientos en sus correspondientes subcategorías (5). Se siguieron las pautas del programa de análisis de datos cualitativos Atlas-ti y se establecieron grupos de familias de emociones y sentimientos vinculados mediante palabras clave compartidas y, asimismo, grupos de redes integrados por familias.

Tanto el taller de poesía como el cuestionario de emociones y sentimientos se realizaron durante los meses de marzo-abril de 2016. Para garantizar las cuestiones éticas, se revisaron por el comité de la Asociación Nacional de Historia y Antropología de los Cuidados y, asimismo, se les pasó un documento informativo requiriéndoles su firma, que explicitaba que todos los datos de carácter personal obtenidos en este estudio son confidenciales de acuerdo con lo estipulado en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

### RESULTADOS Y SU DISCUSIÓN

En este trabajo se confirma que el proceso de enfermería como método de trabajo que centra el cuidado en el paciente influye de forma determinante en el proceso de interacción entre alumno-paciente, dándole más profundidad e intensidad a las dimensiones cognitivas, sensomotoras y, sobre todo, afectivas (14, 17). Sin duda, el proceso de enfermería contribuye a la emergencia de las emociones en primer lugar y, posteriormente, a la construcción social de los sentimientos (12). Este proceso se produce mediante un mecanismo de “contagio emocional” en el que se distinguen dos facetas: emociones que se derivan de cuidados que resultan gratificantes tanto para el paciente como para el alumno (que son la mayoría: administrar la medicación, ayudar a una madre a colocarse el bebé recién nacido, etc.); emociones resultantes de cuidados que generan estrés para el alumno y/o el paciente (realizar una cura intrusiva, cuidados post-mortem, comunicación de malas noticias a familiares, etc.) y que pueden contribuir a generar un estado de “burnout”(24 - 26).

La más importante aportación de la poesía a la enfermería radica en la clarificación de su naturaleza trascendente mediante la revelación de su objeto sujeto: el ser humano, la persona como núcleo, como materia prima con la que trabaja la enfermera para “producir su obra”. No hay ningún artista que trabaje con una materia prima tan frágil, delicada, compleja, individual, única e irrepetible..., he ahí su carácter trascendente. Sí, mediante la palabra lírica que destila los sentimientos transformados en versos, los profesionales de enfermería tienen una herramienta de deconstrucción eficaz y bella para constatar la auténtica naturaleza de la enfermería y reinterpretarla desde esquemas más fidedignos liberándose de la apabullante seducción del neopositivismo y la tecnología.

Respecto a las emociones y sentimientos identificados en el taller de poesía de los cuidados, se pueden distinguir dos tipos de emociones: las primarias y las secundarias (Gráfico I). Las emo-

ciones primarias son las innatas y son las que se producen de forma irreflexiva expresándose de forma no verbal (Gráfico I):

a) Las emociones primarias de “alegría” ( gratificación, orgullo, realización, satisfacción, éxtasis, placer) son las que tienen un mayor porcentaje entre los alumnos (22,3%). De todas ellas, la satisfacción ha sido la emoción primaria más experimentada.

b) Las emociones primarias relativas a la “tristeza” (aflicción, autocompasión, melancolía, desaliento, desesperanza, pena, duelo, soledad, depresión, nostalgia) ocupan el segundo lugar en cuanto a porcentaje (18,27%). La pena ha sido la emoción primaria más experimentada en esta categoría.

c) Las emociones primarias integradas en el concepto “cólera” (molestia, enojo, atropello, mal genio, hostilidad) alcanzan el tercer lugar porcentualmente (15,7%). La molestia ha sido la emoción primaria más sentida en esta categoría.

d) Las emociones primarias agrupadas en el concepto “miedo”: ansiedad, nerviosismo, desconfianza, inquietud, terror, preocupación. El nerviosismo y la preocupación han sido las emociones primarias de mayor frecuencia en esta categoría.

Respecto a las emociones secundarias, que son resultado de la fusión o mezcla de las emociones primarias y pueden ser producto del aprendizaje a través de la experiencia, se obtuvieron los siguientes resultados (Gráfico II):

a) Las emociones secundarias integradas en el concepto “amor”: aceptación, amabilidad, afabilidad, caridad, confian-

za, dedicación, entrega, son las de mayor porcentaje (45%). La emoción secundaria “dedicación” ha sido de mayor frecuencia en esta categoría.

b) Las emociones secundarias derivadas del concepto “sorpresa”: asombro, estupefacción, maravilla, shock, han sido identificadas en el segundo lugar porcentualmente (37%). “El asombro” ha sido la emoción secundaria de mayor frecuencia en esta categoría.

c) Las emociones secundarias, identificadas con el concepto “vergüenza”: arrepentimiento, humillación, mortificación, pena, remordimiento, culpa, (14%). “La humillación” ha sido la emoción secundaria de mayor frecuencia en esta categoría

d) Las emociones secundarias identificadas en torno al concepto “aversión”: repulsión, asco, desdén, desprecio, menosprecio, (4%). En esta categoría las emociones secundarias de mayor frecuencia han sido “el desdén” y “el menosprecio”.

En relación a los sentimientos, que se originan a través de la relación a través del tiempo entre sujeto y objeto conocido (Gráfico III), los Desagradables: timidez, vergüenza, ira, impaciencia, inseguridad, han alcanzado el mayor porcentaje (22, 29%), siendo las de mayor frecuencia en esta categoría “la timidez” y “la inseguridad”; prácticamente igualado con los sentimientos. Los Morales: deber, cumplir, obligación (22, 28%), siendo el sentimiento de mayor frecuencia en esta categoría “el deber”; y seguido de los sentimientos Altruistas: afecto, simpatía, apego (19, 25%), siendo “el apego” el de mayor frecuencia ; y en el último lugar los sentimientos estéticos: lo bello (14,18%).

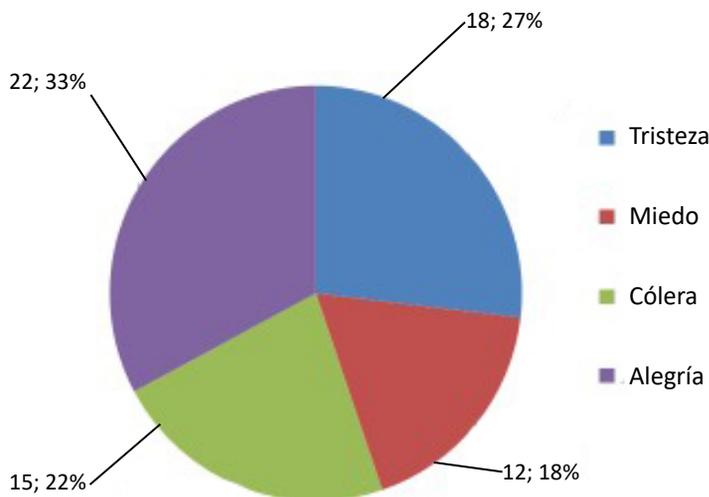
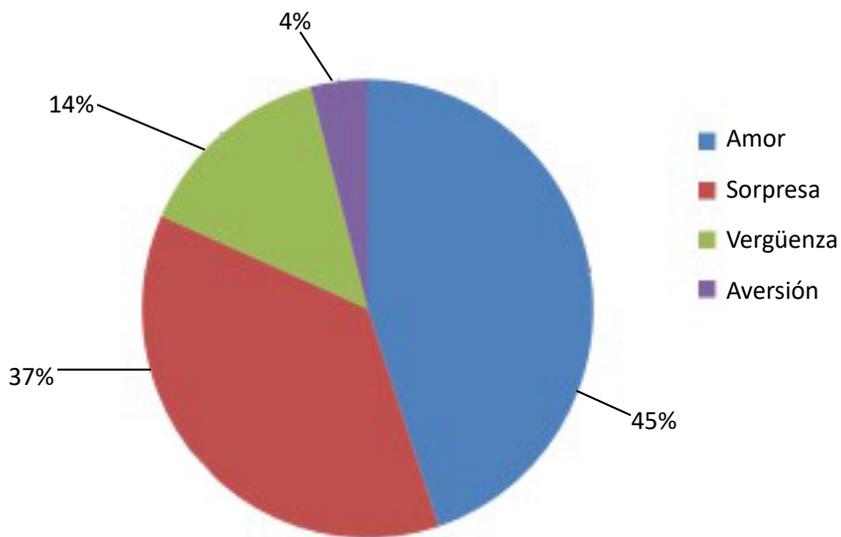


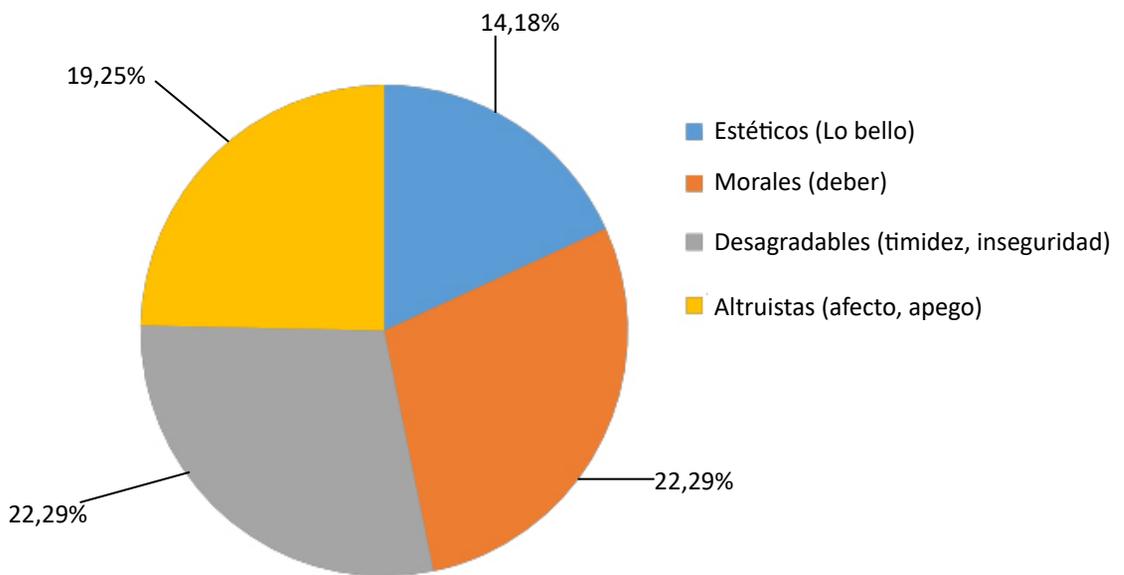
Gráfico I. Emociones primarias

Fuente: Elaboración propia partiendo de las respuestas al cuestionario de emociones primarias, secundarias y sentimientos (2017).



**Gráfico II.** Emociones secundarias.

Fuente: Elaboración propia partiendo de las respuestas al cuestionario de emociones primarias, secundarias y sentimientos (2017).



**Gráfico III.** Sentimientos

Fuente: Elaboración propia partiendo de las respuestas al cuestionario de emociones primarias, secundarias y sentimientos (2017).

## LIMITACIONES DEL TRABAJO

La identificación de las emociones, especialmente las primarias, ha tenido una dificultad especial para ser detectadas por los alumnos, dado su carácter espontáneo, sin tiempo a la reflexión y la rapidez de la respuesta conductual (aumento del ritmo cardíaco, sudoración, nervios, etc.). Las emociones primarias son las innatas, las que se producen de forma irreflexiva expresándose de forma no verbal (2). Por otro lado, aunque los sentimientos implican un estado afectivo plenamente consciente, con espacio a la reflexión y al aprendizaje pudiendo llegar a ser autónomos respecto a los estímulos ambientales, también resulta muy complejo identificarlos y valorar su incidencia en el rendimiento clínico. Se han explicado las características de los diferentes tipos de emociones y los sentimientos, pero aún así, ha resultado muy compleja la diferenciación de estas categorías por parte de los alumnos. Si a esto se añade el carácter retrospectivo del estudio (recordar a través del tiempo emociones y sentimientos vividos durante el trabajo clínico), todavía se aprecia más la dificultad de esta tarea. El taller de poesía y cuidados ha sido muy útil para facilitar la rememoración de los sentimientos y emociones vividos durante la práctica clínica.

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido apoyado por el grupo de investigación de la Universidad de Alicante: Enfermería y Cultura de los Cuidados, y también del subgrupo de Antropología Educativa de los Cuidados en las Prácticas Clínicas integrado en el proyecto "Redes de Investigación en Docencia Universitaria" de la misma universidad.

## CONCLUSIONES

Las emociones y los sentimientos potencian la actividad en el trabajo clínico si son positivos o la reprimen si son negativos.

- Se han identificado mayoritariamente y de forma retrospectiva las emociones y los sentimientos inspirados por poemas relacionados con la práctica clínica. -El principal método de trabajo de enfermería –el proceso de enfermería- tiene una gran incidencia en la construcción social de los sentimientos al potenciar la relación cuidador-cuidado.
- La poesía de los cuidados puede contribuir a la reflexión y gestión de emociones y sentimientos de alumnos durante trabajo clínico.
- Los sentimientos y emociones experimentados por los alumnos de enfermería durante sus trabajo clínico son tanto positivos como negativos, aunque los positivos prevalecen sobre los negativos mediante el desarrollo de procesos de adaptación y aprendizaje.

Es evidente la relación entre procesos históricos y socioculturales con la generación de emociones y sentimientos en

un entorno tan especialmente proclive al impacto emocional como las prácticas clínicas.

- Resulta apropiado considerar la incidencia entre el proceso de construcción social y cultural de las emociones-sentimientos y la humanización de los cuidados.

**Cómo citar este artículo:** Siles-González, J; Solano- Ruiz, MC. Poesía y cuidados: un instrumento para la gestión de emociones y sentimientos en Enfermería. *Enfermería (montev.)*. [Internet]. 2017 Dic [citado xxxx]; 6 (2) 32-38. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v6i2.1463>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Darwin C. La expresión de las emociones en los hombres y los animales. Madrid: Alianza; 2009
2. Vigotsky L. Teoría de las emociones. Madrid: Akal; 2004
3. Sartre JP. Bosquejo de una teoría de las emociones. Madrid: Alianza, 2015
4. Betancourt L, Muñoz LA, Merighi MAB, Santos MF. El docente de enfermería en los campos de práctica clínica: un enfoque fenomenológico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(5): 9-13
5. Siles J, Solano MC. Antropología educativa de los cuidados. Una etnografía del aula y las prácticas clínicas. 2009; Alcoy: Marfil. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20339/1/Antropologia%20educativa.pdf>
6. Escobar M<sup>º</sup>O, González EM. Emociones y sentimientos durante las prácticas clínicas en el área de cuidado de los estudiantes del programa de enfermería de la universidad pontificia bolivariana. *Cultura del Cuidado Enfermería*. 2011; 1: 23.
7. James N. Care = organisation + physical work + emotional labour. *Sociology of Health & Illness*. 1992; 14(4): 488-509. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.ep10493127>.
8. López SR. Implicación emocional en la práctica de la enfermería. *Cultura de los Cuidados*. 2000; 4(7/8): 172-180. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5120/1/CC\\_07-08\\_20.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5120/1/CC_07-08_20.pdf)
9. Siles J, Solano MC. Cultural history and aesthetics of nursing care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; , 19 (5): 1096-1105.
10. Siles J. El humanismo en enfermería a través de la socio-poética y la antro-poética. *Cultura de los Cuidados*. 2014; 18, 38. Disponible en <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.01>
11. Siles J, Solano MC. Sublimity and beauty: A view from nursing aesthetics. *Nursing Ethics*. 2016; 23(2): 154-166. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733014558966>
12. Harre R. *The Social Construction of Emotions*. Oxford : Blackwell; 1986.
13. Small E. Valuing the emotional labour of nursing. *Nursing times*. 1996; 91 (26): 40-41.

14. Smith P. The nursing process: raising the profile of emotional care in nursing training. *Journal of advanced nursing*. 1991; 16 (1): 74-81.
15. Smith R. *The emotional labour of nursing*. London: Macmillan; 1992.
16. Staden H. Alertness to the needs of others: a study of the emotional labour of caring. *Journal of advanced nursing*. 1998; 27 (1): 147-56.
17. Waldow VR. Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *Aquichan*. 2009; 9 (3): 246-56.
18. Birx E. The poetry of nursing. *Clin Nurse Spec*. 1994; 8(6):292-93.
19. Holmes V, Gregory D. Writing poetry: a way of knowing nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1998; 28: 1191-1194.
20. Silva O, Alves ED, Rodrigues MCS. Liricidad y toque de arte para la producción del conocimiento estético de enfermería -una reflexión poética inspirada en la Teoría de la complejidad. *Cultura de los Cuidados*. 2014;18(39): 14-29. Disponible en <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.03>
21. Siles J. Cultural Nursing Story: Epistemological and Methodological Reflection. *Avances en Enfermería*. 2010; 28 (1): 120-128.
22. Heller A. *Teoría de los sentimientos*. México: Ediciones Coyoacán; 2004.
23. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(3):613-619.
24. Walster Hatfield E, Cacciopo P, & Rapson, J. *Emotional contagion*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
25. Brotheridge CM, Grandey AA. Emotional Labor and Burnout: Comparing Two Perspectives of "People Work". *Journal of Vocational Behavior*. 2002; 60: 17-39.
26. Bajo Gallego Y, González Hervías, R. La salud emocional y el desarrollo del bienestar enfermero. *Metas Enferm*. 2014; 17(10): 12-16

## ESTADO DE DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS SANOS QUE ASISTEN A UN CENTRO INFANTIL EN SANTO DOMINGO, ECUADOR

PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT STATUS IN HEALTHY CHILDREN ATTENDING A CHILD CENTER IN SANTO DOMINGO, ECUADOR

ESTADO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR EM CRIANÇAS SAUDÁVEIS QUE PARTICIPAM A UM CENTRO DA INFÂNCIA EM SANTO DOMINGO, EQUADOR

### Jackeline Román Sacón

*Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Santo Domingo, Ecuador.*

[jjromans@pucesd.edu.ec](mailto:jjromans@pucesd.edu.ec)

ORCID: 0000-0002-9937-113X

### Pamela Calle Contreras

*Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Santo Domingo, Ecuador.*

ORCID: 0000-0002-4828-8037

DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v6i2.1467>

Enviado: 29/07/2017

Aceptado: 25/10/2017

## RESUMEN

El objetivo de este artículo es describir los puntajes de desarrollo psicomotor en niños y niñas que acuden un centro infantil, mediante el formulario 028 que corresponde al Test de Denver II, estandarizado internacionalmente. Se trata de un estudio con un enfoque cuantitativo de carácter descriptivo-transversal. Se reclutaron 42 niños de 18-36 meses, que acuden al centro infantil en Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador, para la aplicación del test de Denver II. Se excluyeron los niños con patologías graves con impedimento para contestar el instrumento por déficit en su capacidad física y mental. Mediante los puntajes obtenidos por la aplicación del test de Denver se observó que el déficit en el Área Personal-Social se da más en los niños (20%) que en las niñas (5%). En el Área Motriz Fino-Adaptativo el déficit se presenta tanto en los niños (10%) como en las niñas (9%). En el Área de Lenguaje se observó que existe un retardo muy marcado, se presentó más en los niños (35%) que en las niñas (18%). Al igual se observó que el déficit en el Área Motriz Grande se da más en los niños (15%) que en las niñas (5%). Destaca la alta frecuencia de déficit en el desarrollo psicomotor en la población evaluada, especialmente en los niños, donde el área más significativa fue la de Lenguaje. Se recomienda la estimulación temprana y los patrones de crianza para mejorar el desarrollo del lenguaje y el desempeño de los niños en las demás áreas.

**Palabras Clave:** Desarrollo Infantil, Estimulación Física, Desempeño Psicomotor

## ABSTRACT

The goal of this article is to describe psychomotor development scores in children who attend the children's center through Form 028, corresponding to the Internationally Standardized Denver II Test. This is a study with a quantitative approach of descriptive-transversal character. A total of 42 children aged 18-36 months were recruited to attend the Denver II test in Santo Domingo de los Tsáchilas Children's Center in Ecuador. Children with severe pathologies with impediment to answer the form due to deficiency in their physical and mental capacity were excluded. Through the scores obtained by the application of the Denver test, it was observed that the deficit in the Personal-Social Area occurs more in boys (20%) than in girls (5%). In the Fine Motor Skill Area, the deficit occurs in both boys (10%) and girls (9%). In the Language Area it was observed that there is a significant retardation: it was more present in boys (35%) than in girls (18%). It was also observed that the deficit in the Gross Motor Area is higher in boys (15%) than in girls (5%). It is significant the high frequency of deficits shown in psychomotor development in the population evaluated, especially in the language area. Early stimulation and parenting patterns are recommended to improve language development and the performance of children in other areas.

**Keywords:** Child Development, Physical Stimulation, Psychomotor Performance

## RESUMO

O presente estudo buscou descrever escores de desenvolvimento psicomotor em crianças que frequentam o Centro das Crianças usando o formulário de O28 correspondente ao Teste de Denver II, padronizado internacionalmente. Pesquisa quantitativa com abordagem transversal descritivo. 42 crianças com idades entre 18-36 meses que frequentam o centro infantil em Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador, para a implementação do teste de Denver II foram recrutados. Crianças com doenças graves foram excluídos devido a um impedimento para atender o déficit de instrumento em sua capacidade física e mental. Usando os escores obtidos pela aplicação do teste de Denver foi observado que o déficit na área pessoal-social é mais comum em crianças (20%) e mulheres (5%). Na Área Motriz fina o déficit ocorre em crianças (10%) e mulheres (9%). Na área da linguagem foi observado que há um atraso acentuado, parecia mais filhos (35%) do que em meninas (18%). Como observou-se que o déficit na área Motriz Grande é mais comum em crianças (15%) do que meninas (5%). Destaca a alta frequência de déficits no desenvolvimento neuropsicomotor na população estudada, especialmente em crianças. Onde a área mais significativa foi Idioma. estimulação precoce e padrões parentais é recomendado para melhorar o desenvolvimento da linguagem e desempenho das crianças em outras áreas.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento Infantil, Estimulação Física, Desempenho Psicomotor

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo psicomotor (DSM) es un proceso evolutivo e integral, mediante el cual las personas van dominando progresivamente habilidades y respuestas cada vez más complejas (1). En los últimos años se han llegado a conocer mucho mejor las relaciones entre la salud, el crecimiento físico, el desarrollo psicológico y los cuidados que prodigan los padres en los primeros años de vida; el desarrollo cerebral y biológico depende de la calidad de estimulación que el niño recibe de su entorno: familia, comunidad y sociedad. La estimulación temprana es punto fundamental para partir con un desarrollo psicomotor adecuado para los niños, por lo cual la intervención temprana tiene alto impacto en el pronóstico de los niños con déficit del desarrollo (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) anualmente mueren en el mundo casi diez millones de niñas y niños menores de cinco años; por otro lado un número casi 20 veces mayor, más de 200 millones, sobreviven pero no llegan a desarrollar todas sus potencialidades humanas porque sus familias son pobres y no cuentan con nutrición, cuidados adecuados y sus oportunidades de aprender son limitadas (3). La buena nutrición, la salud, los constantes cuidados afectuosos y el estímulo en los primeros años de vida ayudan a los niños a obtener mejores resultados escolares, estar más sanos y participar en la sociedad. La Academia Americana de Pediatría define como problemas del desarrollo a todos aquellos cuadros crónicos y de inicio precoz que tienen en común la dificultad en la adquisición

de habilidades motoras, de lenguaje, sociales o cognitivas que provocan un impacto significativo en el progreso del desarrollo de un niño (4).

El desarrollo psicomotor requiere de la participación activa de distintos factores, los cuales pueden beneficiar o perjudicar el adecuado desenvolvimiento del niño en el medio que lo rodea (5). Se define al desarrollo psicomotor (DPM) como un proceso continuo que va desde la concepción a la madurez, con una secuencia similar en todos los niños, pero con un ritmo variable. Mediante este proceso el niño adquiere habilidades en distintas áreas como son: Lenguaje, Motora, Cognitiva y Personal-Social, que le permiten una progresiva independencia y adaptación al medio (6). Jean Piaget contribuyó enormemente al entendimiento del desarrollo de la inteligencia. Su visión naturalista y biológica surge de observar la interacción de los niños con su medio ambiente y de la comprensión de los procesos internos de organización y adaptación que le permiten dar un nuevo sentido al mundo que lo rodea (7). Entre los principales aportes de Piaget está el haber cambiado el paradigma niño, de un ser que recibe y acumula conocimientos en base a estímulos y refuerzos externos al estilo conductista, a un sujeto activo que construye su conocimiento desde adentro, gracias a la continua exploración del medio que lo rodea (8).

Uno de los primeros esquemas mentales que desarrolla el bebé de cuatro a ocho meses es el de objeto permanente. Piaget concibe a la inteligencia como la capacidad que tiene cada individuo de adaptarse al medio que lo rodea, adaptación que requiere del equilibrio entre los mecanismos de acomodación y asimilación (9). Cuando las experiencias de los niños sobre su entorno no encajan en su estructura mental se produce en él una situación de desequilibrio. En un primer momento, se produce una asimilación del estímulo sin que esto constituya un cambio en la estructura mental; pero posteriormente, dentro de un proceso de acomodación, se modifica la estructura para incorporar los nuevos elementos, logrando así un estado de equilibrio (10).

La motricidad refleja todos los movimientos del ser humano. Estos movimientos determinan el comportamiento motor de los niños de 1 a 6 años que se manifiestan por medio de habilidades motrices básicas, que expresan a su vez los movimientos naturales del hombre (8).

Consideramos que la motricidad es la estrecha relación que existe entre los movimientos, el desarrollo psíquico, y el desarrollo del ser humano. Es la relación que existe entre el desarrollo social, cognitivo afectivo y motriz que incide en nuestros niños como una unidad (11).

La motricidad se clasifica en motricidad fina y motricidad gruesa: la fina se refiere a las acciones que implican pequeños grupos musculares de cara, manos y pies, concretamente, a las palmas de las manos, los ojos, dedos y músculos que rodean la boca. Es la coordinación entre lo que el ojo ve y las manos tocan (12). Estos músculos son los que posibilitan la coordinación ojo-mano, abrir, cerrar y mover los ojos, mover la lengua, sonreír, soplar, hacer nudos en los cordones, agarrar un objeto,

recortar una figura, etc. Por otro lado, la gruesa es aquella relativa a todas las acciones que implican grandes grupos musculares; en general, se refiere a movimientos de partes grandes del cuerpo del niño o de todo el cuerpo (13). Así, la motricidad gruesa incluye movimientos musculares de piernas, brazos, cabeza, abdomen y espalda, permitiendo de este modo subir la cabeza, gatear, incorporarse, voltear, andar, mantener el equilibrio, etc. (13).

El vínculo afectivo se define como un lazo de afecto filial que una persona establece con otra y que se manifiesta mediante el intento de mantener un alto nivel de proximidad con quien es objeto del apego (14). El recién nacido pone en evidencia una serie de sistemas de comportamiento que llaman la respuesta y cercanía materna, y que por tanto estimulan la creación de vínculos afectivos. Entre estos comportamientos están las expresiones faciales de agrado, interés, malhumor, disgusto y rechazo y la capacidad visomotora para seguir con la vista y fijar la mirada en objetos quietos o en movimiento (15).

Aquí importa también pensar en el lenguaje, una invención humana y el principal medio de comunicación entre las personas; los seres humanos tenemos la necesidad de relacionarnos con nuestros semejantes con diversos propósitos, para expresar necesidades, deseos, sentimientos, conocimientos e información. Cabe señalar que el lenguaje es la más grande invención porque es el principal medio de comunicación, y para los niños constituye la manera de dar a conocer sus ideas, sentimientos y poder lograr así una comunicación con las personas que se encuentran a su alrededor (7).

El artículo tiene como objetivo identificar el estado de desarrollo psicomotriz en niños del Centro Infantil, teniendo en cuenta que por lo general provienen de familias de condición socioeconómica baja, y como consecuencia muchos de ellos están privados de una estimulación adecuada que ayuda a conocer cómo pueden afectar ciertas variables para un adecuado desarrollo psicomotor.

## METODOLOGÍA

El estudio tiene un enfoque cuantitativo de carácter descriptivo-transversal. El universo está conformado por los niños que

asisten al centro infantil en Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador. La muestra fue conformada por preescolares de 18 a 36 meses que se encontraban asistiendo normalmente. Se excluyeron los niños con patologías graves, como los que tenían un diagnóstico conocido de enfermedad neurológica, congénita o metabólica o con impedimento para contestar el instrumento por déficit en su capacidad física y mental.

El periodo de investigación fue durante el mes de diciembre del año 2016, con una población mensual de 50 personas, de las cuales 42 se encontraban en sus capacidades físicas y mentales para la realización del test de Denver II.

La técnica de recolección fue la entrevista y el instrumento fue el formulario 028, test de Denver II formado por bloques, que consta de 125 ítems, para evaluar la evolución de acuerdo a la edad y el área de desarrollo de niños entre las dos semanas y los seis años de edad. Dicho formulario sirvió para detectar oportunamente retrasos en el Neurodesarrollo y se estandarizó como prueba de tamizaje en primer y segundo nivel de atención. El resultado de las evaluaciones realizadas permitieron obtener datos estadísticos sobre la prevalencia de niños menores de 5 años con retraso en el Neurodesarrollo transitorio y permanente; estos datos ayudaron a realizar un plan de intervención oportuna con el fin de evitar deterioro en la funcionalidad de sus actividades cotidianas (16).

## RESULTADOS

En las tablas se pueden observar los resultados obtenidos en cada una de las áreas de estudio según el sexo. El déficit fue significativo, donde el mayor porcentaje se dio en los niños.

**Tabla 1: Estado Personal-Social de niños que acuden al Centro Infantil**

Partiendo de los resultados mediante la tabla se explica el porcentaje de niños y niñas del Centro Infantil, donde se identifica en cuál de ellos radica más el déficit en el Área Personal-Social.

Se observó que hay diferencias por sexo, donde el déficit en el Área Personal-Social se da más en los niños que en las niñas.

**Tabla 1.** Estado Personal-Social de niños que acuden al Centro Infantil

OPCIONES	NIÑOS	PORCENTAJES	NIÑAS	PORCENTAJES	TOTAL NIÑOS/AS	PORCENTAJES
NORMAL	16	80%	21	95%	37	88%
DUDOSO	0	0%	0	0%	0	0
ANORMAL	4	20%	1	5%	5	12%
TOTAL	20	100%	22	100%	42	100%

Fuente: Elaboración propia (2017)

**Tabla 2: Estado Motriz Fino-Adaptativo de niños que acuden al Centro Infantil**

Mediante la tabla se explica el porcentaje del estado de desarrollo psicomotor de niños y niñas del Centro Infantil, donde se observa en cuál de ellos se inclina más el déficit en el Área Motriz Fino-Adaptativo.

Al realizar un análisis de los porcentajes en general del estudio, se observó que el déficit en el Área Motriz Fino-Adaptativo se presenta tanto en los niños como en las niñas.

**Tabla 3: Estado del Área de Lenguaje de niños que acuden al Centro Infantil**

Partiendo de los resultados mediante la tabla se explica el porcentaje del estado de desarrollo psicomotriz de los niños y niñas del Centro Infantil, donde se identifica en cuál de ellos radica más el déficit en el Área de Lenguaje.

Al realizar un análisis de los porcentajes en general del estudio, se observó que existe un retardo muy marcado en el Área de Lenguaje, donde se presenta más en los niños que en niñas.

**Tabla 2.** Estado Motriz Fino-Adaptativo de niños que acuden al Centro Infantil

OPCIONES	NIÑOS	PORCENTAJE	NIÑAS	PORCENTAJE	TOTAL NIÑOS/AS	PORCENTAJE
NORMAL	18	90%	20	91%	38	90%
DUDOSO	0	0%	0	0%	0	0%
ANORMAL	2	10%	2	9%	4	10%
TOTAL	20	100%	22	100%	42	100%

Fuente: Elaboración propia (2017)

**Tabla 3.** Estado del Área de Lenguaje de niños que acuden al Centro Infantil

OPCIONES	NIÑOS	PORCENTAJE	NIÑAS	PORCENTAJE	TOTAL NIÑOS/AS	PORCENTAJE
NORMAL	13	65%	18	82%	31	74%
DUDOSO	0	0%	0	0%	0	0%
ANORMAL	7	35%	4	18%	11	26%
TOTAL	20	100%	22	100%	42	100%

Fuente: Elaboración propia (2017)

**Tabla 4: Estado del Área Motriz Grande de niños que acuden al Centro Infantil**

Partiendo de los resultados mediante la tabla se explica el porcentaje del estado de los niños y niñas del Centro Infantil, donde se identifica en cuál de ellos radica más el déficit en el Área Motriz Grande.

Al realizar un análisis de los porcentajes en general del estudio, se observó que el déficit en el Área Motriz Grande se da más en los niños que en las niñas.

**Tabla 4.** Estado del Área Motriz Grande de niños que acuden al Centro Infantil

OPCIONES	NIÑOS	PORCENTAJE	NIÑAS	PORCENTAJE	TOTAL NIÑOS/AS	PORCENTAJE
NORMAL	17	85%	21	95%	38	90%
DUDOSO	0	0%	0	0%	0	0%
ANORMAL	3	15%	1	5%	4	10%
TOTAL	20	100%	22	100%	42	100%

Fuente: Elaboración propia (2017)

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio los puntajes de DSM, de acuerdo con el test de Denver II, fueron incrementando según la edad cronológica de los niños. Al realizar un análisis de los porcentajes en general del estudio, se observó que el déficit en las áreas se da más en los niños.

Esto se contrapone con el estudio realizado por Puente, ya que en su investigación, donde se buscaba determinar la relación entre el Estado Nutricional y el Desarrollo Psicomotriz, se obtuvo como resultado que los niños con desnutrición leve tienen problemas en el desarrollo y mediante datos recabados el mayor porcentaje de anormalidad en esta área fue en las niñas (17).

En el Área Motriz Fino-Adaptativo se presenta tanto en los niños como en las niñas, esto se diferencia con el estudio realizado por Ternera ya que en su investigación, expone las características del desarrollo motor (Control muscular, Coordinación corporal, Locomoción, Motricidad fina, Motricidad perceptiva), donde los resultados revelaron puntajes de desempeño más bajos de lo esperado para la edad. El mayor porcentaje (38,1%) con anormalidad fue en el área Motriz Fino especialmente de la musculatura fina de brazos y manos que permite llevar a cabo tareas cada vez más complejas (18).

Al igual se observó que existe un retardo muy marcado en el Área de Lenguaje, donde de la misma forma se presenta más en los niños; esto tiene relación con el estudio de Puente, en el que se evidencia que en esta área también existe un retardo muy significativo al contrario que en el Área Motriz Grande, ya que en nuestra investigación se observó que el déficit se da más en los niños (17).

## CONCLUSIÓN

El área Personal-Social de los niños y niñas se determinó como normal en un porcentaje alto, mientras que un porcentaje pequeño presentan un déficit de atención. En el Área Motor Fino-Adaptativo de los niños y niñas se estableció que un porcentaje igual presenta déficit especialmente de la musculatura fina de brazos y manos que permite llevar a cabo tareas cada vez más complejas.

En el Área de Lenguaje de los niños y niñas se determinó que existe un déficit muy marcado en esta área. En el Área Motor Grande de los niños(as) se determinó como normal en un porcentaje alto, mientras que un porcentaje menor presenta un déficit en la coordinación de la motricidad grande. La carencia de estimulación temprana probablemente sea el motivo por el cual la intervención a tiempo tiene alto impacto en el pronóstico de los niños con déficit del desarrollo.

Se recomienda la estimulación temprana en todas las áreas de desarrollo para mejorar la motricidad, gruesa y fina, y el Lenguaje, jugando con ellos, hablándoles, inventando retos juntos; de esta forma incluso se fortalecerán los vínculos.

**Cómo citar este artículo:** Román Sacón, J; Calle Contreras, J. Estado de desarrollo psicomotor en niños sanos que asisten a un centro infantil en Santo Domingo, Ecuador. *Enfermería (montev.)*. [Internet]. 2017 Dic. [citado xxxx]; 6 (2) 39-44. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v6i2.1467>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Schönhaut, L, Schonstedt, M., Álvarez, J., Salinas, P., & Armijo, I. Desarrollo psicomotor en niños de nivel socioeconómico medio-Alto. *Rev. chil. pediatr*. [Internet]. 2010. [Citado 3 Nov 2016]; 81(2), 123-128. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062010000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062010000200004&script=sci_arttext)
- Pando, M., Aranda, C., Amezcua, M., Salazar, J., Torres, T. (2004). Estimulación temprana en niños de 4 años de familias marginadas. Recuperado el 13 enero 2017 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediatr/sp-2004/sp046c.pdf>
- Organización Mundial de Salud. Desarrollo [Internet]. [Citado 23 Oct 2016] Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/development/es](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es)
- American Academy of Pediatrics Committee on Children with Disabilities: The pediatrician's role in development and implementation of an Individual Education Plan (IEP) and/or an Individual Family Service Plan (IFSP). *Pediatrics* 1999; 104: 124-7. [Internet]. [Citado 24 Oct 2016] Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=6856707&pid=S0370-4106201000050000200001&Ing=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=6856707&pid=S0370-4106201000050000200001&Ing=es)
- Moran Aguilar, V., & Robles, A. L. M. Proceso de enfermería. *Uso de lenguajes NANDA, NIC y NOC. Modelos referenciales*. México, D.F.: Editorial Trillas; 2010.
- AEPNYA. *Protocolo del niño sano*. [Internet]. [Citado 26 Nov 2016]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/nino\\_sano\\_0-2\\_anos.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/nino_sano_0-2_anos.pdf)
- Medina, A. La estimulación temprana disponible (2002). Recuperado el 13 enero 2017 de [http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2002/mf02-2\\_4i.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2002/mf02-2_4i.pdf)
- Madrona, P. G., Contreras Jordán, O. R., Gómez Barreto, I. Habilidades motrices en la infancia y su desarrollo desde una actividad física animada. *RIE* [Internet]. 2008. [Citado 20 Nov 2016]; 47 Disponible en: <http://rieoei.org/rie47a04.htm>
- Coutiño, LB. Desarrollo psicomotriz. *Rev Mex Med Fis Rehab* 2002; 14 (2-4)
- Universidad Politécnica de Madrid. PINEF. Desarrollo motor. [Internet]. 2014 [Citado 20 Nov 2016] Disponible en: <http://futbolcarrasco.com/wp-content/uploads/2014/08/futbolcarrascoinef2curso7.pdf>
- Cancho Candela, R.. *Desarrollo psicomotor del Niño*. [Internet]. 2015 [Citado 20 Nov 2016] Disponible en: Disponible en: [http://ceipgarciaquintana.centros.educa.jcyl.es/sitio/upload/DESARROLLO\\_PSICOMOTOR\\_1.pdf](http://ceipgarciaquintana.centros.educa.jcyl.es/sitio/upload/DESARROLLO_PSICOMOTOR_1.pdf)
- Pérez, R. Desarrollo Psicomotor en la Infancia. Madrid: Ideasprom; 2015.

13. Maganto, C. *Desarrollo físico y psicomotriz en la etapa infantil*. [Internet]. 2015. [Citado 3 Ene 2017]; Disponible en: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:S9TUwjNZo-oJ:www.sc.edu.es/ptwmamac/Capi\\_libro/38c.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:S9TUwjNZo-oJ:www.sc.edu.es/ptwmamac/Capi_libro/38c.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec)
14. Penton Hernández, B. (2015). *Motricidad fina en la etapa infantil*. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:VN5k5LcPepsJ:ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%2520ESPECIAL/PSICOMOTRICIDAD%2520-%2520FISIOTERAPIA/CUALIDADES%2520MOTRICES/Motricidad%2520fina%2520en%2520la%2520etapa%2520infantil%2520-%2520Penton%2520-%2520art.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec>
15. Moreno, J. *El aprendizaje en el juego motriz en la infancia*. Facultad de Educación Universidad de Murcia. [Internet]. 2013. [Citado 3 Ene 2017]; Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:lwWBVGdXr9U-J:www.um.es/univefd/juegoinf.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec>
16. Ministerio de Salud Pública. (2015). *Instrumento para el llenado del Formulario 028 Test de Denver II*. MSP: Quito; Ecuador
17. Puente, E. *Relación existente entre el estado nutricional y el desarrollo psicomotriz de los niños de 4 a 5 años de la escuela Santiago Cantos Cordero* (Tesis Doctoral). Escuela Politécnica del Ejército. Quito, Ecuador). Recuperado el 7 de noviembre del 2016 de, <http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/5427/1/T-ESPE-033358.pdf>
18. Ternera, L. A. C. Relación entre el desarrollo personal social y los procesos evolutivos vinculados con el aprendizaje escolar en las áreas del lenguaje y la cognición. *Psicogente*, [Internet]. 2010. [Citado 3 Ene 2017]; 13(10). Disponible en: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/psicogente/article/view/449/446>

## SALUD INTEGRAL Y MIGRACIÓN: ABORDAJE TRANSCULTURAL DEL PROCESO ENFERMERO EN UN CASO CLÍNICO DEL PROGRAMA DE SALUD MIGRATORIA DE GINEBRA, SUÍZA

INTEGRAL HEALTH AND MIGRATION: CROSS CULTURAL APPROACH OF THE NURSING PROCESS IN A CLINICAL CASE OF THE MIGRATORY HEALTH PROGRAM OF GENEVA, SWITZERLAND

SAÚDE INTEGRAL E MIGRAÇÃO: ABORDAGEM INTERCULTURAL DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM CASO CLÍNICO DO PROGRAMA DE SAÚDE MIGRADORA DE GENEBRA, SUÍÇA

**Katia Marina**

*Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.*

katiamarinacom@gmail.com

ORCID: 0000 0002 8513 4221

DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v6i2.1512>

Recibido: 05/04/2017

Aceptado: 10/11/2017

### RESUMEN

La ola migratoria que se inició en Europa en 2015 alteró notablemente la relativa estabilidad política y social asentada desde hacía más de una década en el continente. El aumento inesperado de la cantidad de refugiados y su procedencia extra europea, sus diferencias culturales y lingüísticas y los motivos trágicos de su exilio, no podían sino plantear nuevos y urgentes retos en cuanto a su integración y atención socio sanitaria en los Estados de destino. Suiza recibió entre 2011 y 2016 más de 140.000 solicitudes de asilo y 2015 fue el año de mayor afluencia con casi 40.000 solicitudes, contra poco más de 27.000 en 2016. El 5,6% del total nacional fue asignado al Cantón de Ginebra, donde todo individuo relacionado con el trámite de asilo es asistido por programas de atención socio sanitaria públicos y específicos, que garantizan su accesibilidad a todos los servicios de salud. El objetivo es, a través del Modelo Transcultural de los Cuidados Enfermeros, poner de manifiesto aspectos relevantes de la atención sanitaria de solicitantes de asilo e identificar la incidencia del abordaje transcultural en la elaboración del plan de cuidados. Este trabajo se presenta como un estudio descriptivo de corte transversal y se basa en el Proceso Enfermero de un caso clínico, realizado en el Programa de Salud Migratoria de Ginebra, en enero de 2017.

**Palabras clave:** Enfermería Transcultural, Emigración e Inmigración, Asilo, Refugiados, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Suiza

### ABSTRACT

The migratory wave that began in Europe in 2015 markedly modified the relative political and social stability that had been established in the continent for more than a decade. The abrupt increase in the number of refugees and their extra-European origin, their cultural and linguistic differences and the tragic reasons of their exile, could not but raise new and urgent challenges in terms of their integration and socio-health care in the States of destination. Switzerland received more than 140,000 asylum applications between 2011 and 2016 and 2015 was the year of greatest influx with almost 40,000 applications, versus just over 27,000 in 2016. 5.6% of the country's total was allocated to the canton of Geneva, in which specific health care programs assisted them. This work is based on the Nursing Process of a clinical case carried out in the Migratory Health Program of the Canton of Geneva, in January 2017. The objective is, through the Cross-Cultural Model of Nursing Care, to highlight aspects of care health of asylum seekers and identify the impact of the cross-cultural approach in the Health Process of this population.

**Keywords:** Transcultural Nursing, Emigration and Immigration, Asylum, Refugees, Health Services Accessibility, Switzerland

## RESUMO

A onda migratória que começou na Europa em 2015 modificou marcadamente a relativa estabilidade política e social que havia sido estabelecida no continente por mais de uma década. O aumento abrupto do número de refugiados e a sua origem extra-europeia, as suas diferenças culturais e linguísticas e as trágicas razões do seu exílio não poderiam deixar de criar desafios novos e urgentes em termos de integração e cuidados sócio-sanitários em os Estados de destino. A Suíça recebeu mais de 140 mil pedidos de asilo entre 2011 e 2016 e 2015 foi o ano do maior afluxo com quase 40 mil pedidos, contra pouco mais de 27 mil em 2016. Foram atribuídos 5,6% do total do país ao cantão de Genebra, em que específicos Os programas de cuidados de saúde os assistiram. Este trabalho baseia-se no Processo de Enfermagem de um caso clínico realizado no Programa de Saúde Migratório do Cantão de Genebra, em janeiro de 2017. O objetivo é, através do Modelo Transcultural de Cuidados de Enfermagem, destacar aspectos da saúde do cuidado de requerentes de asilo e identificar o impacto da abordagem transcultural no Processo de Saúde desta população

**Palavras-chave:** Enfermagem Transcultural, Emigração e Imigração, Asilo, Refugiados, Acesso aos Serviços de Saúde, Suíça

## INTRODUCCIÓN

Entre los mitos fundacionales helvéticos son reconocidos el de la cultura del consenso, la coexistencia pacífica entre comunidades lingüísticas muy diversas y su estatuto de país neutral, reconocido en 1815 como garantía de integridad e inviolabilidad de su territorio. Suiza debe además su reputación humanitaria a la fundación (1863) y acción de la Cruz Roja Internacional y ambas imágenes se superponen hasta en sus banderas: cruz blanca sobre fondo rojo para Suiza y cruz roja sobre fondo blanco para la Cruz Roja Internacional (1). Adyacentes a estos mitos se halla el de Suiza tierra de asilo, que enlaza la temática actual de la inmigración con la política migratoria estatal. Este mito hunde sus raíces en una tradición de hospitalidad, que desde el siglo XVII y hasta principios del XX se les brindó a víctimas de persecuciones religiosas y políticas, refugiados cuyo capital y conocimientos técnicos beneficiaron considerablemente la economía y la intelectualidad suizas (1).

El siglo XX y sus conflictos globalizados trajeron nuevas problemáticas migratorias al Estado y muy controvertida fue su política durante la Segunda Guerra Mundial, cuando se rechazaron a refugiados judíos por no constituir su religión un motivo suficiente para otorgarles el asilo político (2). La segunda mitad del siglo aportó una inmigración económica proveniente del sur de Europa y finalizó en los 90 con la llegada de refugiados de los Balcanes durante las guerras de Yugoslavia y Kosovo.

La inmigración balcánica resultó ser precursora de la ola de 2015 y 2016, en la medida en que se trata en ambos casos de una inmigración de índole bélica y política, en la que intervienen factores socio-económicos subyacentes. Mientras que el origen de la primera permaneció acotado a países europeos,

implicando determinada interfaz cultural con el país de destino, la segunda desestabilizó considerablemente la política y sociedad suizas, en parte por sus proporciones, pero sobre todo por su diversidad geográfica y socio-económica, sus diferencias culturales y lingüísticas y las circunstancias dramáticas que la desataron. Esta nueva configuración planteó por lo tanto la necesidad de una adaptación urgente del sistema de atención socio-sanitaria a poblaciones con características bio-psico-sociales y culturales muy particulares.

En cuanto a política migratoria, las bases legales del derecho de asilo suizo son las dictadas por la Ley nacional de asilo de 1998 y la Convención de Ginebra de 1951. Ambas determinan que la cualidad de refugiado es atribuida en forma individual a "quienes, en su Estado de origen o de su última residencia son expuestos a serios perjuicios o temen serlo en forma justificada, debido a su raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas" (3). El derecho de asilo es de la competencia exclusiva de la Confederación y los cantones son los ejecutores de sus decisiones. Una vez presentada la solicitud y conformado el expediente, la residencia y atención de los solicitantes son atribuidas a uno de los 26 cantones, hasta el fallo de las autoridades federales. Los menores no acompañados (*MNA por Mineurs non accompagnés*) son evaluados mediante un procedimiento especial, ya que estos casos se contemplan en virtud del interés superior del niño (4).

27.207 solicitudes fueron registradas en 2016, lo cual llevó a la población total vinculada con el asilo (refugiados reconocidos, solicitantes y rechazados) a 118.284 personas, cerca del 1,5% de la población nacional. 5.178 (19%) personas provenían de Eritrea, 3.229 (11.9%) de Afganistán, 2.144 (7.9%) de Siria, 1.581 (5.8%) de Somalia y 1.373 (5.0%) de Sri Lanka. Irak figura en sexta posición, con 1.312 solicitudes (4.8%), seguido por Nigeria con 1.106 (4.1%) y Gambia con 1.054 personas (3.9%). Etiopía (1.036) y Guinea (900) ocupan respectivamente el noveno y décimo rango (5).

En un total de 31.299 casos tratados en primera instancia para 2016, el 19% (5.985) de las solicitudes fueron aceptadas, el 35% (10.983) rechazadas, mientras que el 30% (9.393) cayeron bajo la sanción de una No Admisión al Trámite (*Non Entrée en Matière* abreviado en *NEM*), ya que los solicitantes no presentaron documentos de identidad, o fueron previamente registrados en otro país de la Unión Europea (5). En efecto, la Convención de Dublín, que rige los procesos de postulación al asilo, estipula que todo trámite debe ser realizado en el país oficial de ingreso a la Unión Europea, Grecia e Italia en su gran mayoría.

De los solicitantes NEM o rechazados, 7.369 (23,5%) obtuvieron una admisión provisional por conflictos vigentes en los países de origen o, en algunos casos, por razones médicas que exigían un tratamiento médico inmediato (5). Una vez resuelta la causa de la prórroga, una sanción de apoyo a la expulsión inmediata (*soutien au renvoi immédiat*) puede ser pronunciada en cualquier momento por la autoridad federal. Si bien pueden legalmente apelar contra ella, la gran mayoría de los solicitantes rechazados que no abandonan el territorio, sea por voluntad propia o bajo custodia en vuelos especiales, pasan a

la ilegalidad. Acorde a la repartición decidida por la Confederación, el cantón de Ginebra recibe el 5,6% del flujo migratorio nacional (6). Esto significó para el 2016 1.656 entradas, llevando el número de individuos transitando por el proceso de asilo a 4.393 a finales de año, a las cuales se sumaron 2.556 que obtuvieron el estatuto de refugiado. Para una población total de 493.706 personas, la demografía del asilo representó 1,4%, prevaleciendo al igual que a nivel nacional solicitantes de Eritrea, Afganistán, Siria, Somalia y Sri Lanka (7).

## **PROGRAMA DE SALUD MIGRATORIA (PROGRAMME SANTÉ MIGRANTS) EN GINEBRA**

Toda persona que transita por el trámite de asilo es amparada por el Estado en su atención socio sanitaria (alojamiento, salud, aprendizaje del idioma y escolaridad de los niños) a través y a criterio de los cantones, según una repartición de los costos regida por la Ley de Asilo (LAsi). Ginebra y su vecino Vaud son los únicos en incluir la atención socio sanitaria de los solicitantes de asilo dentro de su política pública, mientras que los demás cantones delegan estos aspectos a ONG's (8).

El Programa de Salud Migratoria (PSM) fue creado en 1993 a iniciativa de la Cruz Roja ginebrina y vinculado a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG) a partir de 1999, dentro del Departamento de Medicina Comunitaria, de Atención Primaria y de Emergencia (*Médecine Communautaire, de Premier Recours et des Urgences*) (9). El PSM forma parte de la Red Salud para Todos (*Réseau Santé pour Tous*) de los HUG y atiende a toda persona relacionada con el proceso de asilo, ya sean refugiados reconocidos, solicitantes en trámite o rechazados y personas en situación de clandestinidad. Su misión apunta a "garantizar la calidad y seguridad de los cuidados, teniendo en cuenta las barreras lingüísticas, socioeconómicas y culturales que puedan limitar la accesibilidad de la población diana al sistema de cuidados" (10). Sus acciones son coordinadas en conjunto y se llevan a cabo desde distintas estructuras geográficamente repartidas en el cantón.

*L'Accueil du Bouchet* es el punto de llegada de los solicitantes asignados al cantón de Ginebra y lugar donde se realiza la primera consulta de Enfermería, sin servicio de intérprete. En ésta se lleva a cabo una breve anamnesis y exploración física para la detección de las enfermedades infecto contagiosas más prevalentes en esta población, en particular escabiosis y tuberculosis. Esta primera instancia sanitaria, exclusivamente manejada por Enfermería, tiene por objetivo establecer las bases de un vínculo terapéutico de confianza, así como orientar a los recién llegados hacia las siguientes etapas de su proceso de atención.

El alojamiento de los solicitantes es de autoridad del Servicio Social (*Hospice Général*) del Cantón de Ginebra. Éstos son integrados a una vivienda en función de la conformación del núcleo familiar: parejas o madres con hijos permanecen en hogares, mientras que varones solteros son dirigidos transitoriamente hacia refugios subterráneos antiatómicos acondicionados para vivienda. La mayoría de los hogares, cuya capacidad pue-

de rondar los 400 cupos, cuentan con atención de Enfermería del PSM. Esta se traduce por un servicio de consultas sin número, un seguimiento por agenda para casos particulares y la realización de una Evaluación de Salud Inicial (ESI), consulta profundizada de una hora y media de duración con servicio de intérprete. En esta segunda instancia se profundizan los puntos abordados en el *Accueil du Bouchet*, agregando aspectos psicosociales, vinculados con la trayectoria migratoria y los eventuales traumatismos sufridos en su transcurso. A partir de la ESI se implementa un proceso de atención integral, que incluye la atribución de un médico de cabecera, la coordinación de consultas con algunos especialistas (oftalmología, ginecología) y un seguimiento con Enfermería si procede o el paciente lo desea. Ningún hogar cuenta con atención médica, lo que hace la consulta de enfermería de vital importancia para tareas de prevención y detección de enfermedades, promoción de la salud y contención psicológica.

En tercer lugar, el Centro Médico des Charmilles (*Centre Médical des Charmilles*) es el centro médico de referencia del PSM. En él se desarrollan las ESI de los solicitantes cuyo alojamiento no cuenta con Enfermería, se efectúan gran parte de las consultas de medicina general, se implementa el esquema vacunal y realizan paraclínicas, administración de medicación intramuscular y endovenosa, consultas de enfermería sin número y de seguimiento.

## **LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL**

El aumento y diversidad de los flujos migratorios iniciados a partir de la segunda mitad del siglo XX han transformado no sólo la composición demográfica de las sociedades, sino también sus paradigmas socioculturales. Nuevas tecnologías y enfermedades emergentes influyen desde entonces sobre la comunidad y las distintas disciplinas, tanto humanísticas como científicas. Desde de la Antropología emerge un nuevo concepto de Cultura como constructo holístico, que determina creencias, hábitos y comportamientos de quienes la comparten (11). Madeleine Leininger (1925-2012) introduce la noción de Cultura en la disciplina Enfermera al fundar, en la década de 1950, el campo de la Enfermería Transcultural (ETC). Leininger define la ETC como "un área de estudio y trabajo centrada en el cuidado y basada en la cultura, creencias, valores y prácticas de las personas en torno a su salud (...)" El unir la práctica enfermera con el conocimiento antropológico permite por ende ofrecer un mejor sistema de cuidados a usuarios culturalmente heterogéneos (12).

Aplicando sus convicciones a su propia trayectoria académica y profesional, Leininger acumuló una Maestría en Enfermería (*Master of Science in Nursing*) con un Doctorado en Antropología Social, desempeñó cargos docentes en las Universidades de Cincinnati y Colorado y ejerció el decanato en las de Washington y Utah. En 1970 "Enfermería y Antropología: dos mundos para unir" (*Nursing and Anthropology: two worlds to blend*) es su primer libro sobre Enfermería Transcultural, seguido por una intensa labor de investigación dedicada a unir la práctica sanitaria con el conocimiento antropológico.

Para implementar un plan de cuidados adaptado a poblaciones culturalmente diversas, son fundamentales la formación teórica del profesional de la salud y la consiguiente elaboración de una consulta de Enfermería específicamente diseñada para dichas poblaciones. Por formación teórica se entiende la previa adquisición de conocimientos generales acerca de las comunidades prevalentes y sus particularidades culturales -incluyendo aspectos étnicos, religiosos y lingüísticos- que le permiten al profesional conducir la consulta en respeto de los códigos y sensibilidad del usuario. De esta manera, se realiza una recolección de datos enfocada en los factores determinantes de salud más relevantes para la atención sanitaria de poblaciones migrantes: hábitos y estilo de vida, organización socio-familiar, dimensión filosófico-religiosa, factores político-legales, económicos y educacionales (12).

El PSM cuenta con un servicio de interpretación simultánea, en el caso de no existir un idioma de interfaz entre usuario y profesional. Es esta labor de particular importancia, ya que al acceder con mayor facilidad al lenguaje verbal y no verbal, el intérprete desempeña a menudo un rol de mediador cultural dentro del equipo multidisciplinario. Conocer las prácticas y creencias vigentes en individuos y comunidades en torno a su proceso de salud enfermedad constituye el punto de partida para diseñar objetivos e intervenciones culturalmente congruentes. Este *modus operandi* se basa en la convicción de que los propios usuarios pueden orientar a los profesionales respecto a los cuidados que desean o necesitan recibir y determinan las tres modalidades que guían las acciones de Enfermería al respecto: preservación, negociación y reestructuración del cuidado cultural (12). Preservar las creencias y hábitos del usuario, negociar con los medios ofrecidos por el entorno de acogida y reestructurar el plan de cuidados en función de ambas dimensiones. La calidad del diálogo y del entendimiento entre profesional y usuario son por lo tanto esenciales para que éstos definan en conjunto qué decisiones y cuidados son los más apropiados.

## CASO CLÍNICO

El caso clínico presentado a continuación se basa en dos instancias de Enfermería del PSM: la consulta inicial del *Accueil du Bouchet* y la Evaluación de Salud Inicial (ESI) del Hogar de Saconnex (*Foyer de Saconnex*), respectivamente realizadas el 16 y 23 de enero de 2017. La consulta inicial se llevó a cabo sin intérprete, mientras que se dispuso para la ESI de un servicio de intérprete para el árabe.

N. es una mujer eritrea de 31 años que ingresó al territorio suizo con su hija de 6 años y embarazada de su hijo, nacido en Suiza en enero de 2017. Su idioma materno es el tigrinya y domina además el árabe, pues residió en Sudán durante los últimos cuatro años. Su familia se encuentra repartida entre Eritrea y Sudán, incluido su hijo mayor de 11 años, permanecido en este último país a cargo de una amiga. Afirma su pertenencia a la religión cristiana ortodoxa, no cuenta con ningún nivel de instrucción y refiere haber desempeñado trabajo doméstico como única fuente de ingreso. Partió de Sudán en junio de 2016 para

Libia, donde relata haber sido víctima de malos tratos en repetidas ocasiones durante sus seis meses de estadía. El barco en que emprendió la travesía del Mediterráneo naufragó y tras ser auxiliada por la Marina italiana, permaneció internada tres semanas en un hospital de Milán por complicaciones relacionadas con su embarazo. Llegó finalmente al Centro de Registro suizo de Vallorbe el 23 de diciembre de 2016 para depositar su solicitud de asilo y fue asignada al cantón de Ginebra tras el nacimiento de su hijo.

N. se encuentra cursando un puerperio mediato sin complicaciones fisiológicas y no refiere antecedentes médico quirúrgicos. Relata un patrón de sueño alterado por el proceso de lactancia y se observa un buen grado de afrontamiento, a pesar de la precariedad de su situación. En efecto, su ingreso a la Comunidad europea por Italia implicará a la brevedad una sanción de No Admisión al Trámite (NEM) y la probable expulsión hacia este último país. Su desconocimiento del francés, así como su analfabetismo constituyen factores de riesgo en cuanto a sus perspectivas de integración y autonomía financiera en el país de destino. La escolarización inmediata de su hija, el buen vínculo que se observa entre ambas y su disposición para mejorar sus conocimientos actúan como factor protector en ese mismo proceso. Del cuestionario específico aplicado durante la ESI, no sobresalieron elementos suficientes para establecer un diagnóstico de síndrome posttraumático vinculado con las sevicias padecidas en Libia. Tampoco se abordó el tema de la contracepción, que implica crear un vínculo terapéutico de confianza a más largo plazo.

A partir de la ESI se establecieron dos diagnósticos prioritarios en el proceso de atención de la usuaria según la taxonomía NANDA (13). En primer lugar, se identificó un Aislamiento social (00053) relacionado con diferencias culturales y desconocimiento del idioma, manifestado por ausencia de referencias y redes de apoyo. Con el objetivo de desarrollar el Soporte social (NOC 1504), se planteó como primera intervención Aumentar los sistemas de apoyo (NIC 5440), vinculando a N. con la comunidad eritrea, ya que sus representantes integrados en la sociedad ginebrina pueden actuar como interfaz cultural y a su vez ejercer un rol de contención. En segundo lugar, se apuntó a Potencializar su sociabilización (NOC 5100) y para ello incentivar su proceso de alfabetización y aprendizaje del francés, mediante los programas estatales a disposición y la red de profesores voluntarios. La próxima escolarización de su hija se considera como un factor de integración esencial y le permitirá a N. vincularse con padres suizos y extranjeros, que conforman el tejido sociodemográfico de la ciudad. El segundo diagnóstico establecido fue Riesgo de cansancio en el rol de cuidador (0062) relacionado con cuidados a hijo recién nacido e hija de seis años bajo responsabilidad exclusiva. Con el objetivo de detectar y prevenir Factores estresantes en el cuidador (NOC 2208), se orientaron las intervenciones al Apoyo en toma de decisiones (NIC 5250) y Apoyo en el rol de cuidador (NIC 7040), facilitando el acceso de N. al servicio de guardería del hogar y su enlace con el Servicio Social.

El plan de cuidados elaborado para N. apuntó principalmente a facilitar su proceso de adaptación y paulatinamente, otorgarle

herramientas que habilitaran su integración y el de su núcleo familiar. Sin embargo, la usuaria explicitó que el cuidado de su hijo recién nacido constituía por el momento su prioridad y que no deseaba acceder inmediatamente a los programas de enseñanza de francés. El interés por preservar los hábitos y creencias de la usuaria y a su vez la voluntad de fomentar su proceso de autonomización llevaron al equipo de Enfermería a reestructurar el plan de cuidados. Se estableció en conjunto con N. un nuevo cronograma para sus actividades de aprendizaje y consultas semanales de seguimiento que permitieran evaluar periódicamente el proceso de atención.

## REFLEXIONES FINALES

La Cultura, en su definición holística, constituye un factor determinante en la concepción de una enfermedad, de sus causas y de su abordaje terapéutico. Diferencias ideacionales acerca del Proceso de Salud-Enfermedad pueden por lo tanto incidir notablemente en la adhesión del usuario al plan de cuidados propuesto por el profesional. Uno de los aspectos más relevantes de la atención sanitaria brindada en el PSM fue la negociación y reestructuración del cuidado observadas en la mayoría de las situaciones, incluido el caso clínico presentado. Esta dinámica se justifica por las especificidades culturales de los usuarios y hacen a menudo imprescindible la intervención de intérpretes o mediadores culturales. El resultado de este proceso conjunto entre usuario y equipo de salud puede por ende alejarse notablemente de las pautas establecidas por el paradigma sanitario suizo, él mismo producto de la cultura helvética. Dicha realidad incentiva la reflexión acerca de las pautas éticas y conceptuales que lideran la construcción de una política de salud migratoria, las herramientas teórico-prácticas necesarias para su implementación y su impacto en el PSE de la población atendida.

A través del plan de cuidados implementado en el caso clínico, se pudo comprobar la incidencia del abordaje transcultural en su elaboración y así alcanzar el objetivo propuesto para este trabajo. En efecto, el respeto por las particularidades culturales y socioeconómicas de la usuaria, así como por sus decisiones en cuanto al PSE del núcleo familiar guiaron el Proceso Enfermero y permitieron su reestructuración en base a un compromiso entre ambas partes.

Así pues, la misión del PSM se cumple mediante la decisión política de considerar la salud migratoria como una problemática pública y la consiguiente implementación de estrategias que garantizan una dotación adecuada en recursos humanos y materiales y aseguran la accesibilidad de la población diana a los servicios del Programa. El nivel de competencia de los Profesionales Médicos y de Enfermería, su capacitación en Salud Migratoria y el trabajo en red de todas las estructuras del PSM constituyen las herramientas que sostienen la continuidad y coherencia de la atención. Estas acciones conjuntas generan un impacto positivo en la calidad de la atención sanitaria de las personas migrantes y constituyen un eslabón esencial en su proceso de adaptación e integración social.

**Cómo citar este artículo:** Marina, K. Salud integral y migración: abordaje transcultural del Proceso Enfermero en un caso clínico del programa de salud migratoria de Ginebra, Suiza. Enfermería (montev.). [Internet]. 2017 Dic. [citado xxxx]; 6 (2) 45-50. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v6i2.1512>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parini, L. La Suisse terre d'asile: un mythe ébranlé par l'histoire. En: Revue européenne des migrations internationales, Vol. 13, n°1,1997: Págs. 51-69; DOI: 10.3406/remi.1997. [Internet] [consultado 2017 Jun 06] Disponible en: [http://www.persee.fr/doc/remi\\_0765-0752\\_1997\\_num\\_13\\_1\\_1532](http://www.persee.fr/doc/remi_0765-0752_1997_num_13_1_1532)
2. Häslser, AA. La barque est pleine: La Suisse, terre d'asile? La politique de la Confédération envers les réfugiés, de 1933 à 1945. Zurich: Ed. M; 1992.
3. Agencia de la ONU para los Refugiados ACNUR, La Convención de 1951: Pág. 2 [consultado 2017 Jun 06] Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/0005>
4. Secrétariat d'État à la Migration (SEM), Manuel Asile et retour. Article C10 Requérents d'asile mineurs non accompagnés. Feb 2016. [Internet] [consultado 2017 Jun 06] Disponible en: <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/asyl/verfahren/hb/c/hb-c10-f.pdf>
5. Secrétariat d'État à la Migration (SEM), Statistique en matière d'asile 2016. Berne-Wabern: Jan 2017 [Internet] [consultado 2017 Jun 06] Disponible en: <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/statistik/asylstatistik/2016/stat-jahr-2016-kommentar-f.pdf>
6. Secrétariat d'État à la Migration (SEM), Répartition des réquérents d'asile selon les cantons. 2012. [consultado 2017 Jun 06] Disponible en: [https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/asylverfahren/empfang/verteilung\\_der\\_asylsuchenden.html](https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/asylverfahren/empfang/verteilung_der_asylsuchenden.html)
7. République et Canton de Genève, Statistiques Cantonales 2016. Genève: 2017 Mar. [Internet][consultado 2017 Jun 06] Disponible en: [http://www.ge.ch/statistique/domaines/aperçu.asp?dom=01\\_02s](http://www.ge.ch/statistique/domaines/aperçu.asp?dom=01_02s)
8. International (Centre for Migration Policy Development (ICMPD). Les soins de santé pour les migrants sans papiers en Suisse. Université de Neuchâtel; 2011. [Internet] [consultado 2017 Jun 06] Disponible en: [https://www.unine.ch/files/live/sites/sfm/files/nouvelles%20publications/factsheet\\_policies\\_fr\\_small.pdf](https://www.unine.ch/files/live/sites/sfm/files/nouvelles%20publications/factsheet_policies_fr_small.pdf)
9. Bel Hammar F. Présentation du PSM. Haute École de Santé Suisse HedS-GE. Genève: 2009. [consultado 2017 Jun 06] Disponible en: [https://www.ecolelasource.ch/fichiers-stages/document/Presentation\\_du\\_PSM\\_juin\\_2009.pdf](https://www.ecolelasource.ch/fichiers-stages/document/Presentation_du_PSM_juin_2009.pdf)
10. Hôpitaux Universitaires de Genève HUG. Réseau Santé pour Tous. Mission. Última actualización 2017 Jun 20 [Internet] [consultado 2017 Jun 06] Disponible en: <https://www.hug-ge.ch/reseau-sante-pour-tous>

11. Bonill de las Nieves C. Celdrán Mañas M. El cuidado y la cultura: Génesis, lazos y referentes teóricos en enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2012 Sep [consultado 2017 Jun 17; 21(3)]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962012000200011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000200011&lng=es).
12. Leininger, M. *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practices*. New York: McGraw Hill, 1975 Columbus OH 1998: McGraw Hill citado en *Cultura de los Cuidados*, 2º Semestre, N.º 6, Editorial,1999: [Internet][consultado 2017 Jun 06] Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5126/1/CC\\_06\\_01.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5126/1/CC_06_01.pdf)
13. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. Barcelona: Elsevier; 2016.

# Normas Editoriales

# NORMAS EDITORIALES

La Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* es editada como publicación oficial de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay para la difusión del conocimiento de la disciplina y ciencias afines a nivel nacional e internacional.

La Revista aceptará para su publicación artículos originales e inéditos, reservándose los derechos exclusivos para la publicación de los trabajos seleccionados. Los trabajos presentados no pueden presentarse de forma simultánea a otra revista. Los conceptos, juicios y opiniones contenidos en los artículos serán de responsabilidad de los autores.

La Revista tiene dos números al año: el número de diciembre cubre el período del 1ero de enero al 31 de junio del año siguiente; y el número de junio cubre el período del 1ero de julio al 31 de diciembre del mismo año.

## Sistema de Evaluación y Arbitraje

El sistema de evaluación es doble ciego. Puede otorgarse la aceptación de la investigación, la aceptación con cambios o el rechazo de los artículos. Los resultados deberán ser elaborados en la revisión por al menos dos pares evaluadores uno interno y otro externo a la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. Estos resultados serán informados oportunamente al autor principal, a través de una carta o email, de parte del editor responsable. En caso de controversia, el Comité Editorial votará a mano alzada la publicación o rechazo del artículo, para tomar una decisión se necesita una mayoría simple.

El orden de las publicaciones queda a criterio del consejo editorial. En caso de existir conflictos de intereses entre los autores y determinados expertos nacionales o extranjeros, los autores adjuntarán una nota confidencial en un sobre sellado dirigido a los Editores de la Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* indicando el nombre de las personas que no se desea participen en el proceso arbitral. Esta información será manejada en forma estrictamente confidencial. Los trabajos seleccionados serán de propiedad de la revista y publicados, a menos que el autor principal remita por escrito la decisión de retirar el artículo para su publicación.

El proceso de evaluación consta de 4 etapas en un total aproximado de 7 semanas

- 1) Revisión del Editor a cargo (1era a 3era semana)
- 2) Revisión del Consejo Editorial (4ta semana)
- 3) Revisión y devolución de árbitros (5ta a 7ma semana)

## Consideraciones éticas

La Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* adhiere a los principios éticos universales como el contribuir al bien común con los aportes que la revista realice a la sociedad y en particular al conocimiento de las disciplinas, igualdad de oportunidades de publicar artículos en igualdad de condiciones que cumplan con la normativa establecida previamente. Rechaza cualquier tipo de discriminación individual o grupal, protege la discreción y confidencialidad al mantener en reserva el nombre de los autores de los trabajos recibidos, el nombre de los pares y los artículos seleccionados para la publicación, veracidad de la información otorgada y transparencia en todas las etapas del proceso de selección y publicación de los artículos seleccionados. La Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* asume que cada investigación a publicar ha cumplido previamente el requisito de ser evaluada por el respectivo comité de Ética, quedando de tal forma claramente estipulado el procedimiento utilizado para obtener el consentimiento informado. De este modo existe constancia que se aseguró el anonimato y la confidencialidad de las personas involucradas en la investigación.

## Formato de los trabajos

Los escritos se realizarán en letra CAMBRIA tamaño 12, interlineado a espacio y medio con margen de 3 cm. en toda la página. Los anexos, las tablas, fotos u otras figuras, irán al final del cuerpo del trabajo en el mismo archivo. La extensión del texto tendrá como máximo 12 páginas en el caso de artículos y recensiones, 20 páginas para investigaciones, 10 páginas para avances de investigaciones en curso y 2 páginas para otras publicaciones. Se enviará el trabajo a los evaluadores por la vía de correo electrónico a [ecuidadoshumanizados@ucu.edu.uy](mailto:ecuidadoshumanizados@ucu.edu.uy) en formato Word, para la revisión del mismo. En caso de existir conflicto de intereses de algún tipo los autores deben informarlo al editor de la Revista.

## Normas para autores

Trabajos que se podrán presentar y normas exigidas: Los artículos de investigación se compondrán de título y resumen en español, inglés y portugués; cuatro palabras clave basadas en los Descriptores de Ciencias en la Salud; introducción; material y método; resultados; discusión y conclusiones o consideraciones finales; referencias bibliográficas. Se aceptarán trabajos de investigación vinculados a la Enfermería y a aportes de otras profesiones que estén relacionados a los cuidados en el proceso de salud-enfermedad. También pueden publicarse artículos relacionados con aspectos metodológicos del proceso de investigación.

## Guía de organización para trabajos de investigación

**Autores:** Los autores se publicarán con nombre y apellido sin títulos académicos y con su filiación académica nombrando solamente la Universidad o Institución acompañado de la ciudad y el país. El primer autor irá acompañado de su correo electrónico. A modo de ejemplo:

**Juan Pérez**  
Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay.  
ORCID: 0000-0000-0000-0000  
juanperez@correo.com

**Título:** Debe ubicarse en la primer página, debe ser concreto reflejando lo que contiene el trabajo, con letra mayúscula (en español, inglés y portugués), con no más de 15 palabras, las que incluirán los descriptores.

**Resumen:** Se enviará redactado (no por ítems independientes) en idioma español, inglés y portugués. Debe contener objetivos, metodología, resultados y conclusiones, con cuatro palabras clave. Tendrá como máximo 900 caracteres y 250 palabras escritas con interlineado simple. Los trabajos pueden ser escritos en lengua materna pero el título y resumen irán en los 3 idiomas mencionados.

**Palabras clave:** Al final del resumen se deberá especificar un mínimo de 4 palabras clave que identifiquen el contenido del trabajo. Se deben emplear términos del tesoro MeSH (Medical Subject Headings), como también consultar una edición en español del MeSH elaborado por Bireme "Descriptores de Ciencias de la Salud (DeSC)". El control de las palabras permitirá introducirlas a bases de datos nacionales e internacionales

**Introducción:** Debe contener, al menos: a) Problema específico de estudio de la investigación y como se abordará. Formulación del qué y porqué de la investigación; b) Revisión de antecedentes, que justifica el trabajo de investigación, con las citas que dan reconocimiento de estudios anteriores que se relacionan específicamente con el trabajo; c) Objetivos, o enunciado formal del fin que se persigue. El objetivo debe indicar en forma inequívoca qué es lo que el investigador intenta observar y medir, redactados en forma afirmativa.

**Metodología:** Definir: Diseño del estudio, lugar y tiempo en que se realizó, población estudiada y características relevantes para la interpretación de los resultados. Universo, selección y tipo de muestra, instrumentos, materiales y estrategia de recolección de la información, procedimientos. Si se utilizaron instrumentos de medición, se deberá especificar nombre del fabricante. Describir los sujetos o participantes, incluyendo elegibilidad y criterios de exclusión así como una descripción de la población de origen. Describir observaciones, métodos estadísticos empleados y el nivel de significación estadística establecido previamente para atribuir a los resultados. Indicar tipo de análisis y software utilizado. Se explicará quién, cómo, cuándo y dónde compiló la información. Asimismo, se informará las dificultades halladas, se informará si hubieron colaboraciones.

Señalar (si corresponde) la obtención del consentimiento informado de los participantes. Deberá presentar una declaración de aprobación del proyecto, o si está exonerado de la necesidad de una revisión por un Comité de Ética. De acuerdo a ello, se resolverá si es necesario la aprobación por parte de un CE o se incluye una declaración que indique que la investigación se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki.

**Resultados:** Deberán presentarse con un orden lógico y tener un análisis estadístico satisfactorio (si corresponde). Se incluirán tablas o gráficos, numeradas, y tituladas expresando concisa y claramente su contenido. Los Gráficos deben estar en blanco y negro. Solo destaque o sintetice en el texto los fenómenos importantes.

**Discusión:** A la luz de los resultados y con los antecedentes y conceptos establecidos realizar un diálogo, interpretando y comparando los fenómenos y datos encontrados a la luz de lo planteado en otros estudios (antecedentes).

**Conclusiones / Consideraciones finales:** Sobre la base de los objetivos en las conclusiones, se evalúa el alcance de los mismos y el grado de cumplimiento en todo el proceso. Agregue los aspectos nuevos y limitaciones que tiene el estudio, elaborando proyecciones o nuevas hipótesis si lo considera importante. Establezca algún grado de generalización y recomendaciones según lo considere pertinente.

**Referencias bibliográficas:** Aportar las fuentes utilizadas para llevar a cabo el trabajo de investigación. Se sugiere no menos de 15 referencias. Todas las citas en el texto deben aparecer en la lista de referencias bibliográficas. Estas y la lista final se deben presentar utilizando el Estilo "de Vancouver", según el cual las referencias deben citarse en el texto con números arábigos consecutivos, entre paréntesis, de acuerdo a su aparición.

Para ampliar más ejemplos de cómo escribir las referencias, se puede consultar la página de la National Library of Medicine (NLM): [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

### Modelos de citas y referencias

Las referencias en el texto se presentan en el orden que aparecen y se citan con un paréntesis al final de la oración y antes del punto.

Este estudio se realizó de acuerdo a la teoría de cuidado humanizado de Jean Watson obligando a reflexionar acerca de las competencias pertinentes (1). Junto con lo anterior se toma una visión genealógica entendida por Michel Foucault (2).

### Libro:

Autor (Apellidos Inicial del nombre). Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año.

Marriner Tomey A, Allgood MR. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.

## Autoría

Sólo deben constatar como autores quienes hayan tomado parte en el trabajo de manera suficiente como para responsabilizarse públicamente del contenido. Además todos los autores deberán estar calificados para ello. Cuando se envía un manuscrito se requiere que se adjunte hoja de Declaración de responsabilidad del autor y derechos de autor confirmando que el trabajo es inédito, que no ha sido publicado anteriormente en formato impreso o electrónico y que no se presentará a otro medio antes de conocer la decisión de la revista. Además de la transferencia de derechos de autor a la Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados*.

A partir del número de diciembre 2016 se pide que los autores sean parte en el registro de identificación Orcid, el cual garantiza la identidad de los autores. Más información en: <http://orcid.org/>

*Enfermería: Cuidados Humanizados*, promueve y apoya el movimiento de acceso abierto al conocimiento como bien común, por lo que la revista provee acceso libre e inmediato a su contenido y sus ediciones no tienen cargos ni para el autor ni para el lector, bajo el principio de que ofrecer a la sociedad en general la producción científica y académica, sin restricciones, contribuye a un mayor intercambio del conocimiento global.

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL AUTOR Y DERECHOS DE AUTOR

### I) RESPONSABILIDAD DEL AUTOR

TÍTULO COMPLETO DEL ARTÍCULO EN ESPAÑOL, INGLÉS Y PORTUGUÉS

PALABRAS CLAVE – KEYWORDS – PALAVRAS CHAVE DEL ARTICULO

CATEGORÍA A LA QUE PERTENECE SU ARTÍCULO EN LA REVISTA

El (los) autor(es), que en la parte inferior de este documento firma(n) DECLARAN que contenido es original, no ha sido publicado ni está siendo considerado para ser publicado en otra revista, ya sea en formato papel o electrónico. El (los) autor(es) cumple(n) los requisitos de AUTORÍA mencionados en este documento. El comité editorial no tiene responsabilidad alguna por la información de este artículo.

Firma del (los) autor(es)

Firma Nombre Fecha

### II) TRANSFERENCIA DE DERECHOS DE AUTOR

Declaro que en caso de aceptación del artículo, estoy de acuerdo en que los derechos de autor sean transferidos a la Revista *Enfermería: Cuidados Humanizados*, por lo tanto no se autoriza la reproducción total o parcial en cualquier otra parte o medio de divulgación impresa o electrónica, sin la autorización previa. Firma del (los) autor(es). \_\_\_\_\_

### Artículo de revista en papel:

Mencionar los seis primeros autores, seguidos de "et al." Los nombres de las revistas deben abreviarse de acuerdo con el estilo usado en catálogo de revistas en la base de datos de la National Library of Medicine: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Autor/es (Apellidos Inicial del nombre). Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. Año; Volumen (Número): página inicial-final del artículo.

Carballo Álvarez M, Martínez Vilariño M, Llagas Rodríguez M, Llinas Vidal M. Trastornos psicopatológicos en pacientes VIH-SIDA. Rev. Rol enferm. 2008 Nov; 31 (11): 45-52.

### Artículo de revista en internet:

Autor (Apellidos Inicial del nombre) del artículo. Título del artículo. Nombre abreviado de la revista [Internet]. Año [fecha de consulta]; Volumen (Número): [Extensión páginas/ pantallas]. Disponible en: <http://paginainternet.com>

Porter Lewallen L. Practical strategies for nursing education program evaluation. J Prof Nurs. [Internet]. 2015 Mar-Abr [citado 27 Abr 2015]; 31 (2): 133-140. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.proxy.timbo.org.uy:443/science/article/pii/S8755722314001550>

### Página principal de un sitio web:

Autor (Apellidos Inicial del nombre). Título de la página web [Internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de publicación [fecha de actualización; fecha de acceso]. Disponible en:

Fisterra.com. Atención Primaria en la Red [Internet]. La Coruña: Fisterra.com; 1990- [actualizada 3 Ene 2006; acceso 27 Abr 2006]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>

### Base de datos:

Institución/Autor. Título [Internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de creación, [fecha de actualización; fecha de consulta]. Disponible en:

Cuiden. [Internet]. Granada: Fundación Index [actualizada Abr 2004; citado 27 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.doc6.es/index/>

Facultad de  
Enfermería y Tecnologías  
de la Salud



Universidad  
Católica del  
Uruguay

*Cursos en la Facultad de Enfermería  
y Tecnologías de la Salud*

**De grado:**

Licenciatura en Enfermería

Licenciatura en Enfermería (Profesionalización de Auxiliares)

Licenciatura en Nutrición

Licenciatura en Fisioterapia

**De post grado:**

Enfermería en Cuidados Intensivos del Adulto

Enfermería en Emergencias y Urgencias Hospitalarias

Enfermería Geriátrica y Gerontológica

Gestión de Servicios de Salud

Enfermería Oncológica

**Maestrías:**

Maestría en Nutrición

Maestría en Cuidados Paliativos

**Cursos:**

Seguridad del Paciente y Prevención del Error en la Atención Sanitaria

Profundización en Lactancia Materna

Abordaje del Paciente y su Familia al Final de la Vida

Fundamentos Básicos de Interpretación Electrocardiográfica

Diabetes: desde la prevención al tratamiento

Abordaje rehabilitador de las disfunciones y patologías del piso pélvico

Flebología y Linfología

# Enfermería: Cuidados Humanizados

Revista Oficial de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud  
Universidad Católica del Uruguay

EDITORIAL.

**CARACTERÍSTICAS QUE SE ASOCIAN CON LA OMISIÓN DEL DESAYUNO EN ADOLESCENTES MONTEVIDEANOS QUE CONCURREN A COLEGIOS PRIVADOS** 12  
*Florencia Ceriani- Infantozzi, Carolina De León- Giordano*

**ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA O DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO Y SENTIMIENTOS EN ENFERMERÍA** 21  
*Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos, Fabio Biasotto Feitosa*

**POESÍA Y CUIDADOS: UN INSTRUMENTO PARA LA GESTIÓN DE EMOCIONES Y SENTIMIENTOS EN ENFERMERÍA** 32  
*José Siles-González, María del Carmen Solano-Ruiz*

**ESTADO DE DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS SANOS QUE ASISTEN A UN CENTRO INFANTIL EN SANTO DOMINGO, ECUADOR** 39  
*Jackeline Román Sacón, Pamela Calle Contreras*

**SALUD INTEGRAL Y MIGRACIÓN: ABORDAJE TRANSCULTURAL DEL PROCESO ENFERMERO EN UN CASO CLÍNICO DEL PROGRAMA DE SALUD MIGRATORIA DE GINEBRA, SUIZA** 45  
*Katia Marina*

Vol. 6, n° 2 Diciembre 2017 ISSN: 1688-8375  
Enfermería: Cuidados Humanizados / Revista Oficial de la Facultad de Enfermería - Universidad Católica del Uruguay /



Universidad  
Católica del  
Uruguay

