

Enfermería:

Cuidados Humanizados

Revista Oficial de la Facultad de Enfermería
Universidad Católica del Uruguay



Universidad
Católica del
Uruguay

Enfermería:

Cuidados Humanizados

Revista Oficial de la Facultad de Enfermería
Universidad Católica del Uruguay



Universidad
Católica del
Uruguay

Enfermería: cuidados humanizados

Vol. 1 n° 1 agosto 2012

ISSN: 1688-8375

PUBLICACIÓN OFICIAL
FACULTAD DE ENFERMERÍA
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. Patricia Prada.
Universidad Católica del Uruguay.
Mag. Miriam Costabel.
Universidad de la República
Lic. Virginia Chiminelli,
Universidad Católica del Uruguay.
Lic. Patricia Techera,
Universidad Católica del Uruguay.
Lic. Ana García,
Universidad Católica del Uruguay.

Secretario:

Lic. Hernán Pereira Acosta

Responsable de Marketing:

Lic. Paula Borges

Colaboradores:

Br. María José Enrique
Prof. Marta Rodríguez.
Br. Valentina Lestido.

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.)

Trámite ante el MEC: 2395/2012

Tapa Fundación:

Autor:

Hernán Pereira



CARTA DEL DIRECTOR



Estimados colegas enfermeros, estudiantes, integrantes del equipo de salud y de la comunidad universitaria:

Nos complace presentarles este nuevo proyecto editorial. Hace un largo tiempo hemos conformado un equipo de trabajo, el cual ha tenido como objetivo que la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay cuente con su primera revista científica.

Es así que, con este primer número, les presentamos la primera publicación oficial de la Facultad, la cual se constituye como un logro establecido en el plan de mejoras de la Carrera Enfermería, acreditada a nivel del MERCOSUR mediante el Sistema ARCU SUR.

Este proyecto, el cual se enmarca en el proceso de Reestructura de la Facultad, tiene, entre otras líneas estratégicas, la de fortalecer la generación del conocimiento científico y colaborar con la divulgación de la producción investigativa en el área de la salud, teniendo como foco especial el cuidado de la persona, familia y comunidad.

Nuestras líneas de investigación tienen como ejes principales cuatro aspectos que entendemos son prioritarios hoy en día en nuestro país y en la región: la calidad de la atención en salud; la protección, promoción y recuperación de la salud enmarcada en la Atención Primaria; la seguridad de los pacientes; y la humanización del cuidado. Es por lo que antecede, por el enfoque y la misión de la revista, que la misma ha sido denominada Enfermería: Cuidados Humanizados.

En esa línea, pretendemos que la temática de esta publicación abarque aspectos de la Enfermería, y de otras profesiones relacionadas al cuidado, tanto del ámbito académico como del ejercicio profesional, colaborando con la articulación entre la teoría y la práctica, mediante la investigación científica. Es así que esta publicación brindará especialmente artículos científicos e información de actualidad sobre investigación y desarrollo acerca de un campo de estudio determinado: el cuidado humano.

Estamos convencidos que la generación de conocimiento, mediante la investigación desde la disciplina, articulando la academia con el ejercicio profesional con una mirada de innovación e internacionalización, puede llegar a ser un mecanismo latente para mostrar los aportes de la profesión al entorno sanitario. Pretendemos, entonces, que los estudios, en esa línea, colaboren con la generación de políticas, regulaciones y conductas sociales, al comprender que el futuro del cuidado de la salud de las personas pasa, en gran medida, por el potencial de trabajo de enfermería, una fuerza viva y especializada, soporte del sistema.

En este marco, es que invitamos a profesores, profesionales del área asistencial, estudiantes y a todos aquellos que deseen vincularse con este proyecto y que deseen aportar al debate científico sobre el cuidado del ser humano, condición *sine qua non* para un sistema de salud que quiera centrarse en la persona destinataria de los cuidados, como ser único, integral e integrado, que vive experiencias de salud en una sociedad de cambios.

Dr. Augusto Ferreira.
Director



Universidad
Católica del
Uruguay

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

AUTORIDADES

Monseñor Dr. Nicolás Cotugno
Fanizzi S.D.B.
Gran canceller

P. Alfonso José Gómez, S.J.
Vice Gran canceller

P. Eduardo Casarotti, S.J.
Rector

P. Marcelo Coppetti, S.J.
**Vicerrector del Medio
Universitario**

Dr. Ariel Cuadro
Vicerrector Académico

Ing. Omar Paganini
Vicerrector Administrativo

Dra. Sandra Segredo
Secretaria General

Mag. Isabel Cal
**Decana Facultad de Enfermería
y Tecnologías de la Salud**

Dr. Augusto Ferreira
Secretario Académico de Facultad

Lic. Zoraida Fort
**Directora del Dpto de Ciencias de
la Enfermería**

Lic. Maira Castro
**Directora Dpto de Educación
y Salud Comunitaria**

Lic. Rosana Tessa
**Directora del Dpto de Áreas
Clínicas**

Mag. Carmen Cal
**Directora Dpto de
Psicomotricidad**

Mag. Beatriz Agazzi
Directora Dpto de Nutrición

Lic. Ana María García
**Coordinadora de la Carrera de
Enfermería**

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

Los autores de las publicaciones y profesionales relacionados al área de la salud, establecen en forma escrita la cesión de derechos a la misma, conservan sus derechos de autor y su total responsabilidad en lo expresado en el artículo. La revista no se hace responsable por las afirmaciones que éstos realicen. Está prohibida la reproducción total o parcial de sus contenidos de acuerdo a las leyes vigentes en el país.

Posee un consejo editorial, un editor responsable y un director académico que trabajan en forma honoraria.

El comité científico es el responsable del arbitraje y está integrado por profesionales destacados del ámbito nacional e internacional.

La revista está inscripta con el Número Internacional Normalizado para Publicaciones Seriadas (ISSN) 1688-8375 y el registro ante el M.E.C se encuentra en trámite. Está sometida a las normas Scielo de indización.

Los trabajos de investigación son evaluados en forma anónima por un árbitro internacional y uno nacional, con sistema doble ciego. Se edita en la Universidad Católica del Uruguay regularmente, en forma semestral y se imprime en la Editorial.

Las bases para los autores son publicadas en la revista y en la página web www.ucu.edu.uy

The humanized Care Nursing Journal is an official publication of the School of Nursing and Health Technology, Catholic University of Uruguay that is engaged in development of the discipline of communication fostering an environment for Nursing Uruguay and the region.

The authors of publications and related professionals to the area of health, stated in a written transfer of rights to it, retain their copyright and full responsibility as expressed in the article. The magazine is not responsible for the claims they make. Reproduction of all or part of their contents according to the laws of the country.

It has an editorial board, a Chief Editor and an academic director working on a volunteer basis.

The scientific committee is responsible for arbitration and is composed of outstanding professionals of national and international level.

The journal is registered with the International Standard Serial Number (ISSN) 1688-8375 and registered with the MEC is pending. It is subject to the rules of indexing Scielo.

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

It is published in the Catholic University of Uruguay regularly, every six months and is printed on the Editorial.

The basis for the authors are published in the magazine and on the website www.ucu.edu.uy

A humanização da Assistência de Enfermagem é uma publicação oficial da Escola de Enfermagem e Tecnologia em Saúde, Universidade Católica do Uruguai, que está envolvida no desenvolvimento da disciplina de comunicação promovendo um ambiente de Enfermagem do Uruguai e da região.

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

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

O comitê científico é responsável pela arbitragem e é composto por excelentes profissionais de nível nacional e internacional.

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

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

É publicado na Universidade Católica do Uruguai regularmente, a cada seis meses e está impresso na Editorial.

A base para os autores são publicados na revista e no site www.ucu.edu.uy

COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL E INTERNACIONAL

Prof. Isabel Cal, MSc.

Mag. en Educación, Lic. en Enfermería, Decana de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

Prof. Miriam Costabel.

Mag. en Educación, Lic. en Enfermería, Prof. Titular de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, Uruguay.

Prof. Zoraida Fort.

Candidata a Dra. en Enfermería, Esp. en Administración y Gestión de Servicios de Salud, Lic. en Enfermería, Directora del Departamento de Ciencias de la Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

Prof. Patricia Prada, MSc.

Mag. en Salud Escolar, Esp. en Salud Comunitaria, Lic. en Enfermería. Prof. de alta dedicación del Dpto. de Educación y Salud Comunitaria de la Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

Prof. Natalie Figueredo, MSc.

Candidata a Dra. en Enfermería, Mag. en Enfermería, Esp. en Enfermería Geriátrica y Gerontológica, Lic. en Enfermería. Prof. de alta dedicación del Dpto. de Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

Prof. Ana María García.

Esp. en Administración de Servicios de Salud, Lic. en Enfermería, Coordinadora de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

Prof. Rosana Tessa.

Esp. en Salud Materno Infantil, Lic. en Enfermería. Directora del Dpto. de Áreas Clínicas de la Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

Prof. Maira Castro.

Esp. en Gestión en Salud. Lic. en Enfermería. Directora del Dpto. de

Educación y Salud Comunitaria de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

Prof. Patricia Techera.

Esp. en Enfermería Geriátrica y Gerontológica, Lic. en Enfermería. Prof. de alta dedicación del Dpto. de Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

Prof. María del Carmen Ferreiro

Asesora en Metodología de la Investigación. Lic. en Enfermería. Prof. de alta dedicación del Dpto. de Áreas Clínicas de la Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

Prof. Álvaro Fernández.

Asesor de Metodología de la Investigación. Lic. en Educación. Prof. de alta dedicación del Dpto. de Educación y Salud Comunitaria de la Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

Prof. Beatrice Goodwin, RN, Ph. D.

Dra. en Enfermería. Docente de la Universidad de Nueva York. Directora de Proyectos Latinoamericanos. Colegio de Enfermería Estados Unidos, EEUU.

Prof. Luz Angélica Muñoz, Ph. D.

Dra. en Enfermería, Lic. en Enfermería. Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Enfermería Andrés Bello de Chile, Chile.

Prof. Ana María Vásquez, MSc.

Mag. en Enfermería. Docente Titular de la Universidad de Concepción-Chile. Evaluadora en el Sistema de Acreditación ARCU-SUR, Chile.

Prof. Alicia Reyes Vidal, MSc.

Mag. en Salud Pública, Lic. en Enfermería. Coordinadora de Postítulo Facultad de Enfermería Universidad Andrés Bello, Chile.

Prof. Carmen Falconí, MSc.

Mag. en Administración, Lic. en Enfermería. Profesora Investigadora

de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Vicepresidenta (S) de la ALADEFE Región Andina, Ecuador.

Prof. Olivia Sanhueza, Ph. D.

Dra. en Enfermería, Lic. en Enfermería. Docente Titular del Dpto. de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

Prof. María Virginia Hernández.

Lic. en Enfermería. Lic. en Derecho. Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, México.

Prof. Adelaida Zabalegui, RN, Ph. D.

Dra. en Enfermería. Directora de Enfermería. Hospital Clínico de Barcelona, España.

Prof. M^a Dolores Bardallo, Ph. D.

Dra. por la Universidad de Barcelona. Mag. en Ciencias de la Enfermería. Coordinadora del Practicum del Grau en Infermeria. Universidad Internacional de Cataluña, España.

Prof. Verónica Behn, MSc.

Mag. en Enfermería. Docente Titular de la Universidad de Concepción. Asesora del Centro de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción. Evaluadora en el Sistema ARCU-SUR, Chile.

Prof. Esteban Pérez García, MSc.

Mag. en Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud por la Universidad de Huelva, Esp. Enfermería Médico-Quirúrgica. Enfermero, España.

Prof. Sandra Valenzuela, Ph. D.

Dra. en Enfermería. Docente titular del Dpto. de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

Prof. Virginia Chiminelli.

Esp. en Administración de Servicios de Salud. Lic. en Enfermería. Prof. de alta dedicación del departamento de Ciencias de la Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

CONTENIDOS

CARTA DEL DIRECTOR

Letter from the Director
Carta do Director

Dr. Augusto Ferreira.

pág. 3

SECCIÓN I - Artículos originales

Accesibilidad al primer control de embarazo en un Centro de Salud de la ciudad de Montevideo.

Accessibility to the first pregnancy control in a health centre in Montevideo.

Acessibilidade o primeiro controle de gravidez em um centro de saúde da cidade de Montevideú.

Lic. Ana Claudia Stein, Dr. Augusto Ferreira.

pág. 11

Hábitos saludables y factores de riesgo en adolescentes de un centro público de educación media (barrio de contexto crítico).

Public high school teenagers' healthy habits and risk factors (critical context neighbourhood).

Hábitos saudáveis e fatores de riscos para adolescentes de um centro público de educação de nível médio (em contexto de bairros críticos).

Mag. Teresa Delgado de Purtscher, Lic. Álvaro Fernández, Mag. Beatriz Agazzi, Dra. Nelly Murillo, Mag. Isabel Pereyra, Br. Valentina Lestido.

pág. 21

Percepciones de licenciados en enfermería sobre regulación del ejercicio de su profesión y autonomía profesional.

Nursing graduates' perceptions of regulation of the exercise of their profession and professional autonomy.

Percepções de licenciados em enfermagem sobre regulamentação do exercício de sua profissão e autonomia profissional.

Dr. Augusto Ferreira, Lic. Sergio Ferraro, Lic. Ana Herrera Melián.

pág. 33

Consulta de Enfermería Programada en un Centro de Medicina Familiar.

Programmed nurse's appointment in a family practice centre.

Consulta de enfermagem programada em um centro de medicina familiar.

Lic. Laura García – Lic. Marianella Martín.

pág. 43

SECCIÓN II - Comentarios, actividades, eventos

pág. 49

NORMAS EDITORIALES

pág. 54

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

Río Negro: Young

San José: Ciudad del Plata, Ecilda Paullier

Soriano: Dolores



SECCIÓN I

Artículos originales

ACCESIBILIDAD AL PRIMER CONTROL DE EMBARAZO EN UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO

ACCESSIBILITY TO THE FIRST PREGNANCY CONTROL IN A HEALTH CENTRE IN MONTEVIDEO

ACESSIBILIDADE AO PRIMEIRO CONTROLE DE GRAVIDEZ EM UM CENTRO DE SAÚDE DA CIDADE DE MONTEVIDÉU

Ana Claudia Stein

Esp. en Salud Comunitaria, Lic. en Fisioterapia, Universidad Católica del Uruguay.
Montevideo, Uruguay. aclaudia74@hotmail.com

Augusto Ferreira

Doctor en Enfermería, Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, Uruguay.

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue determinar las principales dificultades de accesibilidad por las cuales un grupo de mujeres embarazadas no realizó el control precoz del mismo. Es un diseño explicativo, de corte transversal y de enfoque cuantitativo. Se entrevistó a 80 mujeres embarazadas que aguardaban en sala de espera de la consulta gineco obstétrica en el período transcurrido entre Diciembre de 2010 a Marzo de 2011. Se les aplicó un cuestionario con preguntas referidas al primer control de embarazo, tales como: fecha en que pidió cita y en la que asistió; la edad gestacional al primer control prenatal; las dificultades propias de las usuarias y las presentadas desde el Centro de Salud. Para el análisis de los datos se tomaron dos grupos: las que realizaron el primer control hasta las 12 semanas y las que lo hicieron posterior a las 12 semanas. Este estudio mostró que existen problemas por los que algunas embarazadas consultan en forma tardía al primer control. En algunos casos estos inconvenientes obedecían a factores propios de la embarazada y en otros al Centro donde se controlaban. La demora en conseguir hora para atenderse fue la causa que predominó.

Palabras claves: Embarazo, Control, Remisión y Consulta, Centro de salud, Montevideo

ABSTRACT

The purpose of this research was to spot the main difficulties of accessibility due to which a group of pregnant women did not take the early pregnancy check-up. Explanatory cross-sectional design and quantitative approach.

Eighty women who were at the gynecological-obstetric waiting room from December 2010 to March 2011, were interviewed through a questionnaire including the following questions: day they programmed the appointment, and day they assisted to it; gestational age the first time they took a check-up; patient's own difficulties and the ones presented by the health centre.

To analyze this data, patients were divided in two groups: the ones who took the check-up before the 12th week of pregnancy and the ones who took it after the 12th week.

This study showed that here are problems pregnant women attend their first check-up later than they are supposed to. In some cases, these inconveniences were due to the women's own difficulties, and in other cases these problems were due to the health centre. This study showed that the main cause of this lack of control was due to obstacles in attaining an appointment.

Key Words: Pregnancy, Control, Health Centers, Referral and Consultation, Montevideo.

RESUMO

O propósito desta pesquisa foi determinar quais as principais dificuldades de acessibilidade para um grupo de mulheres grávidas não terem realizado o controle precoce de gravidez. Projeto, a abordagem transversal e quantitativa.

Foram entrevistadas 80 grávidas que aguardavam em sala de espera da consulta gineco-obstétrica, no período comprendido entre dezembro de 2010 a março de 2011. Foi feito um questionário com perguntas referidas ao primeiro controle de gravidez, tais como: data de solicitação da consulta médica equando foi atendida; idade gestacional no primeiro controle pré-natal; as dificultades próprias das usuárias e aquelas apresentadas pelo Centro de Saúde. Para a análise dos dados foram considerados dois grupos: as que realizaram o primeiro controle até as 12 semanas e as que o fizeram posterior às 12 semanas. Este estudo mostrou a existência de problemas que motivaram algunas grávidas a consultarem de forma tardía no primeiro controle. Em alguns casos, estes inconvenientes obedeciam a fatores próprios da grávida e, em outros, ao Centro onde faziam os controles. A demora em conseguir hora para se atender foi a motivo predominante. As conclusões obtidas e que a consulta tarde para o centro de referencia não está relacionado com as condições de mulheres grávidas, mas principalmente para o atraso no sentido de obter tempo no centro.

Palavras chaves: Gravidez, Controle, Centros de Saúde, Referência e Consulta, Montevideo

INTRODUCCIÓN

Es fundamental un correcto control del embarazo para lograr las mejores condiciones de salud de la madre y del recién nacido. Para ello se han estipulado un determinado número de controles de embarazo y un momento precoz de captación del mismo. La evidencia científica sugiere que un embarazo normal debe tener por lo menos cinco controles distribuidos de la siguiente manera: mensualmente hasta la semana 32, quincenalmente hasta la semana 36 y semanalmente hasta el parto. La primera consulta de embarazo deberá realizarse ante la primera falta menstrual o antes de las primeras 12 semanas de amenorrea. En el control prenatal el equipo de salud realiza un seguimiento sistemático de la evolución de la embarazada. Con ello se detecta precozmente y se tratan

complicaciones (1). También se educa y orienta a la mujer y su pareja en la adecuada preparación para el parto, nacimiento y puerperio (1) (2). En nuestro país existen aún altos niveles de desnutrición, anemia materno-infantil, bajo peso al nacer y recién nacidos prematuros. Sin embargo la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) ha tenido una tendencia al descenso en los últimos años. Según datos del Departamento de Información Poblacional del Ministerio de Salud Pública (MSP), la TMI, representó en el año 2004 un 13.2/00, y descendió en el año 2008 a un 10.6/00 (3). Esta tasa mide indirectamente la situación social de un país; su descenso es una de las metas adoptadas en la Declaración del Milenio realizada por las Naciones Unidas en el año 2000(3).

En el Sistema Nacional Integrado de Salud se promueve el cambio del modelo de atención y un enfoque orientado a la Promoción de la Salud y al Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención (4) (5). Este cambio de modelo de atención está basado en la Atención Primaria de Salud (APS), la cual fue definida en ALMA-ATA, (1978) como: la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables (6). Basándonos en la estrategia de APS nos centraremos en el concepto de accesibilidad. Según Donabedian (1992) la accesibilidad es definida como: "una relación entre las características de los servicios y de los recursos de salud y las características de los potenciales usuarios... las características de los servicios son consideradas en función del impacto que ejercen como facilitador o limitante de la capacidad de la población para hacer uso de los servicios" (7). Existen cuatro dimensiones de la accesibilidad: la geográfica, la financiera, la organizativa y la cultural. La accesibilidad geográfica hace referencia a la relación que existe entre la distribución espacial de la población y la de los recursos, para que los mismos sean accesibles, deben situarse cerca de donde la población reside. La accesibilidad financiera implica que los costos de los servicios deben ser alcanzables por la población, incluyendo también el costo del transporte y del tiempo que se utilizó en la búsqueda de la atención sanitaria. La accesibilidad organizativa está integrada por todos aquellos factores que dependen de la institución que oferta los servicios, los cuales pueden convertirse en facilitadores o en barreras para la atención en salud. A saber, demoras en conseguir

una cita, tiempos de espera para la consulta, poca cobertura horaria para la atención que muchas veces no coincide con el tiempo libre de la población. La accesibilidad cultural tiene que ver con el respeto hacia las costumbres, creencias, estilos de vida, religión, idioma, etc. presentes en una comunidad, en relación a la aplicación de técnicas por parte de los prestadores de salud. (8)

Durante la primera etapa de la Reforma Sanitaria en Uruguay se priorizaron los Programas del Niño y de la Mujer, para los que se establecieron metas, objetivos e indicadores (9). Las metas son consideradas un incentivo económico para favorecer el cambio en el modelo de atención. (9)(10) Con respecto a la salud de la embarazada se ha incluido como meta la captación de la misma en el primer trimestre del embarazo. (5)(9)(10). Es en este sentido que surge la inquietud de investigar en un Centro de Salud del Sector Público de la ciudad de Montevideo las dificultades de accesibilidad que manifiestan las usuarias en el primer control de embarazo en este Centro.

Según datos de la Unidad de Información Nacional en Salud, DIGESA del año 2007, en el Uruguay, en el sector de Salud Privado, un 20.2 % de las embarazadas realizaron menos de seis controles prenatales. De este porcentaje hubo un 3.8% que no se controló el embarazo hasta el momento del parto. En el primer trimestre, fue captado un 58.3%, mientras que un 41.7% lo hizo en forma tardía. Con respecto al sector público, y de acuerdo a datos del Sistema de Información Perinatal del Hospital de la Mujer, Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), del año 2008, un 28,2% tuvo menos de seis controles de embarazo y un 8 % no tuvo ningún control previo al parto. Fue captado dentro del primer trimestre un 40%, mientras que un 60% ocurrió más tardíamente dentro de dicho sector de Salud. (3)

De acuerdo a una investigación realizada en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (Argentina), en la que se encuestaron a 401 embarazadas con el fin de conocer los factores por los cuales no concurren precozmente al control prenatal. Un 33% no pudo iniciar precozmente su control de embarazo, debido a que no consiguió cita para la atención Médica; un 19% se controló previamente en otro Centro de Salud, un 13% no concurren por motivos laborales, un 11% por cuidar a los otros hijos, un 9% por la distancia de su casa al Centro de Salud, un 9% porque no sabía que tenía que

controlarse tempranamente el embarazo, y un 6 % por motivos económicos. Lo que evidencia este estudio es que la principal causa del control tardío fueron las dificultades de accesibilidad al control con el médico, provenientes del Centro de Salud. (2)

El Informe de Gestión de Maternidad del año 2009 resultante de los datos procesados por el Sistema Informático Perinatal (SIP), ASSE y el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) muestra información con respecto a los nacimientos de acuerdo a la semana de captación del embarazo y al efector que realiza el control. En el caso del Centro de Salud en estudio dependiente de ASSE se obtuvieron los siguientes datos: 128 nacimientos fueron captados entre la semana 4 y la semana 14; 111 nacimientos entre la semana 15 y la semana 28; 9 nacimientos entre la semana 29 y la semana 43 y 42 nacimientos que no poseen fecha de la primera consulta. (11)

El objetivo general de este estudio fue:

Determinar las principales dificultades de accesibilidad por las cuales las mujeres embarazadas no realizan un control precoz del embarazo en el Centro de Salud.

Como objetivos específicos se plantearon:

- Identificar las principales dificultades que se presentan a nivel del Centro de Salud para acceder al primer control de embarazo.
- Indagar en qué semana del embarazo concurren las embarazadas al primer control.
- Evaluar los niveles de impacto, que tienen que ver con el control tardío del embarazo de los aspectos relacionados con las características socio demográficas.
- Determinar el grado de conocimiento que poseen las usuarias en relación al embarazo y en particular a la importancia del control precoz del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuantitativo de nivel explicativo y corte transversal, realizado en la ciudad de Montevideo, en un Centro de Salud, dependiente de ASSE, Red de Atención Primaria (RAP) en el período comprendido entre el 1° Diciembre 2010 al 31 de Marzo de 2011.

La población estuvo conformada por 80 mujeres embarazadas que concurren a la consulta gineco obstétrica del Centro de Salud, en ese período

y que aguardaban en la sala de espera.

Fuente de datos: primaria las embarazadas y secundaria la revisión del Carné Perinatal y la Historia Clínica Perinatal.

Técnica: encuesta, utilizándose como instrumento un formulario de preguntas realizadas en la entrevista. Para el estudio se tomaron 2 grupos: uno para las mujeres embarazadas que llegaron al primer control prenatal con una edad gestacional menor o igual a 12 semanas ($n=46$) y el otro para las mujeres embarazadas que llegaron al mismo con una edad gestacional mayor de 12 semanas ($n=34$).

Se evaluaron dos aspectos, uno referente a las principales dificultades de accesibilidad presentadas por parte del Centro de Salud y el otro a las presentadas por las usuarias para el primer control de embarazo. Se analizaron los datos con el fin de relacionar los hallazgos de los 2 grupos para cada una de las variables estudiadas.

Los datos fueron analizados mediante el Test de Chi- Cuadrado, con un nivel de significancia del 95%. Cuando fue necesario se aplicó el Test de Fisher.

Todos los Test Estadísticos fueron realizados en el programa de distribución libre WINPEPI Versión 11.4.

Para realizar la investigación se tuvieron en cuenta los lineamientos del decreto de ley 379/008 (Uruguay) sobre Investigaciones con seres humanos. Se le informó a las participantes del estudio sobre los objetivos del mismo, se les aseguró el anonimato y se respetó la decisión de participar del mismo. La variable accesibilidad dependiente del Centro de Salud fue la obtención de la cita para la atención Médica en un plazo mayor a 15 días. Las variables consideradas como propias de las usuarias fueron: desconocimiento de su embarazo, motivos económicos, tener hijos a cargo, motivos personales, motivos laborales y otros. Las variables socio demográficas estudiadas fueron: edad, estado civil, sostén del hogar, conformación del núcleo familiar, nivel de instrucción y ocupación.

RESULTADOS

De las 80 mujeres embarazadas, se encontró que el 57.5% ($n=46$) asistieron precozmente al control prenatal. En contraste, el 42.5% ($n=34$) restante asistió de manera tardía a su primer control. Dificultades de accesibilidad del Centro de Salud y

propias de las usuarias.

El 63% de los casos de las mujeres que efectuaron un control precoz del embarazo y el 76.5% de las que efectuaron un control tardío presentaron alguna dificultad. Las mujeres que asisten al control prenatal tardío presentan un número mayor de dificultades en relación a las que asisten al control precoz, con una diferencia significativa en sus porcentajes ($X_{27}=23.00$, $p<0.05$). Las categorías para las cuales se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos se indican en el gráfico n° 1. Dentro de éstas la más representativa fue la cita mayor a los 15 días en ambos casos.

El 36.9% de las usuarias embarazadas que asistieron precozmente y 38.24% en las que asistieron de manera tardía se encontraban en el rango etario comprendido entre 15-19 años (gráfico N° 2). No se encontraron diferencias significativas en relación con la edad entre las mujeres que realizaban control precoz y control tardío ($X_{24}=0.624$, $p=0.96$).

El 63% de las usuarias que efectuaron el control precoz y 64.7% de las que efectuaron control tardío se encontraban en unión libre (gráfico N° 3). No se presentaron diferencias significativas entre ambos grupos en relación con el estado civil ($X_{24}=3.234$, $p=0.52$).

En un 73.9% de los casos de las mujeres que asistieron de manera precoz al control de embarazo su núcleo familiar se encontraba conformado por la pareja y otras personas. Este mismo fenómeno se presentó en las mujeres que asistieron de manera tardía al embarazo en donde las parejas y otros representaban el 67% de los casos. No se encontró diferencias significativas entre los dos grupos con respecto al núcleo familiar ($X_{24}=1.646$, $p=0.81$). En ninguno de los casos se encontró que el núcleo familiar estuviera compuesto únicamente por la entrevistada.

En el 47.8% de los casos de las mujeres que asistieron al control precoz del embarazo, el sostén del hogar estaba representado por su pareja.

Este mismo fenómeno se presentó en las mujeres que se atendían de manera tardía el embarazo siendo la pareja el sostén del hogar en el 52.9% de los casos. No se encontró una diferencia significativa entre ambos grupos con respecto al sostén del hogar ($X_{26}=6.087$, $p=0.414$).

El 45.7% de las mujeres que efectuaron el control precoz, tenían hijos a cargo, en contraste el

67.5% de las mujeres que asistieron tardíamente al control del embarazo que también tenían hijos a cargo. Pese a que no se encontró una diferencia significativa entre ambos grupos en relación con el tener o no hijos a cargo (Test exacto de Fisher, $p=0.06$), el p-valor muestra un valor cercano a la significancia.

El 61.9% de las mujeres que asistieron precozmente y el 43.5% de las que asistieron de manera tardía tenían un hijo. Aunque el porcentaje de mujeres con tres hijos fue mayor para las que asistieron de manera tardía (26.1%) en relación a las que asistieron de manera precoz (4.76%), no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (Test exacto de Fisher=0.2).

Las mujeres que asistieron de manera precoz (61.90%) tenían hijos mayores a 3 años y de las que concurrieron tardíamente al control de embarazo tenían hijos menores a 3 años (65.22%). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (Test exacto de Fisher=1.0).

El 78.3% de las usuarias embarazadas que asistieron de manera precoz y el 79.4% de aquéllas que asistieron de manera tardía, presentaban como máximo nivel educativo alcanzado secundaria incompleta. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en relación al nivel de instrucción (Test exacto de Fisher, $p=0.45$).

El 15% de las usuarias que concurrieron precozmente al control de embarazo se encontraban trabajando y de las que asistieron tardíamente, un 8%. No se encontró diferencia significativa entre ambos grupos en relación con la ocupación (Test exacto de Fisher, $p=0.505$).

El 26.1% de las mujeres que acudieron precozmente al control del embarazo y el 50% de los casos que concurrieron tardíamente manifestaron tener muchos conocimientos acerca del embarazo. El 65.2% de las mujeres que acudieron de manera precoz a la cita y el 38.2% de las que lo hicieron tardíamente manifestaron tener algo de conocimientos sobre el embarazo. Aunque no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en relación al nivel de información ($X^2=6.506$, $p=0.09$), el p-valor se encuentra cerca a la significancia.

En ambos grupos, el 100% de las entrevistadas manifestó conocer que era importante llevar a cabo un control precoz del embarazo.

GRÁFICO N° 1

Dificultades de accesibilidad al centro y propias de las usuarias en las mujeres que asisten a su primer control prenatal antes y después de las 12 semanas.

Porcentaje

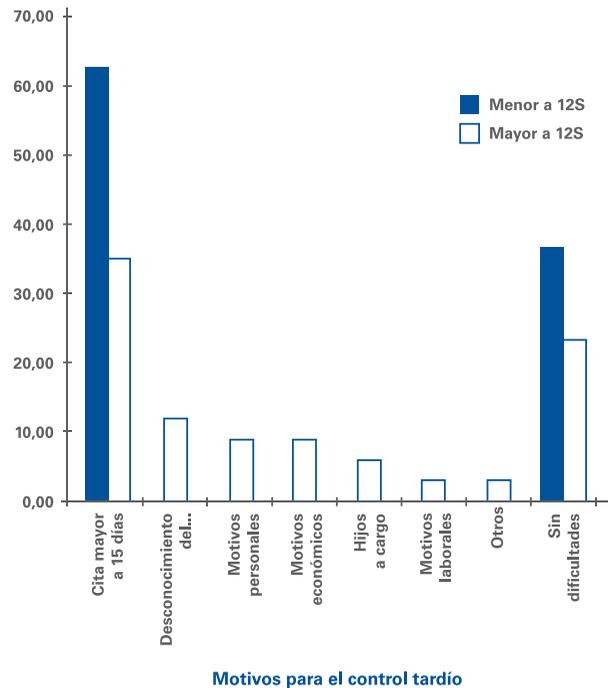
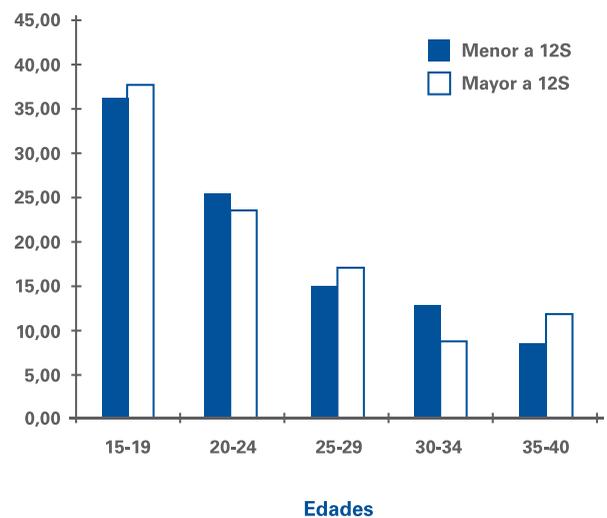


GRÁFICO N° 2

Rangos etarios de las usuarias embarazadas que concurrieron al control prenatal antes y después de 12 semanas.

Porcentaje



ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Si bien se encontró que ambos grupos presentaron dificultades, (el 63% y el 76.5% respectivamente para acceder al control de embarazo,) este estudio mostró que las mujeres que efectuaron un control precoz, lograron subsanar estos obstáculos y concretar el mismo antes de las primeras doce semanas de gestación. El análisis de las dificultades de accesibilidad encontradas en este estudio se asemejan a la investigación realizada en el Hospital Materno Infantil "Ramón Sarda" en Argentina (2007) (2). En ambos estudios la principal dificultad fue el no conseguir cita para comenzar el control prenatal de forma precoz. En el Hospital Materno Infantil citado anteriormente, correspondió a un 33% y en el Centro de Salud estudiado representó un 35%.

En lo que respecta a otras dificultades personales que presentaron las usuarias estudiadas que concurren de forma tardía al control prenatal, se destaca el desconocimiento del embarazo en un 11.7%, que fue la segunda causa más frecuente entre las usuarias. Esta situación nos induce a reflexionar sobre la importancia de: la capacidad de las usuarias para identificar tempranamente su embarazo, el conocimiento necesario para concurrir y así acceder a la atención sanitaria con el propósito de evitar demoras innecesarias. (12)

Otra dificultad encontrada fue la económica (8.8%) expresada a través de la falta de dinero para el ómnibus para concurrir dentro de las doce primeras semanas al control prenatal. Situación que podría interpretarse como que el costo del transporte representa una barrera en el control prenatal. En el presente estudio, si bien no se encontraron diferencias significativas para el caso de las mujeres con 3 hijos a cargo y para las que tienen un hijo menor de 3 años, al evaluar los datos agrupados en relación a los hijos a cargo en mujeres de los dos grupos, se encontraron valores cercanos a la significancia. Esta situación fue planteada en la investigación realizada en el Hospital Pereira Rosset en la que las mujeres que asisten menos a los controles son aquellas que tienen un hijo menor a 3 años, independientemente de cuántos hijos tengan en total (14). En lo referente a la edad, la categoría que presentó más gestantes fue la primera, de 15 a 19 años siendo del 38.2 % para las usuarias que consultaron tardíamente. Esto podría deberse a que la adolescencia es una etapa de cambios, que tiene amplias repercusiones biopsicosociales

GRÁFICO N° 3

Estado civil de las usuarias embarazadas que concurren antes y después de las 12 semanas.

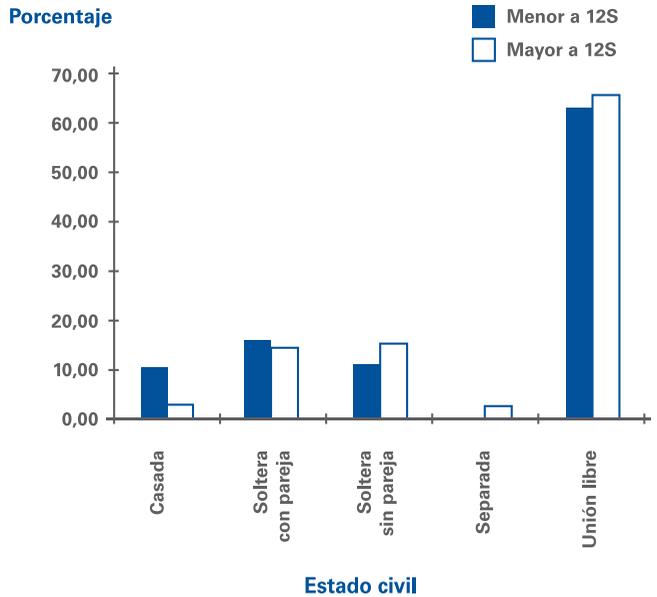
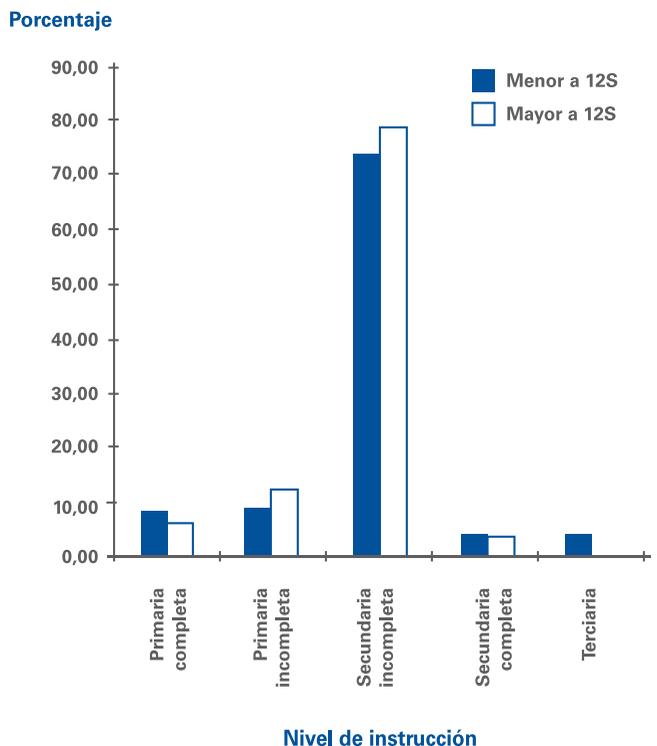


GRÁFICO N° 4

Nivel de instrucción de las usuarias embarazadas que concurren al control prenatal antes y después de 12 semanas.



y que las hace más vulnerables. Lo que se refleja en menor escolaridad, mayores dificultades para sustentarse ella y a sus hijos, para conseguir trabajo y en lo que respecta a lo biológico existen mayores riesgos de hemorragia, parto prematuro, amenaza de aborto y depresión. (13).

En lo que respecta al estado civil, un 64.7% de las usuarias que concurren tardíamente al control de embarazo se encuentran en unión libre, es de destacar que el 14.7% de las usuarias se encontraban solteras sin pareja. El hecho de estar soltera sin pareja es considerado un factor de riesgo para el control tardío del embarazo y para la no concurrencia a los controles (14). Se pudo apreciar en esta investigación de que a pesar que el 14.7% de las usuarias embarazadas no presentaban pareja, la conformación del núcleo familiar mostró familias nucleares, extensas y mono parentales; ninguna de las embarazadas vivía sola.

El máximo nivel educacional alcanzado fue Secundaria Incompleta 78.3% y 79.4% respectivamente, mientras que el mínimo nivel alcanzado fue primaria incompleta en un 2.2 % y 8.8% respectivamente. El no haber finalizado la escuela primaria, según se expresa en un estudio realizado en el Hospital Pereira Rossel, predispone a una menor asistencia al control prenatal (14).

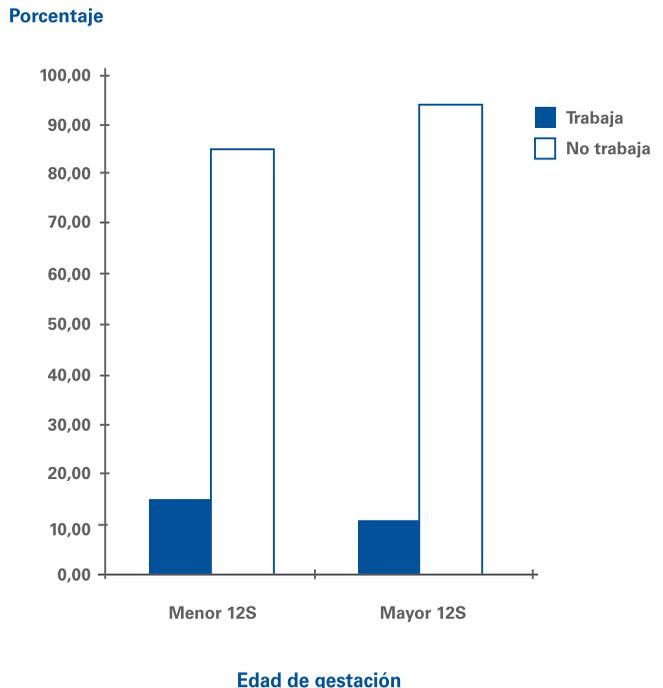
Con respecto a la ocupación únicamente un 8,8% de las gestantes que llegaron tardíamente al control prenatal se encontraban trabajando al momento de realizar el estudio. Sólo un 2.9% de las usuarias embarazadas con control prenatal posterior a las 12 semanas, fueron el único sostén del hogar. Estos hallazgos encontrados en la conformación del núcleo familiar, la ocupación y el sostén del hogar hacen suponer que las usuarias presentan algún tipo de redes de apoyo. (15)

El nivel de información con respecto al embarazo muestra valores cercanos a la significancia, por lo que sería interesante un aumento en la muestra, para determinar estadísticamente este hallazgo. Un 50 % del grupo que se controló tardíamente el embarazo hace referencia a saber mucho sobre el mismo. La implicancia de este fenómeno es que al percibir que tienen conocimiento sobre el embarazo supongan que no necesitan concurrir al control prenatal, perdiéndose así la oportunidad de realizar el control de forma precoz.

El 100% de las usuarias embarazadas provenientes de ambos grupos sabían que era importante realizar el control precoz del embarazo.

GRÁFICO N° 5

Ocupación de las usuarias embarazadas que concurren antes y después de las 12 semanas.



CONCLUSIONES

La concurrencia de mujeres embarazadas de manera precoz al primer control del embarazo puede estar relacionado a la efectividad que tuvo el cambio del modelo de atención, en el que se promueven las actividades educativas en conductas y hábitos saludables. En suma vemos que se logró identificar que la principal dificultad de accesibilidad a las embarazadas en estudio fue conseguir citas en un plazo menor a 15 días, lo que representa una debilidad en la organización de la institución. Estos datos podrían ser relevantes para la misma a la hora de tomar decisiones en vías de mejorar el acceso de las usuarias.

En relación a la evaluación de los niveles de impacto de los aspectos contextuales, los datos mostraron que no se encontró una relación entre aspectos socio demográficos analizados y el control tardío del embarazo; aunque varias de estas características sean consideradas como potenciales factores de riesgo. Tampoco se encontró relación entre el número, la edad y la presencia de hijos con el control precoz del embarazo. Sin embargo este último aspecto arrojó valores cercanos a la significancia, por lo que futuros estudios deberían incrementar el tamaño de la muestra para establecer posibles relaciones.

Lo mismo ocurre en relación con el nivel de información sobre el embarazo, sugiriéndose incrementar el tamaño de la muestra.

Como aspecto positivo observamos que la totalidad de las encuestadas reconoce la importancia que posee el control de su embarazo en etapas tempranas.

Los resultados del estudio fueron presentados a las autoridades del Centro de Salud involucrado.

SUGERENCIAS GENERALES

En base a los resultados más relevantes y a la actual coyuntura del sistema sanitario podemos afirmar algunas propuestas generales que pueden potenciar el cambio necesario para la mejora del control temprano en el embarazo. Derivar a las embarazadas que no han conseguido cita en tiempo a las consultas de enfermería y médicos de familia. Analizar los horarios de médicos ginecólogos y médicos de familia de modo de mejorar la cobertura. Implementar un sistema de información que facilite la accesibilidad y la asistencia a las consultas. Aplicar políticas de salud que incentiven a las mujeres a controlarse precozmente el embarazo contribuyendo al programa Mujer y Género. Promover el desarrollo de conductas saludables desde la adolescencia tanto en varones como en mujeres para planificar y asumir una maternidad y paternidad responsable. No solo desde el Sistema de Salud sino dándole la participación a la comunidad en el papel de fortalecer acciones conjuntas para disminuir las barreras de acceso a los Servicios de Salud y a las barreras percibidas y sentidas por los usuarios.

En relación al estudio si bien permitió un primer acercamiento a la identificación de los principales motivos que dificultan la accesibilidad al control prenatal de este centro de Salud, sería oportuno en un futuro:

- Desarrollar estudios similares en otros centros de salud pública de la capital e interior del país.
- Ampliar la población y los factores estudiados.
- Implementar investigaciones similares en el sector privado y semiprivado.
- Conformar equipos de investigación multidisciplinarios.
- Complementar con metodologías cualitativas de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guías en salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Normas de Atención a la Mujer Embarazada. Montevideo: MSP; 2007.
2. Pécora A, San Martín M, Cantero A, Furfaro K, Jankovic P, Llompert V. Control prenatal tardío: ¿Barreras en el sistema de salud? Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá (Bs As). 2008; 27(3): 114-19.
3. Arroyo, A. [et al]. Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2009. Montevideo: UNICEF; 2009.
4. Ministerio de Salud Pública. Nuevas Metas Asistenciales: MSP avanza en el cambio del Modelo de Atención priorizando la prevención [Sitio web]. Montevideo: MSP; [actualizado 20 de marzo 2009; fecha de acceso 20 de marzo 2012] Disponible: http://www.msp.gub.uy/uc_2862_1.html
5. Sistema Nacional Integrado de Salud. Reforma de la Salud. Montevideo: MSP; 2009. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?978,12398.
6. Promoción de la Salud: Glosario. Ginebra: OPS, 1998.
7. Báscolo E, Yavich N, Urquía M. Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios de primer nivel para la obtención de cuidados prenatales. Rev. Genc. Polit. Salud Bogotá (Col.), 2007; 6(12): 112-125.
8. El universo de la nueva Salud Pública. Biblioteca Digital ILCE [Sitio web]. México: ILCE; [s.d.] [acceso 20 de marzo de 2012] Disponible en: http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/sec_10.htm
9. Meta 1. Metas del niño, niña y la mujer Junta Nacional de Salud (JUNASA). Montevideo: MSP -JUNASA; 2010.
10. Mestas Asistenciales. Montevideo: MSP; 2007.
11. Informe de Gestión Maternidad 2009. ASSE-CHPR. Hospital de la Mujer. SIP Montevideo; 2009.
12. Cáceres-Manrique Flor de María. El control Prenatal: una reflexión urgente. Rev. Colomb. Obst. Ginec.2009; 60 (2). Disponible: <http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0034-74342009000>
13. Prías - Vanegas H, Miranda-Mellado C. Experiencias en adolescentes embarazadas en control prenatal. Rev. Aquichan, (Col) 2009; 9 (1): 93-105. <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/172/313>
14. Von Waldenfels H, Planz M, Ramón, J. Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay. Rev. Med. Uruguay. 1992; 8(1): 61-69.
15. Guía de aprendizaje no formal para Adultos Mayores: Redes de las redes sociales de apoyo de los Adulto Mayores. México D.F.: FUNBAM; 2005.
16. Schwarcz R, Sala R, Duverges C. Obstetricia. 6ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.
17. Quelopana del Valle A. M^a, DimmittChampion J., Salazar González B. C. Traducción y validación del Cuestionario de Beneficios y Barreras del Control Prenatal en embarazadas de México. Index Enferm [revista en la Internet]. 2007 [acceso 20 de marzo 2012]; 16(57): 23-27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200005&lng=es.
18. Tamez-González S, Valle-Arcos R, Eibenschutz-Hartman C, Méndez-Ramírez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Salud pública (Méx.), 2006; 48(5): 418-429 Disponible:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000500008&lng=es.

Recibido: **02/2012**

Revisado: **03/2012**

Aceptado: **04/2012**

HÁBITOS SALUDABLES Y FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE UN CENTRO PÚBLICO DE EDUCACIÓN MEDIA (Barrio de contexto crítico)

PUBLIC HIGH SCHOOL TEENAGERS' HEALTHY HABITS AND RISK FACTORS

(critical context neighbourhood)

HÁBITOS SAUDÁVEIS E FATORES DE RISCOS PARA ADOLESCENTES DE UM CENTRO PÚBLICO DE EDUCAÇÃO DE NÍVEL MÉDIO

(em contexto de bairros críticos)

Autores:

Teresa Delgado de Purtscher

Lic. en Enfermería, MSc, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay, tdelgado@ucu.edu.uy, *Montevideo, Uruguay.*

Beatriz Agazzi

Lic. en Nutrición, MSc, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay, *Montevideo, Uruguay.*

Isabel Cal

Lic. en Enfermería MSc Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay, *Montevideo, Uruguay.*

Carmen Zarasqueta

Lic. en Enfermería, Esp. en Salud Comunitaria, *Montevideo, Uruguay.*

Álvaro Fernández

Lic. en Ciencias de la Educación Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay, *Montevideo, Uruguay.*

Laura García

Médico, Investigadora, MSc. Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay, *Montevideo, Uruguay.*

Isabel Pereira

Lic en Nutrición, MSc, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay, *Montevideo, Uruguay.*

Nelly Murillo

Médico epidemióloga Facultad de Enfermería y tecnologías de la Salud, *Montevideo, Uruguay.*

Valentina Lestido

Estudiante de la Lic en Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay, *Montevideo, Uruguay.*

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo conocer hábitos vinculados a la Salud en adolescentes que asisten a un centro público de educación media de un barrio de contexto crítico de la ciudad de Montevideo. La población de estudio está conformada por todos los adolescentes que concurren a ese centro de educación media. El cálculo de la muestra se realizó en base a las variables de estudio (171 estudiantes). El diseño es de carácter exploratorio, descriptivo y transversal con un enfoque cuantitativo. La identificación de los riesgos para la Salud a que están sometidos estos adolescentes se centran en la actividad física, la Salud sexual y reproductiva, la Salud bucal, controles de Salud y consumo de medicamentos. Los resultados muestran datos relevantes que pueden abrirnos el camino para enfocar una atención eficaz y eficiente en bien de nuestra población joven. Como conclusiones afirmamos que es necesario buscar otras estrategias para atender a jóvenes de sectores vulnerables quienes serán los hombres y mujeres del futuro y que se encuentran con carencias en aspectos de la promoción y protección de su salud.

Palabras claves: Hábitos, Adolescente, Estudiantes, Áreas de pobreza, Uruguay.

ABSTRACT

The objective of this survey is to recognize healthy habits in teenagers attending a public high school from a critical context neighborhood in the city of Montevideo. The target population is conformed by all the teenagers who attend this high school. The selection was based in study variables (171 students). The design of the study is an exploratory, descriptive and cross-sectional survey with a qualitative and quantitative vision. The identification of health risks that are subjects these teenagers focus on physical activity, sexual and reproductive health, oral health, health checks and drug consumption. The results show relevant information about health, which can lead us to achieve an effective and efficient attention in benefit of our younger population. In conclusion affirm the need to seek other strategies assist vulnerable young people who was men and women of the future and which are lacking in aspects of promotion and protection of their health.

Key Words: Habits, Adolescent, Students, Poverty Areas.

RESUMO

Esta pesquisa tem por objeto conhecer hábitos vinculados à saúde nos adolescentes que assistem a um centro público de educação média, em um bairro de contexto crítico da cidade de Montevideo. O público alvo da pesquisa está conformado por todos os adolescentes que assistem a esse centro de educação média. O cálculo da amostra foi realizado com base nas variáveis de pesquisa (171 estudantes). O desenho é de caráter exploratório, descritivo e transversal, com um enfoque quantitativo. A identificação dos riscos para a saúde destes adolescentes tem foco em: atividade física, saúde sexual e reprodutiva; saúde bucal; controles de saúde e consumo de medicamentos. Os resultados mostram dados relevantes, que podem abrir o caminho para focalizar-nos no atendimento eficaz e eficiente, para o bem de nossa população mais jovem. Como conclusões afirmam a necessidade de buscar outras estratégias para ajudar os jovens vulneráveis que serão homens e mulheres do futuro e que estão faltando nos aspectos da

promoção e proteção da sua saúde

Palabras claves: Hábitos, Adolescente, Estudiantes, Áreas de Pobreza, Uruguay

INTRODUCCIÓN

La problemática a estudiar se centra en los hábitos vinculados a la Salud así como los factores de riesgo, presentes en adolescentes de entre 12 y 18 años, que viven en un barrio de contexto crítico de la ciudad de Montevideo. El entorno de barrios carenciados condiciona el autocuidado de las personas y constituye un obstáculo para el aprendizaje de conductas saludables. No se hallaron antecedentes de estudios (en el país) cuyo foco de interés sea el cuidado de la salud y los estilos de vida en esta etapa del ciclo vital y en situación de vulnerabilidad por su condición de pobreza.

Se abordó a través de una encuesta a una muestra de estudiantes de los turnos matutino y vespertino de un centro de educación media ubicado en el barrio Cerrito de la Victoria.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, el 43.1 % de los adolescentes de Uruguay, viven por debajo de la línea de pobreza (1) lo cual compromete directamente su Salud en relación con el estilo de vida. El barrio Cerrito de la Victoria (Zonal 15 - Intendencia Municipal de Montevideo) es uno de los barrios más críticos de Montevideo. Otros autores, utilizan también como indicadores de Salud aquellos que toman en cuenta los factores socio-económicos que actúan como determinantes de la Salud (2).

De la entrevista con la directora del centro educativo, surge que asisten 890 alumnos distribuidos en dos turnos. El centro de educación media cuenta con un Psicólogo y un Profesor Orientador Pedagógico. Existe una asignatura curricular en el plan de estudios denominada Espacio Curricular Abierto (ECA) que posibilita el trabajo participativo y creativo con los estudiantes. Las principales problemáticas de los estudiantes según la Directora, se centran en la violencia doméstica, abuso sexual, violencia entre estudiantes, juegos violentos, demandas de Salud, mala alimentación, falta de contención o ausencia familiar, falta de actividades extracurriculares recreativas y actividades educacionales muy limitadas. La institución trabaja en redes con el Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) Dr. Antonio Giordano, las

ONGs de la zona e Iglesias Evangélicas, realizando en forma no sistemática actividades deportivas, talleres, apoyo curricular y apoyo nutricional por medio de merenderos.

Los programas de promoción de la Salud en el primer nivel de atención pretenden detectar factores de riesgo tempranamente, si es posible desde la infancia y con la familia en el lugar donde vive (5). Nuestro país se encuentra en un cambio del modelo de atención sanitaria para lo cual se busca la participación de todos los actores del sector Salud y la población priorizando el primer nivel de atención y considerando de gran importancia el trabajo comunitario y de redes de efectores de Salud (6). El MSP regula el tipo de prestaciones básicas que los servicios de Salud deben ofrecer a los adolescentes a través de un programa que incluye: orientación en salud sexual y reproductiva y acceso fácil a métodos anticonceptivos; atención de salud bucal; salud mental; nutrición y control de salud periódico. Asimismo, destaca la importancia de promover la participación de los adolescentes en todos los ámbitos de su vida cotidiana y en instancias de discusión sobre las características de los planes y programas destinados a ellos. El programa también sostiene que es necesario determinar indicadores cualitativos y cuantitativos para evaluar la situación de Salud de las y los adolescentes y el impacto en la calidad de vida (7). Las transformaciones señaladas, distan aún mucho de ser llevadas a la práctica por los sistemas sanitarios. Hecho éste que se manifiesta en el actual paradigma sanitario, caracterizado por la fragmentación del objeto del conocimiento, descontextualización de los fenómenos del proceso Salud-Enfermedad, reducción de las explicaciones etiológicas a causas biológicas, percepción de la relación hombre-naturaleza en términos de confrontación y la exclusividad de la medicina en el manejo de la Salud, entre otros. En este contexto y desde una perspectiva ecléctica, adoptar una concepción ecológica del proceso Salud-Enfermedad nos permite afrontar las transformaciones necesarias para el cambio de paradigma (8). En la declaración internacional de Alma-Ata (1978) la Atención Primaria de Salud (APS) se enfoca en la asistencia basada en métodos y tecnologías prácticas puestas al alcance de todos los individuos y además comprende un espíritu de auto responsabilidad y auto determinación (9).

Por ende, la APS implica la capacitación de la población para que aumente el control sobre su

TABLA N° 1

Distribución según edad y sexo de la población.

Edad en años	Sexo femenino	Sexo masculino	Total
12	25	10	35
13	17	13	30
14	38	23	61
15	11	11	22
16	6	13	19
17	2	0	2
18	1	1	2
Total	100	71	171

propia Salud (10). Se destaca la incorporación de un cuarto nivel de prevención al cual se le ha denominado nivel primordial y que procura que los patrones socio- económicos y culturales favorezcan la calidad de vida, la prevención y la detección temprana de enfermedades. (11).

Este nivel primordial fue descrito en 1972 por Toma Strasser, miembro del grupo de Epidemiología de enfermedades cardíaco vasculares en la Organización Mundial de la Salud, quien estableció como objetivo en este nivel "...prevenir la aparición de las condiciones que predisponen a la enfermedad en aquellos países donde todavía no se han establecido..." (12). La OMS ha respaldado la meta de Salud para todos en el año 2000, surgida en Alma Ata. Se apoya en la estrategia de la APS, como alternativa eficaz para alcanzar Salud suficiente y tener una vida activa en el ámbito social, participación plena de los individuos, familias y comunidades, empoderamiento, trabajo productivo, equidad, promoción de hábitos saludables, cuidado del medio ambiente así como favorecer la investigación en las ciencias de la Salud (13). Marc Lalonde, Ministro de Salud de Canadá, en el año 1978 trabajó la concepción holística del proceso Salud-enfermedad y el carácter imprescindible del desarrollo de la intersectorialidad, constituyendo un marco conceptual que permite identificar y analizar los problemas y necesidades de Salud. (14)

La OMS define la promoción de la Salud como "los procesos que favorecen el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su propia Salud" (15) Enfatiza los recursos sociales y personales y considera además a la Salud como un recurso para la vida cotidiana. Los cinco principios claves son: estar dirigido a toda la población en el contexto de su vida cotidiana y no solo a grupos de enfermos o de riesgo; orientar sus acciones hacia los determinantes de la Salud; utilizar enfoques y métodos diversos y complementarios para mejorar la Salud (comunicación, educación, legislación y desarrollo y organización comunitaria); tender a la participación activa y empoderamiento de la población (16).

En base a lo expuesto el objetivo general plantea indagar sobre hábitos de Salud y recreativos en adolescentes que asisten al primer ciclo de un centro de educación media público en el barrio Cerrito de la Victoria de la ciudad de Montevideo, y los objetivos específicos - Identificar comporta-

mientos relacionados al control de la Salud. - Conocer las prácticas culturales y sociales vinculadas a la Salud. - Detectar los factores o situaciones de riesgo más comunes en relación a la Salud de los adolescentes en estudio.

METODOLOGÍA

Diseño: estudio cuantitativo, exploratorio, de nivel descriptivo y de corte transversal.

La población: está formada por todos los adolescentes que concurren al centro de educación media en que se realizó el estudio (890) con edades comprendidas entre 12 y 18 años.

Muestra: el cálculo del tamaño de la muestra se realiza teniendo en cuenta las variables con mayor variabilidad. Tomando en consideración un valor de Z de 1.96 para un nivel de representatividad del 95% de la población, un Z de 1.28 para un porcentaje de error del 10%. Se estimó que la muestra debía ser no menor de 167 individuos elegidos al azar. Se encuestaron 171 estudiantes entre 12 y 18 años, 100 del sexo femenino y 71 del sexo masculino.

Procedimientos: El comité de ética de la Universidad Católica estudió el proyecto y aprobó su realización. Se solicitaron autorizaciones por escrito a las autoridades del centro y a los padres o tutores de los estudiantes. El trabajo se realiza en dos etapas: una de exploración con las autoridades referentes y otra de trabajo de campo.

Técnicas de recolección de información: entrevista a informantes clave, una de ellas a la Directora del centro de educación media, con la finalidad de conocer las principales características del mismo, de la población estudiantil y del entorno. También se mantuvieron contactos informales con la Subdirectora de la institución, la Profesora Orientadora Pedagógica, los Adscriptos y Docentes en general. Se indagó sobre las percepciones que se tenían del centro de educación media y acerca de la problemática que pretendíamos estudiar, todo ello para aproximarnos al riesgo real de esta población y sus necesidades. Se realizó entrevista a la Directora del Centro de Salud de la zona al cual asisten los estudiantes del centro de educación media y con el cual tienen estrechos vínculos. A través de dicha entrevista se pretendió conocer la percepción de la problemática de los jóvenes des-

de los profesionales de la Salud brindándonos la información del área de influencia del centro donde viven los adolescentes en estudio. También se realizaron visitas exploratorias al centro educativo para tener un primer contacto con el medio y facilitar el trabajo de campo.

En el estudio de campo las técnicas para recoger información fueron: la encuesta y la entrevista. La encuesta fue aplicada a alumnos de primero, segundo y tercer año del Ciclo Básico del centro de educación media en estudio, seleccionados al azar. Fue administrada por alumnos de la Licenciatura de Enfermería y supervisada por docentes de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. A los encuestadores se les brindó información sobre la investigación, sus objetivos, características y proceso. Se los indujo para la aplicación del cuestionario, explicando cada una de las variables y las formas de preguntar, de proceder y registrar durante la aplicación del cuestionario. La aplicación se realizó en el mes de mayo del 2007 durante dos jornadas en los dos turnos matutino y vespertino.

Análisis de los datos: Los datos obtenidos se procesaron con el programa Epi-info 6. Se realizaron cruzamientos de algunas variables y cálculo de las medidas de resumen correspondientes. Se presentaron los resultados en gráficos.

RESULTADOS

Demografía: Predominó la población de sexo femenino en un 58.5 %. La edad de los estudiantes corresponde con la esperada para el ciclo básico de educación media. La edad más baja es de 12 y la máxima de 18 años.

La media de edad es de 13.66 años para las mujeres y 14.11 para los varones. El desvío estándar fue de 1.34 para ambos sexos. La mediana fue de 14 años para ambos sexos. En el sexo femenino el percentil 25 fue de 12.5 y el percentil 75 de 14. En el caso del sexo masculino esos valores son de 13 y 15.

Cobertura asistencial: el 63 % de los alumnos se atienden en servicios brindados por el Estado (gratuitos) ya sea en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) o Intendencia Municipal de Montevideo (IMM). El 14.3 % que responden otros se refieren a Hospitales públicos cerrado a colectividades como la Militar y la Policial. Si sumamos éstos como servicios gratuitos tenemos

GRAFICO N° 1

Conductas no saludables.

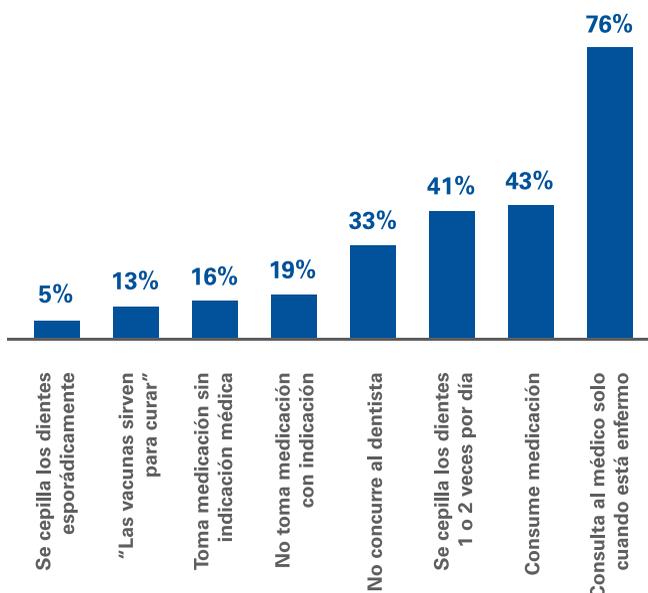
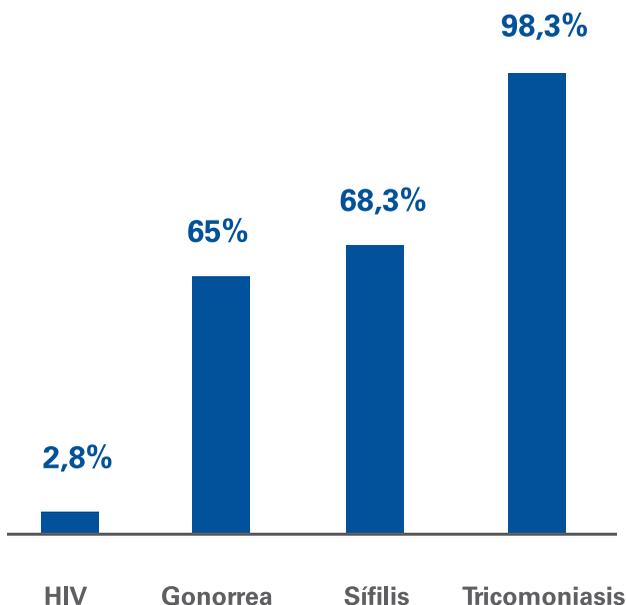


GRAFICO N° 2

Desconocimiento sobre enfermedades de transmisión Sexual. Porcentajes del total.



un 88.1 % que recibe esta cobertura. Ninguno responde no tener servicio de asistencia a la Salud.

Vacunas: El 77% contesta haberse vacunado. Un alto porcentaje de estudiantes señala conocer el carácter preventivo que tienen las vacunas, no obstante un 13 % de la muestra contestan que las vacunas sirven para curar enfermedades.

Controles de Salud: El 76 % de la muestra concurrir al centro de Salud cuando cree estar enfermo. El 18.2 % lo hace en forma anual para control preventivo. Todos los estudiantes manifestaron tener carné de Salud.

Referido a la Salud bucal, un 54 % manifiesta cepillarse los dientes 3 o más veces al día y 41.1 % cepillarse 1 a 2 veces al día. Se observa que aquéllos que concurren al dentista a control son los que se cepillan los dientes con más frecuencia. De los que dicen asistir al dentista cuando tienen dolor el 44.4 % afirman cepillarse 3 veces al día o más. Casi el 33 % de la muestra expresan no concurrir al dentista.

Medicación: un 43 % consume medicación. Un 19 % a pesar de tener indicación médica no los toma, mientras que un 16.4 % de la población que no tiene indicación médica se automedica. De los que tienen indicación médica, la distribución por sexo es similar a la de la población total; en cuanto a los que toman medicación sin indicación médica, 9 de cada 10 son mujeres.

Salud sexual y reproductiva: La infección de transmisión sexual más conocida es la provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Solo un 2.8 % de los encuestados dice no conocerla. El 68.3% no conoce la Sífilis, el 65% no conoce la Gonorrea y el 98.3% no conoce la Tricomoniasis. Como método de prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) el 62 % señala el uso del preservativo, el resto de la muestra o afirma desconocer o tiene conceptos equivocados.

Ocio y Recreación: el 53.5 % de los alumnos cuenta con más de 6 horas libres diarias. La actividad más frecuente en ambos sexos sola o acompañada con otras, es mirar televisión con un 57% en el sexo masculino y un 70% en el sexo femenino. Le sigue escuchar música, para el sexo femenino 67% y para el sexo masculino 40%. La otra actividad en que aparecen diferencias es en bailar, las mujeres lo mencionan con un porcentaje del 20% y los varones en un 7%. En el caso de "otras actividades" el 53% de los varones respondieron afirmativamente (fútbol) y las mujeres 22%. En es-

tar con amigos optan un 39 % de las mujeres y un 53% de los varones.

Trabajo: un 91.8 % no trabaja. De los 14 alumnos que trabajan, 2 son mujeres y 12 varones.

Tabaco: En relación a la pregunta de fumar cigarrillos el 95 % de los alumnos dicen no fumar. En el caso de cuantificar el consumo de cigarrillos a 5 o más al día, las mujeres respondieron que sí, en un 5% y los varones en un 3%.

Alcohol: con respecto al consumo de alcohol (vino) el 87 % respondió negativamente, el 13 % restante manifestó hacerlo los fines de semana fundamentalmente. El predominio del consumo se observó en las respuestas de los varones.

DISCUSIÓN

La cobertura sanitaria más usada es la brindada por el Estado posiblemente porque la población en estudio pertenece a clases sociales con carencias en la satisfacción de sus necesidades básicas y elevado nivel de pobreza. Se destaca que todos los entrevistados poseen cobertura asistencial total. El paradigma dominante aun inclinado a tratar enfermedades, se ve reflejado en la concurrencia al control de Salud mayoritariamente por estados de enfermedad o dolor (odontólogo).

La medicación sin indicación profesional. El desconocimiento de los principios activos de los medicamentos y de sus efectos adversos, es un hecho a tener en cuenta dada su alto consumo en esta población. Cabe preguntarse qué motivos llevan a estos adolescentes a tomar medicación a tan temprana edad y si esta conducta obedece a una moda o se relaciona con afecciones médicas de esta población carenciada.

El carné de Salud lo poseen todos los estudiantes. Esto podría estar vinculado a la creación del Espacio Adolescente en el Centro de Salud Dr. Antonio Giordano donde se implementó como requisito a efectos de permitir la concurrencia a la Policlínica de Adolescencia.

Salud Bucal: el 5% de los alumnos encuestados se cepilla los dientes menos de 1 vez al día. Esta conducta, asociada a la oferta de golosinas en los ámbitos educativos, implica un alto riesgo para la Salud bucal. La asociación de estos factores al costo de la atención odontológica, implica que en el futuro estos adolescentes pierdan piezas dentarias con las consecuencias desde el punto de vista

de la alimentación y la autoestima. Llama la atención que un 33% de la muestra dice no concurrir al dentista, a pesar de que hay servicios odontológicos públicos en la zona.

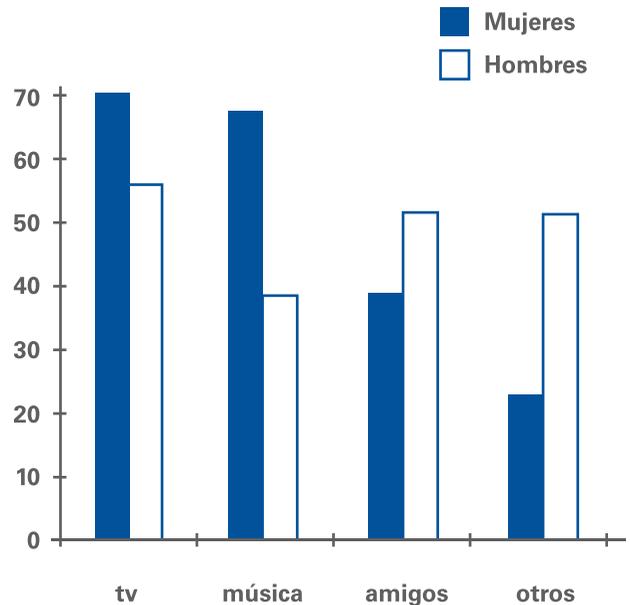
El 7 de Diciembre del 2007 se presentó el Programa de Salud Adolescente, considerando la equidad de género, el crecimiento y desarrollo, así como el planteamiento de objetivos e impacto de sus intervenciones. La creación de Espacios Adolescentes acompañando estas mejoras, en dicho nivel, significó nuclear a los mismos en entornos exclusivos, donde se empoderaran e hicieran propias todas las actividades programadas, en procura del desarrollo integral y armónico de esta población. La asignación de recursos para la implementación de la Salud adolescente, redundó en una inversión país que trae aparejado grandes beneficios en el mediano plazo para la reducción de los efectos de la pobreza. Las políticas deben garantizar todas las dimensiones necesarias en la niñez y la adolescencia que incluyen no solo aspectos formales de control de Salud y educación, sino de recreación y creatividad que potencian el desarrollo futuro de los jóvenes. (17)

Inmunizaciones, es importante destacar que un alto porcentaje de estudiantes señala conocer el carácter preventivo que tienen las vacunas y haberse vacunado hace un año o más tiempo. No obstante llama la atención que un 12.7 % de la muestra dicen que las vacunas sirven para curar. La institucionalización educativa (en sus 3 niveles) obliga a los estudiantes a tener vigente el certificado obligatorio de vacunación. No obstante existen en Uruguay vacunas que no están contempladas en este plan de inmunización y no son brindadas. Estos fenómenos confirman la necesidad de educar al respecto en forma sistemática, oportuna y acorde a los niveles y edades de la población. La educación para la Salud brindada por los trabajadores del primer nivel es una herramienta fundamental para llegar a las poblaciones con diferentes metodologías educativas (9).

Salud sexual y reproductiva: la prevención de la infección por el Virus de la Inmuno Deficiencia Humana, engloba todos los aspectos de una sexualidad segura no solo para esta infección sino para todas las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado, según las declaraciones de las Naciones Unidas ratificados por Uruguay, para las poblaciones, el desarrollo y los Derechos Humanos. La sexualidad ejercida como un derecho,

GRAFICO N° 3

Actividades en tiempo libre.
Porcentajes del total de cada sexo¹.



¹la mayoría señalan más de una actividad

tiene también componentes no solo biológicos sino psicoafectivos y de relaciones humanas que van construyendo la Salud de las personas (18). Es alto el porcentaje de adolescentes que conoce el VIH como enfermedad de transmisión sexual, sin embargo no ocurre lo mismo para la Sífilis y la Gonorrea. Si extrapoláramos los resultados hallados a la población estudiantil nacional respecto a la salud sexual, podríamos estimar que hay miles de adolescentes en el país que desconocen cómo protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual. Actividades en horas libres: en un estudio de 960 adolescentes realizado en la ciudad de Pelotas, Brasil, el 39 % fueron considerados sedentarios. Las mujeres pobres y con madres de baja escolaridad tenían mayor relación con el sedentarismo (19). En otro estudio caso control de la ciudad de Recife, se mostró un alto índice de inactividad, mayor entre mujeres de 15 a 19 años, relacionado a mirar televisión y usar la computadora (20). En nuestro estudio se observó un comportamiento similar.

La actividad laboral: mayor en el género masculino constituye un riesgo para la deserción, la explotación y quizá para la exclusión, con las consecuencias que esto tiene para su Salud y para su formación ciudadana. Esta situación puede constituir un factor de riesgo de deserción escolar con exclusión de la institución educativa e inserción temprana en el campo laboral sin una formación básica. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en una encuesta realizada en el año 2006, el 7.9 % de los niños, niñas y adolescentes de Uruguay trabajaban (21). Este dato se corrobora en nuestra muestra. En un informe del año 2010, realizado por el INE, mostró que los niños y adolescentes entre 5 y 17 años representan el 21% de la población y de ellos trabajan un 11.6 % agravando así el perfil de la explotación infantil a expensas de las poblaciones con edades menores (22).

Tabaco: de acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en estudiantes de enseñanza media, realizada por la Junta Nacional de Drogas en el año 2005, se observó una feminización del consumo de tabaco, tanto en su carácter de experimentación como habitual (23). En esta muestra se encontró la misma tendencia. El trabajo de Bruzzone, Marquiso y González (2004) sobre el tabaquismo en Uruguay muestra que: 30% de la población mayor de 12 años fumaba diariamente, 78% comenzaba antes de los 19 años, por tabaquismo morían 15 personas/día (24). Actualmente,

Uruguay con la aplicación de la ley N° 18256 del año 2008 ha reducido el consumo de tabaco. Un estudio realizado con el Centro Investigación de la Epidemia de Tabaquismo en Uruguay (CIET) en los años 2007-2008 mostró una prevalencia del 24.8%, donde se observa una reducción respecto a años anteriores. De 1998 a 2006 había llegado a 54.8 % (25). En nuestro estudio declararon fumar un 5.2 % con predominio en el género femenino. Cabe señalar que las cifras del estudio antes mencionado del año 2007-08 pertenecen a toda la población, mientras que esta casuística es solo de adolescentes con una media de 14 años, que aún no trabajan en su mayoría.

Consumo de alcohol, se dio en un porcentaje del 13%, acentuado en los fines de semana. La venta de alcohol a menores de 18 años está prohibida en Uruguay. Un estudio realizado en Villa Pancha, Juan Lacaze (dpto. de Colonia, Uruguay) mostró que los que se inician en el consumo de drogas lo hacen con las legales: alcohol y cigarrillos. En el caso del alcohol (cerveza y vino) comienza a los 11 años a nivel de fiestas familiares u ocasionales, siendo igualitario para ambos sexos. El porcentaje de ingesta alcohólica en este estudio fue del 48%. Las conductas posteriores sobre todo en varones se demuestran en agresiones y accidentes de tránsito (26).

CONCLUSIONES

Surgen de esta investigación datos relevantes sobre el escaso conocimiento acerca del cuidado de su Salud, observamos como fortaleza los resultados encontrados a nivel del tabaquismo, el alto índice de inmunizaciones en la población de estudio y la cobertura asistencial total en una población de bajos recursos. Aparecen factores de riesgo para la Salud, como alerta para comenzar precozmente con la inclusión de estos jóvenes en la participación de su futuro. El contexto crítico en el que viven estos adolescentes, la falta de información en relación al cuidado integral de la Salud, la falta de lugares de recreación e intercambio con sus pares, inciden desfavorablemente en su calidad de vida y en su futuro.

En síntesis se debería trabajar en coordinar una red intersectorial de organizaciones públicas y privadas; incentivar la capacitación del equipo interdisciplinario abocado a la atención del adolescente en el primer nivel; buscar el acompañamiento y apoyo de sus familias para tener referentes adultos capacitados y con participación

activa; promover y mantener espacios adolescentes como ámbitos de integración, participación y empoderamiento a través de instancias educativas, deportivas, sociales, comunitarias y grupales. Actuar sistemáticamente con las instituciones educativas para generar espacios de educación para la Salud, en lo relacionado a enfermedades de transmisión sexual y uso de alcohol fundamentalmente. Fomentar hábitos Saludables como ejercicio físico, actividades lúdicas, así como también cualquier otro tema demandado por los adolescentes. Promover la adquisición de habilidades y conocimientos que les permitan resolver conflictos y aumentar su autoestima. Promover estudios e investigaciones en temas vinculados a los adolescentes. En el año 2007 la Organización Panamericana de la Salud, elabora un texto referido a la Renovación de la APS, el cual sintetiza las pautas para enfocar la Salud con participación de todos los actores involucrados. Hace hincapié en operativizar la declaración de Alma Ata, reafirmando la Salud como un derecho al que todas las poblaciones tengan accesibilidad, acentuando la necesidad de que cada región se responsabilice de renovar la estrategia de APS acorde a las nuevas tecnologías (28).

Los datos hallados se difundieron en la comunidad, en el centro educativo y en el Centro de Salud de la zona. Asimismo la investigación brindó insumos para la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud integrándose a líneas de investigación ya existentes o generando nuevas alternativas de trabajo. Así mismo se realizaron contactos con las áreas académicas de Ciencias Humanas para informar y buscar alternativas de intervención vinculadas a la necesidad de utilizar el tiempo libre y la recreación con actividades saludables.

Este estudio tuvo algunas limitantes que en el transcurso de la misma se fueron considerando para futuros diseños de proyectos, ellos son: entorno en la cual fueron realizadas las entrevistas con cada estudiante para responder a las preguntas, la metodología empleada, tipo de preguntas para recoger información que al momento del análisis ofrecieron alguna dificultad.

Con relación a posibles generalizaciones sobre todo en aquellos resultados que se dieron con mayor frecuencia o que poseen una vital importancia, podríamos decir que por un lado el sedentarismo se ha instalado en las clases menos favorecidas, sustituyendo juegos al aire libre, creativos y que redundan en una mejor salud mental, social y biológica. La falta de conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva pese a los programas educativos que han incorporado esta temática y que pueden marcar la vida en los adolescentes con embarazos no deseados o contrayendo enfermedades que al día de hoy no poseen curación. Vemos también necesario que todos estos problemas y necesidades de salud aunados con los intereses manifestados en las políticas de salud se vean plasmados en la realidad y no queden en la etapa teórica y discursiva de los programas. Es de destacar así mismo la urgencia en la formación, desarrollo y dotación de recursos humanos en salud tales como los profesionales de enfermería, servicio social, psicología, ocio y tiempo libre, nutrición, fisioterapia y otras; que desde sus disciplinas y trabajando en equipo logren operativizar y evaluar las propuestas de los programas ministeriales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. INAU-IMM-UNICEF URUGUAY, Consejos Asesores Consultivos de Infancia y Adolescencia (CACIA), [material de internet], 2006 [recuperado el 10 de setiembre de 2011] disponible en: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/4319/1/inau_2006.pdf
2. Valenzuela B., M. Teresa. Indicadores de Salud: características, uso y ejemplos. Ciencia y Trabajo [revista en internet] 2005 julio-setiembre. [acceso 12 de setiembre de 2011]; 7 (17): [p.118-122]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=420785&indexSearch=ID>.
3. Desarrollo humano en Uruguay 2005 : Uruguay hacia una estrategia de desarrollo basada en el conocimiento [sede web]. Montevideo: PNUD, 2005 [acceso 16 de octubre de 2011]. Índice de Salud por zonales 1999-2002 [pag.147] Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/_Web/noticias/2005/06/pnud/06_ap-estadistico.pdf.
4. Centro de Salud Dr. A. Giordano del MSP, archivos escritos, Diagnóstico de Salud - Servicio Social del Centro. Montevideo, 2006.
5. Restrepo, H. Málaga. Promoción de la Salud: como construir una vida Saludable. Bogotá: Médica Internacional; 2001.
6. Nuevo sistema integrado de Salud. [sede web]. Montevideo: MSP; 2007 [acceso 20 de octubre de 2011].Derechos[pantalla]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucsnis_1074_1.html
7. Setaro, M.; Koolhaas, M. Políticas de Salud para la infancia y adolescencia. [sede web] Montevideo: ENIA; 2008. [acceso 16 de octubre de 2011] Disponible en: http://www.enia.org.uy/pdf/Politicas_de_Salud.pdf.
8. Colomer, C.; Álvarez-Dardet, C. Promoción de la Salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2001.
9. Declaración de Alma Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria. [sede web] Kazajistán: OPS; 1978 [acceso 7 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
10. Zurro, M., Cano, J., Atención Primaria: conceptos organización y práctica clínica. 6ª ed Barcelona: Elsevier, 2008.
11. Cantú, P., Salas, Z., Rojas, J., Epidemiología: el estado de Salud y enfermedad. Respyn [Revista de internet]. 2001 octubre-diciembre; 2 (4). [acceso 20 de octubre de 2011]. Disponible en: www.respyn.uanl.mx/ii/4/ensayos/epidemiologia.htm
12. Piédrola Gil, G. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Barcelkiba: Masson, 2000. p. 660.
13. Nirenberg, O., Participación de adolescentes en Proyectos Sociales. Bs. As. Paidós, 2006.
14. García, A., Vera, M., Campo, A., Enfermería Comunitaria: bases teóricas. Madrid: Avances de Enfermería, 2002.
15. Carta Ottawa. Revista de Atención Primaria de Salud Pública. 1998; (30): p. 3-7.
16. Frías Osuna, A. Salud pública y educación para la Salud. Barcelona: Elsevier, 2000.
17. UNICEF. Inversión en la infancia en Uruguay. Análisis del gasto público social: tendencias y desafíos [sede web]. Montevideo: UNICEF: 2005 junio [acceso 30 de octubre de 2011]. Disponible en: www.infamilia.gub.uy/pageredirect.aspx?0,301
18. Guchin, M., Meré, J. Programa sexualidad y género [sede web]. Montevideo: Unesco; 2004. Jóvenes, sexualidad y VIH/SIDA en el Uruguay. Conocer para prevenir. Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/educacion/fileadmin/templatess/educacion/archivos/jovenesVIH-SIDA.pdf>.
19. Oehlschlaeger, M [et al]. Prevalencia de factores de riesgo asociados a sedentarismo en adolescente de área urbana. Revista de Salud pública [revista internet] 2004 [acceso 30 de octubre de 2011]; 38 (2): [págs. 157-63]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v38n2/19773.pdf>.

20. Rodríguez Da Siva, B. [et al]. Factores determinantes de inactividad física em adolescentes del área urbana. Revista Jornal de pediatria [revista internet]. 2010 [acceso 15 de octubre de 2011]: (6) : [págs. 520-24]. Disponible en: <http://pesquisa.bvSalud.org/regional/resources/index.php?output=ris&sit>,
21. UNICEF URUGUAY, Comunicado de prensa, [material de internet] 2010 [recuperado el 2 de octubre de 2011]disponible en: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/20100611_Trabajo_infantil.pdf
22. Magnitud y Características del trabajo infantil en Uruguay 2010 [sede web]. Informe Nacional sobre el trabajo infantil en Uruguay. Montevideo: INE, 2011. Informe Nacional sobre el trabajo infantil en Uruguay. [acceso 2 de octubre de 2011]. Disponible en <http://www.ine.gub.uy/varios/noticias%202011/Presentaci%C3%B3n%20Informe%20Trabajo%20Infantil.pdf>
23. OEA/CICAD. Il encuesta nacional del uso de drogas en la enseñanza media. Informe de prensa. [sede web]. Montevideo: OEA/CICAD; 2005. [acceso 29 de setiembre de 2011]. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/04/droga_encuesta.pdf
24. Esteves Di Carlo, E., Goja Bruzzzone, B., Blanco Marquizo, A., Gonzalez-Molina, D. Proyecto ambientes libres de humo de trabajo [sede web]. Montevideo: OPS; 2004 [acceso 29 de setiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.bvsops.org.uy/pdf/tabaco.pdf>
25. Vázquez, T. Uruguay y el Control del tabaco. [sede web] Costa Rica: Universidad de Costa Rica, 2007.[acceso 10 de setiembre de 2011] Disponible en: <http://www.cu.ucr.ac.cr/documen/conferencia.pdf>
26. Delgado, R. Diagnóstico sobre la problemática del consumo de drogas en las zonas "Las Canteras" del departamento de Río Negro. [sede web]. Montevideo: Junta Nacional de Drogas, 2010. Proyecto Savia, drogas en Uruguay [p.43]. Disponible en http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/SAVIA_Colonia.pdf
27. OPS. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud, Renovación de la APS, [material de internet]2007[recuperado el 6 de noviembre de 2011]. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS>

Recibido: 03/2012

Revisado: 04/2012

Aceptado: 05/2012

PERCEPCIONES DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA SOBRE REGULACIÓN DEL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN Y AUTONOMÍA PROFESIONAL.

NURSING GRADUATES' PERCEPTIONS OF REGULATION OF THE
EXERCISE OF THEIR PROFESSION AND PROFESSIONAL AUTONOMY.
PERCEPÇÕES DE LICENCIADOS EM ENFERMAGEM SOBRE
REGULAMENTAÇÃO DO EXERCÍCIO DE SUAPROFISSÃO
E AUTONOMIA PROFISSIONAL.

Augusto Ferreira

Doctor en Enfermería, Universidad Católica del Uruguay. auferrei@ucu.edu.uy

Sergio Ferraro

Lic. en Enfermería, Universidad Católica del Uruguay.

Andrea Herrera

Lic. en Enfermería, Universidad Católica del Uruguay.

RESUMEN

Este trabajo de investigación aborda la interacción de la autonomía en el trabajo de los Licenciados en Enfermería y el marco legal actual. El Objetivo es conocer la percepción de un grupo de profesionales enfermeros con experiencia laboral en el segundo nivel de atención.

Es un estudio cualitativo a nivel descriptivo. Los sujetos de estudio fueron 11 profesionales enfermeros del segundo nivel de atención de instituciones prestadoras de salud, los que se escogieron en función de los años de ejercicio y el nivel de atención donde se desempeñaron. Las preguntas orientadoras fueron las siguientes: ¿Tiene conocimiento si en la legislación existente hay una ley que regule su desempeño como profesional? ¿Qué importancia le da? Referente a la gestión del cuidado de los pacientes: ¿En qué aspectos usted se considera un profesional independiente? ¿A lo largo de estos años us-

ted colmó sus expectativas? ¿Siente que pudo aplicar su formación académica en la práctica? Resultados y análisis: A partir de las entrevistas se construyeron 5 categorías: Relevancia-Trascendencia, Factores determinantes, Independencia, Satisfacción, Relación formación – ejercicio. El análisis de cada una de estas permite establecer puntos de partida para plantear trabajos posteriores, como la importancia de la existencia de un marco regulatorio, elementos que condicionan la autonomía profesional de los licenciados, percepción de independencia y de satisfacción laboral, importancia de la relación existente entre la formación y el ejercicio profesional.

Descriptor: cuidados de enfermería, gestión en salud, investigación cualitativa, legislación de enfermería.

SUMMARY

Perceptions of a group of nursing graduates in the second level of attention to regulating the exercise of discipline and its relationship to professional autonomy

Objective: To determine the perceptions of nursing graduates to perform functions on the second level of attention to regulating the exercise of discipline and its relationship to professional autonomy, public and private institutions of Montevideo.

Methodology: The methodology used was qualitative. The study subjects were 11 second-level professional nursing care health provider institutions, which were chosen based on years of practice and the level of care where they played, and in this way achieve the best data. The guiding questions were: Do you know if existing legislation is a law regulating professional performance? What importance do you give? Regarding the management of patient care: In what ways you consider yourself a freelancer? What over the years you meet your expectations? Do you feel able to apply their education in practice?

Results and Analysis: From the interviews were built 5 categories: Relevance, Significance, Determinants, Independence, Satisfaction, Relationship training - exercise. The analysis of each of these can set starting points for further work to raise, and the importance of the existence of a regulatory framework, elements that influence the graduates' professional autonomy, independence and sense of job satisfaction, importance of the relationship between training and practice.

Descriptors: NURSING CARE, HEALTH MANAGEMENT, qualitative research, LAWS OF NURSING.

RESUMO

Abordamos a interação, da autonomia no trabalho dos profissionais em Enfermagem e o legal atual. O Objetivo é conhecer a percepção de um grupo de profissionais enfermeiros com experiência trabalhista no segundo nível de atendimento da cidade de Montevideo.

É uma pesquisa qualitativa a nível descritiva. Os participantes da pesquisa foram 11 profissionais enfermeiros do segundo nível de atendimento de instituições prestadoras de saúde, os quais foram escolhidos em função dos anos de exercício e o nível de atendimento onde se desempenharam. As perguntas orientadoras foram as seguintes: Tem

conhecimentos se na legislação existente há uma lei que regule seu desempenho como profissional? Que importância lhe dá? Referente à gestão do cuidado dos pacientes: Em que aspectos considera um profissional independente? Ao longo destes anos satisfaz suas expectativas? Sente que pôde aplicar sua formação acadêmica na prática? **Resultados e análises:** A partir das entrevistas foram construídas 5 categorias: Relevância-Trascendência, Fatores determinantes, Independência, Satisfação, Relação formação – exercício. A análise de cada uma destas permite estabelecer pontos de partida para serem questões o trabalhos posteriores, como a importância da existência de um marco regulatório, elementos que condicionam a autonomia profissional dos licenciados, percepção de independência e de satisfação trabalhista, importância da relação existente entre a formação e o exercício profissional.

Descritores: cuidados de enfermagem, gestão saúde, investigação qualitativa, legislação de enfermagem.

INTRODUCCIÓN

La enfermería como profesión está experimentando cambios en varios aspectos como cuerpo profesional independiente, adaptándose en forma continua a nuevas exigencias, ya sea generada por el propio sistema sanitario como por la sociedad en sí. Es así, se aborda este proceso de cambio en nuestro trabajo, visto desde la óptica de profesionales con trayectoria y que cuentan con un bagaje de conocimientos y experiencias, que pusieron a nuestra disposición.

Analizamos la percepción de cada uno de estos profesionales, encontrando diversos aspectos en común, así como diferentes formas de ver las realidades, llegando a ser muchas veces opuestas e importantes. Cada entrevista, cada vivencia, cada enfoque, constituye un punto de partida para comenzar a formular preguntas y buscar respuestas. La temática que elegimos es, en grandes rasgos, la forma en que el profesional se ve a sí mismo, es decir la percepción que tiene de su propia profesión y a partir de allí nos interesamos en el abordaje de la autonomía del enfermero, dentro del marco legal actual.

Para buscar concordancias que nos brindaran líneas de opinión, confeccionamos una serie de preguntas para realizar entrevistas en profun-

didad sobre las que trabajamos con el grupo de profesionales que seleccionamos. Para establecer las bases de nuestra investigación, siguiendo el método cualitativo, mediante la técnica de análisis de contenido. Cada apreciación está determinada por numerosos factores, dado que, si bien, este grupo tiene experiencias comunes, han sido formados en distintos momentos y han ejercido su profesión en instituciones con políticas diferentes. Todo esto tiene lugar en un contexto en el que se suman las inquietudes propias de cada uno de estos profesionales con respecto a su formación y actualización permanente.

El objetivo de esta investigación es: conocer las percepciones de los Licenciados en Enfermería que desarrollan funciones en el segundo nivel de atención acerca de la regulación del ejercicio de la disciplina y su relación con la autonomía profesional, en instituciones públicas y privadas de Montevideo.

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio: Se realizó un estudio de tipo cualitativo, descriptivo, mediante la técnica de análisis de contenido.

Opción por el referencial metodológico:

La ciencia es concebida para la generación de conocimientos, el método científico emplea distintos métodos de investigación, podemos agruparlos en dos grandes categorías, cualitativos y cuantitativos. Pita y Pértegas (2002) en su artículo sobre la investigación cualitativa y cuantitativa comparan ambos métodos de investigación exponiendo las diferencias entre ellos, estableciendo dos miradas claramente diferentes para enfocar una investigación, una desde los datos cuantitativos, la otra tomando en cuenta la narración del fenómeno partiendo de la observación y las entrevistas no estructuradas [1].

A lo largo de la historia tanto el método cuantitativo como el cualitativo han ido variando, tal es así que el cuantitativo en sus comienzos era una simple recopilación de datos sin agregar elementos nuevos más allá de lo observado, concepción netamente positivista, más tarde surge la experimentación de la mano de Pasteur y Bernard, para así llegar al siglo XX donde se comienza a experimentar en el análisis de hipótesis y la elaboración de teorías. [1]

La investigación en enfermería tiene un gran peso de lo cualitativo sin embargo al continuar rigiendo

con fuerza la corriente positivista en nuestra disciplina continuamos con la tendencia de la investigación cuantitativa, es decir la necesidad de medir todo haciendo que prime siempre en la mayoría de los casos la magnitud sobre la naturaleza de los mismos[1]. Triviño y Sanhueza (2005) agregan una visión más sobre la diferencia entre ambos enfoques, sosteniendo que a los objetivos en la investigación cuantitativa se llega mediante la recolección de datos, el análisis del comportamiento, buscando hechos, causas, leyes, normas. [2]

El método cualitativo, en cambio, toma en cuenta lo subjetivo, busca analizar, explicar, comprender, darle un sentido a distintas a situaciones de lo cotidiano. A su vez el investigador no sólo se limita a la mera explicación e interpretación de datos, sino que además supone un acercamiento mucho más personalizado ya que para lograr este tipo de estudio se utiliza la entrevista en profundidad y la escucha atenta del entrevistado lo que supone un involucramiento mayor. El investigador interactúa en todo momento con su objeto de estudio, comprometiendo sus propios valores en el proceso.

[2] La ciencia de enfermería desde sus comienzos ha planteado la necesidad de investigar, por supuesto que esta investigación se ha perfeccionado y profesionalizado a lo largo de la historia, si bien siempre existió el dilema entre los modelos, el objetivo de la investigación en enfermería debería enfocarse en el cuidado, las necesidades, la comprensión y el entendimiento de los fenómenos que circundan al ser humano. Creemos importante destacar que si bien ambos modelos enfocan diferentes aspectos, estos lo hacen desde una misma realidad, no compitiendo sino complementándose. [2]

Sujetos de estudio: los sujetos de estudio fueron Licenciados/as en Enfermería. Los criterios de inclusión usados, fueron tener 5 o más años de ejercicio profesional, con experiencia en el segundo nivel de atención, en instituciones públicas y/o privadas de Montevideo. Este criterio responde a aspectos relacionados con muestras cualitativas buscando sujetos de los cuales se puedan obtener los mejores datos para responder las inquietudes del estudio.

Recolección de los datos:

Se realizaron entrevistas en profundidad hasta que se encontró convergencia en los datos, dado que en este tipo de estudios la muestra no está predeterminada. [3] [4]

Se establecieron los datos generales de cada sujeto:

Edad, Años de graduación, Pos graduación y Sector donde trabaja actualmente. Área de indagación: Luego que se estableció la nómina de los profesionales a entrevistar se determinó el lugar de acuerdo a la disponibilidad del entrevistado. En este tipo de estudios el área de indagación no constituye un lugar físico predeterminado, sino que se busca el lugar donde el fenómeno de la percepción acontece. [5]

Aspectos éticos:

Esta modalidad de trabajo se estableció siguiendo las pautas que se definen en el Decreto-Ley N° 379/008 (URUGUAY, 2008) sobre investigaciones con seres humanos. [6]

Pregunta/s orientadora/s:

- ¿Tiene conocimiento si en la legislación existente hay una ley que regule su desempeño como profesional? ¿Qué importancia le da?

- Referente a la gestión del cuidado de los pacientes

¿En qué aspectos usted se considera un profesional independiente?

¿A lo largo de estos años usted colmó sus expectativas?

¿Siente que pudo aplicar su formación académica en la práctica?

Proceso de recolección y análisis de los datos:

Las entrevistas se hicieron de forma personal e individual para lo cual se utilizó un dispositivo de grabación de voz, procediendo a transcribirlas posteriormente en papel. Tomando como referencia a Merighi (2003) en base al método establecido por Parga Nina se recorrieron los siguientes pasos para el análisis:

- Se realizaron lecturas cuidadosas de cada entrevista, tantas veces como fue necesario, con el propósito de aprehender el fenómeno.

- Se agruparon los trechos de las entrevistas, convergencias, siendo destacadas y enumeradas con un orden secuencial.

- Se realizó una nueva lectura para identificar categorías concretas estableciendo las unidades de significados.

- Se identificaron las categorías concretas las que contienen los actos de los sujetos.

- Se establecieron los significados de las expectativas generadas en relación al tema en estudio, realizando la reducción fenomenológica, transfor-

mando las expresiones cotidianas de los sujetos al lenguaje del investigador.

- A medida que las unidades fueron emergiendo se agruparon los aspectos esenciales del fenómeno para luego realizar un estudio individual de cada discurso.

- A continuación se realizó el análisis general de todos los discursos llamado nomotética. Afloraron los aspectos comunes de todos los discursos, quedando expuesto el fenómeno, formando parte de varias realidades. [7]

DISCUSION

Si bien la mayoría de los profesionales entrevistados tienen conocimiento de que no existe aún una ley sancionada, todos concuerdan en la importancia de la existencia de un marco regulatorio que delimite a la profesión como tal. Este aspecto concuerda con los estudios de Ferreira, donde se hace referencia a esta necesidad expresada por los profesionales [8]. A su vez tienen relación con la investigación de Gómez y de Oliveira quienes destacan que luego de definido el rol de una profesión se genera la idea de la identidad profesional [9]. También menciona a Adam a través de Zárate Grajales quien manifiesta que estos reclaman cada vez más la delimitación precisa de rol [10].

En cuanto a los factores que los entrevistados perciben como determinantes para su independencia encontramos que el concepto de Boff citado por Trevizan, Costa, Lourenço y Antonietto es, entre otros uno de los que se acerca a la opinión de nuestros encuestados con respecto a la percepción de su independencia como profesionales y los factores que la determinan. Se mencionan conceptos como, "cosificación", "mecanización", "rutina", estándares", "clasificación", comportamientos estos que condicionan de alguna manera la actitud del profesional enfermero coartando su autonomía y alejándolo del contacto con la persona. El paradigma biomédico influye claramente en la complejidad del desarrollo de las funciones propias de los enfermeros. La intervención de Enfermería lleva más tiempo que una intervención de otro profesional, el enfoque holístico y las características propias de la relación de ayuda que brinda el enfermero es alejada de los conceptos de mecanización y cosificación mencionados por los sujetos de estudio. [11]

Esta percepción del grupo estudiado en este trabajo coincide además con el enfoque de Trevizan

y colaboradores en su estudio sobre la enfermería en los años 70, 80 y 90 el cual muestra el predominio del trabajo administrativo sobre el campo asistencial poniendo de manifiesto uno de los principales factores limitantes de la independencia del profesional enfermero. [11]

Nauderer y Lima basados en estudios de Rizzoto expresan la necesidad de reevaluar a la enfermería reafirmando nuevamente estas limitaciones que hemos mencionado anteriormente. Los nuevos modelos asistenciales van encaminados hacia el enfoque más holístico de la persona, familia y comunidad. Las nuevas tendencias, la globalización, la evidencia científica ha mostrado a los sistemas de salud la necesidad imperiosa de hablar no solo de las personas con entidades patológicas, sino también de sus necesidades y problemas psicosociales como violencia doméstica, abandono del tratamiento, adicciones en la familia, entre otros. En este escenario internacional, cobra fuerza lo mencionado anteriormente relacionado a la necesidad de reevaluar las acciones de los profesionales de enfermería, buscando lugares estratégicos para el desarrollo de las funciones. [12]

Martins Nakao y Fávero hacen mención a la existencia de una dicotomía entre lo asistencial con lo gerencial, la cual queda expuesta al momento de articular el cuidado con la gestión. Esta dicotomía se vio manifestada también en los sujetos de estudio de este trabajo, característica de nuestro sistema asistencial, mencionado en todos los ámbitos, pero en esta oportunidad, comprobado mediante metodología científica. [13]

Por otra parte varios de los encuestados hacen mención a las instituciones, manifestando que estas condicionan de alguna manera el ejercicio del profesional; encontrando plena coincidencia que el pensamiento de Poblete y Valenzuela, quienes hacen referencia al modelo biomédico y curativo que prima en el sistema de salud actual. La atención en salud característica se ha centrado durante años en la práctica de la medicina y su modelo más positivista, dejando de lado el abordaje más integral del ser humano que no necesariamente está enfermo sino que vive experiencias de salud dinámicas. [14]

Zárate Grajales destaca aspectos inherentes a la limitación de la independencia como son, incumplimientos de metas, desvalorización y la incapacidad de alcanzar expectativas, a causa entre otras, de escenarios complejos donde el profesional se desempeña. [10]

Otra visión que aporta elementos al tema de la independencia profesional es el que propone Ramió quien establece una serie de aspectos a mejorar en el ejercicio profesional en lo asistencial, como son la precariedad laboral, las disposiciones legales y jurídicas recientes. [15]

Con el objetivo de mantener la autonomía Gómez y De Oliveira mencionan otros dos factores importantes como son equilibrio y responsabilidad dirigida al usuario, equipo de salud y la institución, concordando con muchos de nuestros encuestados en que la independencia depende muchas veces de experiencia, conocimiento y actitud (9).

La actividad percibida como independiente por excelencia en todas las entrevistas realizadas, es el cuidado, esencia de la profesión enfermera como lo expresa Zea Bustamante. Los sujetos de estudio resaltan la concepción del cuidado como elemento distintivo de la profesión. Desde nuestro punto de vista este es un constructo valioso que debe tomarse y empoderarse [16].

En esta línea de pensamiento, referente al cuidado, Rossi y Da Silva expresan su pensamiento en un estudio donde aseguran que la gestión del cuidado es un acto individual y personalizado, posición que vemos reflejada en las entrevistas realizadas. (17)

El concepto de gestión del cuidado es abordado por diferentes autores como un proceso humano sostenido por la influencia interpersonal, el liderazgo, la motivación, la participación, comunicación y colaboración. (8, 13, 17) Esto concuerda con los autores que citamos anteriormente, así como con algunos de los profesionales interrogados en que el cuidado debe centrarse en la persona.

Tapp, Stanfield y Steguart definen factores que determinan la independencia de los profesionales haciendo referencia entre otros a la toma de decisiones. En esa misma línea Giglio y de Souza perciben como actividad independiente el hecho de que el profesional de enfermería debe intervenir a la hora de establecer prioridades. [18]

Con respecto a la consulta sobre satisfacción y logro de objetivos podemos concluir que si bien existen profesionales que expresan haber logrado determinados objetivos a lo largo de su trayectoria, existen además sentimientos de insatisfacción los cuales podemos cotejar con los profesionales entrevistados por Trevizan y colaboradores en su investigación (11).

Si observamos el análisis de las series de condi-

cionantes que propuso Ramió podemos decir que varios de los profesionales que pertenecen a este trabajo expresan la necesidad de continuar trabajando en la conquista de logros y metas para así colmar sus expectativas en la esfera profesional (15).

Tapp, Stanfield y Steguart hablan de una relación entre satisfacción, autonomía, calidad de vida y los ambientes laborales, situaciones que condicionan en cierto grado el logro de los objetivos planteados a lo largo de una carrera profesional(18).

Por último pudimos extraer del análisis de estos testimonios cierta dicotomía entre lo que se enseña a los estudiantes en las distintas instituciones educativas y la realidad a la que se enfrenta el profesional en el momento de incorporarse a la actividad laboral. En esta línea, Tosoli y De Oliveira expresan una diferenciación entre los centros educativos donde muchos de ellos sustentan su formación en un modelo biomédico, en cambio otros presentan corrientes innovadoras que no se reflejan en la realidad del sistema de salud actual, por lo cual algunos de los profesionales se sienten frustrados a la hora de volcar los conocimientos adquiridos en su formación académica. Sin duda que la articulación entre academia y asistencia se torna fundamental. La presencia de carreras universitarias de Enfermería insertas en campos asistenciales enriquece la profesión y debilita la dicotomía entre teoría y práctica. En nuestro medio se reconoce que la presencia de la academia en las instituciones de salud es, necesariamente, colaboradora del aumento de la calidad de los cuidados. (19)

También encontramos similitud en cuanto al aspecto formativo del enfermero en el trabajo realizado por Eggert, Monticelli, de Miranda, Heidemann Grisotti quienes enfatizan en el fortalecimiento del binomio enfermera/o – paciente (20). Martins, Nakao y Fávero establecen una disociación entre la formación y la práctica en cuanto a lo asistencial y lo gerencial, hablan de la dificultad que tiene el profesional de poder fusionar el aspecto gerencial de la profesión con la dimensión asistencial, ya que algunos de los planes de estudio actuales descuidan ese aspecto formativo, no brindándoles herramientas suficientes como punto de partida, quedando librado ese aspecto muchas veces a la subjetividad y a la inquietud propia de cada persona (13).

El diálogo docente asistencial necesariamente

empodera a los estudiantes y docentes y a los profesionales, proporciona articulación entre la teoría y la práctica del ejercicio profesional y brinda posibilidades de formación permanente a los enfermeros de las instituciones de salud, fortaleciendo, en definitiva, al colectivo profesional. Este empoderamiento es probable que redunde en mayor logro de autonomía, toma de decisiones y presencia de una Enfermería que defiende su campo de trabajo, atendiendo a aspectos teóricos, prácticos, éticos y estéticos de la profesión, todos ellos necesarios y articulados para el desarrollo profesional [13].

CONCLUSIONES

Las inquietudes que nos llevaron a realizar esta investigación se relacionaban con comprender mejor aspectos del ejercicio profesional, la legislación y la autonomía de los Licenciados en Enfermería. Estas inquietudes, guías constantes del estudio, fueron siendo respondidas a lo largo del trabajo, poniendo de manifiesto en primer lugar la importancia y la necesidad imperante de contar con el marco legal en el cual, ya se han hecho avances en nuestro país, pero con el que aún no contamos.

El grupo estudiado en este trabajo se caracterizó por un escaso grado de conocimiento e influencia del marco regulatorio en el ejercicio de la profesión, con una percepción marcada sobre los elementos que influyen en la independencia profesional. Resaltan las actividades percibidas como independientes en el ejercicio de su rol, con percepción de complacencia respecto al logro de objetivos a lo largo de su trayectoria profesional y con dificultades para aplicar en el terreno laboral la formación adquirida.

Desde esta realidad estudiada, creemos necesario destacar, que si bien es complejo revertir esta situación, se podrían buscar los mecanismos para obtener logros en cuanto a información y actualización referente al tema, ya que si bien la gran mayoría de nuestros entrevistados tienen conocimiento de la ausencia de legislación, muchos de ellos, desconocen total o parcialmente los pasos que se han dado, las metas logradas, la situación actual. Esto habla de un colectivo débil en aspectos relevantes como el marco regulatorio que definirá sus funciones. Resulta preocupante entonces la falta de información y la falta de consulta al colectivo profesional.

Este desconocimiento al que hacemos referencia ocurre por diversos factores que, como mencionamos antes, constituyen un buen comienzo para la realización de otros estudios al respecto generadores de intervenciones concretas. Creemos que el escaso conocimiento de la ley está directamente relacionado a limitaciones en cuanto a disponibilidad horaria, multi empleo y exigencias laborales y de diversa índole que "automatizan" a los profesionales, privándolos muchas veces de la posibilidad de generar vínculos, establecer contactos con otros profesionales, intercambiar opiniones, información, actividades y actualización. Sin duda que el modelo asistencial del país influye de manera considerable y además se evidencia una debilidad en temas de colectividad o corporativismo.

Pensamos que la mayoría de los profesionales han adoptado una actitud algo pasiva ante aspectos inherentes a la profesión, como en este caso, algo de tanta importancia como la legislación en enfermería. La consulta sobre la nueva ley, según muestran los datos construidos en las entrevistas, ha sido escasa, al menos en el área de indagación estudiada.

Sería deseable un colectivo de profesionales que resalte más los valores de unidad y suma de esfuerzos para poder estar "más presente" en instancias de su propia competencia y ser, por lo tanto, un cuerpo más ejecutivo, en actividades concernientes a la profesión. Un buen comienzo sería implementar mecanismos de comunicación, información, de unificación de criterios, instancias donde los profesionales puedan discutir planes de acción, métodos, actividades, intercambiar opiniones, proyectos en común.

Si bien, a lo largo de la historia de la profesión en nuestro país ha habido intentos en este aspecto, los mismos, por diversas razones, lamentablemente, no se han mantenido en el tiempo.

En cuanto al ejercicio de la autonomía como profesionales, en el desarrollo de nuestras entrevistas, encontramos varios aspectos factibles de ser tomados en cuenta para trabajar sobre ellos; en primer lugar debemos hacer referencia a la importancia que adquiere el hecho de que estos profesionales se perciben independientes en su rol de gestores del cuidado. Pero muchos hacen hincapié en que esta independencia está determinada muchas veces por factores tales como el sistema

de trabajo en las distintas instituciones de salud, el modelo biomédico que aún está presente en nuestro modelo de asistencia, el sistema sanitario, la disponibilidad de recursos.

Ante esta debilidad que se pone de manifiesto en la búsqueda de una autonomía más amplia, con más alcance, que brinde al profesional enfermero la posibilidad de fortalecerse y valorizarse, creemos de vital importancia en primer lugar la creación de una conciencia colectiva que promueva valores tales como efectividad, liderazgo, formulación de proyectos y propuestas. En este sentido, la formación del profesional juega un papel protagónico, sin duda, ya que es, la formación académica, quien da los primeros elementos que resultan indispensables a la hora de ejercer autonomía profesional. De esta manera estaremos logrando mejoras en el perfil de los egresados, y por lo tanto valorizando a la profesión.

Para contribuir a esta transformación en el perfil del profesional enfermero, no debemos dejar de mencionar el cambio de paradigma al que estamos asistiendo hoy y que se pone de manifiesto en la percepción de los entrevistados, como otro de los elementos que hacen a la autonomía del profesional. La conciencia de un nuevo modelo en enfermería y promover esta nueva corriente no tenemos dudas que se verá reflejado en una generación de profesionales más subjetivos, humanos creativos, por ende, más autónomos e independientes.

Si bien este estudio estuvo orientado a conocer la percepción de un grupo de licenciados en enfermería acerca de su autonomía como profesionales, en el transcurso del mismo, más concretamente, mediante el análisis de las entrevistas que realizamos, surgen diversas inquietudes y nuevos desafíos pasibles de uno o varios trabajos a posteriori. Esta característica, propia de los estudios cualitativos, donde no se estructura el trabajo, sino que se guía al entrevistado para que afloren sus percepciones, es enriquecedora de procesos. El hablar de procesos nos hace suponer que los mismos están en continuo avance o retroceso, la investigación científica, profundizando cada vez más y generando evidencia científica sobre el tema, podrá mostrar mejor los caminos a tomar para promover los cambios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pita S, Pértegas S. Investigación Cuantitativa y Cualitativa. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo. Cat. Atención Primaria. (La Coruña). 2002; 9:76-78.
2. Triviño Z. & Sanhueza, O. (2004). Paradigmas de investigación enfermería Ciencia y Enfermería. 11 (1), 17-24.
3. Flick, U. Introducción a la investigación cualitativa. España: Ed. Morata; 2003.
4. Vera Villalón M. Métodos cuantitativos y cualitativos en el proceso de investigación. Ciencia y Trabajo. 2005; 7(16): 85-7.
5. Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas cualitativas: a vivencia da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
6. Uruguay. Decreto-Ley N° 379/008 del 4 de agosto 2004. Investigación con seres humanos.
7. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia; fundamentos e recursos básicos. 5ª ed. San Pablo: Centauro; 2005.
8. Ferreira A. Percepción y expectativas de las enfermeras en relación a su actuación profesional: una perspectiva comprensiva de acción social. (Santiago) 2010.
9. Gomez, de Oliveira D. Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. Rev Bras Enferm (Brasilia). 2008; 61(2): 178-85.
10. Zarate Grajales R. La gestión del cuidado de enfermería. Index. Enferm. (Granada) 2004; 13(44); 42 – 46.
11. Trevizan M, Costa I, Lourenço M y Antonietto M. A busca da competencia do cuidado segundo Boff: uma nova perspectiva de conduta ética da enfermeira gerente. (San Pablo) 2003; 11(5): 652 – 657.
12. Nauderer T, Lima M. Imagem da enfermeira: revisão da literatura. Rev. Bras. Enferm. 2005; 58(1): 74-77.
13. Martins V, Nakao J, Fávero N. Actuación administrativa del enfermero en la perspectiva de los recién egresados del curso de enfermería. Esc. Anna Neri. (Rio de Janeiro) 2006: 10(1); 101 – 108.
14. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul. Enferm. 2007: 20(4); 499 – 503.
15. Ramió A. Valores y actitudes profesionales, estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. (Barcelona) 2005.
16. Zea Bustamante L. Cuidar de otros: condición humana y esencia de una profesión. Invest. Educ. Enferm. (Medellín) 2006; 21(2): 154 – 158.
17. Rossi F, Dias da Silva M. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. Rev. Esc. Enferm. USP (San Pablo) 2005: 39(4); 460 – 468.
18. Tapp D, Stanfield K y Stewart J, La autonomía en la práctica de enfermería. (Chia) 2005: 5(1); 114 – 127.
19. Tosoli A, de Oliveira D. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. Rev Bras Enferm (Brasilia). 2010; 63(4): 608-15.
20. Eggert A, Monticelli M, de Miranda A, Heidemann y Grisotti M. A interfase necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto & Contexto. Enferm. (Florianópolis) 2007: 16(2) 307-314.

Recibido: **03/2012**

Revisado: **04/2012**

Aceptado: **05/2012**

LÍNEA DE SEGURIDAD

Introcán Safety®

Catéteres de seguridad con activación pasiva



- Protegen al profesional sanitario de los pinchazos accidentales



Nuevo
diseño



Av. Italia 2957 - Tel.: 2487 0100* - info@schaafmedical.com.uy

CONSULTA DE ENFERMERÍA PROGRAMADA EN UN CENTRO DE MEDICINA FAMILIAR

PROGRAMMED NURSE'S APPOINTMENT
IN A FAMILY PRACTICE CENTRE.
CONSULTA DE ENFERMAÇEM PROGRAMADA
EM UM CENTRO DE MEDICINA FAMILIAR.

Lic. Laura García

Lic. en Enfermería, Esp. en Salud Comunitaria,
Universidad Católica del Uruguay,
lsgarcia5@hotmail.com

Lic. Marianella Martín

Lic. en Enfermería, Esp. en Salud Comunitaria,
Universidad Católica del Uruguay.

RESUMEN

Las diferentes necesidades detectadas en usuarios en el primer nivel de asistencia hace que la enfermera deba proporcionar acciones que garanticen un nivel de calidad en la atención de salud. Este trabajo se basa en un proyecto de atención a través de la Consulta de Enfermería Programada (C.E.P.) a usuarios en el primer nivel de atención con el objetivo de promover, prevenir, detectar y resolver necesidades y problemas que le den solución, así como que provoque cambios en el estilo de vida a través de su autocuidado. Para los usuarios la percepción de esta calidad en los cuidados enfermeros está determinada por la accesibilidad al sistema sanitario, por lo que mantener como única puerta de entrada la consulta médica, resulta ineficiente y potencia efectos de insatisfacción. Por este motivo la (C.E.P.) contribuiría a hacer más visible el potencial de la enfermera en la asistencia de estos usuarios lo que redundaría en la mejora de los servicios sanitarios y la salud de la sociedad toda.

Palabras claves: Enfermería, Nivel de Atención de Salud, Calidad de Vida, Medicina Familiar.

ABSTRACT

Since different needs were detected on patients at the basic level of assistance, the nurse must provide actions that guarantee a high standard of health care.

This article is based on a programmed nursing consultation to patients on the basic level of assistance, in order to detect, prevent and solve needs and problems, and this way encourages self-care and change lifestyle habits.

Access to health system is, according to patients, essential; therefore being the doctors appointment the only alternative proves inefficiency and dissatisfies patients. Due to the reason stated above, booking a nurse's appointment would help nurses to show their potential in assisting patients while improving the health system.

Key words: Nursing, Health Care Levels, Quality of Life, Family Practice

RESUMO

As diferentes necessidades detectadas em usuários do primeiro nível de atendimento fazem com

que a enfermeira deva providenciar ações para garantir o nível de qualidade no atendimento da saúde. Este trabalho se baseia em um projeto de atendimento, através da Consulta de Enfermagem Programada (CEP) a usuários do primeiro nível de atendimento, com o objetivo de promover, prevenir, detectar e resolver necesidades e problemas fornecendo-lhes soluções que provoquem mudanças de estilo de vida através de seu autocuidado. Para os usuários, a percepção desta qualidade nos cuidados enfermeiros está determinada pela acessibilidade ao sistema sanitário, portanto, manter como única porta de entrada a consulta médica torna-se ineficiente e potencia efectos de insatisfação. Por tal motivo, a (C.E.P) contribuiría a dar maior visibilidade ao potencial da enfermeira no atendimento destes usuários resultando na melhora dos serviços sanitários e de saúde para toda a sociedade.

Palavras chaves: Enfermagem, Níveis de Atenção à Saúde, Qualidade de Vida, Medicina de Família e Comunidade.

INTRODUCCION

Este trabajo pretende plantear la Consulta de Enfermería en forma programada, respondiendo a la necesidad de brindar cuidados enfermeros a usuarios de una policlínica de Atención Primaria del Dpto. de Canelones (Uruguay) del sector Mutual. La organización sanitaria del país posee 3 grandes efectores de salud agrupados en Públicos, Mutuales (pre pago) y Privados a través de Seguros de Salud.

La consulta de enfermería programada (C.E.P) pretende crear un espacio donde la Licenciada en Enfermería pueda desarrollar su capacidad y autonomía para detectar, resolver y gestionar cuidados de enfermería demandados por esta población.

En el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay, la Consulta de Enfermería favorecería la captación de la población por grupo etario posibilitando la consecución de alguna de las metas asistenciales establecidas por el Ministerio de Salud Pública. Por otro lado complementaría la calidad asistencial que la institución brinda al usuario familia y comunidad a través del enfoque holístico que la enfermería posee. (1)

Mediante la intervención de enfermería a través de este proyecto se persigue:

- aplicar metodología científica y apoyo en modelos conceptuales enfermeros para los cuidados a los usuarios.
- prevenir y resolver necesidades y problemas de salud de la población fomentando cambios en el estilo de vida y el autocuidado de la salud.
- que el usuario se convierta en sujeto participativo en su proceso salud enfermedad.
- Detectar y fomentar conocimientos y habilidades del usuario y familia, en la promoción de hábitos saludables, prevención y tratamiento de las alteraciones de la Salud
- Fortalecer la comunicación con el equipo multidisciplinario.

Las consultas de enfermería programadas (C.E.P) deben conformarse como otra puerta de entrada al sistema, ofertando respuestas a la demanda de salud. Hoy en día, la misma es realizada por una sola disciplina que es la consulta del médico de familia como el espacio de gestión de la demanda. (2)

Además de realizar una revisión bibliográfica, tomamos como referentes la experiencia de enfermeras españolas, donde la consulta enfermera forma parte de la estructura y organización del sistema de salud del 1er nivel de atención.

RESEÑA DEL CONTEXTO DEL POLICLÍNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El centro se encuentra ubicado en la zona céntrica de la ciudad de La Paz y cuenta con un padrón de 1150 afiliados. La ciudad posee red de saneamiento, agua potable y luz eléctrica. La Policlínica, cuenta con fluidas líneas de transportes a diferentes puntos del departamento así como hacia la capital del país, donde se encuentra la institución prestadora de servicios de salud del 2º y 3er nivel de atención. Dentro de la zona de influencia de la policlínica existen redes sociales como: escuelas, clubes deportivos y de recreación, centros de tercera edad, otras policlínicas públicas y privadas, centros religiosos y entes estatales. Este centro funciona de lunes a sábado de 8 am a 20 pm. Los recursos humanos del centro se distribuyen en este horario y son: 3 personas en el sector administrativo, 2 auxiliares de enfermería, 1 Lic. en enfermería, 1 vacunadora, 1 auxiliar de

servicio, 5 médicos de familia, 1 médico general, 1 pediatra, 1 ginecólogo, 1 cardiólogo.

Las consultas pediátricas, ginecológicas y el laboratorio de análisis clínico son semanales. La cardiología y vacunaciones cada 15 días.

La atención de Enfermería es de baja complejidad y consiste en controles de signos vitales, curaciones, inyectables, medicación inhalatoria y electrocardiogramas se realizan todos los días de 8 a 20 hs. Con respecto a las consultas con nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, asistentes sociales y las demás especialidades médicas son derivados hacia la sede central de la institución en la capital del país.

La planta física se distribuye de la siguiente manera: la planta baja cuenta con una entrada principal donde se recepciona a la población; dos consultorio uno destinado a la atención de medicina familiar y otro a ginecología, dos salas de espera y un baño para los usuarios. En esta planta también se encuentra la enfermería próxima a los consultorios.

En planta alta se ubica un consultorio destinado a la consulta pediátrica, el baño, estar, vestuario de los funcionarios y el archivo de historias clínicas.

La población de usuarios distribuidos en diferentes franjas etarias poseen un nivel socioeconómico medio.

Los usuarios, a Mayo de 2012 lo constituyen 50 lactantes, 100 niños, 140 adolescentes, 510 adultos, 350 adultos mayores.

PROYECTO DE LA C.E.P.

Planificación.

Población Diana: la constituyen todos los usuarios del centro de medicina familiar de la institución en estudio. Toda persona susceptible de intervención preventiva o de promoción de salud que puedan sistematizarse desde los servicios sanitarios, educación sobre estilos de vida, información para el afrontamiento y autocuidado, como así también la asistencia directa.

Recursos humanos: 1 Licenciado en enfermería, Personal Administrativo, 1 Auxiliar de enfermería y 1 Auxiliar de servicio del que ya está dotado el Centro.

Recursos materiales: Consultorio con camilla, 2 sillas y 1 escritorio. Material de atención de enfermería que ya posee el servicio, instrumento de registros, guías para la consulta de Enfermería.

Organización de la consulta y marco normativo.

Para la organización de las consulta de enfermería se debe de tener en cuenta la disponibilidad del espacio físico y tiempo para realizar la actividad. Así mismo debemos de contar con una agenda abierta para el mejor control en las diferentes consultas (3). La citación se realizará a través del servicio de administración o desde la consulta de otros profesionales del equipo de salud o incluso del propio profesional de enfermería. La prestación de este servicio se realizará diariamente con una oferta de 4 horas diarias de lunes a sábado, con el objetivo de facilitar la accesibilidad de los usuarios. La consulta de enfermería no debe tener lista de espera mayor a 4 días ya que debemos dar una respuesta lo más inmediata posible. Considerando el número de usuarios del padrón del centro estaríamos cubriendo sin dificultad la demanda de C.E.P. El usuario puede elegir la hora dentro del período establecido para la consulta y se debe dar cita en la misma consulta para el próximo encuentro. Los usuarios que llegan al centro y no estén agendados pero con necesidad de ser atendidos, son recibidos por el enfermero que esté en consulta y el mismo evaluará si realiza la consulta de enfermería en ese momento o lo agenda con día y hora. Si en la consulta médica surge la necesidad de consulta de enfermería porque el problema planteado requiere atención de enfermería inmediata esta se realizará en el momento.

La existencia de este espacio de forma espontánea o bien luego de haber sido derivado por otro profesional toma en cuenta los siguientes elementos: la accesibilidad, flexibilidad, efectividad, protocolización de la actividad, capacidad de resolución y velocidad de la respuesta, competencia profesional, búsqueda de la satisfacción del cliente y ética. (4)

Tiempo dedicado a la consulta: un primer encuentro de 20 minutos y próximos encuentros de 15 minutos en promedio. La derivación a la consulta de enfermería podrá ser realizada por: otras enfermeras, médico de medicina familiar y general, médicos especialistas, trabajador social y a pedido del propio usuario o familia.

La derivación desde la consulta de enfermería será a: médico de familia, trabajador social, otras consultas de enfermería o atención al usuario.

Intervención en la consulta.

Enfermería debe brindar atención integral al

paciente mediante la formulación de los procesos de atención siguiendo métodos sistemáticos y organizados para administrar cuidados específicos.

El paciente se beneficia y se hace partícipe en la elaboración de su plan de cuidados y en la toma de decisiones en relación a su propia salud (4). La enfermera en la consulta, brinda al paciente el conocimiento necesario para el cuidado de su enfermedad, los posibles tratamientos y la oportunidad de rehabilitación. Además de proporcionarle un acompañamiento durante el proceso de evolución de su enfermedad mediante la educación, con pautas que le ayudan a mejorar su calidad de vida (5).

Por esto en la consulta de enfermería debemos realizar las intervenciones enmarcada en los siguientes puntos.

1. Promover el autocuidado: realizar actividades educativas individuales y familiares orientadas a enseñar a los usuarios a abordar y resolver sus problemas de salud.

2. Realizar el proceso de enfermería como método científico de la profesión basándonos en el uso de los diagnósticos enfermeros.

3. Actividades preventivas: realización de controles a los usuarios sanos o enfermos, con problemas agudos o crónicos para la detección precoz de problemas de salud o comorbilidades.

4. Seguimiento y control de problemas detectados.

5. Educación y evaluación de técnicas de cuidados necesarios, capacitación del individuo y la familia para que asuma conductas responsables en el cuidado de su salud.

6. Registrar en la historia clínica toda la información disponible sobre los problemas identificados en los individuos, familia y comunidad.

7. Evaluar por medio del seguimiento las respuestas del individuo y la familia al tratamiento.

Toda intervención o actividad en la consulta de enfermería debe realizarse bajo una programación sistematizada y responder a objetivos bien definidos, para una población determinada y con evaluaciones periódicas.

Se deben definir claramente los cambios en el estado de salud que pretendemos alcanzar en nuestra población como también indicadores que expresen cuantitativamente el resultado de las intervenciones. Estos objetivos deben de ser formulados en función de una secuencia jerárquica que vaya de objetivo de salud a objetivo de comportamiento o de estados deseables. Que sean propios del programa de salud en el que esté

englobada la acción a desarrollar.

Objetivos que favorezcan la predisposición, la facilitación y el esfuerzo de los comportamientos y estados deseables (4).

Así mismo los objetivos deben de ser realistas en cuanto a su factibilidad teniendo en cuenta los recursos disponibles y su aceptabilidad por parte de la población y de la propia institución de salud, no deben ser tan ambiciosos que sean imposibles de alcanzar. Luego de formulados hay que comprobar que sea mensurables y ver el indicador adecuado para su evaluación, es importante que exista un equilibrio entre los objetivos propuestos y la capacidad real del equipo para ejecutarlos. (4) Luego de tener definidos los objetivos se elaboran acciones para cada programa en particular y que se desprenden del diagnóstico de salud.

Estas intervenciones pueden ser de educación en salud poniendo énfasis en promoción y prevención de la enfermedad o de curación y rehabilitación, en personas con enfermedades crónicas reforzando el autocuidado y fomentando la participación familiar comunitaria.

Debemos de planificar las actividades a realizar individual o grupalmente teniendo claro:

- Qué actividad se va a realizar.
- A cuantos individuos va dirigida.
- A quien va dirigida.
- Como se va a ejecutar.
- Tiempo que va a llevar.
- En qué lugar se va a realizar.
- Quien es el responsable de la actividad.
- Los recursos humanos y materiales con los que se cuenta.
- Indicadores de evaluación (4).

La consulta programada debe tener una previa recolección de datos para trabajar con el usuario tanto de la historia clínica como del médico de familia del centro ya que tanto la enfermera como el médico de familia atienden a una misma población.

El trabajo en conjunto con el médico de familia y resto del equipo de salud, es enriquecedor ya que nos da a conocer enfoques disciplinarios distintos, favorece la intercomunicación, adquiriendo un conocimiento global de la población, unificando criterios y utilizando el mismo lenguaje. (5)

El trabajo en equipo toma en cuenta la multidisciplinariedad, donde los conocimientos se complementan y trascienden las particularidades

de cada profesional. Se considera también la participación del usuario y su familia como sujeto activo en el proceso. (8) (9)

Alta de la consulta de enfermería.

Hay diferentes tipos de altas. La definitiva, porque se han cubierto los objetivos del plan de cuidados. La temporal, porque se han cubierto los objetivos del plan de cuidado, pero debe volver a revisar su situación en un plazo de tiempo determinado. Por ingreso hospitalario. Por otras situaciones de salida como por ej. que la persona se niegue a continuar recibiendo atención de enfermería. Por cambio de domicilio, fallecimiento y otras. En estos casos, ya que no se han cumplido los objetivos previstos, hablaríamos por tanto de bajas en el servicio de salud. Considerando que muchos de los usuarios de la consulta de enfermería poseen enfermedades crónicas, el planteamiento del alta definitiva en algunas de estos casos sería de difícil aplicación, por lo que en estas situaciones nos plantearíamos el alta temporal. (6)

Sin embargo, en todas las demás personas con patologías, procesos y / o en programas de Salud, en las que se hayan cubierto los objetivos educativos marcados al inicio de la atención, podríamos plantear el alta definitiva en consulta de enfermería dejando la posibilidad de futuras valoraciones diagnósticas enfermeras o de problemas en la salud de tratamiento interdisciplinar.

Evaluación de la consulta de enfermería.

La evaluación permite conocer en qué medida se están logrando los objetivos. Para esto debemos realizar un seguimiento de las consultas y a través de cortes evaluatorios evidenciar aspectos a mejorar en el proceso así como la cobertura alcanzada. (7)

Citaremos algunos indicadores a utilizar en esta intervención de enfermería.

1. N° de usuarios atendidos en consulta de enfermería x 100
N° total de usuarios que se atienden en el centro
2. N° de usuarios Hipertensos con consulta realizada de enfermería x 100
N° total de Hipertensos del centro
3. N° de diabéticos insulino requiriente con consulta de enfermería x 100
N° de usuarios diabéticos IR del centro
4. N° de usuarios obesos con consulta de

enfermería x 100

N° total de usuarios obesos en el centro

5. N° de usuarios dislipémicos con consulta de enfermería x 100

N° total de dislipémicos del centro

6. N° de embarazadas con consulta de enfermería x 100

N° total de embarazadas del centro

7. N° de usuarios con consultas frecuentes en la consulta de enfermería x 100

N° de usuarios con consultas frecuentes del centro

CONCLUSIONES

En los últimos años, la Atención Primaria de la Salud ha evolucionado hacia una atención más integral e integrada, lo que lleva a que la relación entre el Equipo de Salud y el usuario, sea mucho más profunda.

Se apunta a un mayor conocimiento de parte del paciente, acerca de su estado de salud, así como de las posibilidades de prevención a su alcance.

Y es en este marco en el cual la función de enfermería toma un valor aún mayor que el tradicional, por ser el eje de inflexión de la relación entre el Equipo y el Usuario.

Este trabajo apunta a crear un espacio de Atención en Enfermería estructurado, de manera de que pueda ser reproducido en los distintos medios donde trabaja el personal de enfermería de esta institución.

Esta propuesta propicia fortalecer el rol independiente de enfermería en la comunidad y dar herramientas con el objetivo de mejorar nuestra gestión del cuidado lo cual redundará en una atención de calidad al usuario.

La puesta en marcha de la consulta de enfermería constituirá una excelente oportunidad para brindar al usuario del primer nivel de atención una verdadera asistencia integral así como una vía muy interesante de estímulo para la enfermera.

Permitirá así mismo reforzar su capacidad gerencial en los servicios de enfermería, participando en la planificación de políticas de salud que favorezcan la atención integral en vista al nuevo modelo de salud. Esta posibilidad de actuación de las enfermeras según su ámbito de formación profesional, les permite estructurar su práctica de la forma que considere más oportuna y conforme con sus conocimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrenechea, C. [et al]. Actualizaciones en salud comunitaria: Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: CSEP, 2009.
2. Martín F.J., Morilla J.C., Morales J.M., Gonzalo E. Consulta de enfermería a demanda. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0231.pdf> > Consultado el 23 de febrero.
3. Zurro, M. Cano, J. Manual de atención primaria de salud. 2ª ed. Barcelona: Doyma, 1989.
4. Iglesias J. L. [et al]. Guía de Consulta de Enfermería en Atención Primaria de Salud. Sevilla: Distrito Sanitario de Atención Primaria Este-Sur. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2001.
5. De la Revilla, L., Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona: Doyma, 1994.
6. Guirao Goris A. La consulta de enfermería: aparición, implantación y desarrollo en España. I Reunión de la Asociación de Enfermería Comunitaria, Arnedillo, 1998.
7. Agudo, S., Esteban C., González J. Consulta de enfermería a demanda en los centros de salud del INSALUD de la Comunidad de Madrid. Enfermería clínica [revista en internet] 2004 [fecha de consulta 23 de febrero], 14 (1). [pags. 25-30] Disponible el resumen en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=820463>

Recibido: **02/2012**

Revisado: **05/2012**

Aceptado: **06/2012**

SECCIÓN II

Comentarios
actividades
eventos

XIII COLOQUIO PANAMERICANO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Reunión bienal de los líderes de enfermería, investigadores, académicos y estudiantes de todo Iberoamérica. Tendrá lugar entre el 5 y 7 de Septiembre 2012 en Miami, Florida EE.UU. Por más datos consultar la página del Coloquio: <http://umpanamconference2012.com/es/about-the-colloquium.php>

63º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGÍA

XXII Jornadas Integradas de Enfermería Quirúrgica, Noviembre de 2012.

SE INVITA A ENVIAR TRABAJOS PARA SU EVALUACIÓN

El Comité Científico premiará los trabajos destacados. El mismo está integrado por :

Lic. Especialista Zoraida Fort,
Lic. Especialista Andrea Lucas,
Lic. Especialista M^a Milagros Rodríguez.

Los trabajos deberán ser inéditos, originales y no haber sido presentados previamente en otros Congresos, Seminarios, Foros Científicos o similares. El resumen del trabajo debe presentarse antes del 28 de setiembre del 2012.

Los trabajos se presentarán directamente o enviarán a la Secretaría del Congreso Uruguayo de Cirugía a la Dirección: Palmar 2240 esq. Eduardo Acevedo Díaz. Tel: 24010534 al 36.

El Comité Científico podrá previamente a la presentación, comunicarse con los autores por posibles sugerencias que mejoren el trabajo y la presentación.

Dentro del reglamento se propone las siguientes categorías de trabajos:

Investigación: Relato de investigación original y concluida referida al área de Enfermería o áreas afines, siguiendo la estructura convencional para diseños cuantitativos y cualitativos. Los trabajos pueden tener hasta 20 páginas impresas.

Reflexión: Análisis de aspectos teóricos de enfermería o áreas afines, producto de un proceso de reflexión, discernimiento y consideración atenta del (de los) autor (es) que pueda contribuir a la profundización de temas profesionales. Puede tener hasta 20 páginas impresas.

Ensayo: Interpretación crítica y original de cuestiones relativas a la práctica asistencial, docente, de investigación y extensión de Enfermería o áreas afines, que contribuyan a la profundización del conocimiento Enfermero. Puede tener hasta 15 páginas impresas.

Relato de experiencia: Descripción de alguna experiencia de asistencia, docencia, investigación y extensión en Enfermería o áreas afines. Puede tener hasta 20 páginas impresas

Revisión crítica: evaluación crítica y sistematizada de la evolución de un tema de Enfermería o áreas afines fundamentada en la literatura considerada pertinente, en la que el autor o autores puedan aportar su experiencia personal. Puede tener hasta 20 páginas impresas.

Biografía: historia de vida de personas que hayan contribuido con la Enfermería. Puede tener hasta 15 páginas impresas.

Historia de Enfermería: relato de hechos relevantes para la historia de Enfermería. Puede tener hasta 10 páginas.

XII CONFERENCIA IBEROAMERICANO DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

Uruguay, Setiembre de 2013.

Conferencia organizada por la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) con el objetivo de reunir más de 1000 profesionales de enfermería del área académica y asistencial para reflexionar sobre las mejores prácticas en la educación de enfermeros profesionales, como agentes de cambio y líderes en el cuidado de las personas, familias y comunidades. Se promueve la presentación de trabajos con base en la educación y en la investigación que generen conocimiento científico para el desarrollo de la enfermería a nivel iberoamericano. El evento contará con exponentes de relevancia del ámbito internacional que colaborarán con el empoderamiento de la práctica de la enfermería profesional.

XVII CONGRESO URUGUAYO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

4º Encuentro del Mercosur.

5, 6, 7 y 8 de Setiembre de 2012.

Sociedad de Ortopedia y Traumatología del Uruguay.

- Curso pre congreso: simposio ao, enclavijado medular.
- Complicaciones del tratamiento quirúrgico de las fracturas.
- Tratamiento de las fracturas en la 3ra. Edad (osteoporosis)
- Tratamiento quirúrgico de artrosis de rodilla.

Capítulos: cadera, columna, hombro, pie

División Enfermería

Fecha de confirmación de presentación de trabajos 16/04/2012.

Fecha de presentación final de trabajos 27/07/2012.

U CONGRESO IBEROLATINOAMERICANO DE ÚLCERAS Y HERIDAS Y I CONGRESO NACIONAL DE HERIDAS. “HERIDAS EN RED”

La SILAUHE (Sociedad Ibero-latinoamericana de Úlceras y Heridas) ha honrado a Nuestro País por confiar a la SCUH (Sociedad Científica Uruguaya de Heridas) la Organización del citado evento.

Los objetivos de este encuentro serán el agrupar a profesionales, técnicos y trabajadores de la salud ibero-latinoamericanos interesados en el estudio de las úlceras y heridas fomentando la horizontalidad, intercambio de conocimientos y experiencias, cooperación y solidaridad.

Contribuir a mejorar la calidad de atención de toda la comunidad, conscientes de la injerencia

directa que las heridas tienen sobre la vida de las personas, y sobre los Estados.

Definir directrices, objetivos y metas que favorezcan el trabajo solidario y cooperativo de las organizaciones del país con organizaciones internacionales relacionadas con la temática. Será esta una oportunidad de intercambiar nuestras realidades ibero latino americanas, intentando optimizar con la cooperación de todos, las más actualizadas pautas de prevención, tratamiento y rehabilitación, a la luz de nuevas estrategias terapéuticas. Alineados con el propósito de Redes de Enfermería de las Américas para el logro de los Objetivos del Milenio y el desarrollo de sistemas de salud basados en APS, consideramos que la temática representa un verdadero problema de Salud Pública digno de ser abordado por los profesionales de la salud realizando énfasis en la sistematización de buenas prácticas. Entendiendo que se deben liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los estados y las organizaciones, de modo que promuevan la equidad en salud combatiendo la enfermedad y mejorando así la calidad de vida de nuestros pueblos. Creemos indispensable fomentar alianzas que incrementen la gestión de la información y del conocimiento estimulando el aprendizaje mutuo y el fortalecimiento del trabajo en equipo.

Gracias a los avances tecnológicos y la aparición de nuevas herramientas informáticas que favorecen la comunicación y favorecen la gestión del conocimiento a través de procesos colectivos. Se fomenta de este modo el acceso equitativo al conocimiento y a la información facilitando y fortaleciendo la toma de decisiones en la práctica asistencial, mejorando calidad de vida de las personas. En este sentido, el trabajo en Red es un instrumento importante para apoyar las actividades, actualizar los conocimientos con fuerte evidencia científica, fomentar la comunicación y concretizar acciones efectivas de Salud Pública.

La propuesta para este evento llamado “Heridas en Red” pretende ser un punto de inicio hacia la consolidación de una Red referida al tema que busque operar eficazmente en un entorno global cada vez más complejo procurando forjar y fortalecer alianzas, redes y asociaciones estratégicas con distintas entidades: la comunidad académica, los centros de investigación, las organizaciones no gubernamentales, los organismos de cooperación bilateral y multilateral y las distintas instituciones

referidas a la salud humana. El Comité Organizador en conjunto con el Comité Científico han seleccionado cuidadosamente los temas a abordar, en consultas previas con integrantes de la SILAUHE a los efectos de que el producto final contemplara las expectativas y áreas de interés de todos los asistentes. Nos acompañan Organizaciones internacionales (OPS), Sociedades Científicas Nacionales e Internacionales, Organismos de Salud y Universidades con las que interactuar e intercambiar actividades y planes de trabajo.

Contaremos con la presencia de destacados profesionales a nivel internacional vinculados a la especialidad que en próximos encuentros iremos detallando aspectos de su perfil humano y profesional. Concurrirán representantes de sociedades científicas vinculadas a la temática de España, Portugal, Italia, México, Perú, Brasil, Angola, Chile Argentina y Uruguay.

La dinámica del encuentro permitirá la realización de ponencias, mesas redondas, simposios y talleres interactivos. Contaremos además con la realización de cuatro cursos pre congreso los que están incluidos en el costo de la inscripción.

- Actualización en prevención de úlceras por presión en adultos y pediatría.
- Úlceras de la extremidad inferior.
- Paciente quemado un desafío intra y extrahospitalario
- El abc de las ostomías

Como ejes temáticos podemos destacar:

- Nuevas tendencias en el tratamiento de heridas: larvaterapia, musicoterapia, apiterapia, ozonoterapia.
- Infección en heridas crónicas.

- Úlceras por presión en adultos y pediatría.
- Uso de SEMP (Superficies Especiales en el Manejo de la Presión)
- Skin Tears: Lágrimas de la piel.
- Nutrición y heridas crónicas.
- Ingeniería de tejidos aplicada a las heridas crónicas.
- Cuidados del paciente quemado en atención primaria.
- Actualización en Presión Tópica Negativa.
- Innovaciones en productos de cura.
- Documentación fotográfica en heridas.
- Ostomías.
- Como crear una unidad de heridas.
- Abordaje interdisciplinario de las úlceras de la extremidad inferior
- Prevención y tratamiento de úlceras de pie diabético.
- Heridas de difícil cicatrización

Lic Esp Lucía García Presidenta de la SCUH.

Lic Esp Rocío González Presidenta del Congreso.

El avance del conocimiento científico y tecnológico actual nos convoca la necesidad de compartir saberes y experiencias con el objetivo de optimizar nuestra práctica en las ciencias de la salud y particularmente en el desafiante mundo de las heridas. Es por tales motivos que les invitamos a presentar vuestras experiencias que sin dudar lo ampliarán nuestros conocimientos, fortalecerán y contribuirán al desarrollo de nuevas redes de Trabajo.

NORMAS EDITORIALES

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

La Revista aceptará para su publicación artículos inéditos, reservándose los derechos exclusivos para la publicación de los trabajos seleccionados. Los conceptos, juicios y opiniones contenidos en los artículos serán de responsabilidad de los autores.

Formato de los trabajos

- Los escritos se realizarán en hojas tamaño A4 con letra CAMBRIA tamaño 12, interlineado a doble espacio, con margen de 3 cm. en toda la página. Los anexos, las tablas, fotos u otras figuras, irán al final del cuerpo del trabajo.

- La extensión del texto tendrá como máximo: 12 páginas en el caso de artículos y reseñas, 20 páginas para investigaciones, 10 páginas para avances de investigaciones en curso y 2 páginas para otras publicaciones.

- Se enviará el trabajo a los evaluadores por la vía de correo electrónico, en formato Word, para la revisión del mismo y las sugerencias que los diferentes evaluadores pudieran brindar. Adjuntando instrumento guía para la corrección.

Normas para autores

Trabajos que se podrán presentar y normas exigidas:

- Artículos de investigación

Se compondrán de título y resumen en español, inglés y portugués; cuatro palabras claves basadas en los Descriptores de Ciencias en la Salud; introducción; material y método; resultados; discusión y conclusiones o consideraciones finales; referencias bibliográficas. Se aceptarán trabajos de investigación vinculados a la Enfermería y a aportes de otras profesiones que estén relacionados a los cuidados en el proceso de salud y enfermedad.

- Otros trabajos a presentar

Pueden publicarse artículos relacionados con aspectos metodológicos del proceso de investigación, proyectos de intervención, aplicación de resultados de investigaciones, difusión de hallazgos de investigación y reflexiones o análisis que se relacionen con el proceso de producción científica. También se aceptan avances de investigación en proceso, novedades de congresos, coloquios, cursos y otros eventos relacionados con investigación. Pueden enviarse cartas al Director y notas cortas con un máximo de 2 páginas en las que se viertan opiniones sobre trabajos publicados o comentarios que se relacionen con la Revista.

Guía de organización para trabajos de investigación

- Cada sesión irá en hoja separada.

- **Título:** Debe ubicarse en la primer página, debe ser concreto reflejando lo que contiene el trabajo, con letra mayúscula (en español, inglés y portugués), con no más de 15 palabras, las que incluirán los descriptores. Nombre completo de autor/es (primero el autor y en orden alfabético los coautores). En el pie de página y con números debe colocarse: profesión, grados académicos y organización institucional a la que pertenece, país, ciudad y correo electrónico. Nombre de la o las instituciones que acreditan el trabajo en la cual se ha llevado a cabo la investigación.

- **Resumen:** Se enviará en idioma español, inglés y portugués. Debe contener objetivos, metodología, resultados y conclusiones, con algunas palabras claves. Máximo 900 caracteres y 250 palabras escritas con interlineado simple. Los trabajos pueden ser escritos en lengua materna pero el título y resumen irán en los 3 idiomas mencionados.

- **Introducción:** Debe contener, al menos: a) Problema donde describe la problemática específica de estudio de la investigación y como se abordará. Formulación del qué y porqué de la investigación; b) Revisión de antecedentes, que justifica el trabajo de investigación, con las citas que dan reconocimiento de estudios anteriores que se relacionan específicamente con el trabajo; c) Objetivos, enun-

ciado formal del fin que se persigue. El objetivo debe indicar en forma inequívoca qué es lo que el investigador intenta observar y medir, redactados en forma afirmativa y sujetos a una sola interpretación.

- **Material y Método:** Paradigma al que se ajusta la investigación, universo, la selección de la muestra, instrumentos y procedimientos con precisión. Cuando la investigación involucre seres humanos, indicar si se obtuvieron las autorizaciones o normas éticas establecidas por un comité "ad hoc" de la institución en que se efectuó el estudio. Consignar la cantidad de sujetos, de observaciones, métodos estadísticos empleados y el nivel de significación estadística establecido previamente para juzgar los resultados.

- **Resultados:** deberán presentarse con un orden lógico y tener un análisis estadístico satisfactorio (si corresponde). El análisis de los datos debe estar en relación con el problema, el objetivo, las variables y las hipótesis del estudio. Si se incluyen tablas o gráficos, deberán adjuntarse en hojas separadas, numeradas, y tituladas expresando concisa y claramente su contenido.

- **Gráficos:** Deben estar en blanco y negro, siendo su tamaño la mitad del ancho de la página, con tramas achuradas diferenciables claramente. Solo destaque o sintetice en el texto los fenómenos importantes.

- **Discusión, sugerencias y recomendaciones:** Se confronta sobre la base de los objetivos y resultados y se compara con el marco teórico. Agregue los aspectos nuevos y limitaciones que tiene el estudio, elaborando proyecciones o nuevas hipótesis si lo amerita.

- **Referencias bibliográficas:** aportar las fuentes utilizadas para llevar a cabo el trabajo de investigación. Se sugiere no menos de 30 referencias, de las cuales el 50% no debe superar los 5 años y el resto los 10, excepto si éstas corresponden a clásicos en la materia. De estas 30 referencias el 50% debe provenir de la fuente primaria. Todas las citas en el texto deben aparecer en la lista de referencias. Estas y la lista final se deben presentar utilizando el estilo "de Vancouver", según el cual las referencias deben citarse en el texto con números consecutivos, entre paréntesis, de acuerdo a su aparición.

Modelo de citas en el texto.

Se deben realizar las referencias bibliográficas al final, de la siguiente manera:

a) Artículos de revistas de autores individuales. Se escribirán los apellidos e iniciales de los primeros seis autores y si son más, se añadirá la expresión "et al."

Ejemplo:

Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. Med Clin (Barc). 2005; 124(16): 606-12.

b) Libros. Se incluirán los apellidos e iniciales de todos los autores (editores, compiladores, etc.) o nombre de una entidad; título, número de edición, lugar de publicación, editorial y año. Si procede se agregan los números de volumen y páginas consultadas, serie y número de serie.

Ejemplo:

Balderas, M. Administración de los servicios de Enfermería. 4ªed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2005.

c) Otros materiales: Se deben seguir las indicaciones para citar un libro, especificando procedencia (autores o institución), título, denominación del material, sitio de elaboración o emisión y fecha.

d) Materiales de Internet:

Ejemplo de Revistas de Internet: Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. En Sisa. Sanit. Navar. [Revista en internet] 2003 setiembre-diciembre [acceso 19 de octubre de 2005]; 26 3. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis.html>

Ejemplo de Bases de Datos:

Cuiden [base de datos en internet]. Granada: Fundación Índex [actualizada en abril 2004; acceso 19 de diciembre de 2005]. Disponible en: <http://www.doc6.es/index>

Ejemplo de Ley:

Colombia. Ley n° 266, del 25 de enero de 1996. Reglamentación de La Profesión Enfermería en Colombia. Diario Oficial N° 42710, 5 de febrero de 1996.

Ejemplo de un Organismo:
Consejo Internacional de Enfermeras. Modelos para el siglo XXI. Ginebra; 2002.

e) Fuentes inéditas, resúmenes, trabajos presentados en conferencias, congresos o simposios, no se consideran referencias apropiadas por lo que, si es absolutamente necesario citar fuentes inéditas difíciles de conseguir, se pueden citar en el texto entre paréntesis o como notas a pie de página. Cualquier duda sobre la forma de presentar las referencias en el texto y la lista final de referencias consultar en: International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal: writing and editing for biomedical publication en: www.icmje.org

Autoría

Sólo deben constatar como autores quienes hayan tomado parte en el trabajo de manera suficiente como para responsabilizarse públicamente del contenido. Además todos los autores deberán estar calificados para ello.

Cuando se envía un manuscrito se requiere que se adjunte hoja de Declaración de responsabilidad del autor y derechos de autor confirmando que el trabajo es inédito, que no ha sido publicado anteriormente en formato impreso o electrónico y que no se presentará a otro medio antes de conocer la decisión de la revista. Además de la transferencia de derechos de autor a la Revista Enfermería: Cuidados Humanizados.

Sistema de Evaluación y Arbitraje

Puede otorgarse la aceptación de la investigación, la aceptación con sugerencias o el rechazo de los artículos. Los resultados deberán ser elaborados en la revisión por al menos dos pares evaluadores, quienes forman parte del comité editorial descrito en la página de la Revista Enfermería: Cuidados

Humanizados. Estos resultados serán informados oportunamente al autor principal, a través de una carta o email, de parte del editor responsable. El orden de las publicaciones queda a criterio del consejo editorial.

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

Consideraciones éticas

La Revista Enfermería: Cuidados Humanizados adhiere a los principios éticos universales como el contribuir al bien común con los aportes que la revista realice a la sociedad y en particular al conocimiento de la disciplina, igualdad de oportunidades de publicar artículos en igualdad de condiciones que cumplan con la normativa establecida previamente.

Rechaza cualquier tipo de discriminación individual o grupal, protege la discreción y confidencialidad al mantener en reserva el nombre de los autores de los trabajos recibidos, el nombre de los pares y los artículos seleccionados para la publicación, veracidad de la información otorgada y transparencia en todas las etapas del proceso de selección y publicación de los artículos seleccionados. La Revista Enfermería: Cuidados Humanizados asume que cada investigación a publicar ha cumplido previamente el requisito de ser evaluada por el respectivo comité de Ética, quedando de tal forma claramente estipulado el procedimiento utilizado para obtener el consentimiento informado. De este modo existe constancia que se aseguró el anonimato y la confidencialidad de las personas involucradas en la investigación.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL AUTOR Y DERECHOS DE AUTOR

I) RESPONSABILIDAD DEL AUTOR

TÍTULO COMPLETO DEL ARTÍCULO EN ESPAÑOL, INGLÉS Y PORTUGUÉS

PALABRAS CLAVE – KEYWORDS – PALAVRAS CHAVE DEL ARTICULO

CATEGORÍA A LA QUE PERTENECE SU ARTÍCULO EN LA REVISTA

El (los) autores(es), que en la parte inferior de este documento firma(n), DECLARA

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

Firma del (los) autor(es)

Firma _____ Nombre _____ Fecha _____

Firma _____ Nombre _____ Fecha _____

Firma _____ Nombre _____ Fecha _____

II) TRANSFERENCIA DE DERECHOS DE AUTOR

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

Firma del (os) autor (es). Fiché: _____

EDITORIAL GUIDELINES

The Journal Nursing Humanized Care is released as an official publication of the Nursing Studies of the School of Nursing and Health Technology, of the Catholic University of Uruguay for the dissemination of knowledge of the discipline nationally and internationally.

The journal accepts for publication original articles and reserve exclusive rights to publish selected papers.

The concepts, judgments and opinions contained in articles are the responsibility of the authors.

Manuscripts are sent to the School of Nursing and Health Technology, Catholic University of Uruguay, Garibaldi 2831, Montevideo Uruguay and via electronic tdelgado@ucu.edu.uy

Manuscript requirements by type

- The writings will be made on A4 sheets with CAMBRIA size 12, double-spaced, with margins of 3 cm. across the page. The annexes, tables, pictures or other figures, will be the final body of work.

- The length of the text should not exceed: 12 pages for articles and book reviews, 20 pages for research, 10 pages for current research advances and 2 pages for other publications.

- Ships assessors work for email, in Word format, for its review and suggestions that different evaluators could provide. Attaching an instrument to guide the correction.

Guidelines for authors:

The journal accepts the following types of manuscripts:

- Research papers

They consist of title and abstract in English, Spanish and Portuguese, four based on keywords Descriptors in Health Sciences, introduction, materials and methods, results, discussion and conclusions or final considerations; references. It will be accepted research related to nursing and other professional contributions that are related to care in the process of health and disease.

- Other works to present

Related articles can be published methodological aspects of the research process, intervention projects, application of research results, dissemination of research findings and reflections or analyzes that relate to the process of scientific production. Also accepted in process research advances, news conferences, symposia, courses and other events related to research. Letters may be sent to the Director and short notes with a maximum of 2 pages that are discharged published reviews or comments that relate to the Journal.

Guide for research organization

- Each session will be on a separate sheet.

- **Title:** Should be located on the first page must be a real reflecting what is in the work, with a capital letter (in English, Spanish and Portuguese), with no more than 15 words, which include the descriptors. Full name of author / s (first author and co-authors in alphabetical order). In the footer and numbers should be placed: profession, academic degrees and institutional organization to which they belong, country, city and email. Name or institutions which demonstrate that the work which was carried out the research.

- **Summary:** Will ship in Spanish, English and Portuguese. It should contain objectives, methodology, results and conclusions, with some keywords. Maximum 900 characters and 250 words written with single spacing. Papers may be written in language but the title and summary shall in all 3 languages mentioned.

- **Introduction:** Must contain at least: a) problem which describes the specific problems of research study and how they will address. Formulation of the what and why of research; b) Review of history, which justifies the research, with citations that give recognition to previous studies that relate specifically to work; c) Objectives, formal statement of the purpose intended . The objective should state unequivocally what the researcher attempts to observe and measure, drafted in the affirmative and subject to only one interpretation.

- **Material and Method:** Paradigm that fits the research, the universe, sample selection, instruments and procedures accurately. When research involving human subjects, indicate whether or authorizations obtained ethical standards set by a committee "ad hoc" of the institution where the study was conducted. Appropriation of the number of subjects, observations, statistical methods used and the level of statistical significance previously set for judging the results.

- **Results:** should be presented in a logical order and have a satisfactory statistical analysis (if applicable). The analysis of the data must be related to the problem, the objective variables and assumptions of the study. If you include tables or graphs should be attached on separate sheets, numbered and titled concisely and clearly expressing their contended.

- **Graphics:** Must be black and white, their size being half the width of the page, with clearly distinguishable frames. Just highlight the text or summarize major events.

- **Discussion:** suggestions and recommendations: The faces on the basis of the objectives and results and compared with the theoretical framework. Add the new aspects and limitations of the study, developing projections or new hypotheses if warranted.

- **References:** provide the sources used to conduct the research. It suggests at least 20 references, of which 50% must not exceed 5 years and the rest 10, except if they are classics in the field. Of these 20 references, 50% must come from the primary source. All citations in the text should appear in the reference list. These and the final list must be submitted using the style "of Vancouver," whereby references should be cited in the text by consecutive numbers in brackets according to their appearance.

Model of citations in the text

Must perform the references at the end, as follows:

a) Journal articles by individual authors. They write the names and initials of the first six authors and if more is added "et al."

Example:

Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Cardiovascular risk factors in the Spanish population: metaanalysis of cross-sectional studies. *Med Clin (Barc)*. 2005, 124 (16): 606-12.

b) Books. Should include the surnames and initials of all authors (editors, compilers, etc) Or an entity name, title, edition number, place of publication, publisher and year. If you add the appropriate volume numbers and pages viewed, number and serial number.

Example:

Balderas, M. Administration of nursing services. 4th ed. Mexico: American Mc Graw Hill, 2005.

c) Other materials: Follow the signs to cite a book, specifying origin (authors or institution), title, and description of material, place of publication or issuance and date.

d) Materials of the Internet:

Example of Internet Journals:

French I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Psicocognoscitiva stimulation in dementia. *A Sits. Sanit. Navar*. [Serial online] September-December 2003 [accessed 19 October 2005], March 26. Available at: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis.html>

Example Database:

Care [database online]. Granada: Foundation Index [updated April 2004, access 19 December 2005]. Available at: <http://www.doc6.es/index>

Example of Law:

Colombia. Act No. 266 of January 25, 1996. Regulation of Nursing Profession in Colombia. Official Gazette No. 42710, February 5, 1996.

Example of Agency:

International Council of Nurses. Models for the XXI century. Geneva, 2002.

e) Unpublished, abstracts, conference papers, conferences or symposiums are not considered appropriate references so that, if absolutely necessary to cite unpublished sources hard to find, can be cited in the text in parentheses or as footnotes page.

Any doubt about how to present references in the text and the final list of references see: International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal: writing and editing for biomedical publication in: www.icmje.org

Authorship

Just as authors must find those who have taken part in the work so publicly enough to take responsibility for the content. In addition, all authors must be qualified for it.

When sending a manuscript is required to be attached sheet statement of the author and copyright confirming that the work is unpublished, that has not been published previously in print or electronic format and will not be submitted to another medium before meeting the decision of the magazine. In addition to the transfer of copyright to the Journal Nursing Humanized Care.

Evaluation and Arbitration System

The Journal may be granted the acceptance of research, with suggestions acceptance or rejection of articles. The results should be made in the review by at least two peer reviewers, who are part of the editorial page described in the Journal of Nursing Humanized Care. These results will be reported promptly to the author, through a letter or email, from the publisher.

The order of the publications is at the discretion of the editorial board.

In case of conflict of interest between the authors and certain domestic and foreign experts, the authors attached a confidential note in a sealed envelope addressed to the Editors of the journal Nursing humanized Care indicating the name of the people who do not want to participate in the arbitration process. This information will be kept strictly confidential. Selected works will become property of the magazine and published, unless the author in writing refers the decision to withdraw the article for publication.

Ethical Considerations

The Journal Nursing Humanized Care adheres to universal ethical principles as to contribute to the common good with the contributions made to the magazine society and in particular the knowledge of the discipline, equal opportunities to publish articles on an equal basis to comply with the rules previously established.

Rejects any individual or group discrimination, protects the confidentiality and discretion withhold the names of the authors of the papers received, the name of the couple and the articles selected for publication, accuracy of the information provided and transparency in all stages of the selection process and publication of selected articles. The Nursing Journal: humanized care research assumes that each post has already fulfilled the requirement to be assessed by the relevant ethics committee, being so clearly stipulated the procedure for obtaining informed consent. Thus there is evidence that ensured anonymity and confidentiality of those involved in the investigation.

STATEMENT OF RESPONSIBILITY OF THE AUTHOR AND COPYRIGHT

I) RESPONSIBILITY OF THE AUTHOR

FULL TITLE OF THE ARTICLE IN ENGLISH, SPANISH AND PORTUGUESE

PALABRAS CLAVE – KEYWORDS – PALAVRAS CHAVE DEL ARTICULO

CATEGORY THAT BELONGS TO THE ARTICLE IN THE JORNAL

The author(s) in the bottom of this document signature (n), DECLARES

- The content is original, has not been published or is being considered for publication in another journal, whether paper or electronic format.
- The author (s) meets (s) AUTHORSHIP requirements mentioned in this document.
- The editorial board has no responsibility for the information in this article.

Signature of author (s) (s)

Signature _____ Name _____ Date _____

Signature _____ Name _____ Date _____

Signature _____ Name _____ Date _____

II) TRANSFER OF COPYRIGHT

I declare that in case of acceptance of the article, I agree that the copyright is transferred to the Humanized Care Nursing Journal, therefore not reproduced in whole or in part in any form or means of disclosure printed or electronic without prior authorization.

Author (s) signature. Date: _____

NORMAS EDITORIAIS

A Revista Enfermería: Cuidados Humanizados é editada como publicação oficial do Curso Universitário em Enfermagem, da Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay, para difusão do conhecimento da disciplina, em nível nacional e internacional.

A Revista aceitará para sua publicação artigos inéditos, reservando-se os direitos exclusivos se os trabalhos selecionados forem publicados.

Os conceitos, apreciações e opiniões contidos nos artigos serão de exclusiva responsabilidade dos autores.

Os manuscritos são enviados para a Escola de Enfermagem e Tecnologia em Saúde, Universidade Católica do Uruguai, Garibaldi 2831, Montevideu no Uruguai e por via electrónica tdelgado@ucu.edu.uy

Formato dos trabalhos

- Os trabalhos serão realizados em folhas tamanho A4, com letra CAMBRIA, tamanho 12, e espaço interlinear duplo, com margem de 3 cm. em toda a página. Os anexos, as tabelas, fotos ou outras figuras irão no final do corpo do trabalho.

- A extensão do texto terá, como máximo: 12 páginas, no caso de artigos e apresentações; 20 páginas para pesquisas, 10 páginas para avanços de pesquisas em andamento e 2 páginas para outras publicações.

- O trabalho será enviado aos avaliadores via correio eletrônico, em formato Word, para sua revisão atendendo às sugestões que os diferentes avaliadores fizerem. Adjuntar-se-á instrumento guia para a correção.

Normas para autores

Trabalhos que poderão ser apresentados e normas exigidas:

- Artigo de pesquisa

Serão compostos de título e resumo em espanhol, inglês e português; quatro palavras-chave baseadas nos Descritores de Ciências na Saúde; introdução; material e método; resultados; discussão e conclusões ou considerações finais; referências

bibliográficas. Serão aceitos trabalhos de pesquisa ligados à Enfermagem e contribuições de outras profissões, relativos aos cuidados no processo de saúde e enfermidade.

- Outros trabalhos que poderão apresentar-se

Poderão vir a ser publicados artigos relacionados aos aspectos metodológicos do processo de pesquisa; projetos de intervenção; aplicação de resultados de pesquisas; difusão de descobrimento de pesquisa e reflexões ou análises relacionados ao processo de produção científica. Também serão aceitos avanços de pesquisa em processo, novidades de congressos, colóquios, cursos e outros eventos relacionados a pesquisas. Poderão ser enviadas Cartas ao Diretor e notas curtas, com 2 páginas, no máximo, de que constem opiniões sobre trabalhos publicados ou comentários referidos à Revista.

Guia de organização para trabalhos de pesquisa

- Cada sessão irá em folha avulsa.

- **Título:** deverá estar na primeira página, ser concreto e refletir o que o conteúdo do trabalho, em letra maiúscula (em espanhol, inglês e português), de não mais de 15 palavras, incluindo os descritores nelas. Nome completo do/s autor/es (primeiro o autor e, em ordem alfabético, os co-autores). No rodapé da página e em números deverá colocar-se: profissão, graus acadêmicos e organização institucional à qual pertence, país, cidade e correio eletrônico. Nome da ou das instituições que garantem o trabalho e onde a pesquisa tem sido realizada.

- **Resumo:** Será enviado nos idiomas espanhol, inglês e português. Deve conter os objetivos, metodologia, resultados e conclusões, mais algumas palavras-chave. Máximo 900 caracteres e 250 palavras, escritas em espaço interlinear simples. Os trabalhos podem estar escritos na língua materna mas o título e o resumo serão nos 3 idiomas supra.

- **Introdução:** Deverá conter, ao menos: a) Problema onde a problemática específica de estudo da

pesquisa é descrita e como será sua abordagem. Formulação do quê e o porquê da pesquisa; b) Revisão de antecedentes que justificam o trabalho de pesquisa, com as citações que cientificam estudos anteriores relacionados especificamente ao trabalho; c) Objetivos, enunciado formal do fim almejado. O objetivo deve indicar, de forma inequívoca, o quê o pesquisador tenta observar e medir, com uma redação afirmativa e sujeito a uma só interpretação.

- **Material e Método:** Paradigma que embasa a pesquisa, universo, seleção da amostragem, instrumentos e procedimentos, tudo de forma precisa. Quando estejam envolvidos seres humanos na pesquisa, indicar foram obtidas as autorizações ou as normas éticas estabelecidas por um comitê ad hoc, da instituição o estudo foi efetuado. Consignar a quantidade de sujeitos, de observações, os métodos estatísticos empregados e o nível de significação estatística que fora previamente estabelecido para julgamento dos resultados.

- **Resultados:** deverão ser apresentados com uma ordem lógica e ter uma análise estatística satisfatória (quando corresponder). A análise dos dados deverá ter relação com o problema, o objetivo, as variáveis e as hipóteses do estudo. Se são incluídas tabelas ou gráficos, deverão anexar-se em folhas avulsas, numeradas, e tituladas para expressar de forma concisa e clara seu conteúdo.

- **Gráficos:** Devem estar em preto e branco, seu tamanho deve ser metade da largura da página, suas tramas serão hachuradas para melhor diferenciá-las. No texto, só serão frisados ou sintetizados fenômenos importantes.

- **Discussão, sugestões e recomendações:** confronta-se na base dos objetivos e resultados, após, compara-se com o marco teórico. Acrescenta-se os novos aspectos e limitações que apresenta o estudo, elaborando projeções ou novas hipóteses, se corresponder.

- **Referências bibliográficas:** fornecer as fontes utilizadas para realizar o trabalho de pesquisa. Sugere-se um mínimo de 30 referências, entre as quais 50% não terão mais de 5 anos e, o resto, 10, salvo se forem clássicos na matéria. Destas 30 referências, 50% serão provenientes de fonte primária. Todas as citações no texto devem constar da lista de referências. Estas citações e a relação final de-

vem registrar-se utilizando o estilo “de Vancouver”, segundo o qual as referências são citadas no texto com números consecutivos, entre parênteses, conforme vão aparecendo.

Modelo de citações no texto

As referências bibliográficas serão realizadas na parte final, da forma a seguir:

a) Artigos de revistas, de autores individuais. Escreve-se os sobrenomes e iniciais dos primeiros seis autores, caso sejam mais usa-se a expressão et al.

Exemplo:

Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: meta análisis de estudios transversales. MedClin (Barc). 2005; 124(16): 606-12.

b) Livros. Incluem-se sobrenomes e iniciais de todos os autores (editores, compiladores etc.), o nome de uma entidade; título, número de edição, lugar de publicação, editorial e ano. Se for pertinente, acrescenta-se número de volume e páginas consultadas, série e número de série.

Exemplo:

Balderas, M. Administración de los servicios de Enfermería. 4ªed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2005.

c) Outros materiais: seguir as indicações para citação de livro com especificação de procedência (autores ou instituição), título, denominação do material, lugar de elaboração ou emissão e data.

d) Materiais de Internet:

Exemplo de Revistas de Internet:

Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. EnSisa. Sanit. Navar. [Revista em internet] 2003 setembro-dezembro [acessado em 19 de outubro de 2005]; 26 3. Disponível em: <http://www.cfnava.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis.html>

Exemplo de Bases de Dados:

Cuiden [base de dados em internet]. Granada: Fundación Índex [actualizada en abril 2004; acessada em 19 de dezembro de 2005]. Disponível em: <http://www.doc6.es/index>

Exemplo de Lei:

Colômbia. Lei nº 266, de 25 de janeiro de 1996. Reglamentación de La Profesión Enfermería en Colombia. Diario Oficial N° 42710, 5 de fevereiro de 1996.

Exemplo de um Órgão:

Conselho Internacional de Enfermeiros. Modelos para o século XXI. Genebra; 2002.

e) Fontes inéditas, resumos, trabalhos apresentados em conferências, congressos ou simpósios não são considerados referências próprias pelo que, se for absolutamente necessário citar fontes inéditas difíceis de conseguir, podem citar-seno texto entre parênteses ou como notas de rodapé. Quando houver dúvidas sobre a forma de apresentar as referências no texto e na relação final de referências, consultar: International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal: writing and editing for biomedical publication em: www.icmje.org

Autoria

Deverão constar como autores apenas aqueles com envolvimento suficiente no trabalho, que permita a eles se responsabilizarem publicamente pelo conteúdo. Além do mais, todos os autores deverão ter a qualificação necessária.

Quando enviar um manuscrito será requerida, em anexo, a folha de Declaração de responsabilidade do autor e direitos autorais que confirme ser o trabalho inédito, sem publicação anterior em formato impresso ou eletrônico e que não será apresentado a outro meio antes de sabida a decisão da revista. Além disso, serão transferidos os direitos de autor à Revista Enfermería: Cuidados Humanizados.

Sistema de Avaliação e Arbitragem

É possível outorgar a aceitação da pesquisa, a aceitação com sugestões ou a rejeição dos artigos. Na revisão, os resultados serão elaborados por, pelo menos, dois pares avaliadores, integrantes do Comitê Editorial, como descrito na página da Revista Enfermería: Cuidados Humanizados.

Estes resultados serão informados oportunamente ao autor principal, via carta ou email do editor responsável.

A ordem das publicações fica a critério do Conselho Editorial.

Caso exista conflito de interesses entre os autores e determinados especialistas nacionais ou estrangeiros, os autores deverão anexar nota confidencial, em envelope lacrado endereçado aos Editores da Revista Enfermería: Cuidados Humanizados e onde indicarão o nome das pessoas que pretendem não participem do processo arbitral. Esta informação será tratada de forma estritamente sigilosa. Os trabalhos selecionados serão de propriedade da revista, que fará sua publicação, a menos que o autor principal remita por escrito sua decisão de recusar a publicação do artigo.

Considerações éticas

A Revista Enfermería: Cuidados Humanizados adere a princípios éticos universais tais como seu dever de fazer pelo bem comum, com contribuições que a revista vier a realizar em prol da sociedade e, em particular, pelo conhecimento da disciplina, com igualdade de oportunidades para publicar artigos, em igualdade de condições, sempre que cumpram com a normativa prévia estabelecida.

Rejeita qualquer tipo de discriminação individual ou grupal, protege a discricção e confidencialidade ao manter em reserva o nome dos autores dos trabalhos recebidos, o nome dos pares e dos artigos selecionados para publicação, a veracidade da informação outorgada e a transparência em todas as etapas do processo de seleção e publicação dos artigos selecionados. A Revista Enfermería: Cuidados Humanizados assume que cada pesquisa para publicação cumpriu previamente com o quesito de ter sido avaliada pelo respectivo Comitê de Ética e, portanto, deixa assim estabelecida com clareza a lisura do procedimento utilizado para se obter o consentimento informado. De tal forma, há constância de garantir o anonimato e a confidencialidade das pessoas envolvidas na pesquisa.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO AUTOR E DIREITOS AUTORAIS

I) RESPONSABILIDADE DO AUTOR

TÍTULO COMPLETO DO ARTIGO EM ESPANHOL, INGLÊS E PORTUGUÊS

PALAVRAS-CHAVE – KEYWORDS – PALAVRAS- CHAVE DO ARTIGO

CATEGORIA DA REVISTA À QUAL SEU ARTIGO PERTENCE

O (s) autor(es) infra-assinado(s) no presente documento, DECLARA (M)

- O conteúdo é original, não foi publicado nem está sendo considerado para ser publicado em outra revista, seja ela em formato papel ou eletrônico.
- O (s) autor(es) cumpre(m) com os requisitos de AUTORIA mencionados neste documento.
- O Comitê Editorial não tem responsabilidade alguma pela informação contida neste artigo.

Assinatura do(s) autor(es)

Assinatura _____ Nome _____ Data _____

Assinatura _____ Nome _____ Data _____

Assinatura _____ Nome _____ Data _____

II) TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Declaro que, caso o artigo seja aceito, concordo com que os direitos de autor sejam transferidos à Revista Enfermeria: Cuidados Humanizados, portanto, não se autoriza a reprodução total ou parcial em qualquer outra parte ou meio de divulgação impressa ou eletrônica, sem autorização prévia.

Assinatura do (s) autor (es). Data: _____
