

Enfermería: cuidados humanizados

Vol. 1 n° 2 diciembre 2012
ISSN: 1688-8375

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

Director:

Dr. Augusto Ferreira.
aufferrei@ucu.edu.uy
Av. Garibaldi 2831 CP 11600,
Montevideo, Uruguay.

Editor responsable:

Mag. Teresa Delgado de Purtscher.
tdelgado@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. Patricia Prada,
Universidad Católica del Uruguay.
Lic. Patricia Techera,
Universidad Católica del Uruguay.

Secretario:

Lic. Hernán Pereira Acosta.
herpere@ucu.edu.uy

Responsable de Marketing:

Lic. Paula Borges.

Colaboradores:

Lic. Valentina Lestido.
Prof. Marta Rodríguez.
Br. María José Enriquez.

Diseño gráfico:

Rossana Dagnino.

Imprenta:

Taller Gráfico.

Periodicidad semestral

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

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

ISSN: 1688-8375

Título-clave:
Enfermería (Montevideo)
Título-clave abreviado:
Enfermería (Montev.)
Registro ante el MEC: 2395/2012.

Tapa:

Autor:

Hernán Pereira.



EDITORIAL

Celebrando los 15 años de la Licenciatura en Enfermería y cumpliendo con los objetivos que nos hemos trazado, ponemos a disposición de ustedes el segundo número de la revista *Enfermería: cuidados humanizados* de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay. Es producto de una construcción colectiva que tiene como norte definido la socialización del conocimiento enfermero a través de producciones científicas y de artículos de interés general para los profesionales de enfermería y ciencias afines.

En el mundo globalizado en el que estamos, los avances científico-tecnológicos y los cambiantes escenarios sociopolíticos y sanitarios, obligan y estimulan a los enfermeros y enfermeras a investigar aquellos fenómenos que pueden beneficiar la salud de las personas, mejorar la educación y la práctica de enfermería, como así también contribuir al empoderamiento y la legitimidad de la profesión.

A través de estas páginas se pretende compartir experiencias y estudios, con los colegas y otros profesionales del ámbito nacional e internacional, que sean motivo de debate, ya que el conocimiento no es un todo acabado sino, por el contrario, es un proceso dinámico que se alimenta con el aporte de todos los miembros de la profesión.

En este número se presentan cuatro estudios de investigación con aportes originales de los autores - alineados con los estándares de las publicaciones científicas- y tres artículos que ilustran sobre la utilización de la Enfermería Basada en la Evidencia, los cuidados de las personas con alteraciones en la eliminación urinaria y reflexiones acerca de la apertura de caminos para el rol de la enfermera escolar.

Los estudios de investigación abordan temas referidos a la educación de enfermería, problemas relacionados con la salud de la población y con el desempeño clínico, dentro del contexto país en el que estamos, y de acuerdo a las líneas de investigación de nuestra facultad.

Esperamos que colegas y estudiantes encuentren en estas páginas elementos para un debate que aporte a la generación de nuevos conocimientos, de manera de mejorar la formación y la práctica, para lograr el objetivo primordial: Un cuidado de calidad, humano y ético de la salud de la población.

Mag. Isabel Cal.
Decana

SECCIÓN I

Artículos originales

INCERTIDUMBRE Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES Y HOMBRES AFECTADOS POR CÁNCER.

UNCERTAINTY AND QUALITY OF LIFE IN MEN AND WOMEN AFFECTED BY CANCER.

INCERTEZA E QUALIDADE DE VIDA EM HOMENS E MULHERES ACOMETIDAS PELO CÂNCER.

Autores: Lizenn Arreguin Sánchez¹, María Claudia Morales Rodríguez², María de la Luz Bonilla Luis³, María Magdalena Soriano y Sotomayor⁴, Rosa María Teresa Tlalpan Hernández⁵, Verónica Pérez Badillo⁶.

Recibido: 10/10/2012

Aceptado: 13/11/2012

RESUMEN

Este estudio descriptivo tuvo el propósito de conocer la asociación entre la incertidumbre en la calidad de vida en hombres y mujeres de cáncer de mama y próstata en la ciudad de Puebla, México. Se utilizó un diseño transversal y correlacional. La recolección de datos se llevó a cabo con dos escalas: incertidumbre frente a la enfermedad (MUIS C) y la Evaluación Subjetiva de la Calidad de Vida (ESCV). Respondieron la encuesta un total de 100 personas; el análisis de los datos reveló niveles de incertidumbre en una media de 48.59 (DE = 15.7, rango = 16 a 87); y para los niveles de calidad de vida, una media de 58.25 (DE = 19.5, rango = 15 a 100). La incertidumbre se correlacionó positivamente a la calidad de vida ($r = 0.248$, $p = 0.13$); para los dominios de incertidumbre: la ambigüedad tuvo, una media de 43.58 (DE = 18.6, rango = 0 a 88); el nivel de complejidad obtuvo una media de 59.6 (DE = 20.4, rango = 5 a 100); la falta de información alcanzó una media de 45.0 (DE = 18.4, rango = 3.5 a 85) y para la falta de predicción una media de 61.5 (DE = 23.4, rango = 7 a 80). La reconceptualización de la teoría de incertidumbre ante la enfermedad y las perspectivas de su desarrollo pueden explicar las relaciones entre la incertidumbre y la calidad de vida en hombres y mujeres sobrevivientes de cáncer y pueden servir como guía para estudios futuros.

Palabras clave: Incertidumbre, calidad de vida, cáncer de mama y próstata.

ABSTRACT

This descriptive study was intended to determine the association between uncertainty in the quality of life in men and women of breast cancer and prostate in the city of Puebla, Mexico. A transversal and correlational design was used. Data collection was carried out with two scales: Uncertainty in illness (MUIS C) and assessment subjective of the quality of life (ESCV). Responded to the survey a total of 100 people; the analysis of the data revealed levels of uncertainty in an average of 48.59 (DE = 15.7, range = 16 to 87); and to the levels of quality of life, an average of 58.25 (DE = 19.5, range = 15 to 100). The uncertainty was positively correlated to the quality of life ($r = 0.248$, $p = 0.13$); for domains of uncertainty: the ambiguity had, an average of 43.58 (DE = 18.6, range = 0-88); the level of complexity obtained an average of 59.6 (DE = 20.4, range = 5 to 100); lack of information reached an average of 45.0 (DE = 18.4, range = 3.5 to 85) and for the unpredictability an average of 61.5 (DE = 23.4, range = 7 to 80). Reconceptualising of uncertainty in illness theory and its development prospects can explain the relationship between uncertainty and the quality of life in men and women survivors of cancer and can serve as a guide for future studies.

Keywords: Uncertainty, quality of life, breast cancer and prostate.

RESUMO

Este estudo descritivo foi destinado a determinar a associação entre incerteza na qualidade de vida em homens

¹ Enfermera. Mag. en Enfermería. Docente de Pregrado de la Facultad de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FE-BUAP). Puebla, México. lizenn_nurse@hotmail.com

² Enfermera. Maestría en Enfermería. Docente de Posgrado FE- BUAP. Puebla, México.

³ Enfermera. Mag. en Enfermería. Secretaria Académica. FE- BUAP. Puebla, México.

⁴ Enfermera. Mag. en Enfermería. Docente de Posgrado. Especialista en Cuidados Críticos. FE- BUAP. Puebla, México.

⁵ Enfermera. Mag. en Enfermería. Docente de Pregrado de FE- BUAP. Puebla, México.

⁶ Enfermera. Mag. en Enfermería. Docente de Posgrado. Especialista en Enfermería Oncológica. FE- BUAP. Puebla, México.

e mulheres de câncer de mama e de próstata na cidade de Puebla, México. Utilizou-se um projeto transversal e busca. Coleta de dados foi realizada com duas escalas: a incerteza sobre a doença (MUIS C) e avaliação subjetiva da qualidade de vida (ESCV). Respondeu à pesquisa um total de 100 pessoas; a análise dos dados revelou níveis de incerteza em uma média de 48.59 (DE = 15,7, gama = 16 a 87); e os níveis de qualidade de vida, uma média de 58.25 (DE = 19,5, gama = 15 a 100). A incerteza foi positivamente correlacionada com a qualidade de vida ($r = 0,248$, $p = 0,13$); para domínios de incerteza: a ambigüidade tinha, uma média de 43.58 (DE = 18,6, escala = 0-88); o nível de complexidade obteve uma média de 59,6. x (de = 20,4, gama = 5 a 100); falta de informação atingiu uma média de 45.0 (DE = 18,4, gama = 3.5 a 85) e pela falta de previsão média de 61,5 (DE = 23,4, gama = 7 a 80). Reconceptualising de incerteza antes da teoria de doença e de suas perspectivas de desenvolvimento podem explicar a relação entre a incerteza e a qualidade de vida em homens e mulheres sobreviventes de câncer e podem servir como um guia para futuros estudos.

Palavras-chave: Incerteza, qualidade de vida, o câncer de mama e próstata.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cala tan hondo y fuertemente en la vida de las personas que lo padecen, que no sólo implica saber que se tiene una enfermedad potencialmente mortal, involucra también el miedo al rechazo y un sentimiento impreciso de no tener la certeza de lo que vendrá; estos pacientes se sienten desvalidos y envueltos en sentimientos de inseguridad en su cotidianidad (1); la vorá-gine de sensaciones y sucesos a los que se ven expuestas repentinamente las personas con diagnóstico de cáncer y la serie de eventos que les suceden con tal rapidez, que no se sienten capaces de entender o asimilar lo que está ocurriendo en sus vidas. Es así, que la enfermedad no es sólo un acontecimiento biológico, sino también un acontecimiento biográfico que ocurre en el contexto de la vida personal (2) (3) (4). El primer pensamiento al recibir el diagnóstico, es de muerte cercana por la gravedad y la difícil rehabilitación de la enfermedad, pensamientos derivados de conocimientos erróneos que aumentan la ansiedad y la perplejidad de la situación estresante a la que se enfrentan (5) (6).

Ahora bien, se debe tomar en cuenta que un gran número de personas, sufren los efectos negativos de esta enfermedad que afecta su calidad de vida en la cotidianidad de sus existencias, por la gran incertidumbre que genera; se sabe que el cáncer es uno de los principales problemas de salud en todo el mundo. En México, constituye la segunda causa de muerte en la población general y actualmente mueren 60 mil personas al año y, cada hora, 12 enfermos son notificados que tienen el padecimiento. Los decesos entre mujeres mayores de 40 años son ocasionados por el cáncer de mama en un

15%; y, en los hombres, el 17.1% de las defunciones se deben a tumores de próstata (7). Estos datos epidemiológicos, hacen ver que enfermería debe comprender el sufrimiento que aqueja a este grupo numeroso de la población mexicana.

Es relevante señalar, que dentro del desarrollo teórico enfermero, aparece el concepto de incertidumbre que parte de la teoría de rango medio de Merle Mishel (8), quien afirma que hay ciertos elementos en la vida de las personas, que se constituyen en antecedentes de la incertidumbre, explica que los pacientes procesan cognitivamente los estímulos relacionados con su enfermedad para construir significados de los eventos que se van sucediendo en su experiencia; la incertidumbre aparece cuando existe cierta incapacidad para estructurar esos significados. Es así, que la capacidad cognitiva de los pacientes favorece o limita la interpretación subjetiva de su enfermedad, del tratamiento y de la hospitalización. Asimismo, les permite percibir el grado en que los síntomas son consistentes con un patrón o configuración y les ayuda a reconocer claves familiares asociadas en su memoria, que registra la estabilidad, la confiabilidad y por consiguiente la congruencia de la aparición de los síntomas; así se constituye un marco de estímulos asociados a las capacidades cognitivas. Todo esto, constituye una configuración de significados del evento vivido que se relacionan directamente con el grado de incertidumbre que se experimenta.

Existe otro antecedente de la incertidumbre, constituido por la ayuda que se da a las personas para procesar todo el marco de estímulos, a través de los proveedores de la estructura sanitaria, quienes son para el paciente, autoridades confiables por su educación y por el apoyo social que ofrecen; de su ayuda dependerá la forma como los pacientes estructuran su patrón de estímulos, la familiaridad del evento y la congruencia de la experiencia para que ocurra cierto nivel de incertidumbre y la configuración de un esquema cognitivo sobre su acontecimiento vital. Durante la experiencia de la enfermedad, la incertidumbre puede tomar cuatro formas que se evidencian a través de la ambigüedad, las que se relacionan indirectamente con el estado de la enfermedad; la complejidad, cuya relación está ligada al tratamiento y al sistema de cuidados; la falta de información acerca del diagnóstico y la seriedad de la enfermedad y la falta de predicción sobre el curso de la enfermedad y su pronóstico (9) (10) (11).

De acuerdo con la re-conceptualización de este modelo (12), la autora, sostiene que las personas con experiencias de incertidumbre a lo largo del tiempo, llegan a vivirla como un cambio en el enfoque de su vida. Afirma que, ante un evento que amenaza o daña la vida de los pacientes, se provoca un desequilibrio por el cual ellos pueden incorporar un estado de continua incertidumbre que les genera la reformulación de un nuevo sentido del orden de las cosas, como si se tratase de un ritmo

natural de la vida. En algunos estudios se encontró, que las personas enfrentadas a situaciones de enfermedad crónica viven la incertidumbre como un peligro o como una oportunidad, llegando a desarrollar una nueva visión de la vida (13) (14) (15). Así, la incertidumbre que se experimenta a través del tiempo, cataliza las amenazas a los sistemas cognitivos ya existentes, presentándose como eventos predecibles y controlables, como una forma de construir la cotidianidad. Bajo este contexto, las experiencias son fuente de posibilidad permanente para buscar la adaptación y mejorar la calidad de vida (15) (16) (17) (18).

Lo anterior, condujo a estudiar la incertidumbre con el propósito de determinar diferencias o similitudes entre hombres y mujeres con cáncer de mama y próstata, en la asociación de ésta con su calidad de vida; el modelo de incertidumbre frente a la enfermedad (8) (12), fue considerado como el más adecuado para averiguar este fenómeno. El interés nació en la práctica profesional, al observar a los pacientes que son diagnosticados con cáncer, quienes desencadenan una gran inseguridad y disminución en su calidad de vida. Para enfermería, conocer sobre la incertidumbre frente a la enfermedad asociada a la calidad de vida, permitirá comprender las necesidades vitales de las personas y hacer contribuciones a la práctica clínica en el ámbito del cuidado oncológico. Así, enfermería podrá incorporar un plan de cuidados con todos estos aspectos; diseñar estrategias para la atención primaria a la salud en diferentes niveles y centrar sus objetivos en la adaptación a la enfermedad para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del paciente, su familia y los grupos similares de la comunidad (19).

MATERIAL Y MÉTODO

En este estudio se utilizó un diseño correlacional y transversal; la recolección de datos se llevó a cabo con una encuesta, método que mejor se adapta a estudios no experimentales (18). Muestra y procedimiento. Se usó una muestra por conveniencia para seleccionar a los adultos hombres y mujeres diagnosticados con cáncer en un hospital de segundo nivel de la ciudad de Puebla, México. Primero se identificó a los posibles participantes durante la espera a la consulta externa. Luego se verificaron los criterios de inclusión: personas con diagnóstico de cáncer de mama y próstata de entre 25 y 64 años de edad, con tratamiento primario de cáncer completo y que supieran leer y escribir en español. Participaron 50 mujeres y 50 hombres. Posteriormente fueron invitados a participar en el estudio. Los materiales de la encuesta, la invitación y el consentimiento informado se hicieron por escrito.

Medición. Se recogieron datos sociodemográficos a través de un formulario con siete reactivos que incluyeron las variables de edad, género, educación (años de estudio), escolaridad (grado obtenido), estado civil, tiempo

del diagnóstico y religión. Para medir la incertidumbre, se usó la escala de incertidumbre (MUIS-C) forma comunitaria (19), que contiene 23 reactivos, desarrollado para medir la incertidumbre percibida por las personas en situaciones de enfermedad crónica no hospitalizadas y con control por consulta externa; está dividida en cuatro dimensiones: ambigüedad, complejidad, falta de información y falta de predicción; esta escala utiliza un formato de respuesta de cinco puntos tipo Likert. Las puntuaciones varían de 23 a 115, las puntuaciones más altas se deben a mayores niveles de incertidumbre. Estudios anteriores, reportan a esta escala como un instrumento válido y confiable para medir la incertidumbre de una serie de enfermedades en un rango de moderada a alta ($\alpha = 0.74$ a 0.92) (20) (21). Al mismo tiempo, apoyan la validez del constructo en términos de su asociación externa entre las variables de la teoría y su relación con algunos indicadores. Como ejemplo, el nivel de educación, el tiempo del diagnóstico y un mayor nivel de incertidumbre se asocian a dificultades en la adaptación (24) (25).

El otro instrumento usado fue la Escala de Subjetiva de Calidad de Vida (ESCV) (22) para pacientes con cáncer, constituida por cuatro reactivos con un formato de respuesta de seis puntos tipo Likert; las puntuaciones varían de cuatro a 24, las puntuaciones más altas corresponden a la percepción de mayor calidad de vida, reportándose una confiabilidad inicial $\alpha = 0.90$. Cada encuesta tuvo una duración entre 25 y 30 minutos; a todos los participantes se les dio a conocer el consentimiento informado y para la recolección de los datos se obtuvo la aprobación del Comité de Ética del hospital participante.

RESULTADOS

Características de la muestra. De los 100 participantes, 50 fueron mujeres y 50 hombres. El 43% tenían de uno a dos años de haber sido diagnosticados, con una edad promedio de 49.94 (DE = 9.15) años. El 23% de los participantes tenían al menos un certificado de primaria, 26 sujetos del estudio (26.1%) eran graduados universitarios y más de la mitad ($n = 51$, 51%) habían recibido educación formal básica. La mayoría de los participantes ($n = 73$, 73%) vivían con su pareja y habían sido tratados por cáncer de mama y de próstata.

El estadístico, t fue utilizado para comparar las diferencias en las respuestas de hombres y mujeres acerca de su percepción de incertidumbre y calidad de vida. Los resultados no mostraron significancia estadística para ambos grupos. Las diferencias de algunas variables socio demográficas encontradas: las mujeres tuvieron mayor escolaridad que los hombres y fueron diagnosticadas cinco años más jóvenes; los hombres fueron diagnosticados en su mayoría antes de un año y las mujeres en un año o dos.

La **tabla 1**, muestra el resultado de las mediciones en el nivel de incertidumbre y sus dominios y de calidad de vida. En forma general, la percepción del nivel de incertidumbre indicó una media de 48.59 (DE = 15.7, rango = 16 a 87); y la calidad de vida mostró una media de 58.25 (DE = 19.5, rango = 15 a 100).

La **tabla 2**, muestra los resultados de las relaciones entre la incertidumbre y la calidad de vida. Las relaciones bivariadas, fueron examinadas mediante la estimación de una matriz de correlación con el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados mostraron que MUIS-C se correlacionó positivamente con las variables de ESCV, y sólo las dimensiones de complejidad y falta de predicción tuvieron una correlación positiva con la calidad de vida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

No se encontraron diferencias significativas en los niveles de incertidumbre y calidad de vida entre los hombres y mujeres de la muestra estudiada; congruente con esto, se reportó que la incertidumbre, es un componente de todas las experiencias de enfermedad, independientemente del género, influye en cómo hombres y mujeres perciben los procesos de tratamiento y adaptación (23). Las mujeres de la muestra informaron tener mayor incertidumbre y mejor calidad de vida que los hombres, asimismo, percibieron mayor incertidumbre por el pronóstico de la enfermedad. En ambos grupos, la complejidad del tratamiento y la falta de información, generó mayor incertidumbre; asimismo, la incertidumbre y la calidad de vida, no varió por profesar alguna religión; en contraste otro estudio reportó que el aspecto espiritual ejerce una influencia apreciable y mitiga el impacto sobre la adaptación a la enfermedad, y aunque tuvo un efecto mediador no fue moderador (24) (25) (26).

Otro hallazgo en esta muestra, fueron los niveles más altos de calidad de vida en relación al de incertidumbre; esto, aporta evidencia que se correlacionan positivamente, y apoyan la re-conceptualización del modelo (19). Estas relaciones pueden explicarse desde dos perspectivas la re-conceptualización del modelo y el desarrollo humano. En la perspectiva de la re-conceptualización, las personas con inseguridad crónica frente a la enfermedad pueden desarrollar un modo de conducir su incertidumbre cuando carecen de recursos suficientes para hacer frente a los retos de la supervivencia. Cuando falta el apoyo durante la evolución de la incertidumbre y ante las excesivas exigencias de la situación, la calidad de vida puede llegar a ser reflejo de la adaptación para manejar el sufrimiento emocional y la sensibilización negativa de la incertidumbre (27) (28) (29).

Sin embargo, en un contexto de incertidumbre crónica debido a la falta de suficiente apoyo de los proveedores de la estructura sanitaria como autoridades confiables, los pacientes con cáncer pueden utilizar la evitación del

cuidado de la salud para manejar su incertidumbre en futuros requerimientos de su situación. La influencia del apoyo de los recursos de los proveedores de la estructura sobre las relaciones entre la incertidumbre y la calidad de vida, requiere ser más investigada (30). En cuanto al desarrollo humano, los adultos se enfrentan a un cierto nivel de incertidumbre durante el tránsito de su vida, lo que les permite asumir mayores niveles de independencia e integración social a través de la amistad o la madurez en el matrimonio (31) (32) (33).

En cuanto a la ambigüedad vista en el modelo (19) como indicios vagos, indistintos y difusos sobre el estado de la enfermedad, en esta muestra se encontró como fuente de ansiedad (media= 43.59); similar a esto, se reportó en mujeres afro-americanas que describieron su preocupación por el cáncer de mama, una su situación incierta y terrible, tener sentimientos y emociones contradictorios de miedo, evasión, esperanza y optimismo (34) (35) (36). En este estudio, la complejidad del tratamiento y los cuidados (media= 59.65), generó una sensación de incertidumbre por los sucesos múltiples, intrincados y variados (19); similares resultados muestran que la complejidad clínica produjo sufrimiento ante la dinámica de los tratamientos del cáncer (37) (38).

Los sujetos de este estudio percibieron la ausencia de información acerca del diagnóstico y la seriedad de la enfermedad como factor de incertidumbre (media= 46); reportes indican que los profesionales de la salud pueden contribuir a la reducción de los efectos negativos de la incertidumbre mediante la comunicación de información sobre el proceso de atención así como del tratamiento médico (39). Otros reportes muestran que el uso de estrategias para dar información de acuerdo a las diferencias individuales y el ajuste a las necesidades cambiantes de la situación permite maximizar la eficacia de la comunicación paciente-proveedor, el re encuadre cognitivo y las intervenciones para reducir la incertidumbre en el tratamiento del cáncer (39) (40) (41).

La complejidad del tratamiento y la falta de predicción mostraron una relación positiva con la calidad de vida, este hallazgo, puede explicar cómo estas dimensiones afectan de manera negativa la adaptación en su relación indirecta con la calidad de vida. Estudios demostraron que la complejidad del tratamiento en las enfermedades adicionales fueron predictores significativos de la calidad de vida (34) (35) (36). En esta muestra, las relaciones positivas entre incertidumbre y la calidad de vida fueron según lo predicho por la re-conceptualización del modelo, lo que apoya la validez de constructo (19). Los resultados de este estudio pueden enriquecer el conocimiento en la educación de enfermería sobre la aplicación de la teoría de Incertidumbre frente a la enfermedad y su re-conceptualización propuesta (12) en los cuidados de enfermería no sólo de los pacientes con cáncer sino en otras condiciones salud y de enfermedades crónicas del adulto. Los conceptos de incertidum-

TABLA N° 1

Niveles de Incertidumbre y Calidad de Vida

VARIABLES	Media	DE	Rangos
Incertidumbre	48.5	15.7	16 - 87
Ambigüedad	43.5	18.6	0 - 88
Complejidad	59.6	20.4	5 - 100
Falta de Información	46.0	18.4	3 - 85
Falta de Predicción	61.5	23.4	0 - 100
Calidad de vida	58.2	19.5	20 - 100

Fuente: MUIS-C; EVCV. Puebla, México. 2012.

TABLA N° 2

Matriz de Correlación entre Incertidumbre y Calidad de Vida

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Índice de incertidumbre	1							
Valor de <i>p</i>								
2. Índice de calidad de vida	.248*	1						
Valor de <i>p</i>	.013							
3. Índice de ambigüedad	.929**	.117	1					
Valor de <i>p</i>	.000	.248						
4. Índice de complejidad	.632**	.459**	.364**	1				
Valor de <i>p</i>	.000	.000	.000					
5. Índice falta de información	.899**	.072	.844**	.354**	1			
Valor de <i>p</i>	.000	.478	.000	.000				
6. Índice predicción	.346**	.504**	.164	.557**	.110	1		
Valor de <i>p</i>	.000	.000	.103	.000	.278			
7. Edad	.036	.072	.023	-.039	.081	.097	1	
Valor de <i>p</i>	.722	.476	.822	.703	.422	.337		
8. Tiempo de diagnóstico	-.037	-.092	.051	-.153	-.054	-.010	.248*	1
Valor de <i>p</i>	.714	.365	.617	.129	.591	.923	.013	

Fuente: MUIS-C; EVCV. Puebla, México. 2012.

bre y calidad de vida deben ser reconocidos por el personal sanitario como aspectos importantes de la vida de las personas con enfermedad crónica ya que están presentes en toda la trayectoria de la enfermedad y, si no se tratan, pueden tener un efecto negativo en la vida de los pacientes (41).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calvo-Gil MJ. Priscila Narváez-Pinochet A. Experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de Cáncer de Mamas. *Revista Index Enfermería* v.17 n.1 Granada. Ene.-Mar. 2008. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000100007>.
2. Bello M. Aspectos psicopatológicos en el paciente oncológico con dolor. Dolor y actitud ante el dolor en el paciente oncológico. *Revista Cuadernos de Cirugía (Chile)* 2005; 9: 55-60.
3. Bello M. Aspectos psicoantropológicos en la mujer con cáncer de mama. *Revista Cuadernos de Cirugía (Chile)*. 2006; 12: 82-89.
4. Vinaccia S, Quiceno J, Fernández H, Contreras F, Beyoda M, Tobón S, et al. Calidad de Vida, Personalidad Resistente y Apoyo Social Percibido en Pacientes con Diagnóstico de cáncer de Pulmonar. *Revista Psicología y Salud*. 2005 15(002): 207-220.
5. Cano, A. Que es el afrontamiento. Sociedad Española para el estudio ansiedad y el estrés. Publicado en 2011. [En línea] Disponible en: <http://www.ucm.es/info/seas/faq/afrontam.htm> [Consultado el 19 de Junio 2012].
6. Oliveros AE, Sánchez MB, Martínez CS, Herrera NM y Pinto PT. Afrontamiento ante el Diagnóstico de Cáncer. Publicado en 2009. [En línea] Disponible en: http://www.sanmartin.edu.co/academicos_new/psicologia/revista/N2/afrontamiento_ante_el_diagnostico_de_cancer.pdf [Consultado el 15 de Mayo 2012].
7. Secretaría de Salud. México registra elevada incidencia y mortalidad por cáncer. *Revista del Instituto Nacional de Salud Pública*. [Comunicado del 28 de junio del 2010].
8. Mishel MH.(1988). Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 225-231 [Citado en Marriner-Tomey, Ann; Alligood, Martha Raile. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Mosby, 2010 (7a ed.); 565].
9. Bailey D, Landerman L, Barroso J, Bixby P, Mishel H, Muir M, et al. Uncertainty, Symptoms, and Quality of Life in Persons With Chronic Hepatitis C. *Psychosomatics*. 2009 (50): 138-146.
10. Eastwood, B., Doering, L., Roper, J., Hays, R. (2008). Uncertainty and Health-Related Quality of Life 1 Year After Coronary Angiography. *American Journal of Critical Care*, vol. 17, No. 3, pp 232-242.
11. Detprapon M, Sirapo Y, Mishel M, Sitthimongkol Y, Vorapongsathorn T. Testing of Uncertainty in Illness Theory to Predict Quality of Life Among Thais with Head and Neck Cancer. *Thai Journal Nursing*. 2009 13 (1): pp 1-15.
12. Mishel, M. H. (1990). Re-conceptualization of the uncertainty in illness theory. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256-262.
13. Clayton M, Belyea M, Mishel H, Gil K, Germino B. Prediction Negative Mood State and Personal Growth in African American and White Long-Term Breast Cancer Survivors. *The Society of Behavioral Medicine*. 2006 31(3): pp195-204.
14. Triviño ZG, Sanhueza O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichán*. 2005; 5 (1): 22.
15. Sammarco, A., Konecny, L (2008). Quality of Life, Social Support, and Uncertainty Among Latina Breast Cancer Supervivors. *Oncology Nursing Forum*, Vol. 35, No. 5, pp 844-849.
16. Bellver A. Eficacia de la Terapia Grupal en la Calidad de Vida y el Estado Emocional en Mujeres con Cáncer de Mama. *Psicooncología*. 2007, 4(1) 133-142.
17. Marriner-Tomey, Ann; Alligood, Martha Raile. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Mosby, 2010 (7a ed.); p 565.
18. Polit & Hungler. (2004). Investigación científica en ciencias de la salud. McGraw Hill. México, D.F.
19. Mishel, M. (1996). Manual Uncertainty in Illness. School of Nursing University of North Carolina.
20. Bellver A. Eficacia de la Terapia Grupal en la Calidad de Vida y el Estado Emocional en Mujeres con Cáncer de Mama. *Psicooncología*. 2007, 4(1) 133-142.
21. Guzmán, A. (2009). Incertidumbre en Mujeres Portadoras de VPH. Tesis inédita, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.
22. Pérez, V. (2008). Incertidumbre en Mujeres con Cáncer Cervicouterino. Tesis inédita, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.
23. Lara M, Ponce S, Fuentes J. Desarrollo de un Instrumento para Medir la Calidad de Vida de Pacientes con Cáncer. *Revista de Salud Mental*, 1996 19 (supl).
24. Bailey DJ, Wallace M & Mishel MH. (2007). Watching, waiting and uncertainty in prostate cancer. *Journal of Clinical Nursing* 16, 734-741.
25. Elphee EE. Understanding the Concept of Uncertainty. In Patients With Indolent Lymphoma. *Oncology Nursing Forum* – vol 35, no 3, 2008.
26. Cohen EL. Naming and Claiming Cancer among African American Women: An Application of Problematic Integration Theory. Published in final edited form as: *J Appl Commun Res*. 2009. November 1; 37(4): 397–417. doi:10.1080/00909880903233176.
27. Sammarco, A. Quality of Life of Breast Cancer Survivors. A Comparative Study of Age Cohorts. *Cancer Nursing TM*, Vol. 32, No. 5, 2009.
28. Nanton V, Docherty A, Meystre C, and Dale J. Finding a pathway: Information and uncertainty along the prostate cancer patient journey. *British Journal of Health Psychology* (2009). 14. 437-58.
29. Yu Ko WF, and Lesley F, Degner LF. Uncertainty After Treatment for Prostate Cancer: Definition, Assessment, and Management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Volume 12, Number 5.
30. Shaha M, Cox CL, Talman K, and Kelly D. Uncertainty in Breast, Prostate, and Colorectal Cancer: Implications for Supportive Care. *Journal Of Nursing Scholarship*, 2008; 40:1, 60–67. Sigma Theta Tau International.
31. Wellam FY and Degner LF. Uncertainty After Treatment for Prostate Cancer: Definition, Assessment, and Management. *Journal Clinical Journal of Oncology Nursing*. ISSN1092-1095 (Print). Publisher Oncology Nursing Society. 1538-067X (Online). Issue Volume 12, Number 5 / October 2008. Pages 749-755. DOI 10.1188/08.CJON.749-755. Online Date Tuesday, October 07, 2008
32. Merle H. Mishel. Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. <http://eres.indproxy.org/edoc/CNDAccel/NUR402/NUR402Mishel-03.pdf> Accepted for publication August 15, 1990.
33. Lethborga C, Arandaa S, Coxa S and Kissanea D. To what extent does meaning mediate adaptation to cancer? The relationship between physical suffering, meaning in life, and connection to others in adjustment to cancer. *Research in Nursing & Health. Palliative & Supportive Care / Volume 5 / Issue 04 / December 2007*, pp 377-388. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951507000570> (About DOI), Published online: 25 October 2007
34. Sammarco, A. Quality of Life of Breast Cancer Survivors. Comparative Study of Age Cohorts. *Cancer Nursing* September/October 2009 Volume 32 Number 5 Pages 347 - 356 (Online). http://www.nursingcenter.com/prodev/ce_article.asp?tid=936558.
35. Klinkhammer-Schalke M, Koller M, Steinger B, Ehret C, Ernst B, Wyatt JC, Hofsta'dter F, Lorenz W, for the Regensburg QoL Study Group. Direct improvement of quality of life using a tailored quality of life diagnosis and therapy pathway: randomised trial in 200 women with breast cancer. *British Journal of Cancer* (2012) 106, 826 – 838. (On Line). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3305975/pdf/bj-c20124a.pdf>
36. Shaha M, Cox CL, Talman K, and Kelly D. Uncertainty in Breast, Prostate, and Colorectal Cancer: Implications for Supportive Care. *Journal Of Nursing Scholarship*, 2008; 40:1, 60–67. Sigma Theta Tau International.
37. Wellam FY and Degner LF. Uncertainty After Treatment for

Prostate Cancer: Definition, Assessment, and Management. *Journal Clinical Journal of Oncology Nursing*. ISSN1092-1095 (Print). Publisher Oncology Nursing Society. 1538-067X (Online). Issue Volume 12, Number 5 / October 2008. Pages 749-755. DOI 10.1188/08.CJON.749-755. Online Date Tuesday, October 07, 2008.

38. Wellam FY and Degner LF. Uncertainty After Treatment for Prostate Cancer: Definition, Assessment, and Management. *Journal Clinical Journal of Oncology Nursing*. ISSN1092-1095 (Print). Publisher Oncology Nursing Society. 1538-067X (Online). Issue Volume 12, Number 5 / October 2008. Pages 749-755. DOI 10.1188/08.CJON.749-755. Online Date Tuesday, October 07, 2008.

39. Sharif B, Kopec JA, Wong H, Fin`es P, Sayre EC, Ran R, Liu RR and Wolfson MC. Uncertainty Analysis in Population-Based Disease. *Microsimulation Models*. *Epidemiology Research International*. Volume 2012, Article ID 610405, 14 pages. doi:10.1155/2012/610405.

40. Lethborga C, Arandaa S, Coxa S and Kissanea D. To what extent does meaning mediate adaptation to cancer? The relationship between physical suffering, meaning in life, and connection to others in adjustment to cancer. *Research in Nursing & Health. Palliative & Supportive Care / Volume 5 / Issue 04 / December 2007*, pp 377-388 DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951507000570> (About DOI), Published online: 25 October 2007.

41. Clayton MF, Merle H, Mishel MH and Belyea M. Testing a model of symptoms, communication, uncertainty, and well-being, in older breast cancer survivors. *Research in Nursing & Health*. Volume 29, Issue 1, pages 18-39, February 2006.

DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN A ENSEÑANZA SECUNDARIA PÚBLICA DE MONTEVIDEO.

DETECTION OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN ADOLESCENTS ATTENDING MONTEVIDEO PUBLIC SECONDARY EDUCATION.

DETECÇÃO DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES EM ADOLESCENTES ATENDIDOS MONTEVIDEO EDUCAÇÃO PÚBLICA SECUNDÁRIA.

Autores: Maira Castro¹, Teresa Delgado², Álvaro Fernández³, Nelly Murillo⁴, Alfonsina Ortiz⁵, Héctor Rosso⁶, Patricia Prada⁷.

Investigadores de campo: Estudiantes de la Licenciatura en Enfermería y de la Licenciatura en Nutrición.

Recibido: 10/09/2012

Aceptado: 12/12/2012

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en Uruguay.

A nivel nacional, no existen investigaciones en adolescentes sobre el tema. El estudio pretende describir la situación de riesgo de enfermedad cardiovascular en adolescentes que cursan el ciclo básico en liceos públicos diurnos de Montevideo, período setiembre-octubre de 2010. Para esto se buscó identificar la presencia de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) en la población estudiada, medir la prevalencia de los mismos y conocer su frecuencia de asociación. Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo.

La población fue de 31500 estudiantes, con una muestra de 383 estudiantes. Algunos resultados destacados mostraron que el 3% de la población consume frutas y verduras. El 7% fumó en los últimos 30 días. El 27% tiene exceso de peso. El 45,7% realiza actividad física extracurricular. En el 8,5% de los casos alguno de sus padres padece enfermedad cardíaca y en el 33% hipertensión arterial. En esta población existen varios factores de riesgo cardiovascular: sedentarismo, alimentación inadecuada, tabaquismo, antecedentes familiares, sobrepeso y obesidad. Podemos concluir que existe

una alta prevalencia de factores de riesgo modificables (la mitad de la población estudiada), siendo las mujeres las más afectadas.

Palabras clave: adolescentes, factores de riesgo cardiovascular, prevención de afecciones crónicas no transmisibles.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the main cause of death in Uruguay.

There is no research concerning teenagers in Uruguay. This study describes the risk situation of cardiovascular disease in teenagers studying in Montevideo's public schools during September – October 2010. To achieve this objective, presence of cardiovascular risk factors in this population were studied, in order to measure their prevalence and to know their frequency of association. It is a descriptive cross-sectional study with quantitative approach. The population was 31500 students with a sample of 383 students.

Results: only 3% of the population takes 5 or more pie-

¹ Licenciada en Enfermería. Máster en Educación. Universidad Católica. Uruguay. Montevideo.

² Licenciada en Enfermería. Directora del Departamento de Educación y Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay. Montevideo.

³ Licenciado en Ciencias de la Educación. Universidad Católica. Uruguay. Montevideo.

⁴ Doctora en Medicina. Epidemióloga. Universidad Católica. Uruguay. Montevideo.

⁵ Licenciada en Nutrición. Máster en Nutrición. Universidad Católica. Uruguay. Montevideo.

⁶ Licenciado en Enfermería. Universidad Católica. Uruguay. Montevideo.

⁷ Licenciada en Enfermería. Máster en Salud Escolar. Universidad Católica. Uruguay.

ces of fruits or vegetables per day. More than half do not eat fish. 7% smoked in the last 30 days, 46,6% smoked at home. 27% are overweight. 92% practice sports at school and 45,7% exercise outside the school. 8,5% of parents have heart disease and 33% high blood pressure. We can conclude there are several modifiable cardiovascular risk factors among this population (half of the studied population), being women the most affected.

Keywords: teenagers, cardiovascular risk factors, prevention.

RESUMEN

As doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no Uruguai.

Em nível nacional, sobre o tema não existem pesquisas em adolescentes. O estudo pretende descrever a situação de risco de doença cardiovascular em adolescentes matriculados no ensino médio, em cursos diurnos de colégios públicos de Montevidéu, no período setembro-outubro de 2010. Para isso, procurou-se identificar a presença de Fatores de Risco Cardiovascular (FRCV) na população estudada, medir a prevalência dos mesmos e conhecer sua frequência de associação. Estudo descritivo, transversal e quantitativo.

A população foi de 31.500 estudantes, com 383 estudantes como amostra. Alguns resultados destacados mostraram que só 3% da população consomem frutas e verduras; 7% fumaram nos últimos 30 dias; 27% têm excesso de peso; 45,7% realizam atividade física extracurricular. Em 8,5% dos casos, um dos pais padece doença cardíaca e, em 33%, hipertensão arterial. Nesta população existem vários fatores de risco cardiovascular: sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, histórico familiar, sobrepeso e obesidade.

Pode-se concluir que existe uma alta prevalência de fatores de risco modificáveis (metade da população estudada), com as mulheres como as mais atingidas.

Palavras-chave: adolescência, fatores de risco cardiovascular, prevenção, Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT): padecimientos cardiovasculares, cáncer, diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ocasionan dos de cada tres muertes en la población general de América Latina y el Caribe. Además de provocar una mortalidad precoz, causan complicaciones, secuelas e invalidez, que afectan la capacidad funcional, limitan la productividad y requieren tratamientos costosos tanto desde el punto de vista financiero como del social que

repercuten negativamente en los sistemas de salud y de seguridad social (1).

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares representa el 29,5% de las defunciones totales (2).

El comienzo de estas patologías ocurre a edades tempranas de la vida, presentando una evolución lenta y progresiva. Existen determinados factores de riesgo (FR) que aumentan la probabilidad de padecerlas, dentro de los cuales encontramos FR no modificables, como la genética y la edad; y FR modificables como, la alimentación inadecuada, el sedentarismo, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la hipertensión arterial, los niveles altos de colesterol, el sobrepeso y la obesidad.

Los estilos de vida saludables incorporados de manera temprana, como el ejercicio físico regular, los hábitos alimentarios adecuados y la abstención de tabaco, contribuyen a disminuir los factores de riesgo para la enfermedad vascular aterosclerótica y demás ECNT.

Conocer los factores de riesgo presentes en los grupos más jóvenes de nuestra población, brinda insumos para actuar en estrategias de prevención primaria a fin de disminuir la prevalencia de ECV y demás ECNT. Por tal motivo, el objetivo del presente estudio es describir la situación de riesgo de enfermedad cardiovascular en adolescentes que cursan el ciclo básico en liceos públicos diurnos de la ciudad de Montevideo, período setiembre-octubre de 2010.

ANTECEDENTES

La aterosclerosis comienza con el depósito de lipoproteínas y células inflamatorias en la pared arterial con formación de estrías grasas que progresan a placas complejas. En el inicio y desarrollo del proceso mencionado están implicados diferentes factores de riesgo. El riesgo derivado de la exposición a varios factores mayor que el derivado de la suma de cada uno de ellos (3). Diversas investigaciones a nivel internacional han estudiado la presencia de FRCV durante la adolescencia, se destacan:

En Paraná (Brasil), estudio sobre la prevalencia de FRCV en adolescentes mostró que el 90% de los encuestados presentaba al menos un factor de riesgo. El inadecuado consumo de frutas (57%), vegetales (44%) y la inactividad física (39%), fueron los factores de riesgo más prevalentes entre los 644 individuos estudiados (4).

En Buenos Aires una investigación con 1230 adolescentes escolarizados de la provincia, mostró que el 43% se alimentaba prudentemente para controlar el peso, el 92% realizaba al menos una hora de actividad física en la semana, el 29% fumaba y el 38% consumía alcohol; las mujeres se cuidaban más en la alimentación y eran más fumadoras (5).

En el Centro de Salud y Acción Comunitaria Hospital Ramos Mejías (Buenos Aires) se llevó a cabo un estudio sobre prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. Algunos resultados mostraron que el 17,6 % de los adolescentes presentó sobrepeso u obesidad, el 36,6 % eran sedentarios y el 25,4 % presentaban un consumo excesivo de alimentos (6).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de nivel descriptivo y de corte transversal. La población está conformada por todos los estudiantes de Ciclo Básico que concurren a los liceos públicos diurnos en la ciudad de Montevideo, pertenecientes a 53 centros educativos, 31.500 estudiantes. La muestra seleccionada fue de 383.

El tamaño de la muestra se calculó asumiendo la proporción que da la muestra de mayor tamaño: $p=0.5$. Se realizó una muestra seleccionada al azar en dos etapas: la primera por conglomerados, los liceos integrantes de la población, y la segunda por azar simple, entre los alumnos de ciclo básico de los liceos seleccionados en la primera etapa.

Se tomaron 383 estudiantes en total, 197 mujeres y 185 varones.

Las técnicas utilizadas fueron: encuesta a estudiantes, medidas antropométricas y control de presión arterial (PA). Los datos fueron analizados mediante el programa informático Epi-info. Se realizaron las medidas de resumen apropiadas al tipo de variable: para las cuantitativas media y/o mediana, desvío y/o percentiles; para las cualitativas, frecuencias relativas. La prueba de significancia estadísticas aplicada fue X^2 . Se obtuvo el consentimiento informado de los padres de los menores para la realización de la encuesta, las medidas antropométricas y de PA. Así como también las autorizaciones de los organismos e instituciones involucradas. Se obtuvo el consentimiento de ética de la Universidad Católica.

RESULTADOS

1- Características socio-demográficas de la población

Del total de adolescentes encuestados, el 52% era de sexo femenino. Considerando el rango etario, éste osciló entre los 12 y 18 años, siendo la media de 13.8 años. En referencia a la composición familiar, el 60% de los hogares estaba compuesto por 4 integrantes o menos y el 15% por 6 ó más personas. En relación al adulto que permanece más tiempo en el hogar se observó que es la madre en el 56% de los casos, le sigue el padre en un 17% y la abuela en un 8% de los hogares.

En relación al nivel educativo de la madre, se observó que el 43% no completó la enseñanza media y el 15% tiene como máximo nivel de estudios primaria comple-

TABLA N° 1

Nivel educativo de la madre

Nivel educativo de la madre	FA	FR
Primaria incompleta	7	1,83
Primaria completa	56	14,66
Educación media incompleta	165	43,19
Educación media completa	69	18,06
Educación terciaria incompleta	29	7,59
Educación terciaria completa	40	10,47
No sabe	16	4,19
TOTAL	382	100

ta. Asimismo, cabe señalar que el 36% presenta estudios medios completos o más.

2- Estilo de vida de los adolescentes

Actividad física – Sedentarismo

El 93% de los adolescentes realiza actividad física en el liceo, es decir, 45 minutos 3 veces por semana, lo cual resulta insuficiente teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS de 30 minutos diarios de ejercicio físico regular y moderado (7).

Solo el 49% de los estudiantes practica algún deporte o actividad física fuera del ámbito liceal, el 51% restante son considerados sedentarios.

Alimentación

Con respecto al consumo de alimentos, se observa que únicamente un 3% de la población estudiada consume frutas y verduras conforme a la recomendación (5 o más porciones por día). El 93% de los adolescentes encuestados consumen menos de 3 porciones al día.

El pescado es consumido con la frecuencia recomendada (2 o más veces por semana) por un 11% de la población. Más de la mitad de los encuestados no consume pescado o lo realiza en forma esporádica. Más de la mitad de los adolescentes estudiados agrega sal a sus comidas luego de que el plato ya está servido en la mesa.

El 88% de los encuestados consume frituras con una frecuencia de 1 a 2 v/s. El consumo de fiambres y embutidos en aproximadamente la mitad de los individuos es de 3 o más veces por semana. Las bebidas azucaradas son ingeridas 3 o más veces por semana por tres cuartas partes de la población.

La ingesta de ketchup y/o mayonesa es realizada 3 o más veces por semana en el 53% de la población.

Tabaquismo

En relación al consumo de tabaco, el 7% declaró ser fumador. De ellos tres cuartas partes son varones. Un 46% de los adolescentes es fumador pasivo, debido a que se fuma dentro de su hogar. Del total de la población expuesta al tabaco (fumador activo y/o pasivo), el 57% es además sedentario.

Consumo de alcohol

El 28% de la población consume alcohol; el promedio de edad de los consumidores es 14,7 y la mediana es de 15 años. Los no consumidores tienen un promedio de 12,3 y una mediana de 13.

La bebida más frecuente, sola o acompañada con otras es la cerveza.

3- Estado nutricional

En relación al estado nutricional, el 65% de la población se encuentra en la categoría de normopeso, 9% con déficit y 27% con exceso de peso (17% sobrepeso y 10%

obesidad). El sobrepeso es levemente superior en las mujeres mientras que la obesidad lo es en los hombres.

4- Hipertensión arterial

De acuerdo a los protocolos de la Asociación Española de Pediatría (8) se considera hipertensión cuando la PA sistólica y/o diastólica está por encima del percentil 95 para edad, sexo y talla y pre hipertensión cuando los valores de PA sistólica y/o diastólica se encuentran entre el percentil 90 y 95 según sexo, talla y edad. En el total de encuestados, se encontró un 13% de adolescentes con cifras correspondientes a hipertensión arterial y un 8% con pre hipertensión.

Al relacionar el estado nutricional con la tensión arterial se observa que conforme aumenta el IMC aumenta la prevalencia de cifras de hipertensión arterial. Entre los adolescentes normopeso existe un 9% con cifras correspondientes a HTA, mientras que en los adolescentes con sobrepeso un 21% y entre obesos un 29%.

El 40% de los adolescentes con cifras correspondientes a hipertensión y el 61% de los incluidos en la categoría de pre hipertensión agregan sal a sus comidas luego de que estas están servidas en la mesa. Asimismo, el 30% de los estudiantes con cifras de hipertensión y el 25% de los que presentan presión elevada consumen fiambres y embutidos 3 o más veces por semana.

5- Antecedentes familiares

Aproximadamente el 40% de los estudiantes presenta factores de riesgo no modificables.

Con respecto a los antecedentes familiares de hipertensión arterial, un 20% de los adolescentes encuestados poseen madre hipertensa, un 14% posee padre hipertenso y un 2% posee ambos padres hipertensos. Un 18% de los encuestados desconoce si sus padres padecen hipertensión.

Considerando los antecedentes familiares de diabetes mellitus, casi un 4% presentan madre o padre diabético, mientras que un 0,3% poseen ambos padres diabéticos. El 6% de los adolescentes no sabe precisar si sus padres son diabéticos.

En relación a patologías cardíacas, 3% de los adolescentes poseen madre con enfermedad cardíaca y 5% poseen padre con enfermedad cardíaca.

No se encontró ningún encuestado que declarara que ambos padres presenten una patología de este tipo, mientras que un 5% desconoce si sus padres tienen alguna enfermedad al corazón.

DISCUSIÓN

La distribución por sexo de los adolescentes estudiados

muestra un leve predominio del sexo femenino, 52%. En cuanto al adulto de mayor permanencia en el hogar, consideramos que se corresponde con las características socioculturales vinculadas al rol materno del cuidado de la familia. A pesar de que no especificamos ni profundizamos en las características de la presencia de los adultos, resulta relevante que un 27% de los adolescentes indiquen que no son acompañados por sus progenitores, ya que la presencia de los padres en momentos claves como horarios de salida de los centros educativos o cena familiar se asocia a mejores comportamientos en salud de los adolescentes (9).

La salud y la educación se muestran íntimamente vinculadas. La influencia de la escuela para la construcción de conocimientos y el aprendizaje de actitudes relacionados con la salud, permite al individuo aspirar a una vida sana, actuar como intermediarios para cambiar sus circunstancias de vida y tomar decisiones acertadas vinculadas con la estructuración de ambientes saludables. El alfabetismo en la mujer y la prosecución de sus estudios en los niveles del sistema educativo, constituyen un factor clave tanto para la estructuración de ambientes saludables, como para la educación de su familia (10).

En relación al nivel educativo de la madre de estos adolescentes, se observa que el 43% no completó la enseñanza media, porcentaje inferior al que se observa a nivel nacional, donde un 56.3% de las mujeres presentan como máximo nivel de instrucción ciclo básico de educación secundaria o técnica (11).

Cabe destacar que aproximadamente el 15% de las madres tiene como máximo nivel de estudios primaria completa. En estos casos los adolescentes superan el nivel educativo de la madre, tendencia que se viene dando desde la década de los 80, con el aumento de la matrícula en la enseñanza media y procesos de democratización de la educación pública. En estos casos, el adolescente es el primero que accede a una institución de enseñanza media, lo que implica que los adolescentes llevan conocimientos al hogar, sin embargo puede generar dificultades en el acompañamiento de la educación de sus hijos por parte de las madres, lo cual representa una tensión para las instituciones.

Estilos de vida de los adolescentes

Sedentarismo

El sedentarismo es considerado un factor de riesgo para la aparición de enfermedades cardiovasculares. En las últimas décadas se observa una disminución de la actividad física en los niños y adolescentes, cambios en los tipos de actividades recreativas, siendo las actuales más sedentarias. La OMS recomienda que todos los niños y adolescentes sanos entre 5 y 17 años, participen en actividades físicas moderadas o vigorosas a diario (durante 60 minutos como mínimo), en forma de jue-

TABLA N° 2

Estado nutricional según sexo.

Estado nutricional ¹	Sexo masculino	Sexo femenino	FA	FR
Desnutrición	1	3	4	1,0
Delgadez	15	14	29	7,6
Normopeso	129	118	247	64,7
Sobrepeso	35	28	63	16,5
Obeso	17	22	39	10,2
Total	197	185	382	100

¹Se define como:

- Desnutrición IMC/edad por debajo percentil 3
- Delgadez IMC/ edad entre los percentiles 3 y 15
- Normal IMC/ edad entre los percentiles 15 y 85
- Sobrepeso IMC/ edad entre los percentiles 85 y 96
- Obesidad IMC/ edad mayor a percentil 96 (7)

TABLA N° 3

Estado nutricional según presión arterial.

Estado nutricional ¹	Normotensos FR	Prehipertensión FR	Hipertensos FR
Desnutrición	100	0	0
Delgadez	93,10	0	6,89
Normopeso	83,80	6,88	9,31
Sobrepeso	68,25	11,11	20,63
Obeso	52,63	18,42	28,95
Total	79,00	8,14	12,86

TABLA N° 4

Presión arterial y agregado de sal en la mesa.

Presión arterial	Agrega sal FR	No agrega sal FR
Normotensos	52,49	47,51
Prehipertensión	61,29	38,71
Hipertensos	40,82	59,18
Total	51,71	48,29

TABLA N° 5

Presión arterial y consumo de fiambres y embutidos.

Presión arterial	Consumo de f y e < 1v/semana FR	Consumo de f y e 1o2 v/semana FR	Consumo de f y e 3 o +v/semana FR
Normotensos	8,67 %	53,33 %	38,00 %
Presión alta	22,58 %	51,61 %	25,81 %
Hipertensos	12,24 %	57,14 %	30,61 %
Total	10,26 %	53,68 %	36,05 %

TABLA N° 6

Antecedentes de hipertensión en los padres.

Antecedente en la madre	Antecedentes padre no sabe FA	Antecedentes padre No FA	Antecedentes padre Sí FA	Total FA
No sabe	53	4	2	59
No	5	190	46	241
Sí	5	63	8	76
Total	63	257	56	376

gos, deportes, actividades recreativas, educación física, en el contexto de la familia, la escuela y la comunidad. Conviene además incluir actividades vigorosas al menos tres veces a la semana para fortalecer músculos y huesos (12).

En la población estudiada, los resultados muestran que el 51% son sedentarios, cifra mayor a los datos obtenidos en la encuesta nacional sobre hábitos deportivos y actividad física (13) que es del 43 % para la población entre 12 y 17 años. Esta situación amerita la profundización en su estudio, debemos tener en cuenta que se trata de una población joven y que asiste a instituciones educativas donde la educación física es curricular y obligatoria, pero que la misma no resulta suficiente para alcanzar las recomendaciones establecidas.

Alimentación

Existe evidencia convincente de que un adecuado consumo de frutas y verduras disminuye el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, presentando relación significativa de protección contra la cardiopatía coronaria y el accidente cerebrovascular. Asimismo, un adecuado consumo de frutas y verduras reduce las cifras de presión arterial por su aporte de potasio (14).

Al igual que en otros estudios (15), se consideró como indicador de alimentación saludable las pautas de la OMS que establecen el consumo de 5 frutas y verduras diarias.

Únicamente el 3% de los adolescentes encuestados consume frutas y verduras acorde a la recomendación de 5 porciones diarias. Esta cifra se encuentra muy por debajo del consumo promedio de nuestra población adulta que, según la Primer Encuesta Nacional de Factores de Riesgo es del 15% (15).

Comparando este resultado con una población de similar rango etario, se observa que el consumo de frutas y verduras de estos adolescentes es sensiblemente inferior al consumo por parte de los adolescentes estadounidenses, donde un 22% de la población cumple con la recomendación de este grupo de alimentos (16).

El 93% de los adolescentes encuestados consumen menos de 3 porciones al día.

La escasa ingesta de frutas y verduras por parte de la población encuestada, determina un bajo aporte de fibras, las cuales contribuyen a disminuir el colesterol total y el LDL colesterol. Asimismo este bajo consumo de vegetales y frutas lleva a un escaso aporte de potasio, no consiguiendo la disminución de las cifras de presión arterial antes mencionada.

El consumo de pescado es un factor dietético preventivo conocido para determinadas enfermedades crónicas como ser diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer (14).

Numerosos estudios poblacionales han demostrado que el consumo de pescado está asociado a un menor riesgo de cardiopatía coronaria. La ingesta de 40-60g diarios de pescado conlleva una reducción del 50% de las defunciones por esta patología (14).

Esta cantidad de pescado se corresponde con un consumo 175g dos veces en la semana o 350g una vez por semana. Tan solo el 11% de los encuestados lo consume con la frecuencia recomendada (2 o más v/s) y más de la mitad de los encuestados no consume pescado o lo realiza en forma esporádica. Este último valor concuerda con lo observado en nuestra población adulta, en la que un 46% no consume este alimento o lo realiza con una frecuencia menor a 1 vez por semana (14).

La ingesta de sal eleva las cifras de presión arterial, pudiendo producir hipertensión. Éste es uno de los principales factores de riesgo de cardiopatía coronaria y accidente cerebrovascular. Más de la mitad de los adolescentes encuestados agrega sal a sus preparaciones luego de que éstas están servidas en la mesa. Es preciso recordar que el 40% de los adolescentes con cifras correspondientes a hipertensión y el 61% de los adolescentes con presión alta, agregan sal a sus comidas luego de que estas están servidas en la mesa, empeorando aún más su situación.

En relación al consumo de fiambres y embutidos por su elevado aporte de grasas saturadas, colesterol y sodio. Es sabido que las grasas saturadas aumentan el colesterol total así como también el LDL colesterol y la ingesta de sodio eleva las cifras de presión arterial. En este estudio se obtuvo que el consumo de fiambres y embutidos resulta "inadecuado" (3 o más veces por semana) en aproximadamente la mitad de los individuos, con su consecuente aporte inapropiado de los nutrientes antes mencionados. Cabe mencionar que el 30% de los adolescentes con cifras de hipertensión y 25% de los que presentan presión elevada consumen fiambres y embutidos 3 o más veces por semana.

La ingesta de refrescos y jugos azucarados aumenta el riesgo de padecer sobrepeso y obesidad los cuales, se reconoce, constituyen factores de riesgo para la ECV. Los resultados del presente estudio muestran que las bebidas azucaradas son ingeridas 3 o más veces por semana por tres cuartas partes de la población, considerándose éste un consumo inadecuado, excesivo. Si se compara este resultado con la población adolescente estadounidense, el 29% de éstos consumen refrescos en forma diaria.

Los aderezos como la mayonesa y el ketchup contienen una elevada concentración de sodio (mayonesa además aporta grasas saturadas). El 53% de los adolescentes encuestados consumen estos productos con una frecuencia inadecuada (3 o más veces por semana).

En la población estudiada el 7% declaró ser fumador, resultado inferior al obtenido en la Cuarta Encuesta Nacional y Quinta en Montevideo sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media, en la cual se encontró un 18% de consumidores de tabaco (17).

Según los resultados de nuestro estudio, tres cuartas partes de los estudiantes fumadores pertenecen al sexo masculino. Esto no coincide con la encuesta antes mencionada ya que en la misma el hábito tabáquico está representado principalmente por mujeres.

El 46% de los adolescentes es fumador pasivo, debido a que se fuma en su hogar, esto implica que el primer contacto con las drogas legales se da en el ámbito familiar. Del total de la población expuesta al tabaco (fumador activo y/o pasivo), el 57% es además sedentario, incrementando así el riesgo de padecer una patología cardiovascular.

Estado nutricional

El sobrepeso es levemente superior en las mujeres mientras que la obesidad lo es en los hombres. Sabiendo que el sobrepeso y la obesidad constituyen un factor de riesgo de ECV, es importante visualizar que casi un tercio de la población lo presenta. Estos resultados son similares a los obtenidos en el Primer Censo de Estado Nutricional de Niños, Niñas y Adolescentes de Hogares Oficiales de Montevideo del Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay (INAU), publicado en 2010. En dicho estudio el exceso de peso representó un 33,1%, correspondiendo un 21,5% a sobrepeso y un 11,6% a obesidad.

Estos valores también concuerdan con los obtenidos en estudios de otros rangos etarios de nuestra población. La Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad realizada en niños de 9 a 12 años (18) en el año 2002, mostró un 17% de sobrepeso y un 9% de obesidad. Asimismo, la 1er Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de ECNT evidencia valores superiores de sobrepeso y obesidad en nuestra población adulta, donde un 36% presenta sobrepeso y un 24% padece obesidad. Por tal motivo, resulta de vital importancia prevenir el aumento de peso durante etapas tempranas de la vida, de forma de lograr detener y revertir esta situación.

Hipertensión arterial

Dada la ausencia de estudios nacionales relacionados a hipertensión en población adolescente, se utilizan algunas investigaciones regionales. Sin embargo, las características culturales, las costumbres vinculadas a los estilos de vida en los diferentes países dificultan las posibilidades de comparación.

Los datos obtenidos, 13% cifras correspondientes a hipertensión arterial y un 8% con presión alta, son cercanos a los encontrados en un estudio realizado en la ciudad de Méjico, a adolescentes entre 12 y 16 años en

10 centros de enseñanza secundaria, la prevalencia de hipertensión fue de 10,6% y de prehipertensión de 10% (19) y por debajo de los hallazgos chilenos (20) que muestran que se observó que 18,8% presentaba prehipertensión y 20% hipertensión.

Antecedentes familiares

En relación a los antecedentes familiares de hipertensión arterial detectados se encuentran por debajo del promedio (37,3%) obtenido en la Primer Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la población entre 25 y 64 años. Sin embargo, este promedio varía notoriamente de acuerdo al rango etario considerado, dato que no fue consultado en nuestro estudio.

Es importante tener en cuenta que en esa misma encuesta al considerar la variable hipertenso conocido, los valores obtenidos para hombres son del 15,4% promedio y para mujeres del 22,5%, cifras más cercanas a las identificadas en la población de madres (20,2%) y padres (14,9%) de los estudiantes.

Con respecto a la diabetes, en el caso de las mujeres (3,7%), se haya por debajo de los datos registrados en la encuesta citada, donde se encontró que el 6,2% fue informado de su patología. Probablemente la edad materna constituya un factor importante que explica la diferencia obtenida, a analizar en otros estudios. En los hombres, sin embargo, los datos obtenidos coinciden (3,7%).

Factores de riesgo agregados (FRA)

Al agregar los factores de riesgo cardiovascular que presentan los adolescentes de ciclo básico, se observa que casi la mitad de ellos muestran 2 o más factores de riesgo, situación desfavorable para la salud a largo plazo de nuestra población. Se obtuvo que la presencia de FRA es superior en mujeres que en varones, información útil a la hora de focalizar acciones.

Aproximadamente el 40% de la población tiene factores de riesgo no modificables, de ellos el 93% de las mujeres y el 82% de los varones, presenta además uno o más factores modificables.

Esto es un aspecto fundamental que debería tenerse en cuenta para programas de intervención dirigidos a cambiar los factores de riesgo modificables.

CONCLUSIONES

Se pudieron lograr los objetivos planteados, aportando información sobre algunos factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en población adolescente en Uruguay. Por ser escasos los estudios que tienen como objetivo la identificación de factores de riesgo cardiovascular en adolescentes este estudio establece una evidencia significativa. Dado que se trata de una muestra representativa de la población de estudiantes de educación media pública de Montevideo, podemos

concluir que existe una alta prevalencia de factores de riesgo modificables (la mitad de la población estudianta), siendo las mujeres las más afectadas.

Considerando como indicador de alimentación no saludable el no consumo de 5 porciones diarias de frutas y verduras, encontramos que el 97% de la población integra esta categoría. Más de la cuarta parte de la población presenta sobrepeso u obesidad. Casi la mitad son fumadores pasivos. El 51% son sedentarios. La tercera parte de los adolescentes tiene antecedentes familiares de hipertensión arterial.

Teniendo en cuenta que casi la totalidad de la población se alimenta de forma no saludable el 86% de la población total tiene 2 o más factores de riesgo modificables. Así mismo los valores hallados en la PA nos indican que

debemos actuar ya, en la prevención de consecuencias de esta enfermedad silenciosa.

Este estudio constituye el punto de partida que permite un primer acercamiento al tema en Uruguay, así como también posibilita el diseño de programas y proyectos de intervención orientados a intervenir en los estilos de vida de los adolescentes promoviendo el desarrollo de comportamientos saludables.

Si tenemos en cuenta que la enfermedad aterosclerótica comienza tempranamente en la vida, el abordaje de la elevada prevalencia de factores de riesgo modificables, requiere de la implementación de políticas públicas orientadas a la promoción de estilos de vida saludables, en esta etapa de la vida donde se consolidan hábitos y comportamientos directamente relacionados con éstos últimos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barceló, A., Luciani, S., Agurto, I. Orduñez, P., Tasca, R., Sued, O., Improving Chronic Illnes Care Through Integrated Health Service Delivery Networks. [libro en línea] PAHO: Washington D.C., 2012. [acceso 7 de agosto de 2010]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17652&Itemid=
2. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Área de Epidemiología y Estadística. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay. Montevideo: CHSC, 2010.
3. Primer trabajo comunitario de prevención cardiovascular en pediatría en Lascano. Graña, J., Burgueño, A., Olivera, C., Casella, B., Cáceres, M., Piquerez, M. Ojeda, D. Ver. Arch. Pediatr. Urug. [revista en línea], 2009 [acceso 14 de agosto de 2010]; 80 (2) http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0004-05842009000200002&script=sci_arttext#11
4. Romanzini M., Reichert, F., Da Silva, A., Petroski É., Farias, J., Cazuza de, J. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. Cad. Saúde Pública [revista en internet]. 2008 [acceso 27 de setiembre de 2010]; 24(11): 2573-2581. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100012&lng=pt&nrm=iso&tng=pt
5. Mulassi, A. H., Hadid, C., Borracci, R., Labruna, M. C., Picarel, A. E., Robilotte, A. et al. Hábitos de alimentación, actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la provincia y el conurbano bonaerenses. Arch. Argent. Pediatr. [revista en internet]. 2010 [acceso 27 de setiembre de 2010]; 108 (1): 45-54. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-007520100001000009&lng=es
6. Barrita, R. y Obeid, M. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adolescentes, Ponencia presentada en Cuartas Jornadas Científicas de la Residencia en Nutrición, Segunda Jornadas Inter-Residencias Nutrición Hospital de Clínicas Buenos Aires: UBA, 2004.
7. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud Adolescente. Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el Primer Nivel de Atención. Tomo 1. Uruguay 2009.
8. Santos de Soto, J. Historia clínica y exploración física en cardiología pediátrica. Unidad de Cardiología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. [en línea] Asociación Española de Pediatría. Protocolos de Cardiología. 2005. [acceso 18 de diciembre de 2010] Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-cardiologia>.
9. Adolescent and school health En: Center of Disease Control and Prevention [sede web]. Atlanta: CDC; 2006- actualizada abril de 2012; [acceso 6 de noviembre de 2010] Disponible en: <http://www.cdc.gov/healthyouth/>
10. De Tejada Lagonell, M., González de Tineo, A., Márquez, Y. Bastardo, L. Escolaridad materna y desnutrición del hijo o hija. Centro Clínico Nutricional Menca de Leoni. Caracas. An Venez Nutr. [en línea] dic. 2005, [acceso 13 de abril de 2011]; 18 (2): 162-168. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522005000200004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0798-0752).
11. Batthyány, K., Cabrera, M., Scuro, L. Perspectiva de Género [en línea] Montevideo: INE, 2006. Informe temático Encuesta Nacional de Hogares [acceso 8 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/enha2006/Informe%20Genero%20final.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. [en línea]. Ginebra: OMS, 2010 [acceso 24 de mayo de 2011] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf
13. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Turismo y Deporte. Encuesta Nacional sobre hábitos deportivos y actividad física [en línea] Montevideo: MSP-MTD, 2005 [acceso 30 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.uruguayeduca.edu.uy/UserFiles/P0001/File/habitos-deportivos.pdf>
14. Organización Mundial de la Salud. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO [en línea]. Ginebra: OMS, 2003. Serie de Informes Técnicos: 916 [acceso 30 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.fao.org/wairdocs/who/ac911s/ac911s00.htm>
15. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Epidemiología. 1º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Montevideo: M. S. P.- D. S. - D.E., 2009 [acceso 19 de julio de 2011] Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5551_1.html
16. Eaton, D. k., Kann, L. Kinchen, S. Shaklin, S., Flint K., Hawkins, M.A. Youth Risk Behavior Surveillance. Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance summaries [revista en línea] 2012 [acceso 14 de febrero de 2011] 61(4):1-168. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6104.pdf>
17. Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media [en línea] Montevideo: ONU-OD, 2010 Disponible en: http://infodrogas.gub.uy/html/encuestas/documentos/IV_encuesta_estudiantes_media_2010.pdf
18. Pisabarro, R., Recalde, A., Irrazábal, E., Chaftare, Y. Enso niños 1: Primer Encuesta Nacional de sobrepeso y obesidad en niños uruguayos. Rev. Méd. Urug [revista en internet] 2002 [acceso 14 de diciembre de 2010], 18 (3): 244-250. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952002000300008&lng=es.
19. Yamamoto Kimura, L. Presión arterial y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes de la ciudad de México. México: UNAM - Instituto Nacional de Cardiología, 2009.
20. Nehgme, J., Carrillo, J., Vargas, C. Estudio sobre prevalencia y factores de riesgo asociados a Hipertensión Arterial en adolescentes chilenos entre 15 y 17 años [en línea] Chile: Ministerio de Salud Chile, 2011 [acceso 16 de noviembre de 2011] Disponible en: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/HTA-en-Adolescentes-Trabajo-in-extenso-v3.1.pdf>

PREVALENCIA DE TENSIÓN ARTERIAL ELEUADA EN SOLICITANTES DE CARNÉ DE SALUD: ENFERMERÍA EN SU CONTROL.

HIGH BLOOD PRESSURE PREVALENCIE IN THOSE PATIENTS APPLYING FOR "HEALTH CARD": NURSING ROLE.

PREVALÊNCIA DE TENSÃO ARTERIAL ELEUADA EM SOLICITANTES DE CARTÃO DE SAÚDE: ENFERMAGEM EM SEU CONTROLE.

Autores: Zoraida Fort¹, Maira Castro², Augusto Ferreira³, Adriana Portos⁴, Edgardo Sandoya⁵.

Recibido: 09/11/2012

Aceptado: 14/12/2012

RESUMEN

Las Enfermedades cardio vasculares (ECV) son la más importante causa de muerte en todo el mundo constituyéndose en un problema de salud Pública Mundial. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa.

El objetivo de este estudio es evaluar la situación de la hipertensión arterial en una amplia población de individuos de nuestro país.

Se analizaron las cifras de presión arterial de la población que asistió al Departamento de Clínicas Preventivas (División Salud Ambiental y Ocupacional/Ministerio de Salud Pública) para realizarse el Carnet de Salud en el período Noviembre de 2008 - junio de 2011; a partir de la historia clínica informática del servicio. La prevalencia de hipertensión arterial se presenta ajustada por edad. Participaron en el estudio 74.420 personas en un rango de edad de 15 a 89 años, comprobándose un 30,5% de hipertensión. El 47,5% de los hipertensos no sabían que lo era. Un 31,8% de los hipertensos tuvo presión arterial <140/90 mmHg. Existió una importante tendencia al redondeo en la medida de la presión arterial.

Se constató una prevalencia elevada de hipertensión arterial, conocimientos deficientes de la misma y un grado de control inapropiado. Es necesario mejorar el manejo de la hipertensión, lo que abarca desde la optimización de las políticas públicas hasta mejorar la for-

ma en que se determina la presión arterial, teniendo la enfermera profesional un importante papel al respecto. La reiteración periódica de este tipo de análisis permitirá evaluar la evolución de este serio problema de salud pública del país.

Palabras clave: tensión sanguínea, estudio de prevalencia, rol enfermero.

ABSTRACT

Introduction: Non-transmitted diseases are the main cause of death and disability in America. Focusing on risk factors is the regional strategy to control them. This research evaluates high blood pressure in a high number of people in our country.

Method: Blood pressure results of those who had the "health card" between 2008-2011 in Departamento de Clínicas Preventivas were analysed through health records technologically kept. Blood pressure prevalence is shown by age.

Results: 74.420 individuals aged 15 – 89 were included in this study and 30,5% had high blood pressure. From these, 47,5% did not know they suffered this illness. 31,8% of these had <140/90 mmHg. It must be taken into account that the figures were greatly rounded.

¹ Lic. en Enfermería, Dra en Enfermería, Universidad Católica del Uruguay. afort@ucu.edu.uy

² Lic. en Enfermería, Especialista en Gestión de Servicios de Salud, Universidad Católica del Uruguay.

³ Lic. en Enfermería, Dr. en Ciencias de la Enfermería, Universidad Católica

del Uruguay.

⁴ Lic. en Enfermería, Especialista en Enfermería pediátrica crítica y especialista en Enfermería neonatal.

⁵ Méd. Especialista en Cardiología, CIET y Universidad Católica del Uruguay.

Conclusions: A high prevalence of high blood pressure was found, lack of knowledge about it and inappropriate control. The way high blood pressure is treated should be improved, not only public policies but also how blood pressure is measured, being the nurse essential in this moment. Keeping a never ending research might help evaluate the development of this serious health problem which strikes the country.

Keywords: blood pressure, prevalence studies, Nursing role.

RESUMO

As doenças não transmissíveis constituem a principal causa de morte e incapacidade em América. A estratégia regional destinada a controlá-las tem como componente essencial o acompanhamento de seus fatores de risco. O objetivo do presente estudo foi avaliar a situação da hipertensão arterial em uma vasta população de indivíduos no nosso país.

Foram analisadas as cifras de pressão arterial das pessoas que fizeram o cartão de saúde no Departamento das Clínicas Preventivas, entre 2008 e 2011; isso foi feito com base no histórico clínico informático do serviço. A prevalência de hipertensão arterial referiu-se ajustada por idade.

Incluiu 74.420 indivíduos, de 15 a 89 anos de idade e comprovou 30,5% de hipertensão. 47,5% dos hipertensos não sabiam que o eram. 31,8% dos hipertensos teve pressão arterial <140/90 mmHg. Houve uma importante tendência a arredondar a medição da pressão arterial. Houve uma elevada prevalência de hipertensão arterial, pouco conhecimento da mesma, bem como impróprio grau de controle. É necessário melhorar o manejo da hipertensão; isso abrange do aprimoramento das políticas públicas ao melhoramento da forma na qual se determina a pressão arterial e, ao respeito, é relevante o papel da enfermeira profissional. A reiteração periódica deste tipo de análise permitirá avaliar a evolução deste sério problema na saúde pública do país.

Palabras-chave: tensão arterial, prevalencia, papel da enfermagem.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera las enfermedades cardiovasculares como una epidemia mundial.

Éstas constituyen la primera causa de muerte en el mundo desarrollado y en buena parte de los países en vías de desarrollo; en Uruguay esto es así desde hace décadas, determinando un 30% de las muertes del país en 2009 (4) (5).

Estas afecciones determinan discapacidad, la que muchas veces ocurre en etapas activas de la vida; casi un

tercio de los años vividos con discapacidad (AVAD) en nuestro país obedecen a esta causa (6).

El análisis de las causas a las que se atribuyeron todas las muertes en el planeta en el año 2000, en estudio realizado por la OMS, ubicó a la hipertensión arterial (HTA) en el primer lugar, asignándoseles 7 millones de muertes en un total de 56 millones. A pesar de que la HTA fue tempranamente reconocida como factor de riesgo (FR) de morbimortalidad CV, de que se dispone de medios farmacológicos y no farmacológicos eficaces para su control y de los reconocidos beneficios que se obtienen cuando se la controla, la realidad muestra que su prevalencia es elevada, su reconocimiento insuficiente y su control deficiente. Efectivamente, datos parciales de nuestro país muestran que aproximadamente 1 de cada 3 personas adultas tiene HTA, 1 de cada 3 hipertensos no sabe que lo es y sólo 1 de cada 8 tiene un control adecuado de su presión arterial (PA).

Estas características determinan un gran impacto económico para la sociedad (2) (3).

De esto, surge la importancia de la vigilancia epidemiológica de las mismas, que aporte información para la construcción de políticas sanitarias dirigidas a la prevención de este flagelo sanitario, así como también a la promoción de estilos de vida saludable.

Para esto es necesario disponer de información relevante relacionada con los Factores de Riesgo y contar con un sistema de vigilancia epidemiológica para ser utilizada en el diseño, la monitorización y la evaluación de intervenciones en salud pública

En respuesta a la 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana que reconoció a las enfermedades crónicas no transmisibles como la principal causa de muerte prematura y morbilidad en América Latina y el Caribe, la OPS ha elaborado una Estrategia y Plan de Acción Regional. Las causas de las mismas han sido identificadas y la eliminación de los factores de riesgo contribuiría con la prevención de al menos el 80% de las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes.

Estudios científicos realizados muestran que valores superiores a 115 mmHg de PA sistólica elevan los riesgos de coronariopatía y de ACV.8 En nuestro país la HTA afectaría a 30,4% de los habitantes adultos del país de acuerdo a los resultados de la encuesta STEPS, si bien debemos tomar con reserva este dato dada la importante limitación metodológica del estudio. Una investigación previa realizada entre los asociados a una institución mutual mostró una prevalencia de 33%, con un elevado porcentaje de individuos (32%) que desconocía su condición de hipertenso.9 El control de las cifras de PA entre los hipertensos no era adecuado, con solo 43% de los tratados con cifras controladas (<140/90 mmHg), cifra que bajó a 12% al considerar el total de hipertensos.

De acuerdo al informe realizado por el Área de Epidemiología y Estadística de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, la mortalidad por hipertensión arterial presenta en la última década una tendencia creciente que oscila desde el 13,24 % en el año 2001 al 18,77 % en 2010 (4)(5).

Dentro de las enfermedades cardiovasculares la hipertensión arterial ocupa el cuarto lugar, después otras enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y las isquémicas. Predominantemente en el sexo femenino, donde representa el 59% de las defunciones por hipertensión.

En Uruguay las defunciones por enfermedades cerebrovasculares, donde la HTA es un factor predisponente, son de las más elevadas de las Américas 7,6.

Uno de los problemas habituales en el manejo de la HTA es la inadecuada forma en que se determina la PA, problema este que afecta a todos los profesionales sanitarios. Entre diversos elementos en los que se detectan errores se encuentra la tendencia al redondeo de la cifra de 10 en 10 mmHg, a pesar de que la misma sea de 2, 4, 6 u 8 mmHg.

El Departamento de Clínicas Preventivas del Ministerio de Salud Pública tiene como uno de sus cometidos evaluar el estado de salud de quienes solicitan el Carné de Salud, lo que incluye el control de la presión arterial. Este servicio trabaja con una historia clínica laboral informatizada, que permite recoger los datos de la consulta y la paraclínica. Dado que cada año allí se asiste a miles de usuarios, los datos referidos a factores de riesgo son una muy importante fuente de información que permite profundizar el conocimiento y la vigilancia epidemiológica.

MÉTODO

Población

La población del estudio comprendió a todos los individuos que concurrieron a realizarse el carné de salud en el Departamento de Clínicas Preventivas entre el 1° de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2011 y que tenían registrado PA y sus antecedentes respecto a HTA.

Generación de datos

Durante la realización del carné de salud se pesquisó el antecedente de HTA, lo que fue ingresado por el médico en la historia clínica informatizada como variable categórica. Los datos de la PA se ingresaron en forma de variables numéricas, lo que se realizó una vez efectuada la medida. Para el control de la PA se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: el individuo en ayunas, en reposo, sentado, con el brazo apoyado en el escritorio empleando un equipo semiautomático Microlife3AA1-1, Microlife, EE.UU.

Recolección de datos

Los datos para el estudio se obtuvieron de la base de datos del servicio. Ésta se consolidó y depuró eliminando los registros duplicados de una misma solicitud, previamente cada individuo fue identificado con un número generado al azar como forma de preservar su anonimato.

Análisis de datos

La prevalencia del HTA se reporta ajustada por edad, lo que se realizó ponderando la tasa de la misma por la estructura de edad de la población del país. Ello se realizó mediante el siguiente procedimiento: **1)** en cada rango de edad se dividió a los casos con HTA sobre el total de individuos, **2)** ese resultado se multiplicó por el porcentaje de la población del país en ese rango de edad, **3)** se repitió el cálculo para cada rango de edad y **4)** se sumó los resultados de cada rango obteniéndose así la prevalencia ajustada. Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS versión 8. Se utilizó el test de chi 2 mediante el software del Clinical Effectiveness & Audit Department, King's College Hospital, Reino Unido.

Definiciones

Se consideró:

- HTA cuando hubo una PA $\geq 140/90$ mmHg y/o existía el antecedente de HTA.
- HTA conocida cuando el individuo conocía su condición de hipertenso.
- HTA controlada si el hipertenso tenía PA $< 140/90$ mmHg.
- Tres categorías de presión del pulso: normal cuando era < 40 mmHg, borderline (40-59 mmHg) y alta ≥ 60 mmHg.

RESULTADOS

Se analizaron 74.420 casos, 36.459 hombres (49%) y 37.961 mujeres (51%). El promedio de edad fue 36,0 años (rango 15 a 89, desvío estándar [DE] 12,7), inferior a la edad promedio del país para el mismo rango, la que es de 43,7 años. Un aspecto de la medida de la PA fue la tendencia al redondeo por parte de los médicos que la determinaron. En la figura 1 puede apreciarse cómo se distribuyen las 74.420 medidas de PA sistólica en el estudio, pudiendo apreciarse que existen más de 20.000 valores de 120 mmHg, más de 15.000 de 110 mmHg y miles de valores redondeados a 90, 100, 110, 130 y 140 mmHg, mientras que los rangos intermedios (112, 114, 116, 118 mmHg, etc. tienen pocos cientos de casos, lo que hace que muchos no puedan apreciarse debido a la escala del gráfico.

En la **tabla 1** se presentan los individuos en cada rango de edad y el porcentaje que representa ese rango del total. En la tabla también se incluyen los datos de la

población del país para esos mismos rangos de edad, los que se calcularon a partir del promedio de población estimado por el Instituto Nacional de Estadística para los cuatro años del estudio (9). Esta misma estructura fue la utilizada para realizar el ajuste por edad.

Presión arterial

La PA sistólica media de los 74.720 individuos fue 119,1 mmHg (DE 17,74), y la diastólica media 73,6 mmHg (DE 12,47). Los valores medios de PA por sexo fueron 122/75 mmHg (DE 17,4/12,6) en hombres y 116/72 mmHg (DE 17,7/12,1) en mujeres.

Hipertensión arterial

La prevalencia de HTA ajustada por edad fue 30,5%, siendo de 30,9% en mujeres y 29,9% en hombres ($p < 0,001$). En la **tabla 2** se presenta la prevalencia de HTA por rangos de edad y por sexo.

En la **tabla 3** se presenta el grado de conocimiento de la HTA entre los hipertensos, discriminado por sexo y por edad. En la **tabla 4** se presenta a los hipertensos con cifras de PA controladas por sexo y por rango de edad.

Presión del pulso

La presión del pulso media fue de 45,5 mmHg (DE 9,97), siendo 46,5 mmHg (DE 9,90) en los hombres y 44,5 mmHg (DE 9,95) en las mujeres. En la **tabla 5** se presenta la prevalencia de presión del pulso alta por rango de edad y por sexo. En los hipertensos mayores de 70 años, en 30,6% de los casos la HTA fue de tipo sistólica aislada, con valores normales de diastólica.

DISCUSIÓN

La prevalencia de HTA fue similar a la hallada en estudios previos, existiendo tres hipertensos cada diez individuos (12) (13). Su prevalencia aumentó con la edad, siendo este crecimiento más notorio en la población masculina. Se destaca que al pasar desde la franja etaria de 30-39 años a la de 40-49 años la cantidad de individuos de hipertensos se duplica. Entre los 50 y 59 años, es decir en una franja de población económicamente activa, casi la mitad tiene hipertensión, cifra que pasa a 60% de a los 60 años y a 70% luego de los 70 años. Un importante número de hipertensos desconoce su condición: una de cada cuatro hipertensas y casi uno de cada dos hipertensos no saben que lo son, una situación peor a la reportada años atrás (12) (13). El porcentaje de mujeres que conoce su patología es ampliamente mayoritario en todas las franjas etarias, brecha que se acentúa durante la etapa reproductiva de la mujer, debido probablemente, a su contacto más frecuente con el sistema de salud. Se destaca el desconocimiento en los jóvenes y adultos, ya que entre los 20 y 40 años solo 3 de cada 10 hombres saben que tienen HTA. En relación al control de la HTA se observa una relación inversa con la edad, siendo esta información muy importante dado que esto ocurre precisamente en los grupos de mayor prevalencia. Cuando se analiza por sexos, la población

GRÁFICO N° 1

Valores de presión arterial sistólica en los 74.420 individuos del estudio.

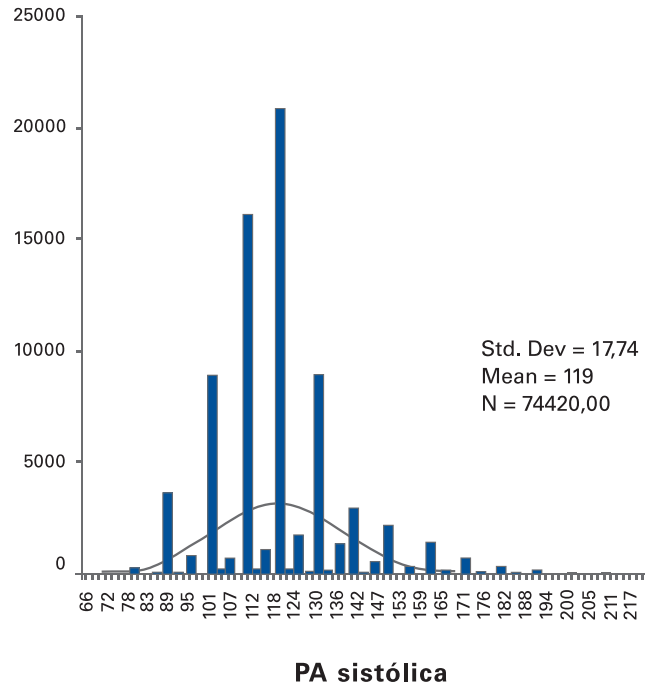


TABLA N° 1

Individuos por rango de edad en el estudio y en Uruguay.

Población		Individuos por rangos de edad (años)			
		<20	20-29	30-39	40-49
Del estudio	N	1.745	26.956	18.916	13.785
	%	2,3%	36,2%	25,4%	18,5%
Del país	N	267.581	496.778	456.676	409.260
	%	10,4%	19,3%	17,7%	15,9%
Del estudio	N	9.425	3.102	491	74.420
	%	12,7%	4,2%	0,7%	100,0%
Del país	N	360.772	274.806	307.346	2.573.220
	%	14,0%	10,7%	11,9%	100,0%

masculina presenta cifras alarmantes, ya que solo el 14% de los hipertensos tiene valores de PA controlados, mientras que en el sexo femenino este porcentaje llega al 40,3%. Al igual que en lo referido al conocimiento, en las mujeres se observa mayor control durante la etapa reproductiva.

Un dato alentador que surge de la presente investigación es que el grado de control de la HTA ha mejorado, pues pasó de un 12% en 2002 al 31,8% actual. Pero dados los datos de mortalidad y morbilidad relacionados a la HTA y sus consecuencias en el país, surge claro que si bien ha existido un avance en el control de la HTA, es necesario profundizar en la detección de esta enfermedad, particularmente en los hombres más jóvenes, así como en las estrategias para conseguir mantener cifras adecuadas de PA entre los hipertensos. En el grupo de mayores de 60 años, donde la presión del pulso tiene mayor poder predictivo que la PA sistólica y la PA diastólica, existe un elevado porcentaje de individuos con valores muy elevados de la misma, lo que plantea un desafío adicional en este grupo de edad.

Limitaciones

Dado que se trata de información recogida en la práctica asistencial, el haberse realizado una única medida de PA y al existir una tendencia al redondeo de las cifras, existe cierto grado de error. En este último aspecto vimos cómo existió una tendencia al redondeo en las cifras de PA sistólica de 10 en 10 mmHg (Figura 1). En una población de individuos es dable esperar que las cifras de PA adopten una distribución normal y no en escalones cómo permite apreciar esa figura. Si se compara esto con lo observado con los valores de PA sistólica en otra investigación donde se registraron los valores al milímetro (Figura 2), puede apreciarse cómo la PA sistólica muestra una distribución diferente a la que se observa en el presente estudio (datos no publicados de la referencia 6) (14).

Por otro lado los individuos de la presente investigación pueden no representar necesariamente a toda la población, pues puede haber un sesgo hacia los individuos más sanos, los que probablemente sean un porcentaje más elevado entre los laboralmente activos que en el resto.

Recomendaciones

La detección y el manejo eficiente de la HTA requiere de intervenciones multinivel, las que van desde el ámbito de las políticas públicas de salud hasta la optimización de su detección y manejo en el primer nivel de atención. Es fundamental la profundización de políticas públicas destinadas a la promoción de un estilo de vida saludable, las que incluyan a los medios masivos de comunicación, y que abarquen a la educación, la industria alimentaria y faciliten la recreación y la actividad física. A nivel del sistema de salud las medidas incluyen: la obligatoriedad del carné de salud no solo a la población de

TABLA Nº 2

Prevalencia de HTA por rangos de edad y por sexos.

Sexo	Prevalencia de HTA por rango de edad (años)				Prevalencia ajustada por edad	p<0,01
	<20	20-29	30-39	40-49		
Ambos	9,7%	6,4%	12,4%	26,4%	30,5%	
Masculino	10,4%	6,0%	12,1%	27,6%	29,9%	
Femenino	9,2%	6,8%	12,6%	25,4%	30,9%	
	50-59	60-69	70+	Todos		
Ambos	46,5%	63,6%	71,9%	19,6%	30,5%	p<0,01
Masculino	49,8%	64,5%	75,7%	20,1%	29,9%	
Femenino	43,5%	62,7%	68,0%	19,1%	30,9%	

TABLA Nº 3

HTA conocida por sexo y por rango de edad.

Sexo	HTA conocida por sexo y por rango de edad (años)				p<0,01
	<20	20-29	30-39	40-49	
Ambos	69,4%	60,1%	54,9%	52,7%	
Masculino	57,0%	34,5%	32,5%	38,4%	
Femenino	82,1%	81,3%	76,2%	67,6%	
	50-59	60-69	70+	Todos	
Ambos	60,7%	63,4%	68,0%	58,4%	p<0,01
Masculino	49,1%	56,3%	61,5%	43,7%	
Femenino	73,1%	71,2%	75,3%	73,2%	

TABLA Nº 4

HTA controlada por rango de edad y por sexo entre los hipertensos.

Sexo	HTA controlada por sexo y por rango de edad (años)				p<0,01
	<20	20-29	30-39	40-49	
Ambos	54,7%	47,8%	34,9%	22,6%	
Masculino	36,0%	18,0%	14,9%	12,4%	
Femenino	73,8%	72,5%	54,1%	33,2%	
	50-59	60-69	70+	Todos	
Ambos	21,7%	19,2%	16,4%	27,1%	p<0,01
Masculino	13,4%	12,5%	11,8%	14,0%	
Femenino	30,4%	26,5%	21,7%	40,3%	

trabajadores, la implementación de policlínicas gratuitas de detección y control de HTA, la conformación de grupos de ayuda mutua junto a la capacitación de los profesionales de salud. Si bien en el Sistema Nacional Integrado de Salud existe una meta prestacional referida al control de la HTA, la misma solo aplica al subsector privado y no existe información pública respecto a su desempeño. Por otro lado es necesario trabajar en equipo interdisciplinario en base a protocolos y estándares. En este sentido el profesional de enfermería juega un rol esencial no solo en el mantenimiento adecuado de los recursos materiales, sino también en la capacitación de los recursos humanos para lograr la captación y el seguimiento de las personas que no saben y/o no controlan su hipertensión. Es muy importante el papel de enfermería para conseguir que la determinación de la PA se lleve a cabo correctamente mediante una adecuada técnica, lo que evitaría determinaciones erróneas y la posibilidad de que haya usuarios considerados hipertensos que son normotensos y viceversa. El problema de la tendencia al redondeo que hemos encontrado en la presente investigación refleja una práctica nacional que debe desterrarse, pues la PA debe ser expresada al milímetro de Hg más cercano.(15) (16) (17).

De acuerdo al Tercer Consenso Uruguayo de HTA la correcta medida de la PA comprende aspectos vinculados al operador, al usuario, al aparato, a las condiciones ambientales y a la técnica. La medida de la PA se realiza usando un método indirecto, preferentemente con manómetro de mercurio. En relación a la técnica se destaca: lectura de cifras estimativas cercanas a los 2mmHg como máximo, operador en posición cómoda sentado, ambiente tranquilo, treinta minutos antes de la medición el usuario no debe tomar café, fumar, ni realizar ejercicio, no presentar dolor, estrés o ansiedad, no tener la vejiga llena. El usuario debe estar sentado en silla con respaldo, brazos apoyados sobre la mesa a nivel del corazón en un ángulo de 30-45°, sin prendas que lo ajusten, pies apoyados en el piso. El ancho de la cámara inflable debe ser el 40% de la circunferencia del brazo y su longitud 80% de la misma, se coloca sobre la arteria braquial a 2 cm de la fosa ante cubital. Para determinar el nivel máximo de insuflación se palpa el pulso radial o braquial, se insufla hasta que desaparezca el pulso, a este valor se le agregan 30 mmHg. El estetoscopio no se debe colocar debajo del manguito ya que la fuerte presión deforma la arteria y el sonido. En el caso que se deba insuflar nuevamente hay que esperar 1 minuto para que se restablezca la circulación sanguínea y evitar la congestión venosa.

Se recomienda liberar el aire de la cámara inflable a una tasa constante de 2 mmHg sin re insuflar. La PA sistólica corresponde al valor que se observa cuando aparece el primero de dos ruidos seguidos y la PA diastólica cuando los mismos desaparecen completamente. Es importante detectar la presencia de un silencio auscultatorio que puede inducirnos a medir una PA sistólica más

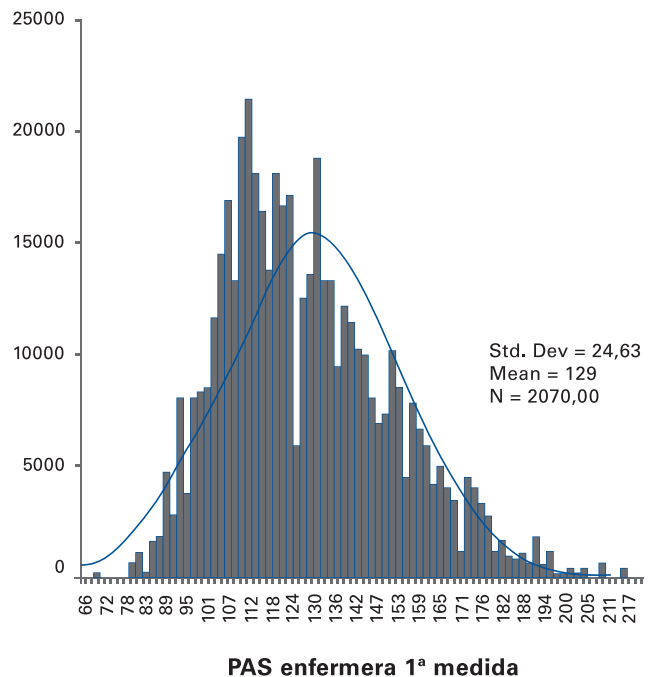
TABLA Nº 5

Presión del pulso alta por rangos de edad.

Sexo	Presión del pulso alta por sexo por rango de edad (años)			
	<20	20-29	30-39	40-49
Ambos	9,3%	8,0%	7,8%	13,8%
Masculino	12,3%	10,1%	8,9%	14,6%
Femenino	6,5%	6,0%	6,6%	13,0%
	50-59	60-69	70+	Todos
Ambos	23,6%	39,0%	49,5%	12,6%
Masculino	26,0%	41,6%	52,2%	14,3%
Femenino	21,5%	36,3%	46,7%	10,9%

GRÁFICO Nº 2

Valores de presión arterial sistólica medida por enfermera en 2.070 individuos (Ref. 6).



baja de la real, así como ser particularmente cuidadoso cuando existe pulso irregular. En todos los casos deben realizarse al menos dos medidas de la PA y si existe una diferencia importante entre ambas medidas, debido a una elevada reactividad del individuo, es necesario realizar una tercera. Se considerará como la PA al valor más bajo observado, pues se entiende que representa al valor más próximo al real.

En síntesis, dada la situación actual de las enfermedades cardiovasculares en nuestro país, con elevada

prevalencia de HTA e inadecuado control, deben profundizarse las políticas que favorezcan un estilo de vida saludable junto a medidas de control y autocontrol de la HTA y demás factores de riesgo, para lo que es necesario disponer de información que permita establecer las prioridades, implementar las acciones y monitorizar su impacto, dónde enfermería profesional juega un rol capital (16). La reiteración periódica de este tipo de análisis permitirá evaluar la evolución de este serio problema de salud pública del país (17) (18) (19) (20).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estrategia de la OMS de vigilancia de las ENT: Vigilancia de las enfermedades no transmisibles [en línea] NCD Surveillance strategy. [s.l.]: OMS, [s.f.] Disponible en: http://www.who.int/ncd_surveillance/strategy/es/index.html
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Documento de posición: Vigilancia de salud pública de las enfermedades crónicas en las Américas [en línea]. Washington: OPS-OMS; 2011 [acceso 5 Mayo del 2012]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/index>.
3. Organización Mundial de la Salud. Vigilancia de las enfermedades no transmisibles (ENT) [en Internet]: Washington: OMS 2012 [acceso 4 Mayo del 2012]. Disponible en: http://www.who.int/ncd_surveillance/es/
4. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Epidemiología. 1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Montevideo: M. S. P. - D. S. - D.E., 2009 [acceso 4 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5551_1.html
5. Curto S, Prats O, Zelarayan M. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares. En: *Rev. Urug. Cardio.* 2011; 26 :189-96
6. Vero A, Alpuin L, Aran E, Caracha O, Fortuna J, Gaye G, et al. Informe AVAD cardiovasculares, Proyecto FISS. Ministerio de Salud Pública. Banco Internacional de reconstrucción y Fomento 1997
7. Lawes C.M., Vander Hoorn S., Law MR, Elliott P, Mac Mahon S, Rodgers A. Blood pressure and the global burden of disease 2000. Part II: estimates of attributable burden. *J Hypertens.* 2006; 24 (3): 423-30
8. Lewington S., Clarke R., Qizilbash N., Peto R., Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360 (9349):1903-13
9. Sandoya E, Schettini C, Bianchi M, Senra H. Elementos asociados al buen control de la presión arterial en individuos hipertensos. *Rev Urug Cardiol* [revista en internet] 2005 [acceso 00 del mes de 2012], 20 (2): 86-93. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-00482005000200007
10. Sandoya E. Accidente Cerebrovascular: una vergüenza nacional. *Tendencias en Medicina* 2006; 28 :59
11. Franklin SS, Larson MG, Khan SA, Wong ND, Leip EP, Kannel WB, et al. Does the relation of blood pressure to coronary heart disease risk change with aging?: The Framingham Heart Study. *Circulation* [revista en internet] 2001 [acceso 00 del mes de 2012] ; (103) : 1245-1249. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/103/9/1245.full.pdf+html>
12. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población [sede web]. Montevideo: INE [actualizada 5 de noviembre de 2012, acceso 25 de abril de 2012] Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/proyecciones2008.asp>
13. Tercer Consenso Uruguayo Hipertensión Arterial [en línea]. Montevideo: S. U. H. A., octubre 2005 Disponible en: <http://www.suc.org.uy/pdf/consenso%20ha3.pdf>. Accedido el 23/5/2012
14. Fort Z., Portos A., Castro M., Piñeyro C., Ciganda C., Bermúdez Y. et al. Factores de riesgo cardiovascular en 74.420 solicitantes de carné de salud. *Rev. Urug. Cardio.* [revista en internet] 2012 [acceso 00, mes, del 2012]; 27 (2):150-161. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0797-00482012000200007&script=sci_arttext
15. García Rez, C., Mondragón Sánchez, P.B., Morales del Pilar, M., Medina Castro, M. E. Ejercicio físico con ritmo: intervención de enfermería para el control de la hipertensión arterial en un municipio del estado de México. *Esc. Anna Nery* [revista en internet]. 2011 [acceso 00 de mes de 2012]; 15(4): 717-722. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400009&Ing=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400009>.
16. Día Mundial de la Hipertensión Arterial (17/05/2010). *Saber Vivir -Televisión Española* [sede web], 2010. [acceso 12 de junio de 2010] Disponible en: <http://www.sabervivir.es/contenido.php?seccion=1619>
17. Navarro Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Rev. Enfermería Global.* 2010, 9 (2): 1-14.
18. Crosa S., Domenech C., Lamanna B., Martínez M. C., Nigro M. I. Petit I., et al Guía de abordaje de la hipertensión arterial para el primer nivel de atención [en línea] Montevideo: RAP-ASSE- ASSE, 2009. [acceso 00 de mes de 2012] Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/andocasiado.aspx?3612,18135>
19. Bianchi M. *Epidemiología Rev. Hiper. Art.* 2000; 7 (1): 3-8.
20. Fernández, L.; Guerrero, L.; Segura, J.; Gorostidi, M. Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión arterial y en la investigación cardiovascular. *Rev. Hipertensión.* 2010; 27 (1): 41-52

DIFICULTAD EN LA ENSEÑANZA DEL PROCESO ENFERMERO EN UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO.

DIFFICULTY IN TEACHING THE NURSING CARE PROCESS AT A PRIVATE UNIVERSITY OF MONTEVIDEO CITY.

DIFICULDADE NO ENSINO DO PROCESSO ENFERMEIRO, EM UMA UNIVERSIDADE PARTICULAR DA CIDADE DE MONTEVIDÉU.

Autores :

Teresa Delgado¹, Lilián Bentancur².

Recibido: **02/09/2012**

Aceptado: **09/12/2012**

RESUMEN

La enseñanza del Proceso Enfermero y su articulación a la práctica ha sido y es motivo de estudio en la disciplina enfermera. Este estudio se enfoca en la enseñanza del PE en el nivel de grado de Enfermería en una universidad privada de la ciudad de Montevideo.

El objetivo ha sido indagar en las prácticas docentes para enseñar esta herramienta. Se empleó un diseño cualitativo. Las técnicas de recolección de información fueron la entrevista y la observación a 6 docentes que dictaban la asignatura de enfermería. La elección de los docentes se rigió por la necesidad de estar dando esta asignatura en el período que se realizó el estudio.

El análisis consistió en buscar patrones comunes y características entre los docentes estudiados. Se utilizó la triangulación de las dos técnicas: la entrevista y la observación. Los resultados muestran la dificultad en la enseñanza del PE y la aplicación en el área asistencial.

Palabras clave: Educación, Docentes de Enfermería, Proceso Enfermero.

ABSTRACT

Teaching the Nursing Care Process and its articulation with practice experience has been and it still is a study reason in nursing's discipline.

This study focuses on how the Nursing Care Process is taught in the Nursing Career at a private university of Montevideo city.

The objective was to inquire in the professor's training and practice to teach this tool. A qualitative design was applied.

Methodology consisted in interviewing and observing

six professors who taught "nursing". These professors were chosen since they were teaching during the period in which the study was carried. Quality wise, the study focused on finding patterns commonly used among the professors.

In order to achieve this, both techniques, interviewing and observing, were combined.

Results show how difficult it is to teach the Nursing Care Process as well as its enforcement in the assistencial area.

Keywords: Education, Nursing professors, Nursing care process.

RESUMO

O ensino do Processo Enfermeiro e sua articulação à prática tem sido – e ainda é – motivo de estudo na disciplina de enfermagem.

O presente estudo focaliza no ensino do PE, no curso superior de uma universidade particular da cidade de Montevideú.

O objetivo foi pesquisar nas práticas dos professores no ensino desta ferramenta.

Empregou-se um desenho qualitativo.

As técnicas de coleta de informação foram a entrevista e a observação de seis docentes que lecionam a disciplina de enfermagem. A escolha dos docentes foi baseada na necessidade de estar ministrando a disciplina durante o período em que o estudo era feito.

A análise consistiu em procurar, entre os docentes estudados, padrões e características em comum.

Foi utilizada a triangulação das duas técnicas: a entre-

¹ Lic en Enfermería, Esp. en Geriátría y Gerontología, Mag. en Docencia Universitaria. Universidad Católica del Uruguay, tdelgado@ucu.edu.uy. Montevideo Uruguay.

² Maestra, Profesora de Lengua, Dra. en Educación, Universidad Católica del Uruguay.

vista e a observação.

Os resultados mostraram as dificuldades no ensino do PE e na sua aplicação à área assistencial.

Palavras-chave: Educação, professores de enfermagem, apoio à formação profissional, alunos de enfermagem.

INTRODUCCION

El Proceso Enfermero (PE) es la estructura que brinda los pasos y etapas para que la enfermera profesional (enfermera se utilizará para denominar tanto a profesionales del sexo masculino como femenino) pueda realizar cuidados a personas, familias y comunidades en estado de salud o de enfermedad en todas las etapas del ciclo vital. Deriva del método científico del cual toma la secuencia, la sistematicidad y la organización. Este estudio se enfoca en la enseñanza del PE en el nivel de grado de Enfermería en una universidad privada de la ciudad de Montevideo. Se plantea como origen de la problemática la influencia que ha ejercido el trabajo de la enfermera hasta mitad del siglo XX mediante la transmisión de conocimientos técnicos con fundamentos teóricos sobre todo de las ciencias biomédicas. Esto ha producido un estancamiento de la enfermería científica e independiente, proliferando un desarrollo a expensas del ejercicio en colaboración o interdependiente (1). Toda disciplina profesional necesita conocer su dominio, su método de trabajo y sus competencias específicas para crecer y mejorar su praxis (2). Actualmente se percibe entre las enfermeras una falta de reconocimiento propio hacia su trabajo autónomo lo que perjudica el cuidado integral hacia la persona. El PE implica, al ser utilizado como herramienta fundamental del cuidado en todos los niveles de salud y de especialidades enfermeras, un abordaje serio, complejo, holístico y esperado por los usuarios (1).

La enseñanza que se pretende ofrecer a nivel de los estudiantes de enfermería debe contemplar esta problemática histórica en Uruguay. Los egresados encuentran, según sus expresiones habituales, dificultades para su comprensión e inserción cuando llegan al campo laboral. En este entorno, el escaso tiempo y las demandas de otras actividades colaterales en muchos casos impide que se trabaje siguiendo los pasos del PE. Los empleadores por lo general esperan de la enfermera la resolución rápida de los problemas que van surgiendo ignorando que esto perjudica la atención del usuario familia y comunidad. Para ello se considera imperioso que los docentes enfermeros estén formados en el área de su especialidad, en el PE y en Docencia.

Dentro del PE la recolección de los datos del usuario, familia y comunidad, incide directamente en los diagnósticos y problemas que se prioricen, así como en los objetivos e intervenciones que planifiquen y ejecuten, para ser por último evaluados. De esta forma se van logrando cuidados de alta calidad, cuyos beneficios se

potencian en la medida que este profesional universitario, permanece con el usuario las 24 horas, de los 365 días del año. Por otro lado el PE facilita el uso de un lenguaje común, la sistematicidad, la rigurosidad y los registros en tiempo y forma. Todo ello permite llevar a cabo la investigación de la práctica ya sea aplicada o generadora de nuevos conocimientos.

Uruguay está en la etapa de trabajar el PE en forma parcial, no habiendo podido llegar a usar clasificaciones actuales que aplican otros países como la Clasificación Internacional de las Intervenciones de Enfermería (NIC) y las clasificaciones de resultados (NOC.).

Con estas incorporaciones a los planes de cuidados se podrá lograr entre otras cosas la codificación necesaria para la informatización de la historia de enfermería.

Por esta razón, pretendemos a través del abordaje de docentes responsables de las asignaturas de enfermería, conocer aspectos de la enseñanza que realizan así como indagar en la formación de estos docentes respecto a esta herramienta metodológica.

Las preguntas que guiaron el estudio fueron: ¿Están los docentes de esta Licenciatura dispuestos y con aptitudes para la enseñanza del cuidado con la metodología del PE?, ¿Cómo conciben esta herramienta en la aplicación de cuidados en una situación real?, ¿La tienen articulada a su asignatura de modo que mejore el proceso de enseñanza? ¿Han realizado cursos de formación tanto en PE como en docencia?

Tuvo como objetivo general: Indagar en las conceptualizaciones que tienen los docentes enfermeros de la Licenciatura en Enfermería de una Universidad de la ciudad de Montevideo, acerca del Proceso Enfermero.

Y los objetivos específicos fueron 1. Conocer las prácticas de los docentes al enseñar el PE en esta Licenciatura en Enfermería. 2. Indagar qué contenidos enseñan del PE en sus clases. 3. Identificar convergencias y discrepancias entre los docentes sobre los conceptos centrales del PE y su enseñanza. 4. Conocer el nivel de formación disciplinar y docente de los profesores de enfermería de la Licenciatura de Enfermería elegidos en la muestra.

Dado los objetivos de la investigación optamos por un diseño en un nivel exploratorio y descriptivo, con enfoque predominantemente cualitativo.

Antecedentes

En un estudio descriptivo, observacional, realizado en un centro nefrológico español sobre planes de cuidados enfermeros, con materiales que fueron recogidos de registros almacenados en la historia clínica, mediante un programa informático, en usuarios con afecciones nefrológicas se logró: identificar los diagnósticos enfermeros; distinguir el rol autónomo del rol interdependiente de los profesionales Enfermeros; mejorar la eficacia y eficiencia del cuidado que surge a raíz de estos registros, conocer la prevalencia de diagnósticos potenciales encontrados; realizar intervenciones para la

prevención, que se vieron reflejados en diferentes planes de enfermería. Este fenómeno fundamental para los profesionales y los usuarios atendidos en la unidad de Nefrología, contribuyó a que el plan de cuidados para cada paciente involucrara una serie de acciones cuidadoras sistemáticas y estandarizadas que deberá definir y concretar la enfermera, responsabilizándose de su área autónoma y dando respuesta a las necesidades de salud en forma segura (3).

En otro estudio en la ciudad de Barcelona se plantea la creación de líneas de investigación sobre diagnósticos enfermeros para mejorar su formulación. Para ello solicitan contar con enfermeros formados en investigación, lo que demuestra la relevancia de esta temática en España (4).

En un trabajo de investigación llevado a cabo en 10 docentes de la Universidad de Guanajuato, México, acerca de las herramientas necesarias para la enseñanza y el aprendizaje del PE exponen en un pasaje: "Para que esta enseñanza sea efectiva se requiere del empleo de diversas estrategias para favorecer su aprendizaje en el alumno, así como de ciertas habilidades por parte del docente para aplicarlo durante su formación y posteriormente en su área laboral evitando una fractura entre el saber hacer y el hacer". Todo ello está en directa relación con la teoría representacional del significado del docente en esta temática (5).

Un estudio retrospectivo de un Hospital Universitario de la ciudad de Porto Alegre, donde se revisaron 1665 historias clínicas de pacientes mayores de 60 años que fueron hospitalizados entre 14 y 17 días, se identificaron registrados en la historia 62 diagnósticos enfermeros. Los diagnósticos prevalentes fueron 4: déficit de auto cuidado baño/ higiene, riesgo de infección, alteración del patrón respiratorio y alteración en la nutrición menor a los requerimientos. Con ello se pone de manifiesto la necesidad de los registros de las enfermeras en dicho documento así como el enunciado diagnóstico. Cabe destacar que la investigación pudo hallar también el registro de las intervenciones correspondientes (6).

En la ciudad de Villavicencio (Colombia), un enfermero especialista en epidemiología, realizó un estudio descriptivo transversal en 48 enfermeros hospitalarios para conocer si aplicaban el PE. Los resultados mostraron que: 7 de cada 10 enfermeros no lo aplicaban. Los factores determinantes fueron: la falta de tiempo, dedicarse a la administración de medicamentos y el desconocimiento sobre la aplicación del proceso en su trabajo. Como conclusión este investigador afirma que esta situación lleva a una carencia en la calidad de los cuidados lo que puede provocar efectos adversos en los usuarios por lo que recomienda fortalecer los estudios sobre el PE tanto en el pregrado como en la clínica (7). En un trabajo de la Universidad Católica del Uruguay acerca del PE, en un estudio cuantitativo descriptivo,

se estudia la aplicación en instituciones formadoras de enfermeras en el ámbito de la enseñanza pública, privada y en centros de asistencia. Surge que las mayores dificultades son la falta de tiempo, la falta de registro y resultar poco atractivo (8).

Se buscó a nivel de Uruguay en bases de datos electrónicas no encontrándose ningún artículo sobre la enseñanza del PE, pero sí en relación a la influencia que tienen las ideas o implícitos de los docentes sobre su forma de enseñar y evaluar. En la Universidad Católica del Uruguay en una investigación presentada como tesis doctoral se plantea que las características del conocimiento puestas de manifiesto por las teorías de la cognición que resultan útiles a para comprender este fenómeno son: la naturaleza construida del conocimiento, la naturaleza social de la cognición, su naturaleza contextualizada, y por último su carácter distribuido. Estos constructos aplicados a la enseñanza permiten afirmar que: los conocimientos y creencias sobre el aprendizaje, la enseñanza o el contenido de la asignatura son elementos que determinan en gran medida la forma en que el docente enseña (9).

Conceptualizaciones.

"El PE es un método sistemático y organizado de prestar cuidados eficaces, eficientes y personalizados, a las respuestas del cliente en cualquier situación o problemas de salud reales o potenciales" (10).

Es un método complejo, sistematizado, flexible y dinámico de 5 etapas, basado en el método científico que toma elementos del método de resolución de problemas. Trata de aprehender las situaciones del ser humano, familia y comunidad acorde a las diferentes teorías de enfermería que subyacen en el cuidado. No sólo permite resolver problemas en los usuarios familias y comunidades llevando a cabo un complejo trabajo intelectual, sino que detecta factores de riesgo y factores protectores presentes en los usuarios (11).

Algunos autores analizan el ¿porqué aprender el PE?, sosteniendo que la sistematicidad del PE permite dar solución a los problemas en forma eficiente y con objetivos claros. Parten del supuesto que por ser humanista toma en cuenta los intereses, valores y deseos de los usuarios en todas sus dimensiones vitales (12). Referido a la necesidad de trabajar con una metodología, Collière afirma: "Dime qué medios utilizas rara vez, frecuentemente, mucho o nunca para proporcionar cuidados y te diré qué cuidados proporcionas" (12).

El PE que consta de 5 etapas, es la forma de trabajar ordenadamente y en forma sistemática para satisfacer las necesidades de salud de las personas, teniendo como eje central las teorías de enfermería (13).

La Valoración del estado de salud de la persona es una parte fundamental del cuidado de enfermería. Se debe tener habilidades procedimentales y conocimientos de las ciencias propias como de otras ciencias. En esta

fase se recogen los datos cuali y cuantitativos de los usuarios para ser luego, organizados y analizados (14).

Los patrones funcionales de Gordon son actualmente la forma aconsejada de organizar los datos para llegar al juicio diagnóstico. Éstos expresan, agrupados en 11 áreas las respuestas de las personas en el continuo salud – enfermedad. Parten del supuesto que las personas tienen un patrón de respuesta habitual en su vida diaria a lo largo del ciclo vital. Contemplan las dimensiones humanas: física - funcional, psicológicas, valores, creencias y espirituales (15). A través de una entrevista y un examen funcional con el usuario la enfermera recoge datos de la vida del mismo que le permite detectar las áreas problemas vinculadas o no a la enfermedad así como las fortalezas de la persona. No obstante que este sistema sea el recomendado en la Taxonomía diagnóstica II de la National American Nursing Diagnosis Association algunos instrumentos de recolección de datos pueden estar basados en otros marcos teóricos enfermeros como el de las 14 necesidades de Henderson o la teoría del autocuidado de Orem (16).

El diagnóstico enfermero (D.E.) es la etapa en que se plantean tanto el D.E. como los Problemas en Colaboración (PC) (17).

Los D.E. resultan del estudio de los datos recabados sobre las respuestas de las personas que se enfrentan a procesos vitales y de los problemas de salud reales o potenciales. La enfermera se hace totalmente responsable de este juicio diagnóstico y en función de estos determina intervenciones para su tratamiento (15).

Los PC son alteraciones de salud reales o potenciales de los usuarios familia o comunidad que la enfermera resuelve a través de actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, habitualmente el médico. Para Carpenito, en los problemas de colaboración el rol de la enfermera es detectar potenciales complicaciones (17).

En el año 2000 la NANDA realiza la Taxonomía II. La misma toma como base los 11 Patrones Funcionales de la Dra. Gordon, a los que denominan dominios con el propósito de identificar el área de interés de la Enfermería (18).

Planificación del cuidado: La planificación consiste en el desarrollo de estrategias para prevenir, tratar o reducir los problemas detectados en los diagnósticos y PC. En esta etapa, lo fundamental es el establecimiento de objetivos que constituyen las pautas para las intervenciones (19).

Ejecución del plan: La ejecución del plan tiene 3 fases interrelacionadas y dinámicas: Preparación, Intervención y Documentación. Kozier afirma que la enfermera debe estar preparada y actualizada en metodologías, fundamentos teóricos y tecnologías que le permita realizar intervenciones seguras (14). Los derechos de los

usuarios si bien impregnan todas las fases tienen un especial significado en esta etapa.

Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC). Siguiendo en la misma línea de la unificación del lenguaje enfermero en 1996 en la 12ª conferencia, la NANDA propone las clasificaciones NIC y NOC. En 1987, McCloskey y Bulechek en la Universidad de Iowa comienzan a investigar y desarrollar las NIC cuyos resultados son publicados en el año 2002 (20).

“La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales enfermeros en función de los pacientes, en intervenciones tanto independientes como en colaboración y cuidados tanto directos como indirectos” (21).

Otro elemento que coadyuva en la mejora de los cuidados es el uso de la Enfermería basada en la Evidencia, para la planificación y ejecución del cuidado de usuarios. Ackley y Ladwig se refieren a ella resaltando su soporte científico. Con esta alternativa, las intervenciones enfermeras se basan en los aportes de la investigación actualizada (22).

La Evaluación: En el final del PE se evalúa el estado de salud del usuario y los cambios ocurridos, es un proceso sistemático donde juegan un importante rol los objetivos y las intervenciones (22).

La Clasificación de resultados esperados NOC “es una lista exhaustiva de conceptos, definiciones y medidas estandarizadas que describen los resultados esperados de los pacientes influenciados por las intervenciones enfermeras” (23) Se utilizan en la etapa de evaluación fundamentalmente.

Conceptos relacionados con la enseñanza.

La estrategia didáctica en la enseñanza de la Enfermería facilita los aprendizajes de los estudiantes. Phaneuf en su tesis doctoral, expresa que los profesores de enfermería necesitan de conocimientos que les permitan aplicar una didáctica en la enseñanza del Proceso Enfermero. Afirma que se requiere reestructurar la enseñanza enfermera para los desafíos cada vez mayores a los que se enfrenta en el trabajo diario.

El docente necesita estructurar una construcción compleja que integre: conocimientos de metodologías, teorías de enfermería, anatomía - fisiología, psicología, sociología, culturas, creencias, patologías, farmacología, microbiología y tecnologías (12).

Rué sostiene que llevar adelante un proyecto de enseñanza-aprendizaje implica gestionar por parte del docente, una compleja actividad que necesariamente incluye algunas preguntas como qué, cómo y para qué enseñar. Esto se acompaña de una serie de decisiones respecto de: seleccionar contenidos y materiales, determinar la cantidad de tiempo asignado a cada temática, elegir una/s metodología/s y diseñar un sistema de evaluación, tener un proyecto, disponer de preguntas es-

tructurantes para su desarrollo, ejercer un control sobre los materiales básicos y los procesos de elaboración, tener oportunidad de realizar trabajos de análisis y/o de síntesis (24).

La unidad didáctica (UD) es un recurso de la enseñanza que se centra en un enfoque integrador y estratégico, donde necesariamente deberán ser considerados aspectos facilitadores como: - los conocimientos previos necesarios del estudiante - el tema y el lugar que ocupa el mismo dentro del currículo - la combinación con otras áreas o disciplinas - la temporalidad y el contexto de la realidad histórica. La UD permite desarrollar una estrategia que guía el proceso de enseñanza y aprendizaje. En ella el docente realiza una selección de contenidos del tema a desarrollar distinguiendo los contenidos centrales de los complementarios; establece un orden o secuencia que permita el razonamiento de quien aprende y de quien enseña de acuerdo a los contenidos en cuestión; busca estrategias para lograr la motivación de los estudiantes en el logro de los objetivos de la asignatura y los objetivos didácticos.

Los objetivos didácticos se enfocan en el tipo de aprendizaje que se espera alcanzar y serán los criterios de evaluación de la unidad. El establecimiento de objetivos didácticos permite priorizar en el marco de los contenidos a desarrollar las conceptualizaciones centrales de las menos relevantes. Los objetivos de la U.D. también responderán al tipo de aprendizaje a lograr, ya sean estos procedimentales, cognitivos o actitudinales.

En el currículo, las formas de trabajo didáctico deben ser definidas en la planificación de las clases, explicando tanto los objetivos didácticos como la jerarquización de los temas y las actividades de clase para cada subtema (25).

A partir de las consideraciones de Stenhouse, quien relaciona dos áreas de significados para interpretar el currículo es que en este estudio nos basamos en la observación de las prácticas docentes. Este autor analiza por un lado la prescripción de un proyecto educativo y por otro lo que realmente sucede en el aula. Utiliza estos conceptos con una flexibilidad que permite el desarrollo curricular desde lo ideal a lo aplicable, manteniendo un equilibrio entre el proyecto cultural y la práctica en el aula. También afirma que el currículo expresa los conocimientos y una concepción del proceso de la educación, para que el docente tenga un marco en el que pueda desarrollar sus habilidades (26).

Si vinculamos las afirmaciones de Porlán, respecto del lugar que ocupan las teorías implícitas en los docentes con la dificultad planteada de la enseñanza del Proceso Enfermero, se podría señalar que la práctica docente es difícil de cambiar si no se analiza la naturaleza de las concepciones implícitas en la misma. Muchas veces se da por sentado que la opción didáctica

del docente ya sea la tradicional o la espontaneísta es la adecuada y por lo tanto se dan como válidas sin realizar una reflexión crítica de las mismas. Este autor aconseja trabajar los contenidos, interactuando con los procedimientos por medio de los cuales el estudiante aprende. Prepararse en forma estratégica acompañando los momentos del currículo con diferentes formas didácticas. Incluso las técnicas deben ir acompañando los diferentes momentos en una misma clase. El docente debería considerar su función y su relación con el qué enseñar, cómo enseñar y cuándo enseñar, qué rol espera del estudiante así como qué, cómo y cuándo evaluar (27).

METODOLOGÍA

El diseño corresponde a un estudio cualitativo en un nivel exploratorio y descriptivo. Para la realización del mismo se solicitó la autorización por escrito a las autoridades del centro de estudio, el consentimiento de los docentes involucrados para participar y se aseguró la confidencialidad de los datos. La muestra se tomó de forma intencional entre los docentes enfermeros del curso de enfermería que en ese período estuvieran dando clases, 6 en total.

Se realizó durante un período de 3 meses en el año 2009 en dicho centro. La unidad de análisis fueron los docentes, sus prácticas y sus concepciones. Las técnicas para la obtención de la información fueron entrevistas a cada docente con una guía de preguntas abiertas y una observación no participativa de sus clases de aproximadamente una hora y media de duración para cada docente. El instrumento guía de la observación fue construido en base a conceptos de Fiore y Leymonié y Porlán (25) (27).

Se concurrió con una pauta de observación y se grabó la actividad. Se llevó además registro de hechos considerados de interés durante la observación. Se desgrabaron las actividades de aula y las entrevistas, se incorporaron los registros del observador. Para el análisis se procedió a la reducción, el despliegue y la síntesis de la información hasta la saturación de datos. Se conformaron categorías de análisis (28).

RESULTADOS

De la observación se construyeron 2 grandes categorías consideradas previamente.

Planificación, desarrollo y evaluación de la clase de aula.

Transmisión de los contenidos del PE.

Referido a la planificación, desarrollo y evaluación de la clase de aula podemos decir que la explicación: del alcance de la clase, los objetivos didácticos, el tratamiento de los conceptos y sus relaciones así como el cierre tuvo un tratamiento heterogéneo y en general con escaso tratamiento. La apertura de la clase con pre-

sentación del tema, contenidos y modalidad en que se desarrollaría, en pocos casos estuvo presente. El cierre de la clase, consistió en lo que se trataría en los sucesivos encuentros.

La modalidad de la clase en tres oportunidades consistió en una presentación a cargo de los estudiantes. En una clase el docente retomó casi toda la exposición esquematizada en el pizarrón, aclarando y profundizando en la temática, además de realizar una síntesis reflexiva y aclaratoria de lo planteado por el grupo de estudiantes. Se observó predominantemente la aplicación del PE en sus dos primeras etapas, valoración y diagnóstico.

Los contenidos de las clases en cuanto al tratamiento y la valoración estuvieron vinculados casi exclusivamente a los problemas en colaboración y a la patología de la persona. En muchas oportunidades se refirieron a los problemas en colaboración con un lenguaje improvisado y hubo confusión entre problemas en colaboración y diagnósticos. Coincidieron los docentes en ubicar la enfermedad como guía del plan. Se aprecia una valoración biológica por sistemas orgánicos, salvo en las asignaturas de enfermería comunitaria en que se contemplaron aspectos psico sociales de las familias.

No se observó desarrollo de las etapas de planificación, ejecución y evaluación final del PE.

En la etapa de ejecución del PE se observó en un caso el uso de colchón neumático. Respecto a la fase de evaluación final del proceso, en un solo caso el docente recuerda a los estudiantes valorar a los usuarios en 3 o 6 meses. En relación a los derechos del usuario algunas veces quedaron solapados dentro del discurso pero no tuvieron mención especial. Las clasificaciones NIC y NOC no fueron tratadas como tampoco se abordó la Enfermería basada en la evidencia (EBE).

De las entrevistas se conformaron Categorías que fueron consideradas a priori.

Perfil docente.

Opinión del PE y Bibliografía manejada.

Concurrencia a espacios de análisis del PE.

Metodología de la enseñanza.

Adherencia al PE en diferentes ámbitos.

Respecto al perfil y capacitación docente, se podría hablar de docentes que se encuentran en la mitad de su vida laboral y con experiencia asistencial y de docencia universitaria. Cinco docentes tienen nivel de postgrado. Tres docentes se encuentran cursando maestrías y tres doctorado en enfermería. Todos poseían cursos de capacitación docente.

En cuanto al uso de bibliografía del PE todos citan a la Taxonomía de la Nursing American Diagnosis Asso-

ciation (NANDA). Algunos agregan a M^a Teresa Luis Rodrigo y Juall Carpenito. Escogen la teoría enfermera del auto cuidado y sistemas de enfermería de Dorotea Orem y la teoría de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

Se destaca la coincidencia en la forma de valoración sistémica declarada por la mayoría de los profesores, entendiendo como sistémica el análisis de los sistemas biológicos. Coincidieron también en ubicar la enfermedad como guía del plan. Algunos docentes manifestaron la dificultad de los alumnos para reconocer la forma de priorizar diagnósticos y también para optar por uno que englobara las relaciones y manifestaciones, en vez de repetir diagnósticos con cierta similitud. La metodología en clase consistía en general en traer casos clínicos desde donde los alumnos junto al docente van analizando y conformando los diagnósticos enfermeros.

En relación a las reuniones de estudio del PE, hubo opiniones parecidas acerca de que en los encuentros han podido llegar a acuerdos sobre valoración y diagnósticos. El acuerdo del uso de la taxonomía NANDA para diagnosticar fue unánime. La valoración acordada para la mayoría fue por sistemas con algunas variantes. Y manifestaron su deseo de mantener estas reuniones formativas. Los profesores afirmaron en las entrevistas que en su trabajo no usaban el PE.

DISCUSIÓN

La planificación de lo que se pretende transmitir en una actividad educativa va a depender de qué se quiere enseñar, cómo se va a enseñar y que alcance tendrá. La unidad didáctica en este sentido permite reflexionar sobre los objetivos didácticos, metodologías, técnicas, contenidos centrales, conceptos ya tratados y evaluación de lo que se va a tratar en esa unidad.

La evaluación y síntesis problematizadora de lo tratado actúa como disparador para que el estudiante en su proceso de aprendizaje distinga aspectos centrales de lo tratado y siga construyendo sus conocimientos a través de la reflexión propia. En algunos casos se dio esta características pero en la mayoría no.

Los errores y omisiones que aparecían, se trataron parcialmente sin abarcar conceptos ausentes. El tratamiento de los conceptos o afirmaciones equivocadas permite deconstruir, analizar y reflexionar sobre el mismo elaborando así un aprendizaje significativo. Lo más concluyente es la convicción que el docente debe tener al enseñar la metodología para resolver los problemas de la enfermería en su trabajo para lograr cuidados, en base a una valoración integral, planificados, implementados y evaluados.

Si lo confrontamos con lo expuesto por Porlán (27) referido a las estrategias de enseñanza más convenientes vemos que la presentación de las clases por parte de

los estudiantes sin estrategias ni objetivos didácticos puede obedecer a una forma espontaneísta de enfocar la clase. No obstante, el profesor es quien recoge y sintetiza las ideas planteadas por los estudiantes.

La enfermería como disciplina de la salud, con un peso importante en la práctica, necesita docentes que intenten desarrollar su rol asistencial con un método específico de trabajo que sea sistemático, ordenado, dinámico y que aporte elementos para la seguridad propia y de los usuarios. La valoración integral de usuarios es la base para formular cuidados integrales, propios de enfermería (basados en diagnósticos enfermeros) y también de problemas en colaboración (basados en diagnósticos médicos).

Por otro lado como ya vimos, la unificación del lenguaje al emitir juicios diagnósticos, intervenciones, resultados esperados y problemas en colaboración ofrece múltiples beneficios, entre los más destacados consolidar la enfermería al nivel de disciplina científica y poder estudiar y medir los beneficios de sus intervenciones. En la medida que se van llevando a cabo las intervenciones y actividades se miden los resultados inmediatos, se estipula cómo se evaluará el resultado y el impacto del cuidado, analizando cómo seguirá la evaluación del plan por medio de indicadores específicos.

El PE está diseñado para que guíe y conduzca la práctica con usuarios, al no ocurrir así, como se ha visto en casi toda la muestra nos alerta para estudiar dónde está la dificultad. El Consejo Internacional de Enfermeras presenta estrategias para mejorar la práctica enfermera existiendo grupos de trabajo abiertos a consultas a través de la página Web o en diferentes encuentros anuales de las distintas comisiones de estudio del PE (18). Las reuniones a nivel de país y de la academia en particular son necesarias para conocer en los colectivos nuevos aspectos que podrán ser tema de consenso.

CONCLUSIONES

En relación al objetivo general que expresa "indagar en las conceptualizaciones que tienen los docentes enfermeros en la licenciatura en Enfermería de una Universidad de la ciudad de Montevideo acerca del PE" podemos concluir que: que si bien los docentes tienen una apertura al PE como método de trabajo, razones de tiempo, falta de articulación teórico y práctica y pocas instancias de estudio en grupos docentes provoca que no se pueda lograr trabajar con esta herramienta en su totalidad. No se observó el sustento de teorías enfermeras a pesar de que los docentes respondieron en forma opuesta. Si las teorías fueran aplicadas cambiaría la perspectiva fortaleciendo su rol y mejorando el cuidado. Esto se ve al valorar al usuario predominantemente en su dimensión física. De los resultados obtenidos tanto de las entrevistas como de las observaciones se pudo

obtener información sistematizada vinculada a:

- Aspectos centrales y básicos de la metodología del trabajo enfermero y de las teorías enfermeras que los docentes enseñan y poseen.

- Las principales dificultades declaradas por los docentes en la aplicación del PE en el ámbito laboral y académico.

- Los enfoques teóricos de planificación de cuidados con articulación a la práctica transmitidos en las clases.

- Información acerca de lo que el docente enseña del PE en su asignatura así como la incidencia que tiene el peso de la aceptación al mismo y que subyace e influye en la enseñanza.

Respecto al primer objetivo específico propuesto: "conocer las prácticas docentes al enseñar el PE", se puede señalar que si bien las dinámicas de las clases estuvieron marcadas por los objetivos implícitos de cada docente, no se observó una metodología especial para enseñar esta herramienta. Por otro lado si bien los docentes se encuentran acreditados en el área docente esto no se vio reflejado en su totalidad en la enseñanza del PE.

En relación al segundo objetivo referido a "indagar qué enseñan del PE, en sus clases", se observa en los alumnos cierta incertidumbre, por apreciar diferencias en los conceptos centrales del PE y en el tratamiento que los docentes han dado a las distintas etapas.

Respecto al tercer objetivo "identificar convergencias y discrepancias entre los docentes sobre los conceptos centrales del PE y su enseñanza" se observó que: en su gran mayoría se focalizan en la valoración por sistemas y la formulación de diagnósticos. Las 3 últimas etapas del PE no se tratan salvo en un caso pero en forma superficial.

Cabe destacar la diversidad existente entre los profesores, cuando se observan los cuidados en el primer nivel de atención en la comunidad y cuando se observan en personas hospitalizadas, donde el paradigma biomédico ejerce su mayor influencia.

Por otro lado se enfatiza la similitud existente al tratar de formular diagnósticos enfermeros y descuidar las dos dimensiones de la profesión (la autónoma y la interdependiente). Asimismo vemos la ausencia de tratamiento en las nuevas clasificaciones NIC, NOC, la EBE y la clasificación internacional para la práctica de Enfermería CIPE.

En síntesis, en las clases predomina el planteo de los signos y síntomas, diagnósticos y objetivos pero se excluye la parte de la planificación ejecución y evaluación del cuidado realizado. Con relación al cuarto objetivo "conocer el nivel de formación docente y disciplinar" se puede decir que todos los docentes poseen gran experiencia en el área de su especialidad, que casi todos

tienen cursados estudios de educación universitaria y educación en magisterio en un caso, pero esto no se refleja en la enseñanza del PE. Tampoco se nota una correlación entre quienes están más o menos preparados en el área docente y la forma de dar las clases de PE. Al parecer podríamos afirmar que el PE debe ser enseñado con metodologías propias y diferentes a las clásicas.

Aportes del estudio

Creemos que este estudio puede aportar elementos para:

- La mejora de la enseñanza al detectar que el Proceso Enfermero ofrece dificultades en muchos docentes.
- **Propiciar la aplicación del PE en el área asistencial.**
- Aprovechar la fortaleza de la formación docente en relación a la educación universitaria.
- **Identificar el escaso tratamiento en las clases de las últimas 3 etapas del PE.**
- Observar la necesidad de dar un enfoque holístico en la valoración de los usuarios.
- **Considerar la necesidad de los docentes de asistir a reuniones de estudio acerca del PE.**

Limitaciones del estudio

Las limitaciones principales del estudio fueron:

El escaso número de docentes estudiados. Fueron 6 docentes de 14 que son el total.

Por la etapa del año en que se hizo el estudio de campo, 4 docentes se encontraban finalizando sus cursos. Se pudo observar más la devolución que los estudiantes hacen de sus conocimientos que la enseñanza del PE por parte del docente.

La no inclusión de los estudiantes para aportar sus opiniones acerca de cómo se sienten con la enseñanza de este tema.

Consideraciones finales

Como síntesis general del trabajo podemos decir que este estudio abre interrogantes y plantea la necesidad de una ayuda a los docentes para trabajar sobre la me-

jora de su práctica docente en relación a las herramientas didácticas. Puntualmente pensamos que el uso y la construcción de la UD podrían hacer reflexionar acerca de qué y cómo enseñar, cuál es el objetivo didáctico a alcanzar, requisitos de conocimientos previos que son necesarios para el aprendizaje, cuáles son los ejes centrales de la unidad y como vamos a medir los aprendizajes. Las reuniones de profesores favorecerían la interacción con otros colegas enriqueciendo las relaciones y los conocimientos de cada docente así como el actuar con los mismos criterios. Se propondría buscar estrategias de enseñanza en la práctica asociado al usuario con una permanencia en el área clínica mayor a 4 hs y realizando el análisis de los datos multidimensionales personales para la realización del diagnóstico. Una vez hecho los diagnósticos y formulados los Problemas en Colaboración plantear un plan para esos problemas vinculados y así continuar paso a paso con las 3 etapas subsiguientes.

En éstas, dedicar tiempo necesario a cada una de ellas junto al caso. Planificar tomando en cuenta objetivos, recursos, usuario, familia, entorno, clasificaciones NOC y evidencias científicas. Ejecución del plan, revalorando al usuario en los aspectos detectados y registrando todo lo necesario de ser posible con herramienta informática incorporando las clasificaciones NIC. Evaluar el proceso y los resultados marcando indicadores a mediano y largo plazo. Esto requeriría de un currículum con cambio de modelo paradigmático biologicista por otro donde se consideren las dimensiones de la persona y sus potencialidades, el concepto de la salud y el rol enfermero. Otro ausente es la práctica de la enfermería basada en la evidencia científica con lo que estudiantes y docentes incursionaría en una metodología enriquecedora que mejora y agiliza los cuidados.

No menos importante es trabajar a nivel de colectivo profesional para que las instituciones empleadoras doten las unidades con personal enfermero capacitado suficiente y con buena formación disponiendo de tiempo necesario para cuidar sobre la base de conocimientos actuales y seguros para los usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Potter, P., Griffin Perry, A. Fundamentos de enfermería 2ª ed. Madrid: Harcourt, 2002; 1-2
2. Centro Universitario de Desarrollo. Las nuevas demandas del desempeño profesional y su implicancia en la docencia universitaria: Santiago: Alfabet, 2000.
3. Cidoncha, M., Díez M. Servicio enfermero ofertado en una unidad de hospitalización de Nefrología. Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol. 2004, 7(3):21- 2 .
4. Del Pino R, Ugalde M. Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. Enferm Clínica 1999; 9(3):115-120.
5. Franco, M. Campos de Carvalho E., Significado de la enseñanza del proceso de enfermería para el docente. Rev. lat.-am. enferm. 2005; 13(6): 929-36. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600003
6. De Abreu, M. et al., Diagnósticos de enfermería e intervenciones prevalentes en el cuidado al anciano hospitalizado. Rev. Lat. -am.

enferm. 2008; 16 (4): 1-6. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_09.pdf

7. Gutiérrez Lersmes, O., Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio. Av. enferm. 2009; 27(1). Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1_7.pdf

8. Gervasio, R. Aplicación del PAE en instituciones formadoras y de asistencia a nivel público y privado [tesis de grado] Montevideo: FETS-UCU; 2002.

9. Bentancur, L. 2005, Tesis Doctoral, p: 42, Universidad Católica. Montevideo. 2005,p: 42

10. Salvadores, P. et al. Manual de fundamentos de enfermería: Cuidados Básicos. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas. 2002 pp.42

11. Alfaro-Lefevre, R. Aplicación del Proceso Enfermero: guía paso a paso. 4ª ed. España: Masson; 2002.

12. Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermero. México: McGraw-Hill Interamericana, 1998.

13. Luis Rodrigo, M. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica Barcelona: Elsevier, 2006.
14. Reyes Gómez, E. Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología México: Manual Moderno, 2009. pp. 253.
15. Gordon M. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Barcelona: Elsevier 2003.
16. Luis Rodrigo, M., Fernández, C., Navarro, M. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. Barcelona: Elsevier, 2006. pp 31.
17. Juall Carpenito L., Diagnóstico de enfermería: aplicaciones a la práctica clínica. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana, 2003.
18. Consejo internacional de enfermeras. Marco de las competencias de la enfermera especialista. Ginebra: CIE, 2009.
19. Alfaro - Lefebre, R., Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona: Elsevier 2003.
20. Closkey, J; Bulechek, G., Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. Madrid: Elsevier, 2007.
21. McCloskey, J; Bulechek, G., Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. Madrid: Elsevier, 2007. pp. 3.
22. Salvadores, P. et al., Manual de Fundamentos de Enfermería: cuidados básicos, Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 2002.
23. Moorhead, S., et. al. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. Barcelona: Elsevier, 2009. pp. 15.
24. Rué, J., Qué enseñar y por qué. Elaboración y desarrollo de proyectos de formación. Bs.As. Paidós 2002.
25. Fiore, E., Leymoní, J., Didáctica Práctica, para la enseñanza media. Montevideo: Grupo Magro, 2007.
26. Stenhose, L. Investigación y desarrollo del Curriculum. Madrid: Morata, 1984.
27. Porlán R. Constructivismo y escuela. Sevilla: Diada, 1995.
28. Valles, M. Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis, 1997.

CÓMO UTILIZAR LA ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA.

HOW TO USE EVIDENCE-BASED NURSING.

COMO UTILIZAR A ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA.

Autores:

Erika Caballero Muñoz¹, Abdul Hernández Cortina².

Recibido: 05/11/2012

Aceptado: 13/12/2012

RESUMEN

La Enfermería basada en la evidencia se ha incorporado con fuerza en el mundo sanitario, su aplicación se basa en la necesidad de dar un cuidado de enfermería más seguro y de alta calidad, desafío que se hace necesario en esta sociedad del conocimiento, donde las enfermeras y enfermeros deben poseer competencias de búsqueda, organización, interpretación, evaluación crítica y validación de información, aplicación de la evidencia en la práctica y evaluación de la efectividad, eficacia en la toma de decisiones con juicio clínico crítico. Así como competencias para la propia gestión del conocimiento y aprendizaje continuo.

El presente artículo conceptualiza la enfermería basada en la evidencia y sus elementos, las limitaciones y la forma de enfrentarlas. Se analizan los pasos metodológicos desde la formulación de la pregunta clínica hasta la evaluación de la implementación de la evidencia.

Palabras clave: enfermería basada en la evidencia, evidencia científica, investigación, práctica basada en la evidencia.

ABSTRACT

Evidence-based nursing has built strong in health world, its application is based in the need of giving a safer and a higher quality nursing care, a needed challenge in this knowledge society in which nurses must possess competence of search, organization, interpretation, critical evaluation and information validation, application of practical evidence and effectiveness evaluation, effectiveness in making decisions with a critical and clinical trial. As well as competence for own knowledge and

learning management.

This article conceptualizes evidence-based nursing and its elements, limitations and ways of facing them. Methodological steps are analyzed since the formulation of the clinical question to evaluation of evidence implementation.

Keywords: evidence-based nursing, scientific evidence, investigation, evidence-based practice.

RESUMO

A Enfermagem baseada na evidência entrou com força no mundo sanitário baseando sua aplicação na necessidade de prestar cuidados de enfermagem mais seguros e de alta qualidade, desafio que se tornou necessário nessa sociedade do conhecimento, onde enfermeiras e enfermeiros devem possuir competências de pesquisa, organização, interpretação, avaliação crítica e validação da informação; aplicação da evidência à prática e avaliação da sua efetividade: eficácia na tomada de decisões com senso clínico crítico. Todavia, possuir competências para a própria gestão do conhecimento e da aprendizagem contínua.

O presente artigo conceitua a enfermagem com base na evidência e seus elementos, suas limitações e a forma de encará-las. Os passos metodológicos são analisados desde o momento da formulação da pergunta clínica até a avaliação da instrumentalização da evidência.

Palavras-chave: enfermagem baseada na evidência, evidência científica, pesquisa, prática baseada na pesquisa.

¹ Enfermera Matrona, Mag. en Diseño Instruccional, Centro de Informática en Salud de la Facultad de Ciencia de la Salud, Universidad Central, Chile, ecaballe@gmail.com

² Lic. en Enfermería. Dr. en Ciencias de la Enfermería, Universidad de Manitoba, Canada. Universidad de las Ciencias Médicas de la Habana, Cuba, La Habana.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de la salud está colmado de incertidumbre. Preguntas como: ¿Cuál intervención es más efectiva para lograr determinado resultado en los pacientes? ¿Cuáles son las experiencias de los pacientes ante una enfermedad? Estas preguntas son realizadas a diario por los profesionales de la salud. Por otro lado, los pacientes quieren recibir un cuidado de calidad y los enfermeros/as desean proveerlo. Afortunadamente, el objetivo de la enfermería basada en la evidencia (EBE) es disminuir el nivel de incertidumbre que pacientes y profesionales experimentan en los complejos sistemas de salud y con ello proveer cuidados de calidad. En este sentido, la literatura sustenta que los pacientes que reciben intervenciones provenientes de la mejor evidencia disponible experimentan hasta un 28% de mejores resultados (1). Por otra parte, los prestadores de cuidado que utilizan las evidencias manifiestan mayores niveles de satisfacción que aquellos que no la emplean (2). También esta práctica disminuye los costos de salud.

Numerosos son los estudios que reportan los beneficios de la evidencia disponible. Lamentablemente la implementación de la EBE a la práctica clínica resulta inconsistente y el abismo entre la investigación y la práctica es sustancial (3).

CONCEPTUALIZACIONES

Definición de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE)

La EBE es el uso consciente de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes. Es un método de resolución de problemas para la práctica clínica que integra:

- Búsqueda sistemática y evaluación crítica de las evidencias más relevantes para responder preguntas de la práctica clínica.
- La **experticia de los profesionales**.
- Las preferencias de los pacientes y sus valores (4).

Algunas críticas de la enfermería basada en evidencia descritas son:

- Se considera un nuevo término (o modo) de utilización de la investigación debido a que es semejante a la manera en que son utilizados los estudios originales.
- La EBE es considerada un libro de cocina en el cual no se tiene en cuenta la individualidad de los pacientes.
- Hace más énfasis en las evidencias provenientes de los ensayos clínicos y menos en estudios cualitativos.
- **Pone poco énfasis en la consideración de las teorías, así como aspectos humanísticos del cuidado.**

- Se observan diferentes conclusiones sobre que práctica debe ser mejor en la evaluación crítica de los mismos resultados de estudios clínicos.

Estas críticas son refutables si se amplía la definición de evidencia. Ésta, como termino general, se describe como una cosa que es cierta y precisa, que consecuentemente da claridad en la forma de comunicar un mensaje. Al usar evidencia esto resulta en conceptos, términos y entidades que son indudable o innegable al aplicarlos (5). Esto involucra entonces, no solo la mejor evidencia disponible de los estudios y revisiones sistemáticas, sino aquella que surge desde la propia práctica y que es el resultado de la investigación de la ficha clínica y las bases de datos subyacente, así como del uso del conocimiento que deriva de la teoría y de la investigación cualitativa para la toma de decisiones de la persona, su familia y comunidad.

Houser y Oman (6), citando a Haynes, expanden la definición y desarrollo de un modelo prescriptivo de decisiones clínicas basadas en evidencia. Su modelo se focaliza en el individuo y proveedor de salud, incorporando lo siguiente: el estado clínico del paciente, el entorno, las preferencias y acciones del paciente, la evidencia de la investigación y, como vimos, la expertez clínica. Las autoras señalan que Di censo (2005) expande el modelo a 4 elementos, los ya descritos y un nuevo componente, los recursos del cuidado de salud que se superpone a la experiencia clínica, estos recursos incluyen fuentes robustas de información, como datos de auditoría, entre otros. Esto incluye componentes clave de creación de conocimiento, difusión, diseminación, adopción, implementación e institucionalización. Este concepto se representa en la figura siguiente que muestra la relación entre la evidencia y la experiencia.

El centro iberoamericano de Cochrane define la Práctica Clínica Basada en la Evidencia como un acercamiento a la toma de decisiones en la cual los clínicos usan la mejor evidencia disponible, en consenso con el paciente, para decidir cuál será la opción más satisfactoria para éste (7). Esta definición también enfatiza en la persona, reconoce que la atención es individualizada, en constante cambio e implica incertidumbres y probabilidades. Los modelos de EBE están constituidos por diferentes pasos escalonados. A pesar de las diferencias entre los modelos se aprecian puntos en común. En este sentido los pasos propuestos por Flemming (1998) pueden ser una estructura viable para aquellos que asuman en su práctica profesional esta metodología. Estos pasos son:

- **Formulación de la pregunta clínica:** Las necesidades de información de la práctica se convierten en preguntas específicas y estructuradas.
- **Coleccionar la mejor y más relevante evidencia:** Las preguntas focalizadas se utilizan como base

para la búsqueda de literatura con el fin de identificar evidencia externa relevante desde la investigación.

- **Evaluación crítica de la evidencia:** Se evalúa críticamente la validez y generalización de la evidencia de la investigación.

- **Integrar toda la evidencia con la experticia clínica, preferencia del paciente y sus valores:** Implica que la mejor evidencia disponible es usada junto a la experiencia clínica y la perspectiva del paciente para planificar el cuidado.

- **Evaluar el cambio en la práctica:** Se evalúa el desempeño a través de un proceso de auto-reflexión, auditoría o evaluación por pares (8).

Formulación de la pregunta clínica

El primer paso es obtener la información correcta para determinar el problema real, que se traduce en preguntas para permitir investigar y ser respondida. Es importante distinguir entre dos tipos de preguntas, las generales (background questions) y las preguntas de primer plano (foreground questions). Las primeras o generales son aquellas que son respondidas como base para cuestionarse preguntas de primer plano (4). Las preguntas generales pueden ser descritas como aquellas que se cuestionan sobre información general acerca de aspectos clínicos. Estos tipos de preguntas tienen dos componentes, el inicio de la pregunta (Qué, cómo, cuándo, dónde, por qué) y el resultado de interés (ejemplo: diagnóstico clínico). Muchas veces cubren un amplio rango de problemas biológicos, psicológicos y sociológicos. Un ejemplo de este tipo de preguntas puede ser: ¿Cómo la hemodinámica difiere con los cambios de posición? Este tipo de respuestas puede encontrarse en los libros de texto y el investigador debe darse cuenta cuando está delante de una pregunta general para que no pierda tiempo en la búsqueda en bases de datos.

Las preguntas de primer plano o foreground questions son aquellas que son respondidas desde la evidencia científica, éstas se enfocan en conocimiento específico. Este tipo de preguntas son más específicas y son las que pueden ser investigadas y respondidas mediante esta metodología (EBE). Un ejemplo de esta pregunta puede ser: ¿Qué es más efectivo para el cuidado del paciente postrado, el uso de tecnología móvil o la atención tradicional? ¿Cuál posición es más efectiva en pacientes con síndrome de distress respiratorio agudo, la posición prona o supina? Este tipo de cuestionamiento, llamadas también preguntas clínicas, provienen de la incertidumbre científica, esta incertidumbre es la que engendra la investigación (Inquiry). Estas preguntas provienen de áreas como etiología, diagnóstico, tratamiento, prevención y pronóstico. Los interrogantes en el ámbito de la investigación cualitativa son parte, también, de los cuestio-

namientos clínicos y están destinadas a determinar los significados, experiencias y comprender la influencia de la cultura en el cuidado de la salud. Cualquiera que fuese la pregunta científica debe tener los componentes necesarios para formular cuidadosamente y facilitar eficientemente los resultados sobre la evidencia disponible.

Las preguntas específicas generalmente tienen cinco componentes y son descritas con el acrónimo **PICOT**. Las preguntas bien formuladas conducen a los subsecuentes pasos del proceso de la EBE. P-Patient (paciente), I-Intervention (intervención), C-Comparison (comparación), O-Outcome (resultados), T-Time (tiempo).

- La **población o paciente** puede ser fácil de identificar, pero sin una explícita descripción de por quién está constituida la población el investigador puede comenzar con una búsqueda errónea.

- La **intervención** de interés incluye cualquier exposición, tratamiento, percepción del paciente, diagnóstico o factor pronóstico. Mientras más específica este declarada la intervención, la búsqueda bibliográfica estará más focalizada.

- La **comparación** puede ser otro tratamiento o un cuidado estandarizado, un control o placebo. Por ejemplo, puede ser el uso del nivel de acceso a la ducha en pacientes discapacitados incrementa la higiene personal más que el baño en cama. En este caso la comparación es el baño en cama, intervención utilizada usualmente.

- La identificación de los **resultados** permite encontrar evidencias sobre las mismas variables que se plantean en los resultados, en una pregunta puede haber varias variables de resultados pero todas bajo una misma sombrilla. Por ejemplo, en la pregunta: ¿Es más efectivo las bebidas con electrolitos saborizados en niños con edad escolar para disminuir la deshidratación (sequedad mucosa, la fiebre, taquicardia y la irritabilidad) que el agua solamente? En este caso el resultado es la deshidratación y los síntomas sequedad de la mucosa, fiebre, taquicardia e irritabilidad forman parte de la misma.

- El **tiempo** se refiere al período en que debo obtener los resultados, el estudio debe dar cuenta de que manera y en que tiempos se evidenciaron los resultados esperados. Algunas preguntas que ayudan a orientar cómo hacer la pregunta de búsqueda para EBE son (9):

Paciente.

¿Cómo describiría a un grupo de pacientes similar al que me interesa?

¿Cuál es el espectro de pacientes sobre los que necesito obtener información?

¿A qué sexo y grupo etario pertenecen?

¿Son un grupo circunscrito o se asimilan a la población?

¿Qué particularidades poseen?

Intervención.

¿Cuál es la principal intervención, factor, pronóstico, o exposición que me interesa evaluar?

Restringir la pregunta, si es muy amplia o compleja, segmentarla a intervenciones acotadas.

Comparación.

¿Cuál es la alternativa principal con la que debo comparar la intervención?

Para acotar la búsqueda de información a lo pertinente.

Resultados.

¿Qué me interesa evaluar, medir, mejorar o afectar?

¿Cuáles son los efectos o desenlaces importantes a tener en cuenta en el problema?

Tiempo.

¿En cuánto tiempo se logró el efecto esperado?

¿Cuál es el mínimo y máximo tiempo para llevar a cabo la intervención?

¿Cuál es la medida en unidades relativas de valor (tiempo enfermera/o)?

De esta manera la duda o problema inicial es transformado entonces en una pregunta de evaluación específica (10).

¿Cuál es la mejor evidencia...?

¿Existe evidencia...?

Otros modelos, para elaborar preguntas de práctica basada en la evidencia en el caso de la salud pública, son SPICE y ECLIPSE:

SPICE	ECLIPSE
Enclave o contexto (Setting)	Expectativas (sobre la mejora, innovación o información)
Perspectiva	Clientes (¿quiénes son los destinatarios del servicio?)
Intervención	Localización (¿dónde se emplaza el servicio?)
Comparación	Impacto (¿cuál es el cambio en el servicio que se busca? ¿cómo se mide?)
Evaluación	Profesionales implicados Servicio

Coleccionar la mejor y más relevante evidencia.

El segundo paso consiste en la búsqueda de la mejor evidencia disponible, según Guyatt & Rennie (2002) (11) se debe comenzar a buscar en meta-análisis y guías de práctica clínica sustentadas en evidencias, ya que presentan el mejor nivel de certeza. En la literatura consultada se observan numerosas tablas de jerarquía de evidencias, se tomara la referida por Guyatt & Rennie (2002). Se debe tener en cuenta esta tabla a la hora de valorar el tipo de estudio que se va a seleccionar de la búsqueda realizada.

Nivel	Tipo de estudio
Nivel I	Revisiones sistemáticas, meta-análisis, relevantes ensayos clínicos, guías clínicas basadas en evidencias o revisiones sistemáticas de ensayos clínicos.
Nivel II	Evidencias obtenidas de al menos un ensayo clínico bien diseñado.
Nivel III	Evidencias obtenidas de estudios cuasi-experimentales.
Nivel IV	Evidencias obtenidas de estudios de cohorte y casos y controles.
Nivel V	Evidencias obtenidas de revisiones sistemáticas de estudios descriptivos y cualitativos.
Nivel VI	Evidencias obtenidas de estudios cualitativos y descriptivos.
Nivel VII	Evidencias obtenidas de opinión de expertos y autoridades

El último grado de evidencia resulta crucial, ya que el consenso obtenido en guías de práctica derivadas de la revisión de la literatura (estados del arte) y/o experiencias clínicas de expertos resulta ser decisivo.

Mazurek y Fineout-Overholt (2005) proponen cuatro herramientas para coleccionar la mejor evidencia:

1. Elegir la base de datos correcta.
2. Entender la estructura de la base de datos.
3. Hablar en el lenguaje de la base de datos.
4. El conocimiento correcto de la fuente correcta.

1. Elegir la base de datos correcta.

Elegir la evidencia correcta es como buscar una aguja en un pajar. Para ello las bases de datos ofrecen una gran cantidad de información científica. Para elegir la base de datos correcta se necesita conocer las disponibles y que información presentan.

2. Entender la estructura de la base de datos.

Después de realizar la pregunta científica y seleccionar las bases de datos se realizará la búsqueda en dependencia del tipo de interrogante realizado y las características de la base de datos.

Los tipos de bases de datos más utilizadas para buscar evidencias relevantes de preguntas clínicas son aquellas que contienen datos bibliográficos y texto completo. En este sentido se observan dos tipos de bases de datos, las bibliográficas y las de texto completo. Las **bases de datos bibliográficas** contienen información sobre publicaciones, que incluye autor, título, nombre de la revista y el editor. A menudo describen el estudio mediante un resumen o sinopsis. Estas bases de datos

no contienen textos completos y se utilizan para buscar detalles sobre artículos necesarios para responder la pregunta clínica, muchas veces denominados puntos de acceso. Entre estas bases de datos se encuentran CINAHL, PsycINFO y MEDLINE. Una vez que usted tenga las características de los artículos que necesita (título, autor, revista y editor) puede buscar el texto completo, si lo necesita, en bases de datos de texto completo o en aquellas que siendo bibliográficas, el suscriptor haya solicitado los servicios de texto completo. El siguiente cuadro ofrece una descripción de las bases de datos más utilizadas en salud.

Base de datos	URL
CINAHL: Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature	http://www.cinahl.com
MEDLINE: National Library of Medicine.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi
EMBASE: Excerpta Médica Online.	http://www.embase.com
PsycINFO: Esta disponible a través de APA y Ovid. Para pagos individuales	http://www.apa.org/psycinfo/products/individuals.html
Cochrane Database of Systematic Reviews.	http://www.cochrane.org

3. Hablar en el lenguaje de la base de datos.

En el caso de las bases de datos bibliográficas el lenguaje se organiza o estandariza en un vocabulario controlado o tesoro controlado. Esto da una forma efectiva de realizar la búsqueda de información cuando la pregunta científica es específica, limitada y el investigador tiene bien concebido los conceptos claves relacionado con la pregunta clínica.

Muchos términos no aparecen en los tesauros, por lo que es necesario utilizar, para la búsqueda, palabras de

texto y frases. Estas son palabras del vocabulario simple y se utiliza cuando el investigador desea especificar la búsqueda y enfocarse en unos pocos artículos. Tiene el inconveniente de presentar jergas y lenguaje ambiguo. Por esta razón es necesario formular con cuidado la pregunta científica, evitando usar términos ambiguos y jergas con vistas a realizar la mejor búsqueda y en el menor tiempo posible.

Algunas bases de datos como MEDLINE y CINAHL dan la opción de utilizar dos técnicas para limitar o expandir la búsqueda en los tesauros. Estas son "Focus" y "Explode". La primera se refiere a la opción que busca y retoma solo los artículos que contienen en el encabezamiento los términos buscados. El "Explode" es la opción que busca artículos que tiene todos los términos específicos y relacionados en orden jerárquico en el tesoro. Es utilizado cuando se disponen de pocos artículos sobre el tema buscado y cuando se necesitan ampliar los términos de búsqueda.

Como se había declarado en los párrafos anteriores, no todos los términos están en los tesauros, ni se buscan todos en MEDLINE y CINAHL. Por lo que se requiere de palabras de textos y frases para identificar artículos necesarios para responder la pregunta científica. Por tanto, se deben usar técnicas para combinar y limitar la búsqueda. Para comenzar la indagación se necesita utilizar los conceptos de la pregunta realizada con la metodología PICOT, estos no deben tener ni jergas ni conceptos ambiguos.

4. El conocimiento correcto de la fuente correcta.

El conocimiento procede de diferentes fuentes, en dependencia de la pregunta científica es necesario seleccionar los tipos de estudios requeridos para responder la cuestión con claridad, también se debe tener en cuenta la tabla de jerarquía de evidencias propuesta por Guyatt & Rennie, descrita en este mismo tópico. En la siguiente tabla se ejemplifican algunas preguntas y los respectivos diseños para responderlas.

Ejemplo de pregunta	Diseño
En pacientes con distress respiratorio agudo, ¿Cuán efectivo es la posición decúbito prono en los parámetros del destete comparado con la posición supina?	Revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos
En las mujeres embarazadas, ¿Cuál es el efecto del cuidado prenatal en el parto y la salud del recién nacido comparado con la no prestación de cuidados prenatales?	Estudios cuasi-experimentales
¿Cómo es vivir con una esposa que tiene Alzheimer?	Cualitativo
¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de los padres que pierden a sus hijos producto del VIH?	Descriptivo
¿Cuál es el estándar nacional para la prevención del vagabundeo en pacientes con Alzheimer?	Opinión de expertos y reportes de organizaciones profesionales

Pero la forma de conocer si los estudios recolectados son válidos para responder la pregunta es mediante la evaluación crítica (critical appraisal).

Evaluación crítica de la evidencia

El proceso de evaluación crítica de la evidencia puede resumirse en las respuestas a tres preguntas:

- ¿Cuáles fueron los resultados del estudio?
- ¿Son los resultados válidos?
- ¿La muestra empleada en el estudio es similar a la población o paciente declarada en la pregunta clínica?

Para responder estas preguntas el investigador se asegura de la relevancia y transferibilidad de la evidencia proveniente de la búsqueda realizada. Se debe tener en cuenta que la información proveniente de la investigación, experticia clínica y opinión de pacientes constituye la evidencia necesaria, pero cada una de ellas en solitario es insuficiente para tener una mejor práctica. El objetivo de la EBE es usar el conocimiento de mejor calidad para proveer los cuidados de mayor impacto en el estado de salud de los pacientes. En la toma de decisiones clínicas el criterio clave es la **certeza**.

La **certeza** es el máximo nivel de confianza de que las acciones clínicas producen los resultados deseados. Debido a que las acciones clínicas están dirigidas a ayudar a los pacientes a lograr sus objetivos de salud, es necesario tener un alto nivel de certeza, tal que al realizar determinadas acciones consigamos el logro de los objetivos deseados. Por esta razón se debe hacer la evaluación crítica de los estudios buscados (12).

Los expertos han desarrollado taxonomías para evaluar el grado de fortaleza de las evidencias. En este sentido la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) incorporó tres dominios para determinar la fortaleza de la evidencia: **calidad, cantidad y consistencia**.

Cantidad: El número de estudios que han evaluado la pregunta, la muestra general de los estudios, magnitud del efecto del tratamiento, fortalezas de la evaluación de la causalidad como el riesgo relativo.

Calidad: El grado en que el diseño del estudio y el análisis minimizan los sesgos de selección, de medición y de variables (validez interna).

Consistencia: Si las investigaciones con similares y diferentes diseños reportan resultados similares.

Cabe destacar que la información incompleta e inadecuada de la investigación dificulta la evaluación de las fortalezas y debilidades de los estudios publicados en

la literatura médica. Los lectores necesitan saber lo que estaba previsto (y lo que no), lo que se hizo, lo que se encontró y lo que significan los resultados.

Por otro lado la creación de Checklist para evaluación de los estudios constituye una herramienta rápida que permite valorar la calidad de la evidencia disponible.

Los Checklist ofrecen la metodología para lograr que los reportes de investigación en informática en enfermería tengan las características antes mencionadas. Un ejemplo de este tipo de instrumentos para chequear los estudios es STROBE¹, una iniciativa internacional de colaboración de epidemiólogos, metodólogos, estadísticos, investigadores y editores de revistas que participan en la realización y difusión de estudios observacionales de cohortes, casos y controles, y estudios transversales.

En los estudios cualitativos se utilizan otros criterios para evaluar la calidad de la evidencia. Los elementos que permiten a otros reconocer las experiencias contenidas dentro del estudio a través de las experiencias de los participantes².

La evaluación crítica de la evidencia implica determinar la capacidad de transferir los resultados o métodos de un grupo a otro, el grado en que los resultados pueden ser aplicados en otros contextos con otros participantes; esto ocurre cuando otro investigador puede seguir los pasos y metodología realizada por el investigador. La llamada auditoria (Audit trial) que se logra cuando se describen el propósito del estudio, como fueron seleccionados los participantes, como fueron recolectados los datos, como los datos fueron interpretados y llevados al análisis y las técnicas utilizadas para determinar la credibilidad de los datos. Se prueba así que los resultados y su interpretación son productos de los datos obtenidos, lo que se establece una vez que la credibilidad, transferibilidad y la fiabilidad han sido establecidas.

Integrar toda la evidencia con la experticia clínica, preferencia de pacientes y sus valores.

Este es el cuarto paso de la EBE y consiste en totalizar todos los elementos disponibles, tanto los resultados de los estudios, la experticia clínica de los practicantes y los intereses, valores y aspectos éticos de los pacientes. Rosswrum y Larrabee (1999) proponen un modelo sistemático de cambio para trasladar e integrar los hallazgos de la investigación a la práctica diaria.

- Valoración de la necesidad del cambio en la práctica por la existencia de incertidumbre, de donde surge la pregunta.
- Enlace entre problema, intervención y resultados.
- Síntesis de la mejor evidencia.

¹ Los Check list de STROBE, están disponibles en <http://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>

² Representatividad de los participantes, muestreo intencional, saturación, verificación de la información con los informantes.

- **Diseño del cambio en la práctica, esta fase es clave, si el cambio no se planifica resulta ser poco exitoso en la práctica.**

- Implementación y evaluación del cambio.

- **Integración y mantenimiento del cambio en la práctica** (13).

Si analizamos qué significa implementar la evidencia en la práctica, podemos decir que en el cuidado de la salud hay muchos términos implicados al introducir la innovación o cambio en la práctica, tales como mejoramiento de la calidad, desarrollo de la práctica, adopción de innovación (14).

La implementación es un aspecto significativo, que requiere de:

Difusión: la información es distribuida sin ayuda, ocurre naturalmente (pasivamente) a través de la adopción de políticas, procedimientos y prácticas de los clínicos.

Diseminación: la información es comunicada (activamente) a los clínicos para mejorar sus habilidades y conocimientos, con un público objetivo seleccionado para la diseminación.

Implementación: integrando la información en forma sistemática y activa en el lugar de trabajo, identificando las barreras del cambio. Una orientación efectiva de las estrategias de comunicación para direccionar y superar las barreras, utilizando técnicas administrativas y educacionales para aumentar la efectividad.

Adopción: los clínicos se comprometen y cambian realmente su práctica. Esto implica entonces estrategias de difusión pasiva y natural, diseminación activa e implementación sistemática de la información y cambio en la práctica (15).

Considerar las preferencias de los usuarios.

El cuidado de la salud se realiza en función de la satisfacción del usuario, favorece el logro de objetivos y metas conjuntas entre los profesionales de salud, cuidadores y el propio paciente, dado que cuidar la salud y prevenir la enfermedad es un asunto de todos.

En las últimas décadas vienen apareciendo algunas herramientas ético-jurídicas para llevar a la práctica, según diferentes modelos que promueven la participación del usuario, la llamada "Planificación Anticipada" de la Atención, en un intento de garantizar el respeto a la autonomía del enfermo, incluso en aquellas situaciones en que el interesado no puede participar activamente en la toma de decisiones. Así mismo la teoría del "Consentimiento Informado", entendido éste como un proceso comunicativo, constituye una de las principales expresiones de la defensa del principio de autonomía

y las actitudes de deliberación y de participación en la toma de decisiones, que forman parte del nuevo paradigma de relación clínica que se ha venido imponiendo en las últimas décadas (16).

Como señala Ruiz (2005), otro aspecto que resulta clave en el reconocimiento de valores y preferencias de los usuarios es la cada vez mayor variabilidad étnica, religiosa y cultural que nos exige, como profesionales, aumentar nuestra competencia cultural en la atención sanitaria, para tener en cuenta la diversidad en la concepción misma de la salud, la enfermedad, la asistencia y evitar la imposición cultural en la creencia de que por ser profesionales de salud nuestras decisiones están sobre las de los otros (paciente). Se debe entonces considerar las peculiaridades personales dentro de cada grupo, las cuales justificaría la participación del propio interesado en la toma de decisiones sanitarias (16).

La valoración de una toma de decisiones en salud debe integrar las preferencias del paciente de acuerdo a sus valores, preferencias y expectativas. A su vez, el tiempo y el momento en que se toma una decisión son tan importantes como la decisión en sí misma. Estos aspectos deben ser explorados siempre en la práctica basada en la evidencia. Esta consideración de los valores y preferencias de los usuarios implica el respeto a la autonomía y corresponsabilidad de las personas sobre sus procesos de salud o enfermedad, el derecho a elección libre e informada es un imperativo ético. En este sentido el rol activo del paciente es clave para la toma de decisiones compartidas en salud. Cómo se informe y comunique el profesional con el usuario en la relación profesional – paciente es altamente relevante en el control y la gestión de la enfermedad, así como en el cumplimiento terapéutico y la calidad de vida de la persona.

La toma de decisiones de los pacientes no es fácil, las resoluciones a menudo son complejas y se asocian a elección de una o más opciones, pudiendo causar un conflicto, ya sea por la presión de otros respecto a la decisión de una determinada opción, o por desconocimiento de los riesgos, beneficios reales, costos e incluso por las mismas preferencias del usuario. En este caso cuando el paciente no sabe qué hacer o tiene una incertidumbre respecto a cuál decisión tomar, tiene preocupación por los resultados, vacila entre las opciones, cuestiona los valores personales involucrados en la decisión o tiene signos evidente de angustia y tensión, podemos inferir que está presentando un conflicto decisional. Aquí es donde un profesional que maneja la evidencia en la práctica debe orientar al usuario respecto a la mejor evidencia disponible.

Un modelo que en diversos estudios ha demostrado ser efectivo en el apoyo a la toma de decisiones es el modelo de toma de decisiones de salud de Ottawa de Anette O'Connors. Otro modelo recomendado por la evidencia es el Modelo Interprofesional de Toma de Decisiones Compartidas (Interprofessional Shared Decision Ma-

king (IP-SDM) Model). Este modelo amplía la perspectiva de la toma de decisiones compartidas más allá de la diada profesional de salud – paciente, dirigiéndose a 3 niveles dentro del sistema de cuidados (17).

a) Micronivel (individual): El paciente presenta un problema de salud que requiere una decisión. Ésta debe ser compartida con el equipo de atención médica y/o miembros de la familia, se debe tomar el tiempo necesario para trabajar a través de un proceso estructurado, sensible a la preferencia del paciente, mientras se produce la interacción con uno o más profesionales de la salud y miembros de la familia. La deliberación entre los actores deben llevar a un entendimiento común en cada etapa de la toma de decisiones.

b) Mesonivel (equipos de atención de salud dentro de una organización): Implica los profesionales de la salud que están comprometidos en la toma de decisión, e incluye dos roles distintos: el iniciador del proceso de toma de decisión y el entrenador de decisiones.

c) Macronivel (políticas más amplias y contextos sociales): Éste parte del supuesto de que la toma de decisiones en un modelo interprofesional no ocurre en los encuentros clínicos independientemente de la influencia de los factores del nivel del sistema de salud, sino influidos por ellos. Es por esto que los recursos en la práctica basada en evidencia, y dentro de la toma de decisiones, son muy importantes, tanto estructurales, como físicos, económicos, entre otros.

Expertez clínica

La expertez clínica se refiere a la habilidad para usar herramientas clínicas y la experiencia pasada para identificar el estado de salud del paciente, familia y comunidad, sus riesgos, sus preferencias y acciones, así como los beneficios potenciales de las intervenciones, la comunicación con la persona y su familia y forma de proveerles un ambiente donde se sientan seguros, confortables y apoyados.

En la experiencia va plasmando el conocimiento que los profesionales tienen para valorar la salud de las personas, identificar sus problemas de salud y aplicar el juicio clínico en la toma de decisiones compartidas con el usuario. Implica que los profesionales de salud han desarrollado capacidades que van más allá del conocimiento científico, como son la compasión, la escucha activa, sensitiva y la perspectiva humana de las ciencias sociales; esto permite a los profesionales conocer el contexto, personalidad y cultura de los pacientes y desde este ámbito comprensión buscar las estrategias de cuidado.

La experiencia clínica y expertez se logra con la observación repetida de situaciones similares en el tiempo. Desde la experiencia el profesional se puede conectar con la condición clínica del otro.

En la toma de decisiones se conjugan todos estos elementos, conocer las preferencias, valores y creencias de los usuarios requiere que los profesionales hayan desarrollado habilidades en el punto del cuidado del paciente, para combinar los datos actuales con la experiencia clínica pasada y el conocimiento personal. La expertez clínica permite conjugar la auto-reflexión a lo largo de la práctica con un análisis personal de la situación clínica. Esta auto-reflexión implica también una mirada a los propios valores y creencias respecto a la decisión, nuestros mitos de cuidados y la práctica profesional que no está basada en la investigación. Esto implica que los profesionales de salud deben ser apoyados en este proceso de reflexión, aprendizaje a lo largo de la vida y cuestionamiento de la tradición. Todo ello da cuenta de la importancia paradigmática de las situaciones de trabajo para el desarrollo gradual de la competencia profesional.

Dentro del modelo de maduración profesional que describió la teorista de enfermería Patricia Benner, se relata el desarrollo de la competencia profesional desde ser un principiante a lograr un estado experto, según ilustra Rauner Félix (18):

El experto logra la unión entre el conocimiento práctico (tácito, contextualizado e implícito) y el conocimiento teórico (descontextualizado y científico), para obtener un conocimiento contextualizado y explícito que guía la acción. Esto implica sensibilidad, comprensión compartida del fenómeno, situacionalidad que tiene que ver con supuestos previos, expectativas y actitudes, experiencia en tareas paradigmáticas (aquellas que ponen a pruebas todas las competencias del profesional), llevando a un dominio reflexivo, comunicación en la comunidad de práctica (comunicatividad), experiencia con tareas impredecibles y metacompetencia (perspectividad) que desafían a la resolución de los problemas.

Evaluar el cambio en la práctica.

El quinto paso del modelo EBE consiste en evaluar los resultados en términos de cómo el tratamiento, intervenciones o decisiones clínicas fueron efectivas en pacientes o en las prácticas clínicas. Este paso es esencial para determinar cuáles fueron los cambios ocurridos en la evidencia como consecuencia de los resultados esperados, si respecto a la pregunta clínica los desenlaces esperados fueron detallados, será más fácil la evaluación de estos mismos como indicadores de efectividad del cuidado y cambio propuesto por la aplicación de la evidencia en la práctica. Sin embargo, evaluar los resultados no es tarea fácil. Debido a la variabilidad de los mismos, los resultados son un atributo de la acción no un producto propiamente dicho y la dificultad para asociar los resultados obtenidos de las acciones realizadas, debido a que estas son multidimensionales y abarcan un amplio campo de acciones. Para minimizar estos problemas numerosas organizaciones han creado modelos para evaluar la gestión de los resultados, es-

tos apuntan al mejoramiento continuo de la calidad del cuidado. Se busca con ellos categorizar los resultados de acuerdo al nivel paciente/familiar, profesional de salud o proveedor, y al nivel organizacional; este último incluye los procesos y los costes. En cada uno de estos niveles se evalúa la estructura (lo que se necesita), los procesos (cómo hacemos) y los resultados propiamente tales (lo que ocurre). Así mismo se debe evaluar el impacto de los cambios producidos a nivel macro de los programas de salud.

CONCLUSIONES

La enfermería basada en la evidencia constituye una herramienta clave en la actualidad, ya que permite apoyar la toma de decisiones para dar calidad y seguridad, es decir la mejor práctica en el cuidado de la salud de las personas familias y comunidad.

Una consideración importante es que la enfermería basada en la evidencia no sólo involucra el uso de la mejor evidencia disponible en la investigación y en la teoría para la toma de decisiones y la consideración de los recursos de que se dispone, sino que es esencial considerar la expertez clínica de enfermeras y enfermeros.

Con respecto a la consideración de los valores y preferencias del usuario, son elementos en los que los profesionales de enfermería debemos aún investigar más. También se deben desarrollar modelos y teorías que apoyen el reconocimiento a dichos valores y preferencias.

Se hace necesario incorporar la EBE en el contexto clínico, apoyando de esta manera la toma de decisiones, permitiendo un aseguramiento de la calidad de la gestión del cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heater BS, Becker AM, Olson, RK. Nursing intervention and patients outcomes: A metaanalysis studies. *Nurs Res.* 1988; 37(5): 303-7. On line disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3047692>
2. Hutchinson AM, Johnston L. Bridging the divide: a survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting. *Journal of Clinical Nursing.* 2004; 13: 304-315.
3. Wallen GR, Mitchell SA, Melnyk B, Fineout-Overholt E, Miller-Davis C. Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *Journal of Advanced Nursing.* 2010; 66(12):2761-2771.
4. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence based medicine: How to practice and teach EBM. London: Churchill Livingstone; 2000.
5. Merriam-Webster [Internet]. An Enciclopedia Britannica Company. Evidence definition [citada 5 Ago 2011]. Disponible en: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/evidence>
6. Houser J, Oman KS. Evidence based practice: An implementation guide for healthcare organization. Burlington: Jones & Bartlett Publishers; 2010.
7. ¿Qué es la medicina basada en la evidencia (MBE)? [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano. Iberoamerican Cochrane Centre Module. The Cochrane Collaboration [citado 5 Ago 2011]. Disponible en: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/262>
8. Flemming K. Asking answerable questions. *Evid Based Nurs.* 1998;1(2): 36-37. Disponible en <http://ebn.bmj.com/content/1/2/36.full.html>
9. Caballero E, Becerra R, Hullin C. Proceso de enfermería e informática para la gestión del cuidado. Santiago (Chile): Editorial Mediterráneo; 2010.
10. Stillwel SB. Mentas inquisidoras quieren saber ¿Qué es una PICOT? Phoenix: Arizona State University, College of Nursing & Health Innovation; 2009.2002 pp.42.
11. Guyatt G & Rennie D. Users Guides to the Medical Literature: A manual for evidence-based clinical practice. Chicago: American Medical Association (AMA Press); 2002.
12. Melnyk B, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Second Edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
13. Rossrum MA & Larrabee JH. A model for change to evidence-based practice. *Image. The Journal of Nursing Scholarship.* 1999; 31(4):317-322.
14. Graham I, Bick D. Evaluating the impact of implementing evidence-based practice. Chichester: Editorial Wiley Blackwell; 2010.
15. Rycroft-Malone J, Bucknall T. Models and Frameworks for Implementing Evidence-Based Practice: Linking evidence action. Chichester: Editorial Wiley Blackwell; 2010.
16. Ruiz Navascués R, Reyes Bermúdez MT, Izaguirre Blázquez MT, Romero Galindo MS, Herguido García F, Martín Cuesta AM et al. Historia clínica de valores y creencias de salud: Opinión de los ciudadanos. *Revista Nure Investigación* [Internet]. 2005. [citado 5 Ago 2012]; 12(2):1-11. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/Proyecto12.pdf
17. Patient Decision Aids. Interprofessional Shared Decision Making (IP-SDM) [Internet]. Ottawa: OHRI-IRHO [actualizado 5 Ago 2011; citado 5 Ago 2011]. The Ottawa Hospital; [aprox 1 pantalla]. Disponible en: <http://decisionaid.ohri.ca/ip-sdm.html>
18. Rauner F. El conocimiento práctico y la competencia de acción en la Profesión. *Revista Europea de Formación Profesional* [Internet]. 2007 [citado 5 Ago 2011];40:58-73. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2316211>



Sanatorios propios en:

Montevideo: Br. Batlle y Ordóñez 2759
Tel.: 2487 2319

Colonia: Daniel Fosalba 366
Tel.: 4522 5024

Centros Médicos:

Montevideo: La Teja, Centro y Maroñas

Colonia: Carmelo, Colonia Miguelete, Colonia Valdense,
Conchillas, Nueva Helvecia, Nueva Palmira,
Ombúes de Lavalle, Rosario y Tarariras

Canelones: Ciudad de la Costa, La Paz, Barros
Blancos, Toledo y Salinas

Rio Negro: Young

San José: Ciudad del Plata, Ecilda Paullier

Soriano: Dolores



www.hospitalevangélico.com / 0800 2393

LÍNEA DE SEGURIDAD

Introcan Safety®

Catéteres de seguridad con activación pasiva

- Protegen al profesional sanitario de los pinchazos accidentales



Nuevo
diseño

SECCIÓN II

Actualizaciones

INCONTINENCIA URINARIA EN PERSONAS MAYORES: ABORDAJE DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA.

Autor :

Natalie Figueredo¹.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo es subrayar el rol de la enfermera especialista en cuidados geronto-geriátricos y a su vez animar a los agentes de cuidado en la observación, prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria en las personas mayores. El término personas mayores se refiere según la Organización Mundial de la Salud a aquellas personas que han alcanzado la edad de 65 años; en América Latina las personas mayores también reciben el calificativo de adultos mayores. Según la Declaración de Brasilia sobre el envejecimiento saludable, "las personas mayores saludables son un recurso para sus familias, sus comunidades y la economía" (1), por lo cual el inicio de alteraciones que condicionen su autonomía e independencia debe ser tratada con minuciosidad. Este problema tan importante en las personas mayores, subsiste muchas veces por el sub registro de los profesionales de salud que surge de una valoración incompleta, y tiene como causa la resistencia de los mismos a averiguar sobre problemas de continencia, constituyendo este problema una carga para quien lo padece. De igual manera, la incontinencia urinaria provoca angustia, reduce la percepción subjetiva de calidad de vida, llevando muchas veces al aislamiento social y desencadenando morbilidad significativa. Es por ello que constituye un compromiso para los profesionales de cuidados indagar sobre problemas de continencia en este grupo de personas y brindar las opciones de tratamiento disponibles, sean farmacológicas, quirúrgicas, educativas, perfilando hacia el auto cuidado, en una combinación de diferentes modalidades terapéuticas que conduzcan a una mejora o curación de los síntomas (2).

Importancia de la prevención y tratamiento oportuno.

Las personas mayores sanas deben mantener la continencia urinaria, independientemente de la edad que tengan. La pérdida de esta función constituye un síntoma de disfunción del sistema urinario y no un síntoma

de la vejez. Según la Sociedad Internacional de Continencia, la incontinencia urinaria (IU) "es la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social, y que se puede demostrar objetivamente", o "cualquier escape de orina que provoque molestias al paciente" (3) (4). Este problema de salud repercute en las personas mayores, en sus áreas física, social, psicológica y económica, y es altamente prevalente en la población adulta y de dos a cuatro veces más común en mujeres que en hombres. La prevalencia de la IU aumenta con la edad y la dependencia funcional. Según investigaciones realizadas, las limitaciones en las actividades de la vida diaria, y la institucionalización prolongada de las personas mayores se asocian con un mayor riesgo de incontinencia. Asimismo las personas con antecedentes de accidente cerebrovascular, diabetes, obesidad, mala salud en general y las comorbilidades se asocian con factores de riesgo para personas mayores que viven en comunidad. De igual forma, antecedentes de prolapso por partos, traumatismo anal, cirugía urológica, radioterapia para el cáncer de próstata, también constituyen factores de riesgo de IU (5). Otro factor de riesgo para la pérdida de la continencia urinaria en las personas mayores está constituido por consumir un número elevado de fármacos, alta hospitalaria y/o estar cursando un cuadro agudo.

La IU puede ser un efecto secundario de la medicación (6). Los diuréticos pueden provocar poliuria, polaquiuria, urgencia miccional; los hipnóticos pueden causar sedación, inmovilidad, delirio en la persona mayor; los anti Psicóticos pueden causar sedación, parkinsonismo, inmovilidad o delirio; los antidepresivos pueden causar sedación, acción anti colinérgica; los fármacos antagonistas del Ca producen retención aguda de orina; las drogas anti colinérgicas y opiáceos pueden causar retención aguda de orina, impactación fecal, delirio. La incidencia de la IU progresa casi linealmente con los

¹ Mag. en Ciencias de Enfermería UIC, Candidato a Dr UB, Universidad Católica del Uruguay. Montevideo. Uruguay. nafiguer@ucu.edu.uy

años de vida hasta ser calificada como uno de los síndromes geriátricos tanto por su elevada prevalencia en personas mayores como por el impacto negativo que ocasiona en la persona mayor que la padece (7).

La aparición de I.U.P.M. expone una dificultad latente, que puede obedecer a múltiples causas, las cuales se deben investigar y tratar. En la actualidad, según estudios realizados, con las diferentes opciones terapéuticas se logran tasas de curación de la incontinencia próximas al 40-50% y de mejoría de hasta un 75-80% de los casos. En el resto de los casos no se consigue curación de la incontinencia y las medidas terapéuticas, básicamente paliativas, se dirigen a mejorar la comodidad de la persona mayor y su entorno (8).

De acuerdo a la duración en el tiempo, la incontinencia puede ser transitoria o aguda, con una duración corta, habitualmente inferior a cuatro semanas y abarca las situaciones en las que la incontinencia se produce de forma funcional, sin lesión estructural responsable como una enfermedad aguda, traumatismo quirúrgico o iatrogenia (9); puede ser crónica o establecida cuando la duración es superior a cuatro semanas, y su mecanismo patogénico está en relación con alteraciones estructurales en el tracto urinario o externas a él. Algunas causas transitorias de incontinencia urinaria pueden contribuir a una forma establecida y en los ancianos no es infrecuente la incontinencia mixta en la que se combinan diferentes mecanismos etiopatogénicos (9). Los mecanismos responsables de la incontinencia urinaria establecida son: hiperactividad vesical, donde no hay control inhibitorio del Sistema Nervioso Central, es el tipo de incontinencia crónica más frecuente en las personas mayores (10) (11); incontinencia de estrés debido a debilidad del suelo pélvico, es más frecuente en las mujeres y en el caso de los varones, suele relacionarse con la lesión del esfínter uretral externo por cirugía prostática. La etiología de la IU de estrés es la debilidad del suelo pélvico (partos múltiples, hipoprogesteronismo, obesidad) y cirugía pélvica previa (ginecológica, resección prostática), produciendo escapes de pequeño volumen cuando la presión intravesical supera la uretral (tos, estornudo, risa, esfuerzo, maniobra de Valsalva, ejercicio), por lo que suele ser mejor tolerada que la de urgencia. Otro de los mecanismos responsables de la IU crónica, lo constituye la incontinencia de rebosamiento, ocasionada por sobredistensión vesical, menos frecuente entre las personas mayores, estimándose una prevalencia media cercana al 10%-20% (9). Esta sobredistensión vesical está originada, habitualmente por dos mecanismos etiológicos diferentes: la obstrucción del tracto de salida (hipertrofia prostática, compresión extrínseca, estenosis uretral) y la alteración contráctil vesical (fase aguda del ictus, neuropatía diabética, déficit de vitamina B12, fármacos con acción anticolinérgica, lesiones medulares, postoperatorio (cirugías abdominales y ortopédicas); otras (hipotiroidismo). En este tipo de incontinencia se escapan pequeños volúmenes

de orina, quedando un residuo miccional superior a 100 cc. Desde el punto de vista clínico, los pacientes suelen presentar tanto síntomas urinarios de vaciado (dificultad para iniciar la micción, sensación de micción incompleta, episodios de retención urinaria y ausencia de deseo miccional ocasionalmente), como de llenado (polaquiuria y urgencia miccional), y a veces se produce la micción gracias a la prensa abdominal. Otro de los tipos de I.U.P.M. que puede conducir a la cronicidad es la incontinencia funcional, por falta de cuidador y/o barreras ambientales. Existe incapacidad por parte de la persona para reconocer la necesidad de orinar o de comunicar la sensación miccional. Es bastante típico en personas mayores frágiles, es decir, edad muy avanzada, pluripatología, padecimiento de síndromes geriátricos, polifarmacia, alteraciones sensoriales, problemática familiar o social (9).

Los requisitos para conservar la continencia urinaria en las personas mayores se agrupan en los siguientes: acumulación adecuada en el tracto urinario inferior, vaciamiento adecuado del tracto urinario inferior, estimulación suficiente para ser continente, capacidad cognitiva suficiente para percibir el deseo miccional e interpretarlo, patrón actividad / movilidad acorde para acceder al baño, e inexistencia de barreras arquitectónicas y ambientales en el acceso al baño (3) (12).

Igualdad de derechos de las personas mayores. La atención por profesionales especializados.

Los cuidados especializados hacia este grupo etario, deberían ser considerados un derecho. En esa lógica y desde el Comité de Derechos Humanos, se ha visto como una necesidad la implementación de medidas para disminuir o evitar la discriminación de las personas mayores con el fin de hacer valer el derecho de igualdad. De la misma forma el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, el marco político de la Organización Mundial de la Salud sobre el envejecimiento activo, así como el Plan de acción sobre la salud de las personas mayores de la Organización Panamericana de la salud, incluyen medidas que tienden a asegurar el derecho a la salud de las personas mayores, y entre dichas medidas se encuentra el derecho al disfrute de una salud preventiva y reconstituyente (13). Recientemente, Uruguay se suma a asegurar este derecho con la creación en enero 2012, del Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez. Aunque la intervención de los distintos profesionales es variable de acuerdo al entorno y los recursos, es incuestionable que la atención a las personas mayores con diferentes problemáticas requiere un enfoque interdisciplinar. Entre el equipo de los profesionales que otorgan cuidados a este grupo, la Enfermería Gerontológica es una especialidad que se ocupa de la valoración de las necesidades de las personas mayores, de la planificación y ejecución de cuidados, así como la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y el mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento (14). La enfermera especia-

lista en Geronto-geriátría promueve los cuidados de salud de la población mayor, principalmente para conseguir que la última etapa de la vida sea vivida en forma óptima, asegurando la satisfacción de las necesidades y el máximo nivel de independencia posible de las personas que envejecen. Si bien el Uruguay es considerado un país envejecido con una tasa de personas mayores de 65 años que alcanza el 13.9 % de la población, dicha especialidad no es demandada por el mercado, siendo los cuidados realizados por personas sin formación al respecto. Reafirmando lo anterior, es significativo que de la especialización en enfermería Geriátrica y Gerontológica que se lleva a cabo en la Universidad Católica, egresaron en su única edición, en el año 2007, un número de 26 enfermeros especialistas. Es decir que los cuidados específicos en esta etapa del desarrollo vital en nuestra población, la realizan personas no especializadas. Esto conduce al riesgo de realizar procedimientos inadecuados, que pueden ser originados por factores situacionales o relacionados con la dinámica de la relación y estar en concordancia con sobrecarga, o con el manejo de situaciones estresantes para las cuáles el cuidador no está capacitado, pudiendo ocasionar un perjuicio al mayor.

Como consecuencias de la I.U.P.M. se producirá una aceleración en el deterioro funcional, con la posible aparición de lesiones cutáneas, infecciones de las lesiones, infección urinaria, caídas, pérdida de la autoestima, ansiedad, depresión, interferencias en la vida sexual, aislamiento social, necesidad de apoyo para los cuidados, necesidad de accesibilidad a los centros de asistencia socio sanitario, probabilidad mayor de institucionalización, riesgo de aumento de costos económicos por las eventuales complicaciones, demanda de pañales, colectores y sondas que incrementan los costos (15).

Dado que la etiología de la incontinencia en las personas mayores puede ser multifactorial, se realizará una valoración geriátrica integral.

El tratamiento de las causas transitorias se realiza con antibióticos, terapias hormonales, atención de las alteraciones metabólicas y la rehabilitación física. El tratamiento de la hiperactividad vesical se lleva a cabo con fármacos, con estimulación eléctrica o con cirugía. En la incontinencia de estrés se realiza con cirugía, fijación de la musculatura pélvica, con fármacos y conos vaginales.

PROCESO ENFERMERO.

A través del seguimiento del método científico, la enfermera abordará cada una de las etapas del Proceso Enfermero: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. En la primera etapa se valoran las capacidades de autocuidado de las personas mayores; el término autocuidado es definido por Orem *"como la compleja habilidad adquirida por las personas... que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano"* (16).

El impacto negativo de la I.U.P.M. plantea la necesidad de garantizar unos cuidados encaminados a proporcionar seguridad, ayudar en la búsqueda de los recursos necesarios y educar para la adquisición de comportamientos orientados a la gestión de su propia salud, como conductas dirigidas a disminuir las dificultades en el manejo de la incontinencia, como la modificación del tipo de ropa, sin cremalleras, fácil de desvestir para facilitar el uso del inodoro. Se valorarán medidas de auto cuidado relacionadas con el consumo de sustancias excitantes, modificaciones en la ingesta de líquidos en la tarde y en la noche. Es importante el reconocimiento de fármacos relacionados con la incontinencia urinaria, así como la observación de barreras ambientales y arquitectónicas en su domicilio. Del mismo modo, se considerará el uso de medidas paliativas como pañales o colectores, que proporcionan alivio y confort aunque no persigue la recuperación de la función.

A partir de la clasificación y análisis de la información obtenida a través de las fuentes primarias y secundarias, es decir la persona, familia y demás integrantes de su entorno inmediato, se formularán los Diagnósticos enfermeros (DE). Aquí tomaremos a modo de ejemplo una de las etiquetas diagnósticas más frecuentes.

Incontinencia urinaria funcional (1986,1998)

Este DE se define como la incapacidad de una persona, normalmente continente, de poder llegar al inodoro a tiempo para evitar la pérdida involuntaria de orina (17). Se puede sintetizar diciendo que el tiempo que necesita la persona para llegar hasta el inodoro supera el tiempo que transcurre entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada. Asimismo puede ocurrir pérdida de orina antes de llegar al inodoro, o la incontinencia puede presentarse sólo temprano por la mañana. La persona tiene la percepción de necesidad de orinar y capacidad para vaciar completamente la vejiga. Este fenómeno puede estar relacionado con factores psicológicos, así como deterioro de la visión, deterioro de la cognición, limitaciones neuromusculares, alteración de los factores ambientales, debilidad de las estructuras pélvicas de soporte.

Luego del diagnóstico se valorarán agentes o realidades que contribuyen a la incontinencia o benefician su aparición, así como la capacidad motora y sensorial y la capacidad para llegar al baño. Se tendrán en cuenta condiciones de cateterismo vesical prolongado y se inspeccionará la situación de la piel perineal. Se obtendrá información sobre consumo de bebidas alcohólicas o drogas, así como fármacos indicados, u otros que reciba habitualmente. La persona conjuntamente con la enfermera considerará los desenlaces de la incontinencia en su vida diaria, de igual modo los recursos personales, familiares y sociales (18). Los resultados esperados se centran en que la persona mayor experimentará una desaparición o depreciación de los sucesos de pérdida de orina y expondrá el fundamento fisiológico de las técnicas que incrementan el control vesical. De igual forma, la persona proyectará las acciones individuales

que debe llevar a cabo para excluir o reducir los factores coadyuvantes, discutiendo sobre la conveniencia de las medidas propuestas para modificar o eliminar los factores que contribuyen a su problema. Asimismo, trabajará los ejercicios de fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico o de reeducación vesical, completando los cambios acordados en su vida cotidiana hasta la próxima consulta (18). La ejecución de los cuidados se dirigirá a favorecer un tránsito intestinal regular, utilizando una dieta rica en fibras y residuos, registrando durante 72 horas horario de ingesta líquida y horario de las micciones y relacionarlos.

El estreñimiento puede favorecer la pérdida del control de la vejiga, debilitando los músculos del suelo pélvico debido al aumento de la presión para vaciar los intestinos. La compresión de la vejiga puede obstruir el paso de la orina, o afectar la capacidad de la vejiga, originando deseos de orinar con mayor frecuencia que lo habitual (19).

A partir de ello se realizará un calendario miccional, con un intervalo no menor a dos horas, utilizando como recordatorio un cronómetro (18). De repetirse los episodios de incontinencia, más de dos en 24 hs, se bajará en 30 minutos el intervalo entre micciones; de no repetirse los episodios en 48 hs, aumentar el intervalo en 30 minutos, hasta llegar a las 4 horas. Se tratará de evitar bebidas como el café, té, colas, y el alcohol. Se insistirá sobre el uso de ropa de fácil apertura, preferentemente, con velcros, así como la utilización de calzado adecuado, cerrado, no zapatillas de talón descalzo ni ojotas para favorecer el desplazamiento. Se procurará tener el acceso libre hacia el baño, evitando barreras arquitectónicas, alfombras, muebles que dificulten el pasaje; utilización de buena iluminación, sobre todo en la noche.

El enfermero estimará la instalación de ayudas, agarraderas para asirse, al sentarse o levantarse del inodoro. Será oportuno dejar un dispositivo de ayuda para la evacuación u orinal, al lado de la cama de modo que le resulte fácil alcanzarlo. Si la persona tiene limitada su movilidad proporcionarle un timbre cerca, para que pueda llamar, en caso de necesitarlo. Es fundamental el mantenimiento de una buena higiene, cuidando la integridad de la piel.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Segunda Conferencia Regional Intergubernamental Sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. Brasilia, 2007.
2. Friedrich C, Pientka L, Pannek J. [Geriatric urology -- incontinence in the elderly]. Aktuelle Urologie [serial on the Internet]. (2005, Nov), [cited June 1, 2012]; 36(6): 495-502. Available from: MEDLINE.
3. Ouslander JG. Geriatric urinary incontinence. Dis Mon 1992; 2: 70-149.
4. Abrams P, et al.. The Standardization of Terminology in Lower Urinary Tract Function. NeuroUrol Urodyn 2002; 21: 167-78.
5. Shamliyan T, Wyman J, Bliss D, Kane R, Wilt T. Prevention of urinary and fecal incontinence in adults. Evidence Report/Technology Assessment [serial on the Internet]. (2007, Dec), [cited June 1, 2012]; (161): 1-379. Available from: MEDLINE.
6. Goepel M, Kirschner-Hermanns R, Weiz-Barth A, Steinwachs K,

Otras etiquetas diagnósticas que pueden encontrarse en una persona mayor con incontinencia urinaria funcional pueden ser las siguientes:

- Afrontamiento ineficaz (00069)
- Disconfort (00214)
- Conocimientos deficientes (00126)
- Déficit de autocuidado : uso del inodoro (00110)
- Gestión ineficaz de la propia salud (00078)
- Deterioro de la eliminación urinaria (00016)
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)
- Procesos familiares disfuncionales (00063)

CONCLUSIONES

La valoración es la oportunidad que tenemos los profesionales enfermeros para detectar, entre otros, problemas potenciales y realizar el plan de atención oportuno. La rehabilitación vesical de la persona mayor condicionará su percepción de calidad de vida, repercutiendo en su vida relacional, familiar, social, y permitirá que se conserve la funcionalidad en esta etapa del ciclo vital. Del mismo modo, mediante una valoración oportuna y desde una perspectiva económica y de derechos, se disminuyen costos sanitarios, a la vez que se reconoce la posibilidad de recuperación de las capacidades. La I.U.P.M. es un problema que muchas veces no se detecta y permanece oculto pues el paciente tampoco lo aborda, sin embargo sus repercusiones son muy amplias.

La calidad del cuidado, en todas las etapas del ciclo vital de las personas, viene dada por el nivel de desempeño de sus profesionales en cuanto a capacidad y competencia, el cual está marcado por la formación de éstos. Toda comunidad debe instaurar los recursos adecuados frente a las nuevas necesidades que surgen y es vital que se provean de los medios apropiados para satisfacer estas necesidades. La población uruguaya es una población envejecida, y como tal demanda recursos sanitarios que garanticen la equidad en el acceso a profesionales capacitados, que brinden un cuidado calificado, digno, seguro para las personas mayores.

Rübben H. Urinary incontinence in the elderly: part 3 of a series of articles on incontinence. Deutsches Ärzteblatt International [serial on the Internet]. (2010, July), [cited June 1, 2012]; 107(30): 531-536. Available from: MEDLINE.

7. Rexach Cano L, Verdejo Bravo C. Incontinencia urinaria. Inf Ter Sist Nac Salud 1999; 23: 149-159.

8. Contreras S. Beneficios de un programa de re-educación vesical en ancianos Hospitalizados. Nure Investigación. 2007; 28.

9. Verdejo C. Incontinencia y Retención urinaria. En: Tratado de Geriatria para Residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid. 2006; p: 151-60.

10. Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thüroff JW. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. Urology 1997; 50 (suppl 22 6A): 4-14.

11. Verdejo Bravo C, Salinas Casado J, De Antonio García MP, Cruz Jentoff AJ, Ribera Casado JM. Características clínicas y diagnósticas de la inestabilidad vesical en la incontinencia urinaria del anciano. *Rev Clin Esp* 1992; 191: 239-244.
12. Urinary Incontinence Guideline Panel. Urinary Incontinence in Adults: Clinical Practice Guideline. Agency for Health Care Policy and Research. Rockville MD (USA). Public Health Service, March 1992.
13. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. Naciones Unidas, noviembre de 2010. Santiago de Chile.
14. IMSERSO- SEGG. Atención a personas mayores que viven en residencias. Protocolos de intervención psicosocial y sanitaria. 1998. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
15. Hajjar RR. Psychosocial impact of urinary incontinence in the elderly population. *Clin Geriatr Med* 2004; 20:553-64.
16. Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. Sexta edición. Barcelona. 2007.
17. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009-2011. Elsevier. Barcelona. 2010.
18. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Séptima edición. Masson. Barcelona. 2006.
19. Constipation and Urinary Incontinence. The National Continence Management Strategy. A Commonwealth Government Initiative. Available: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/95A3E64C285525CDCA256F1900100BC4/\\$File/sp_constip.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/95A3E64C285525CDCA256F1900100BC4/$File/sp_constip.pdf)

LA DESERCIÓN ESTUDIANTIL EN JÓVENES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA: APORTES PARA UN CAMINO HACIA LA FIGURA DE LA ENFERMERA ESCOLAR.

Autores :

Patricia Prada¹, Augusto Ferreira².

INTRODUCCIÓN

El tema abordado, se enmarca en el área de la educación relacionada con la salud y sus implicancias, tomando como objeto de estudio la deserción escolar en la adolescencia, articulada con las posibles intervenciones de la enfermera escolar. Desde un paradigma que entienda la educación y la salud como procesos sociales, interdependientes y articulados, las intervenciones de la profesión enfermería, especialmente en el área de la promoción y prevención de salud, cobran especial relevancia para colaborar con el enfoque del tema.

Concepto de adolescencia.

La adolescencia se considera un concepto histórico que, de acuerdo con el momento y la sociedad de que se trate, adquirirá distintas connotaciones (1). La teoría clásica define a la adolescencia como un período turbulento ya que implica enfrentamientos con la autoridad, un reajuste social y conflictos emocionales. Autores como Hayes (2) consideran que es una fase donde las experiencias y creencias de la infancia necesitan ser reevaluadas y reformuladas, como forma de preparación para su participación en la sociedad.

Con el tiempo, se ha propuesto que la adolescencia ha de verse como un período de cambios entre los que podemos citar el pasar de la escuela al trabajo, la experiencia de trabajar en sí misma, cambios en las interacciones con los demás; lo que implica un aprendizaje de conductas muy diferentes (2).

Cambios que acompañan este proceso

Todo este desarrollo psicológico se acompaña de un desarrollo físico, al que Coleman (2) le atribuye la tarea al adolescente de adaptarse a los cambios biológicos del cuerpo, lo que lo llevará a desarrollar una imagen de sí mismo, corregir las anomalías durante la maduración o simplemente conformarse con un cuerpo que no se asemeja al idealizado. Díaz Sánchez (1) considera

que la lucha por integrar y resolver los conflictos y los sentimientos de la niñez abre la ventana hacia las relaciones amorosas que lo conducen a la intimidad, a generar relaciones subjetivas y profundas con otro que le ayuda a configurar su propia identidad y a asignar los lugares que los demás ocupan en su vida y en sus valores. Ante esto, el noviazgo se vive como un vínculo de amistad pero más íntimo, implicando comunicación, respeto y apoyo.

La vida en sociedad.

En esta búsqueda de definir y afianzar su identidad, resulta fundamental la relación con los pares, lo que los lleva a buscar un amigo especial con quien compartir sus inquietudes, penas, dudas y aventuras (1).

Complementando lo anterior, para Erikson (2) la etapa psicosocial que se da en la adolescencia resulta de la resolución de los conflictos por la necesidad de un cambio del rol en la vida adolescente. Si estas demandas le generan un gran estrés al individuo se produciría una difusión de identidad, lo que estaría marcado por confusión en vista de los diferentes roles que deben representar.

Transición a la vida adulta.

Por su parte, Coleman (2) considera que existen múltiples variaciones en las experiencias y expectativas adolescentes. Mientras algunos adolescentes comienzan a trabajar a los 16 años, otros a esta edad prolongan sus estudios, otros esperan poder marcharse de su casa y otros recién abandonan el hogar paterno cuando contraen matrimonio. Para cada uno de éstos, el período de la adolescencia es vivido de forma diferente y a una velocidad diferente.

Para Díaz Sánchez (1) los proyectos profesionales de los adolescentes tienen que ver con los recursos

¹ Mag. en Educación en Salud Escolar, Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, Uruguay. pprada@ucu.edu.uy

² Dr. en Enfermería, Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, Uruguay.

socioeconómicos con que cuenta la familia y la comunidad y con los significados que asignan a esto a partir de su historia (propia y familiar) y de la relación que se da con su entorno. Coleman (2) plantea que siempre estarán presentes en esta etapa del desarrollo las ambigüedades, problemas y otras cuestiones ya nombradas. Es por esto que las acciones en la adolescencia se focalizan en desafíos que irán cambiando según la situación, el momento y la experiencia previa que haya desarrollado.

Factores de riesgo en la adolescencia.

Asimismo, se puede conceptualizar la adolescencia como un período de transición, de cambio, donde se avanza de la niñez hacia la juventud y luego a la adultez (3). Esto implica que se debe estar atento a esta etapa para que se desarrolle de la forma más armónica posible de manera de poder resolver las vicisitudes que se plantean en el desarrollo. Puesto que los adolescentes son uno de los grupos más vulnerable de la población, por la rapidez y el tipo de cambios que deben atravesar, se han de idear políticas específicas dirigidas a esta población; ya que este grupo se halla expuesto a múltiples conductas consideradas de riesgo para su integridad física y emocional.

Autores como Wagner (3) consideran diversos factores de riesgo. Entre ellos se encuentran los factores personales que se dan en esta etapa, como ser la baja autoestima, los estilos de afrontamiento, trastornos de personalidad, carencias de metas, a lo que se suma la visión negativa que sobre los eventos posee el adolescente. Otros factores son los socioeconómicos, como la influencia de los pares o amigos, las conductas inadecuadas y los problemas económicos en sí mismos. Los factores familiares, como son la desvinculación familiar, la falta de comunicación con los padres o hermanos y los sistemas de crianza. Los factores educativos, donde se incluyen las relaciones negativas con maestros o compañeros, los sistemas educativos, entre otros. Y por último, los factores biológicos, donde juegan un papel fundamental los antecedentes familiares como por ejemplo la depresión, el alcoholismo y la violencia.

Según Jiménez, Murgui, Estévez & Musitu (4), el comportamiento delictivo en la adolescencia constituye un gran área de interés y estudio en este período de la vida. Muchos de estos adolescentes se caracterizan por provenir de ambientes familiares negativos donde existen problemas de comunicación con los padres. Asimismo, el mencionado estudio identificó la autoestima tanto familiar y escolar como factores protectores frente a los comportamientos delictivos.

En esa línea, “los antecedentes de comportamiento agresivo temprano, incluidos el comportamiento antisocial, criminal e intimidatorio, y los bajos logros educativos se identifican con factores de riesgo de la violencia posterior durante la juventud y la adultez,

y puede dar lugar a un comportamiento ofensivo persistente” (5) (p. 2).

Es por esto que se considera a la familia y al área escolar como pilares fundamentales en la formación del adolescente. Barceleta Eguiarte & Gómez-Maqueo (3) exponen en su trabajo que aproximadamente un 25% de los niños y adolescentes de los países en desarrollo consumen drogas que ponen en riesgo la salud de esta población, tornándose entonces un verdadero problema de salud pública. Asimismo, se debe tener en cuenta que el consumo de drogas se relaciona íntimamente con otros factores de riesgo como son la depresión, el alcoholismo, el abuso físico o sexual, problemas de agresividad o de disciplina, entre otros (3).

Otros estudios exponen que existe una fuerte asociación entre el uso de cannabis y bajos logros escolares a la edad de 16 años (6).

El estudio de Nesman (7) encontró una relación entre los problemas de conducta y el abandono escolar en jóvenes latinos que asisten a la secundaria en Estados Unidos. Existen factores que predicen ambos hechos (delincuencia y abandono escolar), como por ejemplo: conflictos en la identidad étnica, falta de apoyo emocional, comunicación defensiva en la familia, falta de supervisión de los padres, asociación con pares problemáticos, pobreza en las habilidades sociales y pobreza en las habilidades académicas.

El ámbito escolar.

De acuerdo con Díaz Sánchez (1), otro referente para definir a los jóvenes es el ámbito escolar, donde se les naturaliza con la posición de alumnos y comienzan a utilizarse diversas “etiquetas” en función de la lógica y la norma institucional. Para el autor es allí, en el entorno escolar, donde surgen los adjetivos: “indisciplinados”; “apáticos”; “flojos”; “casos perdidos”; o “buen alumno”; “cumplido”; “responsable”; “obediente”; entre otros; distinguiendo en este ámbito entre el “buen” y “mal” alumno, lo que nos priva de entender al adolescente en su heterogeneidad y potencialidad.

Además, a los alumnos de un aula se los puede clasificar en diversos tipos sociométricos (8): populares, rechazados (los que pueden ser agresivos o sumisos), ignorados, controvertidos y promedio. Se identificó que los adolescentes rechazados presentan mayores dificultades académicas, mayor fracaso y abandono escolar y desajuste psicosocial. Es por esto que para prevenir estas situaciones de rechazo entre compañeros se deben atender a las principales causas que los provocan mediante programas de prevención e intervención.

Ahora bien, si analizamos al adolescente en su ámbito escolar, debemos destacar que son diversos los modelos de instituciones educativas. Los términos

“inclusión” e “integración” como pilares fundamentales en los sistemas educativos, ofrecen grandes diferencias entre éstos aunque muchas veces, equívocamente, son utilizados como sinónimos. Parra Martínez (9) determina que el término “integración” asume que el niño ya se encuentra preparado para adaptarse a la escuela; mientras que el término “inclusión” implica que se deben atender a todos los estudiantes sin importar su origen, cultura, capacidad, etc.

Abandono escolar.

El abandono escolar es un tema que genera preocupación en varios países. Un estudio realizado por Lagana (10) señala que el abandono escolar en Estados Unidos genera preocupación desde hace décadas. En 1997 el departamento de educación estadounidense estimó que aproximadamente 3,6 millones de jóvenes entre 16 y 24 años no completaban la secundaria y tampoco se inscribían en algún programa de ese nivel, lo que constituía un 11% de la población. Según el mismo estudio, aquellos adolescentes que no completan su educación tienen un riesgo mayor de abuso de alcohol y dependencia, involucrarse en actos criminales y de embarazo adolescente; asimismo sugirió que los adolescentes afroamericanos poseen un riesgo aún mayor de abandonar sus estudios (10).

Por su parte, en Brasil se estima que el 95% de los niños poseen acceso a la educación, pero solamente el 59% de ellos finaliza el 8vo. grado. En este país, no es raro que los adolescentes abandonen los estudios para trabajar o para quedarse en casa cuidando a los hermanos; por lo que se considera que el sistema no se encuentra adaptado para atender las necesidades de los jóvenes pobres (11). El mismo estudio demostró que el uso de programas combinados de estrategias preventivas primarias universales y de intervenciones focalizadas en estudiantes de riesgo se pueden implementar y son útiles para reducir la deserción escolar en países en desarrollo.

Esto se apoya en otras investigaciones como la de Archambault, Janosz, Morizot & Pagani (12) que sugieren que las intervenciones basadas en la escuela, que tengan por objetivo promover la finalización de los estudios a través de fomentar la salud mental y el bienestar, estarían más conscientes de las diferencias individuales de los estudiantes. Es por esto que los investigadores apoyan la pertinencia de desarrollar enfoques universales, de prevención e intervención para aquellos estudiantes con mayor riesgo de abandono. Para estos adolescentes favorecer su compromiso en clases va a promover sus logros y fortalecer su resiliencia (12).

Un estudio realizado en México (1) demostró que en algunas regiones de ese país muchos adolescentes migran hacia Estados Unidos dejando trunca su escolaridad, valorando más la posibilidad de trabajar

y mejorar los ingresos familiares; mientras que para otros, aunque no cuenten con suficientes recursos económicos, saben que sus padres realizarán grandes esfuerzos para que ellos continúen estudiando.

Según un estudio realizado en 2006 en Estados Unidos (13) se identifican como factores para el abandono escolar el aburrimiento y el poco interés en las clases. Se citan casos de adolescentes que manifiestan “para que tomar clases que no les servirán para nada en la vida real” o refieren no comprender por qué ciertas clases son importantes. Debemos entender aquí el aburrimiento como una desconexión entre lo que se enseña en clase y los intereses del adolescente (13).

Hernández & Jozefowicz-Simbeni (14) expresan que diversas investigaciones han demostrado que los estudiantes que abandonan sus estudios tienen mayor probabilidad de vivir en la calle, estar desempleados, involucrarse con los sistemas de bienestar social, involucrarse en actividades delictivas, uso de drogas ilegales, así como experimentar problemas de salud y conyugales. Es por esto que los autores consideran que identificar de forma temprana los indicadores de falta de compromiso escolar es fundamental para la prevención e intervención que conduzca a reducir el abandono escolar.

En relación al consumo de sustancias psicoactivas, un estudio realizado en Israel con adolescentes que abandonaron los estudios (15) demostró que aquellos adolescentes que lo hicieron tienen mayor riesgo de consumir sustancias y de adoptar conductas desviadas. Aparentemente el consumo de sustancias se está tornando en algo común en la sociedad árabe en Israel, producto de la transición de una sociedad tradicional a una más moderna. La religiosidad se encontró como un factor protector para el uso de sustancias.

Diversos estudios identifican que, en Estados Unidos, ser negro o hispano, pobre, no tener hogar, ser hombre o pertenecer a las minorías sexuales aumentan las posibilidades de abandono escolar (14). En relación con la estructura familiar se identificó que aquellos jóvenes que provienen de un hogar mono parental, cuyos padres se divorciaron o volvieron a casar y quienes viven en hogares transitorios o adoptivos poseen mayor riesgo de abandonar los estudios. Asimismo, se asocian a éstos los factores socioeconómicos de las familias como: ingresos familiares, educación de los padres (incluyendo historia de abandono escolar de los padres), y el trabajo u ocupación de los mismos; todos se relacionan con el abandono de los estudios por parte de los adolescentes. Otro factor asociado es el modelo y estilo parental, comprobándose que aquellos padres que se encuentran menos involucrados en la vida de sus hijos o aquellos hijos con padres con un perfil más punitivo tienen mayor riesgo de bajo rendimiento escolar y finalmente abandonar los estudios (14).

Resulta interesante analizar otros factores que conllevan al abandono escolar en adolescentes. El estudio de Hernández & Jozefowicz-Simbeni (14) demuestra que los eventos traumáticos y el abuso o asalto sexual también se relacionan con el desinterés escolar y posterior abandono. Para los autores aquellas adolescentes que han sido víctima de abuso sexual comienzan las relaciones sexuales de forma prematura lo que conlleva a aumentar el riesgo de embarazo adolescente, que finalmente desencadena el abandono escolar.

Un estudio cualitativo realizado en Argentina sobre el embarazo adolescente y los estilos parentales educativos (16) identificó que la toma de decisiones sexuales y reproductivas en esta etapa de la vida están articulados por diversos factores como son la pertenencia de clases, género y religión y las condiciones de socialización y subjetivación. Asimismo, se vincula al embarazo adolescente como una conducta transgresora, se asocia el embarazo con relaciones sexuales promiscuas o con el consumo de alcohol y drogas, al igual que se lo identifica como un producto de un conjunto de inequidades ligadas a la pobreza y a condiciones de precariedad, situando la sexualidad en esta etapa en el campo de lo "prohibido" y de la transgresión. La definición de la situación de embarazo como un hecho deseable o como un problema va a depender de diversos factores como: los sistemas de apoyo para afrontar la maternidad, la situación de pareja, la edad de la adolescente y su grado de autodeterminación respecto a su maternidad (16).

La repetición como forma de fracaso escolar.

Otra forma de fracaso escolar que puede sufrir el adolescente es la repetición de un curso, lo que para Díaz Fernández & Sierra Berdejo (17) es un castigo y para quien lo recibe es el comienzo de la exclusión. Asimismo, para estos autores todo castigo es un comportamiento violento y creen que la repetición solo conduce a nuevas repeticiones que al llegar a los 16 años desencadena, en muchos casos, el abandono del sistema educativo ante la imposibilidad de obtener resultados académicos positivos.

La repetición de curso tendría su origen en las bajas expectativas que tiene el docente del alumno dadas las capacidades que el alumno posee; esto conduciría al fracaso escolar, que lleva a la agresividad, la violencia, la conducta antisocial y finalmente a la exclusión social. Esto determina, además, un resentimiento cada vez mayor al verse excluidos de participar en las oportunidades sociales, lo que aumenta el riesgo de su desesperación y trae aparejada la adopción de conductas desviadas como son el consumo de drogas y la violencia. Todo esto llevará más tarde a la marginación social y a la pobreza (17).

Si consideramos que "la función principal de la

educación es el desarrollo de las personas y de la sociedad para evitar la pobreza y la exclusión" (17) (p. 140) a medida que avanzamos tecnológicamente se va a requerir lograr mayores destrezas. Esto, se traduce en nuevos conocimientos y habilidades de los jóvenes, la probabilidad de encontrar trabajo, de lograr estabilidad en el mismo y de obtener remuneraciones acordes, lo cual se va tornando cada vez más lejano para esta población. Esto, además lleva a un aumento de la marginación económica y social y del coste social y económico para el Estado.

Asimismo, los estudiantes que experimentan dificultad con la lectura o con el aprendizaje poseen bajo rendimiento escolar y esto, posiblemente, los llevará a fallar en la escuela. Está demostrado que estos alumnos tienen mayor riesgo de conductas suicidas, dada la gran frustración que esto les genera y su autoevaluación negativa, asociada a los problemas de lectura (18).

El abandono en el marco de la familia.

Un estudio realizado en Islandia (19), que relaciona el abandono escolar con las prácticas parentales, mostró que aquellos adolescentes que caracterizan a sus padres como autoritativos tienen mayor probabilidad de finalizar sus estudios en relación con aquellas familias no autoritativas. Se vio que los adolescentes que viven en familias autoritarias, indulgentes y negligentes tienen mayor probabilidad de abandonar sus estudios que los que viven en familias autoritativas. Asimismo, determinaron que es más predictivo de la deserción escolar el estilo parental que el involucramiento parental. Cabe señalar que la investigación (19) demostró en reiteradas oportunidades que el logro escolar es uno de los principales predictores de abandono.

Duschatzky y Correa (16) hacen referencia a que en los sectores menos privilegiados, muchas veces, los adolescentes deben asumir responsabilidades en sus familias; ya sea tomando el cuidado de sí mismos, de sus hermanos, de los hijos y hasta de los padres o el sustento familiar; lo que pone en evidencia las situaciones tan heterogéneas que deben vivir los adolescentes dependiendo de los sectores socioeconómicos y culturales en los que se encuentren.

La relación con el grupo.

Otro factor medular en el abandono escolar es la relación con los pares, donde se vio que el acoso, el rechazo y la intimidación por parte del grupo a un adolescente en particular puede relacionarse con el abandono temprano de sus estudios. Asimismo en esta edad se ven las primeras relaciones afectivas, los noviazgos y el inicio de las relaciones sexuales, que como se explicó anteriormente también pueden llevar al embarazo adolescente (14).

Lagana (10) señaló que los pares son extremadamente importantes durante la adolescencia ya que pasan

largas horas en la escuela interactuando con otros adolescentes y otros adultos ajenos a sus familias. Las relaciones negativas que se establecen con los pares, docentes y otras personas de la escuela contribuyen al problema del abandono escolar; siendo la socialización con los pares uno de los cinco factores más importantes para motivar al estudiante para que permanezca en la escuela.

“La calidad de las relaciones con los iguales en la escuela, el grado de aceptación y rechazo social experimentado por el adolescente, son aspectos clave para el ajuste psicosocial y el éxito académico en esta etapa de la vida” (8) (p. 45). Según los autores las relaciones de amistad parecen ejercer un doble efecto; por un lado positivo en el ajuste psicológico, social y emocional; y por otro negativo en aspectos relacionados con el consumo de drogas, las conductas delictivas y la victimización escolar.

Inicio de la actividad laboral.

Otro factor, mencionado anteriormente, que sucede en la adolescencia, es el inicio de la actividad laboral, la que muchas veces se da en empleos informales mal pagos. El hecho de poseer un ingreso propio lleva al adolescente a un desinterés en la escuela y al posterior abandono en muchos casos (19). Según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (20), el 72% de los jóvenes españoles (personas entre 15 y 29 años) refiere poseer experiencia laboral, pero en estas predominan los trabajos poco remunerados y de escasa duración. En relación a la experiencia educativa más de la mitad de los jóvenes de Bachillerato Unificado Polivalente (BUP) no terminaron sus estudios y el 26,7% de los alumnos españoles fracasan en la escuela (20).

Situación en Uruguay.

Los autores Hernández & Jozefowicz-Simbeni (14) identificaron como una de las principales causas de abandono los propios sistemas escolares, centrándose en la ubicación de la escuela, el tipo de alumnado que allí concurre, entre otras. La educación formal en Uruguay está organizada en niveles y modalidades que conforman las diferentes etapas del proceso educativo. El nivel inicial comprende a los niños de 3, 4 y 5 años de edad. A esta etapa le siguen la educación primaria, la educación media básica y la educación media superior en sus tres modalidades (educación general, tecnológica y formación técnica profesional); el cuarto nivel estará comprendido por la educación terciaria (cursos técnicos no universitarios, tecnicaturas y educación tecnológica superior), la formación en educación con carácter universitario y la educación terciaria universitaria (incluye carreras de grado); el quinto y último nivel lo constituyen la educación de postgrado (21).

En el año 2010 la Tasa Bruta de Escolarización (TBE) en la educación secundaria fue del 70% (22), lo que representa que solamente este porcentaje de adolescentes, en edad

de concurrir a la enseñanza secundaria, se matricularon en la misma.

En el año 2010 el porcentaje de repetición en la secundaria fue de 26,6% y el porcentaje de egreso, de aquellos que se matricularon fue del 78,9%. La tasa de abandono en secundaria en 2010 fue del 4,2%, considerando el abandono en la proporción de estudiantes que tuvieron más de 50 inasistencias y de los que se desconoce su destino (22).

En relación al desempeño escolar, se vio que de los estudiantes que rindieron la prueba de PISA de 2009 el 47,5% tuvieron un promedio bajo en la prueba de matemáticas, un 41,9% tuvieron un rendimiento bajo en la prueba de lectura y un 42,6% una prueba de ciencias también baja (22).

Si analizamos las cifras podemos notar que en Uruguay solamente el 70% de los adolescentes se matricula en secundaria, lo que representa que el 30% solo contará con la enseñanza primaria si es que se matriculó y la finalizó. De este 70% que se matriculó casi el 79% logra egresar, lo que representa solamente el 55% de los adolescentes en edad de concurrir a secundaria. Asimismo las tasas de rendimiento en las pruebas PISA se condicen con el alto porcentaje de repetición y el abandono escolar.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión y en base a lo expuesto, se considera que el tema de la deserción estudiantil en los adolescentes es un problema que genera preocupación en diversos países a los que no escapa Uruguay. Dados los factores de riesgo que se citaron anteriormente, se considera que el indagar y generar conocimientos sobre esta problemática es una cuestión fundamental relacionada a sus vivencias, donde la salud como experiencia social genera un fuerte impacto en el proceso educativo. En ese entendido, se debería incorporar el tema en la agenda de los equipos de salud que trabajan en estrecha relación con los centros formativos, con un abordaje interdisciplinario del adolescente y su familia como unidad.

Por lo tanto, la prevención, en este ámbito, es un elemento esencial en el que deberíamos focalizarnos para abordar esta problemática multifactorial.

En relación al rol de la enfermera escolar, que en Uruguay no existe como tal, resulta evidente el vasto campo de acción que esta tendría en los liceos del país; no solo para el abordaje de la deserción escolar sino de tantos otros aspectos que hacen a la prevención en éste ámbito, y que se relacionan con el tema estudiado. Para que exista la figura de la enfermera escolar se debe dar un marco normativo para tal fin, estableciendo las

competencias que le son inherentes. En este sentido la enfermera escolar podría realizar aportes en pos de adaptar los sistemas escolares, con la finalidad de atender las necesidades de los jóvenes vulnerables que viven situaciones muy diferentes al resto.

Asimismo podría resultar fundamental su rol en la implementación de estrategias preventivas primarias y de intervenciones focalizadas en estudiantes de riesgo que conducen a disminuir la deserción escolar. Resulta clave, entonces, identificar de forma temprana los indicadores de falta de compromiso escolar. Para esto, deberán abordarse en el ámbito escolar temas particulares de salud como son: la sexualidad, el embarazo adolescente, el inicio de la actividad laboral, la prevención de accidentes tanto domésticos como de tránsito, violencia intrafamiliar, entre otros.

Otra población objetivo para la enfermera escolar es el personal docente y no docente de las instituciones educativas trabajando de forma interdisciplinaria con miras a lograr una propuesta atractiva, articulando lo sanitario con lo social, para que los alumnos permanezcan en el sistema. Desde el punto de vista edilicio resulta fundamental explorar, prever y garantizar la accesibilidad de todos a la institución, contemplando desde los aspectos sociales hasta aquellos inherentes a la infraestructura que hacen al contexto en el cual se inserta el estudiante.

Para finalizar, resulta significativo en el trabajo con adolescentes, fomentar la salud mental y el bienestar; así como desarrollar al máximo la capacidad de resiliencia en esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Sánchez, J. Identidad, Adolescencia y Cultura. Jóvenes secundarios en un contexto regional. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* 2006, 11 (29), 431-457. (Obtenido el 18 de noviembre de 2011 de la base de datos Fuente Académica Premier)
2. Hayes, N. Adolescencia. En N. Hayes, *Psicología* (Segunda edición, págs. 522-528). Madrid, España: Harcourt, 1999.
3. Barcelata Eguarte, B. E.; & Gómez-Maqueo, E. L. La identificación de problemas emocionales en adolescentes. *Revista Mexicana de Orientación Educativa* 2006, IV (8), 19-25. (Obtenido el 18 de Noviembre de 2011 de la base de datos Fuente Académica Premier)
4. Jiménez, T. I.; Murgui, S.; Estévez, E., & Musitu, G. Comunicación familiar y comportamientos delictivos en adolescentes españoles: El doble rol mediador de la autoestima. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2007, 39 (3), 473-485. (Obtenido el 18 de Noviembre de 2011 de la base de datos: Fuente Académica Premier)
5. Mytton, J.; DiGiuseppi, C.; Gough, D.; Taylor, R.; & Logan, S. Programas escolares de prevención secundaria de la violencia (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, (4), 34. (Obtenido el 31 de Octubre de 2011 de la base de datos: Excelencia Clínica)
6. Hickman, M.; Macleod, J.; & Smith, G. D. Effectiveness of preventing frequent cannabis use among young people in improving educational achievement: Eradicating frequent cannabis use among adolescents could reduce school dropout by 3%. *Addiction* 2004, 99 (5), 650-651. (Obtenido el 18 de Noviembre de 2011 de la base de datos: PsycINFO)
7. Nesman, T. M. A Participatory Study of School Dropout and Behavioral Health of Latino Adolescents. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 2007, 34 (4), 414-430. ISSN: 1094-3412.

- (Obtenido el 18 de Noviembre de 2011 de la base de datos: Medline)
8. Estévez López, E.; Martínez Ferrer, B.; & Jiménez Gutiérrez, T. I. Las relaciones sociales en la escuela: El problema del rechazo escolar. *Psicología Educativa* 2009, 15 (1), 45-60. ISSN: 1135-755X. (Obtenido el 18 de Noviembre de 2011 de la base de datos: Fuente Académica Premier)
 9. Parra Martínez, M. L. Inclusión escolar en secundaria. *Revista intercontinental de Psicología y Educación* 2009, 11 (2), 191-205. (Obtenido el 18 de Noviembre de 2011 de la base de datos: Fuente Académica Premier)
 10. Lagana, M. T. Protective Factors for Inner-City Adolescents at Risk of School Dropout: Family Factors and Social Support. *Children & Schools* 2008, 30 (1), 211-220. (Obtenida el 18 de Noviembre de 2011 de la base de datos: PsycINFO)
 11. Graeff-Martins, A. S.; Oswald, S.; Obst Comassetto, J.; Kieling, C.; Rocha Gonçalves, R.; & Rohde, L. A. A package of interventions to reduce school dropout in public schools in a developing country. A feasibility study. The taskforce on prevention of the presidential WPA program on Global Child Mental Health. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2006, 15, 442-449. ISSN: 1018-8827. (Obtenido el 18 de Noviembre de 2011 de la base de datos: MEDLINE)
 12. Archambault, I.; Janosz, M.; Morizot, J.; & Pagani, L. Adolescent Behavioral, Affective, and Cognitive Engagement in School: Relationship to Dropout. *Journal of School Health* 2009, 79 (9), 408-415. ISSN: 1746-1561. (Obtenido el 18 de Noviembre de 2011 de la base de datos: MEDLINE)
 13. Bridgeland, J. M. The new dropout challenge: Bridging gaps among students, parents, and teachers. *New Directions for youth development* 2010, 127, 101-110. ISSN:1537-5781. (Obtenido el 18 de Noviembre de 2011 de la base de datos: MEDLINE)

14. Hernández, D. M.; & Jozefowicz-Simbeni. An Ecological and Developmental Perspective on Dropout Risk Factors in Early Adolescence: Role of School Social Workers in Dropout Prevention Efforts. *Children & Schools* 2008, 30 (1), 49-62. (Obtenido el 18 de Noviembre de 2011 de la base de datos: PsycINFO)
15. Azaiza, F.; Shoham, M.; Bar-Hamburger, R.; & Abu-Asbeh, K. Psychoactive substance use among Arab adolescent school dropouts in Israel: a phenomenon and its implications. *Health and Social Care in the Community* 2008, 17 (1), 27-35. (Obtenido el 18 de Noviembre de 2011 de la base de datos: PsycINFO)
16. Climent, G. I. Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. *Revista Argentina de Sociología* 2009, 7 (12/13), 186-213. (Obtenido el 18 de Noviembre de 2011 de la base de datos: Fuente Académica Premier)
17. Díaz Fernández, R.; & Sierra Berdejo, M. Una explicación de las conductas agresivas, violentas y antisociales en la escuela, su relación con el fracaso escolar, la marginación social y la pobreza en la nueva sociedad de la información. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 2008. (25), 129-143. (Obtenida el 18 de Noviembre de 2011 de la base de datos: Fuente Académica Premier)
18. Daniel, S. S.; Walsh, A. K.; Goldston, D. B.; Arnold, E. M.; Reboussin, B. A.; & Wood, F. B. Suicidality, School Dropout, and REading Problems Among Adolescents. *Journal of Learning Disabilities* 2006, 39 (6), 507-514. ISSN: 0022-2194. (Obtenido el 18 de Noviembre de 2011 de la base de datos: MEDLINE)
19. Blondal, K. S.; & Adalbjarnardottir, S. Parenting Practices and School dropout: A longitudinal study. *Adolescence* 2009, 44 (176), 729-749. ISSN: 0001-8449. (Obtenido el 18 de Noviembre de 2011 de la base de datos: Medline)
20. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2008. Recuperado el 31 de Octubre de 2011, de <http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/seminario.htm> (Obtenido el 31 de Octubre de 2011 de la base de datos: Excelencia Clínica)
21. Uruguay. Ley 18.437. (12 de Diciembre de 2008). Ministerio de Educación y Cultura. Publicada D.O. 16 ene/009 - N° 27654. Recuperado el 16 de Diciembre de 2011, de: http://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/431/1/ley_educacion.pdf.
22. Observatorio de la Educación - División de Investigación, Evaluación y Estadística de CODICEN. 2010. Recuperado el 16 de Diciembre de 2011, de http://www.anep.edu.uy/observatorio/paginas/matricula/matricula_edsecundaria.html

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y TECNOLOGÍAS DE LA SALUD



Universidad
Católica del
Uruguay

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Y SALUD COMUNITARIA
DEPARTAMENTO DE PSICOMOTRICIDAD
DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN
DEPARTAMENTO DE ÁREAS CLÍNICAS

Tel (+ 598) 2487 93 08
enfermeria@ucu.edu.uy

ucu.edu.uy

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y TECNOLOGÍAS DE LA SALUD



Universidad
Católica del
Uruguay

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Acreditada a nivel del MERCOSUR

Universidad Católica del Uruguay

Tel (+ 598) 2487 93 08
enfermeria@ucu.edu.uy

ucu.edu.uy

SECCIÓN III

Comentarios y eventos

XII CONFERENCIA IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

U SEMINARIO IBEROAMERICANO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA EN ENFERMERÍA

IV ENCUENTRO LATINOAMÉRICA – EUROPA

III ENCUENTRO DE ESTUDIANTES

9 AL 14 DE SETIEMBRE DE 2013.

ALADEFE

UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL URUGUAY – UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

El próximo año se llevará a cabo en Uruguay la XII Conferencia de Educación en Enfermería de ALADEFE, un evento que reúne a cientos de enfermeros y enfermeras cada 2 años en algún lugar de nuestro contexto iberoamericano. En esta oportunidad tendrá lugar, además, el IV Encuentro Latinoamérica – Europa, el V Simposio de Investigación Educativa en Enfermería y el III Encuentro de Estudiantes. Estos eventos están promovidos por la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) y organizados por las dos Facultades de Enfermería del Uruguay: la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica y la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

El pasado 12 de noviembre realizamos el Lanzamiento Oficial de la Conferencia en el Ministerio de Educación y Cultura de nuestro país, contando con la presencia de autoridades de los Ministerios de Educación y Cultura, de Salud Pública y de Turismo y Deporte, además autoridades Académicas y profesionales de Enfermería de todos los ámbitos.

El punto de reunión será el Hotel Radisson de Montevideo, un hotel que reúne todas las condiciones

necesarias para llevar adelante este tipo de reuniones. Tendremos un espacio para Conferencias Magistrales con destacados referentes relacionados a la Educación y a la Enfermería. De igual modo, funcionarán las reuniones de las Asociaciones, Redes Temáticas, habrán Sesiones Paralelas, Presentaciones de Trabajos Libres a través de la modalidad de comunicación oral y posters. Innovaremos creando un área de intercambio a la cual ya hemos denominado como “Living Académico”, donde el relacionamiento y las presentaciones de los participantes serán el centro de la actividad. Asimismo, contaremos con un área dedicada especialmente a stands, donde empresas e instituciones podrán promocionar sus actividades, proyectos, programas y productos o servicios.

Además de lo estrictamente disciplinar tendremos encuentros sociales para alternar el trabajo con momentos de amigable distensión, disfrutando de todas las cosas que ofrece nuestro país.

Deseando poder satisfacer las expectativas de todos los asistentes y con la mirada puesta en siempre IR A MAS, los esperamos para compartir este evento y disfrutar de todas las cosas que el Uruguay tiene para ofrecerles.

Mag. Isabel Cal
Presidenta de la Conferencia

Mag. Alicia Cabrera
Presidenta del Comité Científico

Dr. Augusto Ferreira
Mag. Miriam Costabel
Coordinadores Ejecutivos

