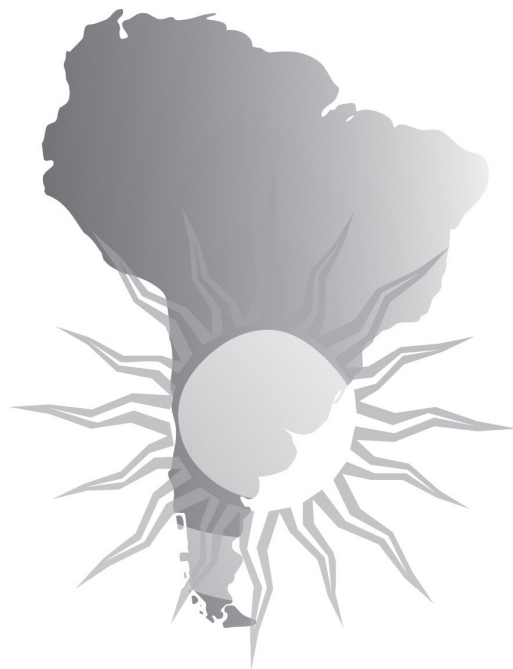


# Enfermería: Cuidados Humanizados

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



Universidad  
Católica del  
Uruguay

La revista está incluida en  
el catálogo **LATINDEX**

<http://www.latindex.unam.mx/>



**Enfermería:  
Cuidados humanizados**

Vol. 3 n° 2 diciembre 2014  
ISSN: 1688-8375

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

**Directora:**

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

**Editor responsable:**

Mag. Teresa Delgado de Purtscher.  
tdelgado@ucu.edu.uy  
Av. Garibaldi 2831 CP 11600,  
Montevideo, Uruguay.

**Consejo Editorial:**

Mag. Esteban Pérez García,  
Universidad de Huelva, España.  
Mag. Miriam Costabel, Universidad de  
la República.  
Mag. Patricia Prada, Universidad Católica  
del Uruguay.  
Lic. Patricia Techera, Universidad  
Católica del Uruguay.  
Lic. Ana María García, Universidad  
Católica del Uruguay.

**Traducción:**

Lic. Estefanía Lens.  
Prof. Marta Rodríguez.

**Asesor bibliográfico**

Br. María José Enrique.

**Producción Editorial:**

GRUPO MAGRO EDITORES  
Isidoro de María 1310 (Planta Alta)  
Tel. (598) 2925 3195 - 2925 3198  
E-mail: info@grupomagro.com  
www.grupomagro.com  
Montevideo - Uruguay

Dep. Legal Nº 366.198 / 14  
Edición amparada en el decreto 218/996  
(Comisión del Papel)

**Periodicidad semestral**

Julio - Diciembre

**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  
enfciudadoshumanizados@ucu.edu.uy

ISSN: 1688-8375  
Título-clave:  
Enfermería (Montevideo)  
Título-clave abreviado:  
Enfermería (Montev.)  
Registro ante el MEC: 2395/2012.

## EDITORIAL



En este número queremos compartir con ustedes uno de los temas que preocupa a los profesionales de la salud, y a los responsables de políticas públicas y sociales, como es el cuidado de los mayores. Las personas experimentan un proceso de envejecimiento que no es igual en todos los individuos, coexistiendo matices entre el envejecimiento activo, y aquel con diferentes grados de dependencia. Por ende, es posible advertir que tanto al inicio como al término de la vida, la necesidad de cuidado se universaliza como resultado directo de la edad. Justamente, como desenlace de la necesidad, el concepto del cuidado se ha extendido del contexto familiar y las correspondientes relaciones interpersonales, a un contexto compuesto por instituciones y agentes sociales, los cuales desarrollan diversas formas de atención a las personas mayores que requieren cuidados.

En este sentido, y debido al rápido envejecimiento de la población mundial, existen dificultades para contratar enfermeras que brinden cuidados a las personas mayores, ya que entre las especialidades, Enfermería gerontológica no ha sido considerada como una meta profesional. Nos preocupa la búsqueda de estrategias para hacer frente a la escasez de profesionales de la salud preparados para el cuidado de los mayores, sobre todo profesionales que mejoren la fuerza de trabajo de la Enfermería.

El cuidado de las personas mayores exige competencias enfermeras, fundadas en modelos teóricos y en la comprensión de las características específicas de las esferas constitutivas de la persona: biológica, psicológica, socio- cultural, espiritual.

De esta manera, debemos plantearnos desafíos en las áreas siguientes:

- Formación de profesionales en el área Geronto-geriátrica.
- Diseño de programas de Enfermería que contemplen el abordaje específico de este grupo.
- Investigación sobre el fenómeno del envejecimiento para proponer estrategias de intervención y tender hacia las buenas prácticas.

El envejecimiento poblacional es un fenómeno irreversible, con lo cual se deberán buscar las respuestas oportunas para hacer frente a este cambio histórico.

**Natalie Figueredo**  
Directora

## EDITORIAL

Nesse número queremos compartilhar com vocês um dos temas que preocupa os profissionais da saúde e os responsáveis pelas políticas públicas e sociais: o cuidado dos adultos. As pessoas experimentam um processo de envelhecimento que não é igual para todos os indivíduos, coexistindo matizes entre o envelhecimento ativo e aquele com diferentes graus de dependência. Portanto, é possível advertir que tanto no início quanto no fim da vida a necessidade de cuidados se universaliza, como consequência direta da idade. Precisamente, como desfecho dessa necessidade, a noção de cuidado se estendeu do contexto familiar e suas correspondentes relações interpessoais para o contexto constituído por instituições e agentes sociais, os quais desenvolvem diversas formas de atenção às pessoas idosas que requerem cuidados.

Nesse sentido, e devido ao rápido envelhecimento da população mundial, existem dificuldades para contratar enfermeiras que prestem cuidados às pessoas idosas, devido a que entre as especialidades, enfermagem gerontológica não se considerou objetivo profissional. Nossa preocupação é procurar estratégias para enfrentar a escassez de profissionais da saúde preparados para cuidar dos idosos, principalmente, profissionais que contribuam a melhorar a força de trabalho da Enfermagem.

O cuidado das pessoas idosas exige competências de enfermagem, fundamentadas em modelos teóricos e na compreensão das características específicas das esferas constitutivas da pessoa: biológica, psicológica, sociocultural, espiritual.

Assim, devemos propor desafios nas seguintes áreas:

- Formação de profissionais na especialidade gerontogeriatrica.
- Desenho de programas de Enfermagem que contemplem a abordagem específica dessa área.
- Pesquisa sobre o fenômeno do envelhecimento, para propor estratégias de intervenção e conduzir às boas práticas.

O envelhecimento populacional é um fenômeno irreversível, a partir do qual se deverá ir à procura das respostas oportunas para fazer frente a essa mudança histórica.

**Mag. Natalie Figueredo**  
Diretora

# EDITORIAL

In this issue, we would like to share with you one of the subjects that health professionals and those in charge of public and social policies, worry the most about: caring for the elderly. The aging process people go through differs from one another, showing different tones between active aging and those with different levels of dependency. Therefore, it is possible to notice that both at the beginning and at the end of life, the need for care is universal as a direct result of age. It is precisely as an outcome of this need, that the concept of caring has been extended from the family context with the interpersonal relationship it implies, to an institution and social agents context, which develop different forms of attention to the elderly who need to be cared for.

In this way, and due to the fast pace of global aging, it is difficult to find nurses who take care of the elderly, since Gerontology Nursing is usually not visualized as a professional goal. We care about the strategies we should apply to face the lack of health professionals trained in caring for the elderly, especially those who can improve the nursing workforce.

The caring of the elderly demands nursing skills, based in theoretical models and in the understanding of the specific characteristics of the constitutive spheres of the person: biologic, psychological, socio-cultural and spiritual.

In this way, we should challenge ourselves in the following areas:

- Professional training in Gerontology and Geriatrics.
- The design of nursing programs that address the specific approach this age group needs.
- Research the aging phenomenon to propose intervention strategies and good practices.

Global aging is an irreversible phenomenon, and we need to find solutions to face this historic change.

***Mag. Natalie Figueredo***

Director



# Universidad Católica del Uruguay

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

## AUTORIDADES

Mons. Daniel Sturla, SDB.  
*Gran canciller*

P. Alejandro Tilve, SJ.  
*Vice Gran canciller*

P. Dr. Eduardo Casarotti, SJ.  
*Rector*

Dr. Ariel Cuadro  
*Vicerrector Académico*

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

P. Dr. Álvaro Pacheco, SJ.  
*Vicerrector del Medio Universitario*

Dra. Sandra Segredo  
*Secretaria General*

Mag. Natalie Figueredo  
*Decana, Facultad de Enfermería y  
Tecnologías de la Salud*

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

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

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

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

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

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

Las bases para los autores son publicadas en la revista y en la página web [www.ucu.edu.uy](http://www.ucu.edu.uy)

The Journal Enfermería: Cuidados Humanizados is an official publication of the Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud of the Universidad Católica del Uruguay that is engaged in scientific development, promoting a space for communication throughout 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 journal is registered with the International Standard Serial Number (ISSN) 1688-8375 and registered in the MEC. 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, july and december.

The basis for the authors are published in the magazine and on the website [www.ucu.edu.uy](http://www.ucu.edu.uy)

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

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

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

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

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

É publicado na Universidade Católica do Uruguai regularmente, a cada seis meses, Julho-Dezembro

A base para os autores são publicados na revista e no site [www.ucu.edu.uy](http://www.ucu.edu.uy)

## COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL E INTERNACIONAL

### COMITÉ CIENTIFICO NACIONAL

**Prof. Dra. Zoraida Fort**

Gerente de RRHH del MSP, Uruguay.

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

Universidad Católica del Uruguay,  
MSP, Uruguay

**Prof. Lic. Álvaro Fernández.**

Universidad Católica  
del Uruguay, ANEP, Uruguay

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

Uruguay

**Prof. Mag. Teresa Menoni.**

Universidad de la República Oriental  
del Uruguay, Uruguay

**Prof. Lic. Maira Castro. Universidad**

Católica del Uruguay, ASSE. Uruguay

**Prof. Mag. Rosana Tessa.**

Universidad Católica del Uruguay.  
Uruguay

**Prof. Dra. Adriana Misa.**

Universidad Católica del Uruguay.  
Uruguay

**Prof. Dr. Augusto Ferreira.**

Universidad Católica del Uruguay.  
Uruguay

### COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

**Prof. Dra. Beatrice Goodwin.**

Universidad de Nueva York, EEUU.

**Prof. Dra. Luz Angélica Muñoz.**

Universidad de Enfermería  
Andrés Bello, Chile.

**Prof. Mag. Ana María Vásquez.**

Universidad de Concepción, Chile.

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

Facultad de Enfermería Universidad  
Andrés Bello, Chile.

**Prof. Mag. Carmen Falconí.**

Pontificia Universidad Católica del  
Ecuador, Ecuador.

**Prof. Dra. Olivia Sanhueza.**

Universidad de Concepción, Chile.

**Prof. Lic. María Virginia Hernández**

Alonso. Universidad Autónoma  
Benito Juárez de Oaxaca, México.

**Prof. Dra. Adelaida Zabalegui.**

Hospital Clínico de Barcelona,  
España.

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

Universidad Internacional de  
Cataluña, España.

**Prof. Mag. Verónica Behn.**

Universidad de Concepción, Chile.

**Prof. Dra. Sandra Valenzuela.**

Universidad de Concepción, Chile.

**Prof. Dra. Alina María de Almeida**

**Souza.** Consejo General de  
Enfermería de España, España.

**Prof. Mag. Erika Caballero.**

Centro de Educación a Distancia,  
Chile.

**Prof. Dr. Gabriel Rodríguez.**

Universidad Andrés Bello, Chile.

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

Universidad Nacional de Córdoba,  
Argentina.

**Prof. Dr. Johis Ortega.**

Universidad de Miami, EEUU.

**Prof. Mag. María Cristina Torres.**

Universidad Austral, Chile.

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

Universidad de Alicante, España.

**Prof. Mag. María Antonia Jiménez.**

Facultad de Enfermería, Universidad  
Nacional de Colombia, Colombia.

**Prof. Dra. Maricela Torres.**

Escuela Nacional de Enfermería,  
Cuba.

**Prof. Mag. Lia Garnica.**

Universidad de Santiago del Estero,  
Argentina



# CONTENIDOS

## EDITORIAL

\_\_\_\_\_ pág. 3

## ARTÍCULOS ORIGINALES

### **Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un hospital de Quillota, Chile**

\_\_\_\_\_ pág. 12

Humanized care from the perspective of emergency nurse in a hospital from quillota, chile.

Cuidado humanizado desde na perspectiva dos profissionais de enfermagem da unidade de emergência em um hospital de quillota, chile.

*Cecilia Landman Navarro, Sebastián Canales Gómez, Valentina Garay Schmitt, Paulina García Figueroa, Claudia López Araya, Javiera Pérez Toro, Camila Sáez Muñoz, M<sup>a</sup> Renata Saldivia Muñoz*

### **Abordaje integral del dolor coital: tratamiento en un caso de dispareunia**

\_\_\_\_\_ pág. 22

A comprehensive approach of coital pain :treatment of dyspareunia

Abordagem integral da dor coital: tratamento em um caso de dispareunia

*Gabriela Perez Nocetti*

### **Evaluación antropométrica según posición de juego en jugadores profesionales de fútbol uruguayo**

\_\_\_\_\_ pág. 29

Anthropometric evaluation by game position in professional uruguayan soccer players .

Avaliação antropométrica de acordo composição de jogo no campo dos jogadores profissionais de futebol uruguaio

*Jennifer Fernández, Miguel Kazarez, Beatriz Agazzi, Santiago Albín*

### **Percepción de los estudiantes de enfermería sobre las dificultades en su inserción a la práctica clínica de paciente crítico**

\_\_\_\_\_ pág. 34

Perceptions of nursing students about the difficulties in their integration into clinical practice for critically ill patients.

Percepção dos estudantes de enfermagem sobre as dificuldades para sua inserção na prática clínica de paciente crítico.

*Susana Silvera, Rosana Tessa Giménez*

### **Satisfacción del alumnado de enfermería frente a la implantación de un portafolio en la actividad docente**

\_\_\_\_\_ pág. 41

Nursing student satisfaction from the implementation of a portfolio in the teaching

Satisfação dos estudantes de enfermagem sobre gestão de carteira eletrônica

*Begoña Pellicer García, Raúl Juárez Vela, Luis Redondo Castán, Isabel Antón Solanas, Sandra Guerrero Portillo*

### **Beneficios de la intervención psicomotriz en adultos mayores con deterioro cognitivo leve y moderado**

\_\_\_\_\_ pág. 49

Benefits of the psychomotor intervention in the elderly with low and moderate cognitive deterioration

Benefícios da intervenção psicomotora em idosos com deterioração cognitiva leve e moderada

*Alicia González, Alejandra Marchetti*

### **Proceso de atención en un servicio de emergencia: análisis desde la perspectiva del primer nivel de atención**

\_\_\_\_\_ pág. 57

Process of care in an emergency service. Analysis from the perspective of the first level of care:

Processo de atenção em um serviço de emergência: Análise da perspectiva do primeiro nível de atenção

*Patricia Prada, María del Carmen Ferreiro*

### **Nivel de conocimiento del personal en la atención de pacientes en yodoterapia radioactiva**

\_\_\_\_\_ pág. 62

Level of knowledge of the staff in the attention to radioactive iodine therapy patients

Nível de conhecimento do pessoal no atendimento de pacientes em iodoterapia radioativa.

*Paula Azor*

## NORMAS EDITORIALES

\_\_\_\_\_ pág. 67



# Artículos originales

# CUIDADO HUMANIZADO DESDE LA PERSPECTIVA DEL ENFERMERO DE EMERGENCIA EN UN HOSPITAL DE QUILLOTA, CHILE

HUMANIZED CARE FROM THE PERSPECTIVE OF EMERGENCY NURSE IN A HOSPITAL FROM QUILLOTA, CHILE.

CUIDADO HUMANIZADO DESDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL DE QUILLOTA, CHILE.

**Autores:** Cecilia Landman Navarro (1), Sebastián Canales Gómez (2), Valentina Garay Schmitt (3), Paulina García Figueroa (4), Claudia López Araya (5), Javiere Pérez Toro (6), Camila Sáez Muñoz (7), M<sup>a</sup> Renata Saldivia Muñoz (8)

Recibido: 18/09/2014

Aceptado: 25/11/2014

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la percepción de cuidado humanizado que posee el profesional enfermero de la Unidad de Emergencias de un hospital general en la ciudad de Quillota, Chile.

**Metodología:** Estudio cualitativo, descriptivo, de tipo fenomenológico. Se solicitó la participación de cuatro profesionales enfermeros que se desempeñan en la Unidad de Emergencia del Hospital de Quillota, a quienes se les realizó una entrevista dirigida, grabada y transcrita de manera textual con el objeto de identificar aspectos relevantes de acuerdo a los objetivos propuestos.

**Resultados:** De los discursos emergieron conceptos que describen el cuidado humanizado, identificándolo como un cuidado integral, que debe incluir a la familia del paciente y debe regirse por los principios bioéticos. Además de las limitaciones y facilidades percibidas dentro del ámbito laboral para llevar a cabo este cuidado y los sentimientos que surgían al respecto.

**Conclusiones:** El contexto de la Unidad de Emergencia difiere al de otros servicios hospitalarios debido a múltiples factores que dificultan el cuidado humanizado. El concepto de cuidado humanizado descrito por los actores es similar al teórico, pero refieren dificultades para llevarlo a cabo. La persona que se desempeña en los servicios de emergencia debe tener vocación, optimismo y tomar su labor como un desafío. Los cuidados humanizados en enfermería, deben ser una fortaleza presente en toda atención, por lo mismo, el personal de Emergencia debiera ser capacitado continuamente, así como también realizar estudios cualitativos sobre la temática.

**Palabras clave:** Cuidado humanizado, cuidados de enfermería, empatía, enfermería de urgencia.

## ABSTRACT

**Objective:** To know the perception of humanized care from nursing professionals of Emergency Unit of a general hospital in Quillota, Chile.

**Methodology:** A qualitative, descriptive and phenomenological study. The participation of four nurse professionals who work in the Emergency Room of a Hospital from Quillota was requested. Then, it was performed a direct interview to the participants, which was recorded and transcribed verbatim in order to be applied identify relevant aspects according to the proposed objectives of the research.

**Results:** In the discourses emerged concepts that describe humanized care, identifying it as integral care, which should include the patient and his family and should be governed by bioethics principles. Also emerged the limitations and facilities perceived in their work environment to perform this care and feelings that arose regarding this.

**Conclusions:** The context of the Emergency Room differs from the others hospital services, due to a multiplicity of factors that hinder humanized care. The concept of humanized care described by the actors is similar to the theory, but they relate that there are difficulties to carry out and that it's hard to realize a change within the team. Also, the person who works in Emergency Room should have vocation, optimism and take his work as a challenge. Humanized nursing care should be present in all the attention, and Emergency Room personnel should be continuously updated on the issue, as well as perform qualitative studies on the subject.

**Keywords:** Humanized care, nursing care, empathy, emergency nursing.

(1) Escuela de Enfermería. Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. Cecilia.landman@uv.cl

(2) Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

(3) Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

(4) Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

(5) Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

(6) Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

(7) Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

(8) Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

## RESUMO

**Objetivo:** conhecer a percepção do cuidado humanizado que possui profissionais de enfermagem da Unidade de Emergência de um hospital geral no Quillota, Chile.

**Metodologia:** Um estudo qualitativo, descritivo e fenomenológico. A participação de quatro profissionais de enfermagem que trabalham na Unidade de Emergência do Hospital de Quillota foi solicitada, para uma entrevista dirigida, que foi gravada e transcrita na íntegra, a fim de identificar os aspectos relevantes de acordo com os objetivos propostos na investigação.

**Resultados:** Dos discursos surgiram conceitos que descrevem cuidado humanizado, identificando-o cuidado tão abrangente, que deve incluir o paciente e a família e devem ser regidos por princípios da bioética. Eles também expressaram as limitações e as facilidades percebidas em seu ambiente de trabalho para executar este cuidado e sentimientos que surgiram em relação a este.

**Conclusões:** O contexto da Unidade de Emergência difere da de outros serviços do hospital devido a uma multiplicidade de factores que dificultam o cuidado humanizado. Embora o conceito de cuidado humanizado descrito pelos actores é semelhante à teoria, eles reportam que existem dificuldades em fazê-lo e que é muito difícil de realizar uma alteração na equipa. A pessoa que está a trabalhar nos serviços de emergência deve ter uma vocação, otimismo e ver seu trabalho como um desafio. Cuidado humanizado deve estar presente em toda atenção, portanto, o pessoal de emergência deve ser continuamente atualizado sobre o assunto, bem como realizar estudos qualitativos sobre o assunto.

**Palavras-chave:** cuidado humanizado, cuidados de enfermagem, de empatía, de enfermagem de emergência.

## INTRODUCCIÓN

La Enfermería como disciplina surge en Estados Unidos en los años 50, debido a la necesidad de un sustento teórico que permitiera a la profesión delimitar sus propios conocimientos, perspectivas y dominios (1). Como profesión cuenta con características esenciales considerando que su naturaleza y eje central es el Cuidado de Enfermería, y que la disciplina como concepto se refiere al *saber*, y como procedimiento al *quehacer* (2). El cuidar es la acción esencial de la enfermería y se realiza para proteger, mejorar y preservar la humanidad, apoyando a la persona durante la comprensión de su enfermedad, sufrimiento y dolor, como también para ayudarla a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuidado (3).

La teorista Jean Watson, refiere que el cuidar es parte fundamental del *ser* y es el acto más primitivo que una persona realiza para efectivamente *llegar a ser*. El cuidado humanizado va más allá del buen trato o satisfacción usuaria, sino que también comprende aspectos más profundos debido a que existe un *otro* que necesita ser cuidado (4).

En Chile, la atención de salud está orientada específicamente en avanzar en materias de calidad de la atención, derechos del paciente, relación prestadores-usuarios y participación social (5). Para llevar a cabo estos cambios, se debió lograr una transición desde un modelo curativo hasta uno con enfoque promocional/preventivo, biopsicosocial, centrado en la atención primaria y desarrollo de la red asistencial. Si bien este cambio se ha ido estableciendo paulatinamente, aún persiste el enfoque curativo, reduciendo lo humano a lo biológico y alejando al profesional enfermero de su visión holística del cuidado. Hoy en día existe un alto riesgo de deshumanización de los cuidados debido a que la mayoría de los sistemas han sufrido una reestructuración en la gestión administrativa, por lo que se ha hecho necesario rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal, en todos los ámbitos de los profesionales de enfermería (6). Otro punto significativo en este tema son los mismos servicios clínicos, los que tienden progresivamente a la ambulatorización de los cuidados. Es así que a los profesionales que se desempeñan en una Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), se les hace más difícil este reto, ya que una de las características de dichas unidades es brindar una atención rápida, continua, integral y universal, lo cual en múltiples ocasiones va en desmedro de la esencia humana del profesional enfermero, quien se preocupa por cumplir metas y adecuarse al ritmo diario del servicio (7).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, es que surge el interés de conocer y comprender la percepción sobre el cuidado humanizado del profesional enfermero que se desempeña en las Unidades de Emergencia y los factores que influyen en éste.

Desde la perspectiva de Enfermería como disciplina, la profesión ha de realizar diversos roles en su quehacer, siendo la base de estas tareas el preocuparse por el otro y, a través del arte de cuidar, ayudar en el alivio del sufrimiento, la rehabilitación y promoción de la buena salud. Para poder brindar este acto de cuidado, es necesaria una relación mutua de ayuda y colaboración, siendo esta instancia la única donde es posible compartir la esencia del ser humano (8). Dentro de los estándares de calidad que los establecimientos de salud consideran para obtener la acreditación, se encuentra el respeto a la dignidad del paciente. Por lo mismo, evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común, ya que a través de ello es posible recoger información acerca de los conceptos que se vinculan a la atención recibida y así mejorar la calidad de los cuidados otorgados en los servicios de salud (9). Además, los usuarios refieren que la empatía es un aspecto que valoran más que el realizar procedimientos en forma adecuada (10).

Diversos estudios respecto a esta temática, indican que los profesionales tienden a asociar en gran medida el cuidado humanizado con "relación interpersonal" y "acción terapéutica de enfermería" (8), considerándolo como un concepto implícito en la atención holística e integral de salud, constituido por lo biológico, psicológico, espiritual y social (11). Sin embargo, estas investigaciones cualitativas no profundizan en el ámbito práctico del cuidado humanizado. Si bien es posible llevar a cabo un

cuidado humanizado, muchas veces las condiciones de algunos servicios ponen en riesgo esta posibilidad. De este modo, las Unidades de Emergencia Hospitalarias (UEH) merecen especial consideración, ya que además de ser el dispositivo de entrada a los servicios en un establecimiento hospitalario, es aquí donde la persona acude para ser atendida por una enfermedad de aparición súbita, presentando sintomatología que le generan angustia y un brusco cambio de su rutina (7).

La atención de Enfermería debe caracterizarse por un alto componente de humanidad y apoyo al paciente para asimilar su problema y tratamiento. Sin embargo, este es uno de los servicios donde con mayor frecuencia se observa una tendencia a la deshumanización y a centrar la atención de los cuidados en el aspecto físico (7). Es así que se hace indispensable la realización de estudios sobre el cuidado humanizado en los Servicios de Urgencia, pero desde la perspectiva del profesional enfermero, lo que permitirá aportar información relevante al campo de la disciplina, detectando las fortalezas y barreras que visualizan los profesionales para otorgar cuidados humanizados a la persona atendida. Todo esto para posteriormente realizar reflexiones y proponer sugerencias para el avance y preservación del cuidado humanizado en las actividades de enfermería y la mejor interacción con los pacientes en los Servicios de Urgencia, ya que muchas veces de esto depende la adhesión a los tratamientos y cuidados por parte de la persona atendida (7).

**Objetivo general:** Conocer la percepción de cuidado humanizado que posee el profesional enfermero de la Unidad de Emergencias de un hospital general en la ciudad de Quillota, Chile.

#### **Objetivos específicos**

- Conocer el significado que le otorga el profesional enfermero al cuidado humanizado.
- Identificar las dificultades que tiene el profesional enfermero para llevar a cabo un cuidado humanizado.
- Identificar las facilidades que tiene el profesional enfermero para llevar a cabo un cuidado humanizado.
- Conocer las emociones generadas en el profesional enfermero frente a las barreras que impiden brindar un cuidado humanizado.

#### **METODOLOGÍA**

Esta investigación se adhiere a una corriente cualitativa de tipo fenomenológica, por lo que busca otorgarle un significado a las vivencias experimentadas, identificar la naturaleza de las relaciones interpersonales y comportamientos humanos desde el punto de vista de estos mismos, utilizando la entrevista como herramienta para obtener la información. Es así como, por medio del entendimiento de los significados que el profesional da a sus propias experiencias, se intentará comprender el cuidado humanizado de manera integral.

El Hospital que aloja el servicio de emergencia en estudio, fue seleccionado por consenso entre los investigadores para realizar el estudio, debido a la reciente pasantía de éstos durante la cátedra Enfermería en Urgencias. Para esta investigación se solicitó la participación de cuatro profesionales Enfermeros que se desempeñan en la Unidad de Emergencia del mencionado hospital. Entre los criterios de inclusión se encuentran:

- Pertenecer a la Unidad de Emergencia del hospital seleccionado.
- Poseer título de enfermero/a universitario/a.
- El sexo, edad, universidad de origen y años de experiencia de los participantes no fueron considerados relevantes para este estudio.

Dentro de los participantes se encuentran dos enfermeros con más de 10 años de desempeño en Unidades de Emergencia, una enfermera con un menor tiempo de ejercicio y otra con una experiencia de un mes en la Unidad de Emergencia del hospital, todos enfermeros universitarios.

Previo a la entrevista, se realizó la lectura del consentimiento informado a cada profesional, con el propósito de contar con su autorización para la participación en las entrevistas. Los discursos fueron grabados, transcritos e identificados por un código, excluyendo los nombres de los entrevistados con el fin de respetar su confidencialidad. Toda la información recabada fue de uso exclusivo para este estudio y sus análisis compartidos con los actores involucrados mediante la entrega del informe final. Las grabaciones, luego de este análisis, fueron eliminadas a efectos de mantener la seguridad de los profesionales.

En la entrevista se manejaron tres preguntas abiertas, que se centraron en:

- ¿Qué entiende usted por cuidado humanizado?
- ¿Qué dificultades y facilidades observa en su entorno laboral para llevar a cabo este cuidado humanizado?
- ¿Cómo se siente usted frente a estas limitaciones?
- La misma fue entregada al jefe del servicio, con quien se validó previo a ser utilizada en los participantes.

Las entrevistas se planificaron vía telefónica con los enfermeros de la Unidad de Emergencia, y fueron realizadas en dos instancias, los días 27 y 28 de mayo, en horario de trabajo. El primer día se entrevistó a dos enfermeros mientras se encontraban en horario laboral. Una de las entrevistas fue realizada en la oficina de enfermería, con ambiente estático, tranquilo y cómodo, sólo interrumpido por el sonido del teléfono. La segunda entrevista se realizó en la sala de observación, donde el profesional fue interrumpido por el flujo constante de otros integrantes del equipo de salud y estudiantes de enfermería.

Durante el segundo día se entrevistó a dos enfermeros durante el turno de la noche. El primero de ellos fue entrevistado en la oficina de enfermería y el segundo en la sala de observación. Ambas entrevistas se desarrollaron sin interrupciones.

Las entrevistas tuvieron un tiempo de duración estimado promedio de 30 minutos y su extensión dependió de las características individuales de cada participante y de los factores ambientales.

Cada entrevista estuvo a cargo de dos investigadores diferentes, donde uno de ellos guiaba la entrevista y el otro observaba las características del ambiente estático y el lenguaje no verbal del entrevistado, registrando en un cuaderno de campo.

Plan de análisis de datos:

- a) Recuperación de la información obtenida en el trabajo de campo y transcripción textual de los discursos: base de datos basal.
- b) Lectura de las transcripciones: con el objeto de lograr un acercamiento preliminar de posibles constructos a partir de los discursos, identificando aspectos relevantes de

acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación y las unidades de significado.

- c) Relectura de las transcripciones y de constructos preliminares: ajuste o redefinición de los constructos.
- d) Organización y ordenamiento de la información y sus relaciones en los constructos: realización de esquemas o bosquejos.
- e) Redacción de la descripción, relaciones y análisis que se encuentran en los constructos.
- f) Nominación de manera creativa de los constructos.
- g) Reforzamiento de los análisis presentados con imágenes, cuadros-resumen, esquemas sintéticos, esquemas de relaciones, y otros recursos innovadores que ayuden a la comprensión de los hallazgos encontrados.

## RESULTADOS

Matriz de análisis

Categorías	Subcategorías	Discurso
Atributos del cuidado humanizado	Cuidado integral	<p><i>"...Yo entiendo como cuidado humanizado (...) el manejo del paciente de forma integral, cuidando su parte biopsicosocial...digamos de la misma forma que su parte fisiológica..."E02 (L4-L6)</i></p> <p><i>"...Una atención como siempre se nos ha enseñado holística, que no va solamente enfocada hacia la parte física (...), sino que biopsicosocial..." E03 (L15-L16)</i></p>
	Inclusión de la familia	<p><i>"...Incluir (...) en parte a la familia y a quienes rodean al paciente, haciéndolos partícipes si es que se puede y si se dan las condiciones en lo que es el cuidado, ya sea por ejemplo este tema del hospital amigo (...) tratando de que puedan ver a su familiar...cómo va evolucionando (...) que estén informados..." E02 (L6-L11)</i></p> <p><i>"...Es esa persona, es su familia y es el entorno, nosotros tenemos que considerar todo eso..." E03 (L23-L24)</i></p>
	Principios bioéticos	<p><i>"... La individualidad de cada paciente, (...) todos los principios bioéticos que interfieren en la atención de salud, ya de la autonomía del paciente, que uno tiene que ser justo con cada paciente, tiene que darle la entrega, los mismos cuidados a todos los pacientes por igual, respetando todo: color, edad, sexo, etnia, raza, en fin..."E03 (L7-L11)</i></p>

<p>Condiciones del cuidado humanizado</p>	<p>Ambiente dinámico</p> <p>1. Respeto</p>	<p><i>"...Primero que nada (...) independiente que seas enfermera, TP, médico, eres persona (...) Y como persona a otra persona tienes que tener respeto. Partiendo de esa base, ya partimos con algo que es humanización de la atención, para mí por lo menos..." E01 (L7-L11)</i></p> <p><i>"...Yo pienso que uno tiene que tener respeto por el tiempo de las demás personas. No porque tú estés trabajando (...) las demás personas no tienen (...) nada más que hacer que venir a instalarse aquí a la urgencia a esperar que alguien se digne a llamarlas..." E01 (L34-L38)</i></p> <p><i>"El cuidado humanizado tiene que ver con la atención que uno le brinda a los pacientes (...) tiene que ver con el respeto..." E03 (L6-L7)</i></p> <p><i>"...Que considere todos los aspectos humanos de la persona, que lo respete..." E03 (L18-L19)</i></p> <p><i>"...Cuidado humanizado habitualmente (...) es velar por el respeto y el manejo del paciente en todo su pesar..." E04 (L4-L5)</i></p>
	<p>2. Dignidad</p>	<p><i>"...Para incorporar otros conceptos en el cuidado, están (...) la dignidad de los pacientes..." E01 (L49-L50)</i></p>
	<p>3. Privacidad</p>	<p><i>"...Para incorporar otros conceptos en el cuidado, están (...) la privacidad en la atención..." E01 (L49-L50)</i></p>
	<p>4. Empatía</p>	<p><i>"...Que implique una relación de empatía (...) uno no trabaja con máquinas, ni es un robot, ni trabaja (...) con implementos de seguridad, o no trabaja con palos de madera, uno trabaja con personas, que tienen un problema de salud y que vienen (...) esperando la solución..." E03 (L19-L22)</i></p> <p><i>"...Creo que para mí es tratar al otro como me gusta que me traten a mí (...) para mí eso es..." E04 (L6-L7)</i></p> <p><i>"...Por lo tanto humanizar la atención tiene que ver entre dos personas que se puedan entender, entender el otro que viene con una salud quebrantada y poder ponerme en el lugar del otro (...) que es lo más simple..." E04(L12-L15)</i></p>
	<p>5. Cariño</p>	<p><i>"...El cuidado humanizado es ver y tratar al otro con el mayor (...) cariño posible..." E04 (L7-L8)</i></p>
	<p>6. Seguridad</p>	<p><i>"...Humanizar la atención (...) es brindarle seguridad (...) y estar en los momentos que él necesita..." E04 (L11-L12)</i></p>
	<p>7. Trabajo en equipo</p>	<p><i>"...Uno también tiene que contemplar al equipo, porque (...) tú puedes saber mucho acerca de algo, puedes tener muchos conocimientos, y puedes (...) tener las mejores intenciones para ese paciente, pero tú solo no vas a lograr nada, tienes que trabajar dentro de un equipo de salud..." E03 (L25-L29)</i></p>
	<p>Ambiente estático</p>	<p><i>"...Exigen por un lado dignidad, cuando tenemos unas condiciones paupérrimas para otorgarla. Tenemos unas cortinas que no tapan, se escucha todo lo que estás diciendo a la persona de al lado...se entera la persona de al lado, el familiar, el acompañante del otro familiar...entonces privacidad no hay..." E01(L53-L57)</i></p> <p><i>"...Espacio físico inadecuado, no tenemos un sitio, hemos intentado de muchas formas mantener la privacidad... los box son pequeños, los espacios son pequeños y reducidos... No tenemos ni baño, con decirte eso..." E01(L58-L59), (L65-L66)</i></p> <p><i>"...La infraestructura. No hay un espacio pa' poder, digamos interactuar con los familiares...o con el paciente no hay privacidad (...) no tenemos box (...) no hay separación de ambiente, no hay privacidad para el paciente...menos hay como espacios para compartir y poder... ayudar a alguien que viva el proceso de muerte con un familiar (...) O trabajas, o dejas que esté la familia..." E02 (L17-L25)</i></p>



## DISCUSIÓN, SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

A partir de las entrevistas realizadas, se puede construir la siguiente definición de cuidado humanizado desde la mirada de los informantes clave:

Cuidado Humanizado significa el manejo del paciente de manera integral, tomando en cuenta su esfera biopsicosocial y no sólo su esfera física, es decir, considerar al ser humano de manera holística, basando la atención de éste en los principios bioéticos que rigen el actuar del profesional de Enfermería y haciendo partícipe de los cuidados a su familia y su entorno.

Al comparar dicha propuesta de definición con la literatura, se evidencia que ésta hace mención al componente valórico y emocional del término, sin embargo, no menciona dentro del concepto la aplicación del conocimiento teórico y técnico, lo cual diversos autores coinciden en incluir, definiendo el cuidado humanizado como *la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad* (12), ó como *“el conjunto de acciones fundamentadas con la relación entre paciente-enfermera, además del dominio de lo técnico-científico orientado a comprender al otro en el entorno en que se desenvuelve”* (13).

A partir de la matriz de análisis se identifican tres subcategorías:

### a) Integralidad.

Referentes teóricos describen que el cuidado de enfermería debe basarse en la colaboración, con el fin de que el paciente aumente su armonía y tranquilidad, para lograr un proceso de autoconocimiento. Para cumplir con este cuidado no solo requiere que la enfermera posea conocimientos científicos, sino que además integre el aspecto humanitario y moral dentro de los cuidados humanos que entrega (3).

Lo anterior se condice con la definición que le otorga J. Watson al concepto de cuidado humanizado, señalando que *“los pacientes necesitan una atención integral que fomente el humanismo, la salud y la calidad de vida”* (14). Además, diversos estudios confluyen en que el cuidado humanizado de enfermería debe basar la labor social de la salud en una atención integral, considerando a la persona como una unidad de cuerpo, mente y alma, abarcando también su contexto social, cultural, histórico y psicoemocional (15) (16). No obstante, uno de los entrevistados menciona que en este contexto existen limitantes para otorgar el cuidado humanizado que parece tan intrínseco y propio de la Enfermería.

Otro estudio menciona que la persona que acude a un servicio de urgencia sufre de una enfermedad de inicio súbito, que le causa desequilibrio biopsicosocial, por lo que la atención debiera caracterizarse por un alto componente de calidez y apoyo para así asimilar el problema y asumir el tratamiento. No obstante, éste es uno de los servicios donde se observa con mayor frecuencia una tendencia a la deshumanización y a centrar la

atención en el componente físico y en una atención tecnoligizada (7).

Las dificultades experimentadas por las personas en los servicios de urgencias están vinculadas con que la prioridad de los profesionales se centra en los aspectos biológicos y técnicos para la conservación de la vida. En este estudio se concluye que la mayoría de las personas concuerda en que el cuidado humanizado debe ser integral, pero aún así, en ciertas ocasiones no es posible otorgarlo debido al contexto en que se desarrolla el cuidado en dichas unidades (7).

### b) Principios bioéticos.

En una de las entrevistas realizadas, se incluyen los principios bioéticos como un aspecto que le otorga humanización al cuidado, abarcando dentro de éstos la individualidad, autonomía, justicia, equidad y respeto.

El cuidado humano implica valores, conocimiento y compromiso, todo esto considerando al otro con sus necesidades, limitaciones y fortalezas para así favorecer su crecimiento. Los cuidados otorgados deben asegurar a la persona que se está realizando todo cuanto esté al alcance para mantener su vida y considerando que si se entregan cuidados despersonalizados, éstos influirán directamente en su recuperación y salud (17).

Múltiples autores señalan la relación existente entre el arte de cuidar, la ética del cuidado y la esencia de la bioética en el trabajo de enfermería, donde esta última se preocupa de las conductas humanas en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, valores y principios morales, los cuales incluyen aspectos como la dignidad, inclusión de la multiculturalidad, políticas relacionadas con el mejoramiento de la calidad de vida, respeto por el ser humano e individualidad de cada persona, velando por su bienestar e intereses (18). Además, se puede extraer del siguiente discurso que la humanización de los cuidados se asocia con la relación de dos personas que se pueden comprender:

*“...por lo tanto humanizar la atención tiene que ver entre dos personas que se puedan entender, entender el otro que viene con una salud quebrantada y poder ponerme en el lugar del otro (...) que es lo más simple...” E04 (L12-L15)*

El cuidado se sustenta en las interacciones entre los humanos, considerando la relevancia de principios y valores como la humildad, respeto y justicia, sin los cuales no existiría la vida en sociedad. *“El cuidado permite la revolución de la ternura al dar prioridad a lo social sobre lo individual y al orientar el desarrollo hacia la mejora de la calidad de los seres humanos y de los demás organismos vivos”* (19).

Por otra parte, al contrastar las entrevistas en virtud de las características del cuidado humanizado, es posible afirmar que el cuidado brindado requiere el cumplimiento de los principios bioéticos en que se sustenta nuestra profesión, los cuales incluyen la beneficencia, no maleficencia, autonomía y la justicia.

Estas dimensiones están siempre presentes en la relación de las personas (18). Sin embargo, existen ocasiones en que estos principios se ven cuestionados debido a situaciones de urgencia vital que conllevan decisiones complejas, tales como el realizar esfuerzos terapéuticos en etapas naturalmente finales de la vida y además debido a propias concepciones del deber ser de enfermería.

### **c) Inclusión de la familia y el entorno social.**

La atención de salud en la unidad de urgencias, siempre involucra tres elementos que se mantienen durante todo el proceso de la atención: la persona, el acompañante y el profesional de salud que lo atiende. Para obtener una atención integral y de calidad, debe haber un diálogo permanente entre ellos, para que de este modo el profesional entregue conocimientos y habilidades, el paciente manifieste sentimientos y deseos, y la familia se involucre en el proceso para ayudar en la recuperación de la persona (7).

En esta investigación, dos entrevistados consideraron la inclusión de la familia y el entorno del usuario, haciéndolos partícipes del cuidado de éste. En relación a la familia, J. Watson también la considera en el concepto de cuidado humanizado, estableciéndolo en uno de los supuestos de su teoría: *“El cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento personal y familiar”*, donde la persona debe mantener una relación armónica tanto con él mismo, como con su entorno (15). Un estudio revela que es de vital importancia para la calidad de vida de la persona, el reconocimiento y apoyo familiar (16). Otros estudios concluyen, que una de las estrategias para favorecer el cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados, sería el considerar e incluir a la familia como integrantes del proceso de cuidado(20).

Humanizar se sustenta en la ética y en los valores morales, conceptos que deben compatibilizarse con los avances científicos y tecnológicos para brindar una atención de calidad (21). Las condiciones del clima laboral, tanto dinámicas como estáticas determinan, según los entrevistados, las características del cuidado a otorgar, influyendo tanto de forma positiva como negativa en la atención humanizada.

A través de los discursos obtenidos, es posible identificar dos subcategorías dentro de las condiciones del cuidado humanizado:

#### **a) Ambiente dinámico**

El ambiente dinámico considera las características personales de cada profesional, los valores presentes en la atención y el trabajo en equipo. Dentro de las características esenciales para brindar este cuidado, es que debe ser otorgado en un contexto de respeto.

*“...Cuidado humanizado habitualmente (...) es velar por el respeto y el manejo del paciente en todo su pesar...”  
E04 (L4-L5)*

La incorporación de este concepto se condice con la teoría de Watson, quien refiere que la persona debe ser cuidada con respeto, dedicación y responsabilidad (4).

Si bien, la mayoría de los entrevistados identifican el respeto como una condición necesaria para otorgar un cuidado humanizado, éste debe ser mutuo para que sea fructífero. Sin embargo, existen situaciones que frecuentemente lo vulneran, mermando la relación entre el profesional y el usuario.

Por otra parte, muchas veces los usuarios desconocen la normativa que rige el proceso de admisión y categorización de los consultantes; consideran su situación de mayor gravedad que requiere atención médica inmediata, produciéndose roces y dificultades que generan diversas reacciones tanto en los usuarios como en el personal de salud (22).

Esta situación se ve reflejada en un estudio realizado en Colombia, en el cual los usuarios externos del Servicio de Urgencia definen la selección de demanda como una *“pérdida de tiempo”*. Ellos no tienen claro cuál es el propósito de la priorización de la atención y muchas veces exageran su sintomatología para lograr ser atendidos en un menor tiempo, basados en la creencia de que quienes tienen signos evidentes de algún trauma o enfermedad, serán atendidos primero (22). Sin embargo, para uno de los informantes, la categorización no es la raíz del conflicto, sino el tiempo de espera prolongado resultante de esta priorización. Estos tiempos de espera resultan incomprensibles para las personas, ya que aquellos que tengan patologías de menor gravedad, tendrán que esperar más tiempo con el fin de enfocar la atención en quienes requieren un tratamiento oportuno por el riesgo vital que su patología conlleva. Es así que un profesional enfermero de un hospital de Santiago refiere: *“Las unidades de emergencia, normalmente reciben un gran número de consultas que debieran ser resueltas en la atención primaria, lo que provoca el aumento de los pacientes en espera...”* (23). A nivel mundial, un alto porcentaje de consultantes de las unidades de emergencia hospitalaria no califica realmente como una emergencia, siendo ellos quienes obstaculizan la atención inmediata y oportuna de aquellos que sí son considerados una emergencia vital (24), dato que se refleja en el discurso de uno de los profesionales entrevistados.

Sin embargo, uno de los participantes de la investigación señala que hay que entender la diferencia entre el significado que le da el paciente y el personal a una emergencia:

*“... No porque tú sabes una parte de la atención, te vas a creer que tienes el poder por sobre la otra persona y pensar que la persona te está consultando porque no necesita. La urgencia para nosotros es diferente a la urgencia para el paciente o para los familiares...” E01 (L11-L17)*

Es así que, el respeto y otros valores mencionados por los entrevistados, surgen espontáneamente para dar una definición al cuidado que se debiera brindar en sus unidades. Uno de ellos es la empatía, el cual se ve reflejado en los discursos.

Independiente de las características del servicio de urgencias y de los tiempos de espera, los usuarios también señalan que en cuanto a los cuidados recibidos, lo más importante es la empatía y capacidad de entrega de los profesionales (25).

Según la teoría transpersonal de J. Watson, la práctica de enfermería debe sustentarse sobre un sistema de valores humanísticos, los que deben ser forjados durante todo el ejercicio profesional (26). Dentro de estos valores se encuentra la dignidad humana y el respeto hacia la privacidad de la persona (27).

Según la misma teorista, existen variables externas que influyen en el cuidado, como lo son el confort, la seguridad, intimidad y los ambientes limpios y estéticos (21). El profesional enfermero vive constantemente la necesidad de que los cuidados se entreguen de forma segura, por lo cual conocer sobre estos aspectos desde su mirada, se transforma en un aporte importante a la hora de mejorar dichos cuidados. A pesar de esto, el profesional enfermero percibe con mucha preocupación y como difícil el proceso de entrega de cuidados seguros (28).

Dentro de la subcategoría ambiente dinámico, es posible identificar el trabajo en equipo como otro concepto importante a la hora de otorgar un cuidado humanizado. Los esfuerzos grupales, bien cohesionados, producen un desempeño mayor que los aportes individuales (29). Dentro de los resultados obtenidos en la investigación, se encuentra la relevancia que tiene el trabajo en equipo en lo relativo al cuidado humanizado otorgado al paciente.

Otros estudios mencionan que durante la entrega de cuidados es necesaria la participación del equipo y que éste brinde una atención basada en la solidaridad, con el fin de que se consiga una ayuda mutua entre el personal y el paciente, lo que contribuye finalmente a la restauración de su salud a través de un trato humano (29). Además, hoy en día el cuidado de las personas es cada vez más complejo, lo cual convoca a todo el equipo de salud para corregir los problemas de calidad en la atención (30). Sin embargo, para los entrevistados existen factores que impiden un adecuado trabajo en equipo, lo que repercute finalmente en el cuidado humanizado:

*“En cuanto a las dificultades, la sobrecarga laboral. En el personal igual hay agotamiento...” E02 (L17, L26-L28)*

A su vez, una de las causas de esta sobrecarga, podría ser el insuficiente personal de salud presente en la Unidad de Emergencia, especialmente en cuanto a técnicos paramédicos se refiere:

*“... Hay limitaciones (...) por personal (...) hay momentos, (...) en que te ves disminuida en la gente porque por otras razones han tenido que salir del servicio. A veces podemos tener 3 traslados, tenemos 7 paramédicos y te quedas con 4.” E01 (L62-L64)*

## b) Ambiente estático

Si se considera lo mencionado anteriormente y se analizan los diversos discursos, es posible inferir que las características del ambiente estático presentes en este servicio de urgencias no permiten que se otorgue un cuidado digno que vele por la seguridad y privacidad de los pacientes.

Las condiciones físicas del lugar dificultan un cumplimiento satisfactorio de la privacidad, especialmente durante el proceso de duelo, donde se hace relevante permitir la compañía y asistencia espiritual a quienes se enfrentan a esta situación.

La privacidad de los usuarios y sus familias es un derecho fundamental, donde el espacio físico juega un rol imprescindible, influyendo directamente en el bienestar y comportamiento de éstas. Para ello, se deben considerar aspectos como el mobiliario, iluminación, color, ruido, temperatura ambiental, calidad del aire, espacio, entre otros, con el fin de mejorar la calidad de la atención de los usuarios (20), características que, según el discurso de los involucrados, no se cumplen en el servicio de urgencia en que se desempeñan.

En los servicios de urgencias, el contexto difiere al de otros servicios, ya que el profesional de enfermería debe cumplir con una multiplicidad de tareas en un tiempo reducido, lo cual mecaniza las acciones del cuidado. En ciertas ocasiones, esto va en desmedro de la calidad de la atención otorgada, razón por la que es fundamental que los profesionales adquieran conciencia de la deshumanización, con el fin de evitarla.

Además, en el sistema de la urgencia existe una resistencia al cambio, la cual probablemente deriva en una despersonalización, entendiendo ésta como falta de sensibilidad hacia la persona cuidada. Ésta se puede reflejar cuando el profesional visualiza la experiencia del sujeto como externa a él, descontextualizándola y por consiguiente provocando una pérdida de la capacidad de asombro.

Aunque las nociones básicas de la enfermería comienzan desde la formación del profesional en las aulas, la humanización de los cuidados considera múltiples aspectos sociales y psicológicos que nacen en la persona desde mucho antes. La vocación se considera como un elemento diferenciador entre un profesional y otro, lo que uno de los entrevistados también reconoce.

El panorama actual que enfrenta el enfermero en los servicios hospitalarios, generalmente dificulta la entrega de este tipo de cuidado, debido a las limitaciones del ambiente, ya sea estático o dinámico, las cuales pueden verse aumentadas en las UEH. Ante tales limitaciones, los entrevistados reconocen el surgimiento de diversas emociones. Sin embargo, uno de los entrevistados reconoce el optimismo como el mecanismo adecuado para afrontar estas situaciones.

Aun así, es importante mencionar que el profesional enfermero debe ser también acreedor de un cuidado humanizado por

parte de sus empleadores, lo que implica una satisfacción generalizada, es decir, tanto para el usuario interno como externo. No es fácil humanizar la atención en la UEH, pues no basta con la voluntad de otorgar un servicio de calidad, sino que es necesario un replanteamiento conceptual y de las condiciones que hagan posible el cuidado humanizado. El profesional de la salud se enfrenta a un gran desafío, que es ejercer su actividad en un entorno marcado por numerosas exigencias y obstáculos, ofreciendo cuidados científicamente válidos, culturalmente competentes, cálidos, seguros e individualizados.

#### **Sugerencias a los futuros profesionales de enfermería:**

- Considerar las herramientas personales (actitudinales, emocionales y espirituales) y cuestionar si realmente son suficientes para sobrellevar las limitaciones ya mencionadas al momento de seleccionar un servicio de urgencias como opción laboral, ya que éste se caracteriza por poseer un ambiente exigente tanto física como emocionalmente, lo que dificulta la humanización del cuidado.
- Incorporarse a un nuevo servicio, es una oportunidad de desarrollar y difundir las propias experiencias, conocimientos, motivación y capacidad de trabajo en equipo a todo el personal de salud. En el caso de un servicio de urgencia, toma aún mayor relevancia practicar el cuidado humanizado.

#### **Sugerencias al equipo de salud de los servicios de urgencia:**

- Considerar las oportunidades de capacitación que otorgan los prestadores de salud a sus trabajadores en lo referente al cuidado humanizado, ya que en voz de los sujetos de este estudio, favorece la atención a los usuarios.
- Tomar conciencia y trabajar en las debilidades personales, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención brindada a las personas, además de mantener las fortalezas propias que permitirán al profesional desarrollarse y crecer como tal.
- Reflexionar y reconocer la vocación real que se posee al desarrollarse como profesional, pues la vocación de ayudar al otro cuando se encuentra en situaciones complicadas, nace desde lo más interno de la persona y es lo que permitirá enfrentar y resolver las situaciones diarias con mayor facilidad, además de aumentar la satisfacción propia.
- Incluir a la familia y personas significativas para el usuario, considerando su participación activa en los cuidados de éste, entregando información completa y oportuna a través de un buen trato.
- Realizar reuniones periódicas con el fin de formar equipos de trabajo dentro de la unidad para desarrollar nuevas ideas, conocer la percepción del equi-

po de enfermería y proponer metas en conjunto en lo referente al buen trato, derechos y deberes de la persona atendida, información a familiares, y todo lo que concierne al cuidado humanizado.

- Realizar campañas educativas a nivel del servicio utilizando como estrategia para su masificación el uso de redes sociales como *facebook*, *twitter* y *youtube*, con el propósito de concientizar e informar a la población sobre la importancia de la categorización en la atención de urgencia, y de este modo lograr reducir el número de consultas no pertinentes, es decir aquellas que se pueden resolver en establecimientos de menor complejidad. Todo esto a través de un lenguaje ameno, cercano y claro, de tal manera que permita motivar y sensibilizar a una gran cantidad de personas, para que éstos en conjunto contribuyan a disminuir el colapso en los servicios de urgencias.

#### **Sugerencias a las Universidades que imparten la carrera de Enfermería:**

- Incluir en sus mallas curriculares de pregrado y planes educativos de postgrado, el estudio y la práctica del cuidado humanizado. Sensibilizar al personal docente sobre aquello, para que incorporen en sus estudiantes los conceptos básicos que lo integran, creando una cultura de cuidado humanizado no sólo en la práctica, sino también en el aula y en sus hogares.
- Incentivar la realización de estudios cualitativos que aborden el cuidado humanizado, tanto en el ámbito de la docencia como también en los estudiantes, con el objetivo de difundir los resultados obtenidos y así aportar con conocimientos actualizados a la disciplina de enfermería.

## **5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Urra E. Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. *Ciencia y Enfermería*. 2009 Agosto; XV(2): p. 9-18.
2. Cabal V, Guarnizo M. Enfermería como disciplina. *Revista colombiana de Enfermería*. 2011 Julio; 6: p. 73-81.
3. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Revista Scielo*. 2007 Octubre; XX(4): p. 499-503.
4. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*. 2011 Noviembre 29; XVII(3): p. 11-22.
5. Ferrer M. Agenda pública, Universidad de Chile. [Online].; 2004 [citado el 4 Jun 2014]. Disponible en: [http://www.agendapublica.uchile.cl/n4/1\\_ferrer.html](http://www.agendapublica.uchile.cl/n4/1_ferrer.html).

6. Ceballos P. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería*. 2010 Marzo 22; XV(1): p. 31-35.
7. Durán C. Enfermería en cuidados críticos y neonatales: Atención humana del paciente en urgencias. [En línea].; 2006 [citado el 4 Jun 2014]. Disponible en: [http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Enfermeria/Atencion\\_humana\\_del\\_paciente\\_de\\_urgencias.pdf](http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Enfermeria/Atencion_humana_del_paciente_de_urgencias.pdf).
8. Hernández L, Zequeira D, Miranda A. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. *Revista cubana de Enfermería*. 2010 Enero; XXVI(1): p. 30-41.
9. Torres C. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Avances en Enfermería*. 2010; XXVIII(2): p. 98-110.
10. Da Silva L, Coelho M, De Lima C, Silva de Souza P. Cuidados de enfermería: su sentido para enfermeras y pacientes. 2002; XXXVII.
11. Muñoz Y, Coral R, Moreno D, Pinilla D, Suárez Y. Significado del cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería. *Revista repertorio de Medicina y Cirugía*. 2009; XVIII(4): p. 246-250.
12. Acuña M. Humanización en el Cuidado de Enfermería. *Estudiocomparativo.SwissMedicalGroup, Departamento Docencia e Investigación de Enfermería*; 2013.
13. Palacios L. Cuidado humanizado de Enfermería y nivel de satisfacción de los familiares de usuarios atendidos en el servicio de emergencia. Tesis pregrado. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencias de la salud; 2013.
14. Figueroa W, Giménez M, Godoy L. Universidad Centro Occidental decanato de ciencias de la salud. [En línea].; 2010 [citado el 1 Jun 2014]. Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu/ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TIEWY44DV4F532010.pdf>.
15. Dias E, Santana L, Oliveira E. La enseñanza superior de enfermería: implicaciones de la formación para cuidado transpersonal. *Rev. Latino-Am. Enfermmagen*. 2011 Marzo; XIX(2).
16. Ferré-Grau C, Rodero V, Cid D, Vives C. El relato de la experiencia depresiva. Aplicando los factores cuidativos de Jean Watson. *Index Enfermería*. 2008 Enero; XVII(1).
17. González L, Velandia A, Flores V. Humanización del cuidado de Enfermería. De la formación a la práctica clínica. *Conamed. Suplemento de Enfermería*. 2009 Octubre;; p. 40-43.
18. Franco Z. La bioética y la ética del cuidado para el desarrollo humano integral. Hacia la promoción de la salud. 2009 Enero; XIV(1).
19. German C, Hueso F, Huércanos E. El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enfermería Global*. 2011 Julio;(23): p. 221-232.
20. Cedrés S. Ministerio de Salud, Gobierno de Perú. [En línea].; 2014 [citado el 7 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgiem/cendoc/pdfs/HUMANIZACI%C3%93N%20Y%20CALIDAD%20DE%20LOS%20AMBIENTES%20HOSPITALARIOS.pdf>.
21. Beltrán C, López A, López L, Ramírez A, Vallejo Y. Cuidados de enfermería humanizados en el servicio de urgencias. Coloquio nacional de investigación en enfermería. 2003; XVI: p. 394-406.
22. Lopera M, García M, Madrigal C, Forero C. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2010 Febrero; XXVIII(1).
23. Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente. Complejo asistencial Dr.Sótero del Río. [En línea].; 2014 [citado el 7 Jun 2014]. Disponible en: [http://www.hospitalsoterodelrio.cl/home/index.php?option=com\\_content&view=article&id=216:ipor-que-es-necesario-categorizar-al-paciente-en-el-servicio-de-urgencia&catid=3:newsflash](http://www.hospitalsoterodelrio.cl/home/index.php?option=com_content&view=article&id=216:ipor-que-es-necesario-categorizar-al-paciente-en-el-servicio-de-urgencia&catid=3:newsflash).
24. Kalemoglu M, Keskin O, Demirbas S, Özisik T. Non-urgent patients in an Emergency Medical Service. *Revista médica de Chile*. 2004 Septiembre; CXXXII(9): p. 1085-1089.
25. Consolini M. Acciones del profesional de enfermería para la satisfacción de las necesidades emocionales, espirituales y sociales del adulto mayor. Tesis. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, Departamento de Enfermería; 2011.
26. Abades M. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. *Gerokomos*. 2007 Diciembre; XVIII(4).
27. Cristiane K, Lorenzini A. Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la teoría del cuidado transpersonal y complejo. *Revista Latino-am Enfermagen*. 2009 Marzo; XVII(2).
28. Cometto M, Gómez P, Cassiani S. XIV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. [En línea].; 2014 [citado el 7 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.coloquioenfermeria2014.com/es/percepci%C3%B3n-de-enfermer%C3%AD-en-relaci%C3%B3n-la-seguridad-de-los-pacientes-internados#.U5h4nXJ5PoZ>.
29. González R, Bracho C, Zambrano A, Marquina M, Guerra C. El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud. *Revista Salud de la Facultad de Ciencias de la Salud*. 2013 Abril; VI(2).
30. Bautista E, Devesa A, Guitart M, Palma M, Pérez M. Enfermería ¿trabaja en equipo? Tesis postgrado. Barcelona: Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona, Master de administración y gestión en cuidados de enfermería; 2008.

# ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR COITAL

## TRATAMIENTO EN UN CASO DE DISPAREUNIA

HUMANIZED CARE FROM THE PERSPECTIVE OF EMERGENCY NURSE IN A HOSPITAL FROM QUILLOTA, CHILE.

CUIDADO HUMANIZADO DESDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL DE QUILLOTA, CHILE.

**Autora:** Gabriela Perez Nocetti (1)

Recibido: 05/09/2014

Aceptado: 30/10/2014

### RESUMEN

El presente es un estudio tipo descriptivo: presentación de un caso clínico de dispareunia.

El objetivo principal del trabajo es visibilizar un problema poco conocido pero no poco frecuente, y que tiene un gran impacto en la calidad de vida de las mujeres que lo padecen.

Como objetivo secundario se propone promocionar un tratamiento con un enfoque práctico y novedoso, que evita recurrir a clasificaciones simplistas y de tipo más orgánico.

Se concluye que en estos casos es beneficioso un tratamiento individualizado, respetando los tiempos de la paciente, y que tenga en cuenta factores emocionales, culturales, psicológicos, y relacionales muy complejos e individuales, ampliando el abordaje más clásico de esta patología.

**Palabras clave:** vaginismo, salud sexual, síntomas afectivos, terapéutica, disfunciones sexuales psicológicas.

### ABSTRACT

This is a descriptive study: the presentation of a clinical case of dyspareunia.

The main aim of this research is to visualize a frequent and not very well-known problem that has a big impact on the quality of life of the women who suffer it.

As a secondary objective, a novel and practical treatment, which avoids simplistic and only organic classifications, is proposed.

(1) Hospital Comarcal de Palamos, Catalunya, España.  
lucerverdeazul@yahoo.es

The conclusion is that in these cases an individualized treatment, respecting the timing of the patient, and taking into account the complex emotional, cultural, psychological and relational factors, broadening the classical approach to this pathology, is beneficial.

**Keywords:** vaginismus, saúde sexual, affective symptoms, therapeutic, sexual dysfunction psychological.

### RESUMO:

O presente é um estudo tipo descritivo: apresentação de um caso clínico de dispareunia.

O objetivo do trabalho é tornar visível um problema pouco conhecido, mas não infrequente, e com grande impacto na qualidade de vida das mulheres que o padecem.

Tem como objetivo secundário oferecer um novo e prático enfoque do tratamento, evitando a utilização de classificações simplistas, mais do tipo orgânico.

Concluiu-se que nestes casos o tratamento individualizado traz mais benefícios, respeita os tempos da paciente e atende aos fatores emocionais, culturais, psicológicos e relacionais muito complexos e individuais, ampliando a abordagem mais clássica dessa patologia.

## INTRODUCCIÓN

La dispareunia, según DSM- IV se define como una disfunción sexual que, junto con el vaginismo, se agrupa dentro de los trastornos por dolor asociados a la relación sexual. Se estima que la sufren entre 10 y 30% de las mujeres (6)(8). A pesar de esta alta prevalencia, existe poca investigación en este tema.

El principal aporte del siguiente caso clínico, radica en el hecho de que se trata por tanto de una patología en muchas ocasiones subvalorada e subdiagnosticada, que afecta a gran cantidad de mujeres, y que tiene gran impacto en su salud.

Es interesante destacar que hasta épocas recientes la salud sexual no era una parte integrante del concepto salud. Recién en el año 1987 la OMS la define como un derecho básico del ser humano.

Las disfunciones sexuales son definidas como alteraciones en alguno de los procesos del ciclo de respuesta sexual o dolor asociado a la relación sexual. Es determinante a la hora del diagnóstico de un trastorno sexual la presencia de niveles altos de malestar personal y dificultades interpersonales generadas por dicha alteración. En términos generales, la dispareunia, se refiere a la experiencia de dolor genital asociado a la relación sexual. En la forma habitual se presenta durante el coito, pudiendo aparecer al inicio de la penetración, en algún punto de la entrada de la vagina, o sentirse más profundamente. La sintomatología que presentan las mujeres que sufren este trastorno son variadas, pudiendo experimentarse como sensación de quemazón, irritación, puntadas, escozor o molestias vagas (8). La intensidad y duración de estas sensaciones son igualmente variables, abarcando desde experiencias ligeras y breves hasta persistentes y de gran intensidad. Suelen asociarse a vaginismo. La dispareunia puede ser de causa orgánica o no orgánica. Dentro de las causas orgánicas pueden encontrarse:

- Endometriosis (presencia anómala de endometrio en vagina y/o ligamentos).
- Infecciones vaginales o vulvares (vaginosis, bartolinitis).
- Vaginosis atrófica (déficit estrogénicos)

Según la localización del dolor, la dispareunia puede ser consecuencia de:

Dolor en la entrada vaginal, es el más común de una causa psicógena; vaginismo; patología del himen y/o del clítoris.

Dolor en el conducto medio vaginal, causado por, uretritis; trigonitis; cistitis; uso de diafragma; vagina corta congénita.

Dolor profundo, ocasionado por inflamación pélvica; endometriosis; retroversión fija uterina; endometritis; patología ovárica; síndrome de congestión pélvica; embarazo ectópico; hemorroides, fisuras, inflamación del recto; artritis lumbosacra, migraña, hernia discal (9).

Los problemas de dispareunia suelen afectar a las relaciones conyugales, que se viven de manera insatisfactoria y acaban

generando sentimientos de temor y malestar en ambos miembros de la pareja. En el ámbito personal la mujer con una disfunción sexual suele padecer problemas de ansiedad y depresión. Experimenta sentimientos de culpabilidad e inadecuación personal, lo que genera una baja autoestima. Así mismo, se sienten insatisfechas con su imagen corporal (10).

En general, los datos muestran que las disfunciones sexuales tienden a cronificarse, siendo improbable que se resuelvan sin ayuda específica. En ocasiones al efecto directo de la disfunción en sí, se le añade las reacciones que se producen ante sus efectos (ansiedad, preocupación, pérdida de autoestima, malestar y conflicto en la relación de pareja, etc) y que hacen más difícil su abordaje agudizando el problema. Existe también el síndrome de vestibulitis vulvar, debido a una inflamación crónica de los tejidos del vestíbulo vaginal. Las mujeres que lo padecen experimentan dolor y quemazón intensos, que en una exploración visual puede pasar inadvertida, identificándose la zona afectada al responder con dolor al ser tocada suavemente con una bola de algodón. La etiología de este síndrome es desconocida, y afecta a mujeres entre 20 y 40 años que han tenido relaciones sexuales satisfactorias hasta comenzar a padecer dolor que ha ido incrementando con el paso del tiempo (11).

Entre los variados factores que influyen en esta patología, en lo que se refiere al parto por ejemplo, se sabe que aproximadamente hasta el 70% de las mujeres podría presentar un traumatismo perineal con el parto vaginal (desgarro o episiotomía), y requerirá puntos de sutura. Este daño puede provocar dolor perineal durante semanas posteriores al parto y algunas mujeres presentan dolor a largo plazo y malestar durante el coito (1). El traumatismo perineal puede ser muy molesto y entorpecer la adaptación de la nueva madre a los cambios hormonales que acontecen en el postparto.

Una encuesta de 2000 mujeres cursando postparto realizada por The National Childbirth Trust en el Reino Unido, halló que el dolor perineal y el malestar postparto eran un problema muy angustiante para las madres y podría afectar significativamente su función y experiencia de maternidad (2). Las investigaciones en este tema son insuficientes, a pesar de que el dolor postparto es un problema relativamente frecuente. Es por esto que los profesionales de salud deben estar alertas a este tipo de disfunción, que puede tener repercusiones en la vida personal, familiar y social de la mujer (3). Por otro lado, la técnica de sutura así como el material empleado, entre otras cosas, tienen gran influencia en estos resultados; actualmente se registran grandes variaciones entre los profesionales (4). Tampoco hay actualmente suficientes estudios que demuestren la superioridad de realizar o no sutura quirúrgica en los desgarros de 1º y 2º grado, en cuanto a cicatrización y recuperación postparto (5).

Por otro lado existen estudios que muestran que la dispareunia a largo plazo post parto está relacionada más con una vivencia insatisfactoria en el parto que con el trauma perineal (6).

Cabe destacar que habitualmente el tratamiento del dolor perineal postparto se realiza con analgésicos orales, estando

actualmente cuestionado el uso del ultrasonido terapéutico para el tratamiento del dolor perineal agudo o persistente y la dispareunia (7).

Resulta interesante que desde que comenzaron a desarrollarse estudios sobre la sexualidad humana, han sido varias las propuestas taxonómicas de las disfunciones sexuales. La revisión de los distintos sistemas de clasificación propuestos, muestra que la mayoría de los mismos se sustentan en criterios específicamente fisiológicos para diagnosticar un problema, dejando fuera factores que juegan un papel fundamental en la vivencia de la sexualidad como son los aspectos cognitivos y afectivos (10).

Asimismo la creación de entidades problemáticas diferenciadas que todo sistema de clasificación propone es cuestionable en un campo tan amplio como la sexualidad. Por esto, en ciertos casos resulta difícil separar un trastorno de excitación de uno de deseo u orgasmo, teniendo que asignar a una misma persona varias disfunciones a la vez. Por otro lado, en el caso de dispareunia el motivo que provocó el dolor en un principio podría desaparecer, como se verá en el caso presentado, pero la paciente ha aprendido a esperar ese dolor y se ha generado el temor a la relación sexual, mayor tensión, con lo cual se amplía el problema, generándose un círculo vicioso en que la mujer (y su pareja) se sienten atrapados.

La desinformación, las actitudes negativas y los tabúes que permanecen en algunas culturas en relación a la sexualidad (en general y en particular la femenina), y el desconocimiento del propio cuerpo especialmente sus propios genitales son factores que influyen en la evolución de estas disfunciones, y que se deberían tener en cuenta en su enfoque (11).

Para la OMS el consejo sexual es un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo.

Con la presentación de este caso, podemos ver que el tratamiento propuesto, la evolución y resultados obtenidos demuestran que el tratamiento de este tipo de disfunciones debe realizarse de forma individualizada, y teniendo en cuenta los factores emocionales, culturales, psicológicos, relacionales, complejos e individuales, que hacen que el abordaje deba ampliarse, respetando los tiempos de la paciente.

## **DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Se trata de una mujer de 35 años de edad, de profesión comercial, derivada por su ginecólogo con el diagnóstico de dispareunia. Como antecedentes personales presenta grupo sanguíneo O Rh positivo, con índice de masa corporal normal. En relación a los hábitos, realiza dieta variada, no consume sustancias tóxicas ni toma medicación en forma habitual y practicó regularmente deporte de impacto antes del parto (step). Actualmente ha comenzado a realizar gimnasia hipopresiva. Respecto al tránsito digestivo presenta estreñimiento ocasional por el que no ha consultado nunca, sin hemorroides

ni incontinencia. Con respecto al tránsito urinario no refiere incontinencia. Como antecedentes quirúrgicos es portadora de prótesis mamaria bilateral desde el año 1999. Desde el punto de vista gineco-obstétrico: 1031 (paridad, sigla que quiere decir en este caso: 1 parto de término, 0 de pretérmino, 3 abortos y 1 hijo vivo actualmente). Antecedente interrupción voluntaria de embarazo a las 9 semanas, y un aborto a las 11 semanas con diagnóstico de síndrome de Turner. Estudio de trombofilias normal. Parto eutócico a término tras embarazo de evolución normal, bien controlado y tolerado. Se realiza biopsia de corion por antecedentes, resultando normal. No realiza preparación para el parto ni masaje perineal durante el embarazo.

Ingresa en trabajo de parto en fase activa. Utiliza analgesia peridural. Duración del trabajo de parto de 7 hs. Duración del periodo expulsivo de 2 horas y 50 minutos que se produce en la posición semi sentada con reposa talones, se realiza protección manual de periné. No se realiza episiotomía. Alumbramiento espontáneo y completo a los 10 minutos. Bebe sexo femenino, peso: 3970, Test de Apgar: 9/10/10, que realiza contacto piel con piel inmediato pero con interrupciones. Se produce un desgarro en periné posterior tipo II, que se sutura con ácido poliglicólico sintético absorbible a mediano plazo 1/0 y 2 /0, presentando edema severo. En puerperio cursa una anemia severa que le produce cuadro de astenia tratada con hierro por vía oral y por vía endo venosa. Durante el postparto se sintió angustiada, con dificultades en la relación materno-filial y con la lactancia materna, dejando de amamantar a las tres semanas de nacido su hijo. Es dada de alta a las 48 horas con analgésicos y sulfato ferroso. A la semana consulta por dolor perineal a la defecación. Presenta dehiscencia de la cicatriz e infección por lo que realiza tratamiento antibiótico, anti infamatorio vía oral y tópicos. Se produce cicatrización por segunda intención. A los dos meses es vista por cirujano que diagnostica fisura anal y hemorroides tratándola con nitroglicerina tópica.

Actualmente es derivada por su ginecólogo por dolor en las relaciones sexuales y cicatriz de perineorrafia asimétrica. Desde el parto refiere haber intentado tener relaciones sexuales en una oportunidad experimentando dolor superficial y desde entonces tener mucho miedo que la bloquee ante cualquier acercamiento de su pareja. Los detalles de la anamnesis, así como del examen y tratamiento se irán exponiendo en el desarrollo por sesiones. El examen físico realizado por el ginecólogo que deriva a la paciente está informado como normal. Descartadas las patologías orgánicas por el ginecólogo tratante, el examen físico se irá realizando según lo permita la paciente y según evolución, en el transcurso de las sesiones.

## **Tratamiento y evolución**

Régimen de tratamiento: se plantean realizar sesiones semanales, en un número aproximado de cinco sesiones, que variará de acuerdo a la evolución y necesidades de la paciente.

**1ª sesión.** La paciente se presenta muy angustiada, llorando, comenta su vivencia del parto sobre todo del postparto que refiere haber vivido con mucho dolor, angustia, decaimiento y



agobio. Explica que no puede tener relaciones sexuales, aunque ella y su pareja lo desean. Tiene miedo al dolor y siente que su vulva y vagina “son feas”. Refiere haberlo intentado en una ocasión y con la penetración presentar dolor superficial teniendo que dejarlo; sentía deseo sexual pero se encontraba muy tensa. A partir de ahí, el miedo a repetir la experiencia dolorosa hace que evite cualquier contacto poniéndose muy tensa y ansiosa frente a esta posibilidad. Asimismo expresa no poderse mirar al espejo desde el parto y mucho menos tocar sus genitales. Relata tener muy buena relación con su marido, diciendo que la apoya mucho “le tiene mucha paciencia”, pero que tiene miedo que con tanto tiempo en esta situación se “canse de ella”.

Tracto Urinario: no presenta incontinencia ni otros síntomas. Tránsito Digestivo: no presenta incontinencias. Tiene estreñimiento habitualmente.

Intervención: empatía, desculpabilización y refuerzo positivo. Se le tranquiliza y explica que lo que le pasa tiene solución y que parece muy positivo el hecho que reconozca su problema, lo pueda expresar y haya buscado ayuda.

Se informa la forma de trabajar y la utilidad que en algún momento de la terapia se le realice un examen intra vaginal. Se propone que entre el profesional y ella se realizará un plan de tratamiento que en ningún momento será rígido sino que estará abierto a lo que vaya surgiendo, según sus necesidades y la evolución. Se manifiesta también la necesidad que ella misma adquiera un compromiso con la recuperación de su salud. Se habla de los hábitos miccionales y defecatorios. Relata la realización de valsas en apnea en cada defecación. Se aconseja medidas higiénico-dietéticas para tratar el estreñimiento.

Se sugiere que piense en su hogar, qué objetivos quiere plantearse para este tratamiento y se propone el ejercicio durante la semana de intentar tomar consciencia de las sensaciones y/o emociones que percibe en su suelo pélvico en las siguientes situaciones de la vida cotidiana: caminar, correr, reírse, estornudar, toser, coger a su bebé en brazos, subir una escalera, cantar. Estando de acuerdo la señora se retira agradecida e ilusionada.

## 2ª sesión

Describe que sigue angustiada, sobre todo por el hecho de que no ha podido darle de mamar a su hija. Se comenta su caso de ingurgitación mamaria a los tres días mal resuelto que derivó en mastitis con intenso dolor e interrupción de la lactancia. Se desculpabiliza. La señora se tranquiliza pero refiere haber tomado la decisión de no tener más hijos. Ambas, terapeuta y usuaria acuerdan en este tratamiento intentar dejar de sentirse mal consigo misma y con la bebé. Se estipula por escrito el objetivo principal del tratamiento. Se aconseja escribirlo en positivo: *“El objetivo de mi tratamiento es llegar a sentirme bien conmigo misma, con mi bebé y mi pareja.”*

De común acuerdo, se plantean los siguientes objetivos:

- Conocer más su cuerpo y en particular su suelo pélvico.
- Desbloquear articulaciones y músculos que pudieran estar implicados en su dificultad actual.
- Desbloquear diafragma para una respiración libre y expresión de las emociones.
- Lograr percepción positiva de su musculatura perineal y genitalidad.
- Recuperar el placer sexual.

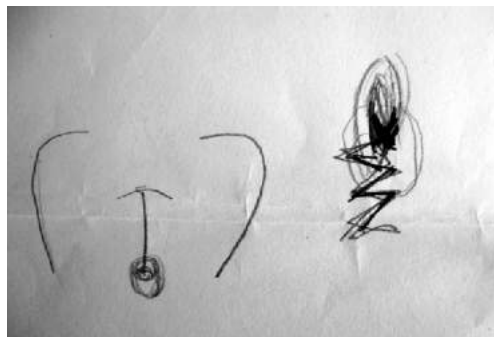
Para ello, se plantea un trabajo propioceptivo y de movimiento y, cuando se sienta preparada incluir valoración mediante tacto vaginal para trabajo más específico. En cuanto al ejercicio propuesto en la sesión anterior la señora expresa que no percibe absolutamente ninguna sensación en su suelo pélvico. Se realiza valoración postural: en la marcha presenta la mirada baja y cabeza dirigida hacia delante.

Valoración frontal: en rasgos generales bien centrada, apoyo de los pies con discreta rotación externa. Respiración superficial irregular, hombros algo encogidos hacia delante. Pelvis simétrica. Valoración lateral: algo acentuada la lordosis lumbar, y cabeza anteriorizada, (compensando la lordosis lumbar) hombros hacia delante. Valoración posterior: discreta escoliosis que refiere ser asintomático. Test de flexión en bipedestación: presenta iliaco izquierdo bloqueado.

Se trabaja la propiocepción de la pelvis de la siguiente manera:

Antes de comenzar los ejercicios se le aconseja que dibuje su propia pelvis según la perciba. Materiales: hoja lisa blanca y colores varios. Al observar el resultado de la figura 1, comenta la percepción de “una zona oscura”, en contracción, asociada a sensaciones desagradables.

Figura 1.



Se aclara que estas percepciones van a ir modificándose en el transcurso del tratamiento, y que sería interesante realizar otros dibujos a medida que vaya avanzando. Está de acuerdo y se le ve motivada.

Ejercicios: se realiza técnica de desbloqueo de articulación sacro-ílica según técnica de inducción mio fascial sacro ílica profunda en plano transverso.

Ejercicios de propiocepción: palpación de los puntos referentes de la pelvis en maqueta y luego en su propio cuerpo: crestas ílicas, pubis, sacro-coxis, espina iliaca ántero superior, espina iliaca pósterio superior e isquiones.

Percepción en el suelo de los isquiones, la distancia entre ellos y el movimiento. Se practica la percepción sobre colchoneta y con/sin pelota pequeña de las distintas referencias pélvicas.

Respiración: presenta bloqueo diafragmática a predominio de-recho.

Se realiza técnica de desbloqueo diafragmático manual; ejercicios de respiración abdominal, torácica y completa profunda; ejercicios de coordinación con la respiración y elongación de columna; movimientos de las articulaciones, con y sin pelota de esferodinamia; movimientos de la pelvis en anteversión (se lleva la pelvis y los ílicos hacia atrás o adelante tomando como referencia las espinas ílicas ántero superiores ); y retroversión. Además, se enseñan a ubicar la pelvis neutra en bipedestación, sedestación y decúbito. Se muestra un diagrama de los diferentes músculos perineales explicando los puntos de inserción, periné superficial y profundo. Se sugiere tomarse el tiempo para realizar estos ejercicios, y agregar la percepción de los músculos del suelo pélvico, intentando percibir su movimiento contracción/relajación.

### **3ª sesión:**

La usuaria llega muy animada. Se la observa motivada y contenta. Comenta que su pareja también está motivado con el trabajo que está haciendo. Se habla de la sexualidad sin penetración, el mito cultural de la sexualidad coito-centrista. La importancia de las caricias y la relajación, la generación de un ambiente tranquilo y sin prisas, y la importancia de respetar sus tiempos. Comentamos las fases de la respuesta sexual femenina y las diferencias entre la respuesta fisiológica masculina y femenina. Se propone que indague en general, en las cosas que le sirven para relajarse y sentir placer, y a aprender a utilizar técnicas de relajación como la respiración, masaje y música. Se realizan técnicas profundas de desbloqueo miofascial plano transverso a nivel lumbar. Se comienza a trabajar con los músculos de suelo pélvico. Se planifica una valoración clínica para la próxima sesión. Además se trabajan ejercicios de propiocepción de la musculatura superficial y profunda en diferentes posiciones facilitadoras y de mayor dificultad. También la percepción con y sin balón pequeño y con diferentes texturas (bolsa de arena, de semillas pequeñas y grandes, esponja, colchoneta, suelo). Se trabajan posturas para reconocer y evitar las contracciones de musculatura parásita (aductores, glúteos, abdominales). Se recomienda que en su hogar realice estos ejercicios e intente sentarse en un lugar íntimo y relajado y en una postura cómoda visualizar con un espejo su zona perineal.

### **4ª sesión:**

Se continúa con los ejercicios de movilidad pélvica. Refiere no estar segura de poder contraer bien la zona perineal. Durante el examen perineal, previamente se realiza visualización por parte de la paciente con un espejo de sus genitales externos. A la inspección se observa genitales con coloración y humedad normales, y asimetría de los labios menores. Cicatriz de desgarró a la hora 7 (para ubicar el lugar exacto de la lesión imaginamos una esfera del reloj y lo ubicamos en ella). Distancia ano vulvar de 2.5cm. Presenta introito entreabierto ++/+++ . No se visualizan prolapsos ni fugas espontáneas. En cuanto al esfínter anal, no se visualizan asimetrías, hemorroides, ni bostezo anal. Se solicita una maniobra de contracción y no se percibe movimiento, ni inversión de orden. Presencia de contracciones parásitas +++ . Se solicita maniobra de esfuerzo y se visualiza abombamiento vulvar importante sin prolapsos ni fugas. Clítoris con movilidad normal. Reflejo bulbo cavernoso +. Palpación de NFCP (núcleo fibroso central de periné): discreta hipotonía.

Exploración intracavitaria indolora, se realizan ejercicios de relajación dirigida y visualización. Vagina de temperatura y humedad normales de capacidad y elasticidad normales. Reflejo miotático positivo. Se palpan asimetrías en vagina, en zona posterior, con dos puntos de fibrosis no dolorosas en horquilla. Uretra móvil e indolora. Cervix posterior formado, cerrado e indoloro. Fondos de saco libres e indoloros. Palpación bimanual: útero en anteversoflexión indoloro a la palpación. Ampolla rectal ocupada. Test de elevadores: Oxford: 4/5. Presencia de contracciones parásitas: Aductores ++/+++ . Glúteos ++/+++ . Abdominales -/+++ . Realiza apnea en la contracción. Músculo obturador interno: se palpa asimetría con aumento de tensión y molestias a derecha. Tacto Rectal: normotenso (en un ángulo de 90º). Cóccix indoloro. Automatismo presente. Ampolla rectal distendida con materia fecal. Se pide un ejercicio hipopresivo tal y como lo realiza habitualmente: lo realiza de manera incorrecta, aumentando la presión abdominal.

Se realiza bio feedback digital de la contracción muscular perineal corrigiendo los músculos parásitos. Se realizan contracciones rápidas y mantenidas. Se enfatiza en la relajación. Se enseña contracción protectora entre esfuerzos en la vida diaria. Se corrige la metodología de ejercicios hipopresivos y se explica la importancia de asegurarse de realizarlos correctamente.

### **5ª sesión:**

Se encuentra muy motivada porque refiere haber retomado relaciones sexuales sin dolor, con leves molestias al comienzo que ceden progresivamente, aunque sin haber alcanzado el orgasmo. Se realiza masaje cyriax en la cicatriz. Se instruye en la técnica de masaje perineal. Se recomienda realizarlo periódicamente sola o con la pareja. Refiere estar muy motivada con los ejercicios aprendidos y se compromete a la realización de los mismos en su domicilio. Se decide alta y control en unos meses, o previamente si surgiera algún inconveniente.

### En síntesis se considera que los fenómenos abordados en esta intervención se han focalizado en:

Psicoeducación, rehabilitación de hábitos, focalización sensorial (biofeedback, propiocepción, masoterapia), autoestimulación dirigida, entrenamiento muscular vaginal, y técnicas de relajación.

Por otro lado, teniendo en cuenta que las estructuras óseas de la pelvis, los ligamentos, el tejido conjuntivo como el arco tendinoso de la fascia de la pelvis, la musculatura del suelo pélvico y los órganos pélvicos tienen entre ellos una influencia mutua, de manera que una dolencia en una parte, puede provocar dolencias en otras partes del suelo pélvico, y puede conducir a problemas de salud funcionales, se realizaron las técnicas de tratamiento manuales como las técnicas de desbloqueo diafragmático, o de inducción miofascial.

La alta prevalencia de los trastornos sexuales, y su repercusión en la calidad de vida no sólo del paciente sino también de su familia hacen que la formación de los profesionales en el diagnóstico y tratamiento de los mismos resulte imprescindible (9).

La fisioterapia está considerada a menudo como el tratamiento de primera elección en este tipo de disfunciones, dado su carácter no invasivo y los resultados en términos de alivio de los síntomas, la posibilidad de combinar fisioterapia con otros tratamientos, el bajo riesgo/ausencia de efectos secundarios y un coste entre moderado y bajo.

En este tratamiento, se incluyeron todos estos aspectos, abordándolos en el transcurso de las sesiones sin haber planteado una pauta estricta sino adaptándolos según evolución y aceptación/demanda de la paciente.

Entre las limitaciones importantes para alcanzar el éxito en el tratamiento están la motivación y la perseverancia tanto del paciente como del terapeuta y el tiempo que hay que emplear para llevar a cabo los procesos (12). En este caso, la paciente se encontraba muy motivada, con lo cual ha seguido el tratamiento propuesto. Dado que la sexualidad es un pilar básico en la formación de la pareja y familia, diversos autores concuerdan en la importancia del apoyo de la dupla, situación que ha beneficiado a esta usuaria (13, 14,15).

Se ha de destacar también que en el abordaje de las disfunciones sexuales son necesarias, y se han utilizado, ciertas habilidades de comunicación como la empatía, escucha activa, utilización de un lenguaje adecuado, así como la generación de un espacio de intimidad y confianza suficientes para establecerse una relación terapéutica efectiva (12).

### CONSIDERACIONES FINALES

Hasta épocas recientes la salud sexual no era una parte integrante de la salud. Recién en el año 1987 la OMS la define como un derecho básico del ser humano.

Según la OMS La salud sexual es definida como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad”. En nuestro caso, además del malestar físico, (dolor /imposibilidad de mantener relaciones sexuales) la paciente presentaba una afectación emocional y mental con repercusión en sus relaciones sociales y conyugales.

Habiendo descartado desde el comienzo la patología orgánica (por examen diagnóstico de su ginecólogo), se ha enfocado el tratamiento en los aspectos descriptos, obteniendo paulatinamente resultados positivos para la paciente, que llevaron al restablecimiento de las relaciones sexuales.

Ante las demandas sobre salud sexual que nos presentan los pacientes, el objetivo debería ser que no se quede ninguno por atender, ya sea a nivel de asistencia primaria o derivando a un especialista. Asimismo, para generar promoción y prevención primaria de salud sexual, se han de generar contextos favorecedores de la comunicación entre profesionales y pacientes, algo que la OMS denomina “escenarios promotores de salud” (16).

La bibliografía existente en relación a las disfunciones sexuales es aún escasa, y de gran variabilidad, por lo que sería oportuno realizar más investigaciones al respecto.

Cabe destacar la implicación de la pareja en el logro de los objetivos propuestos en esta terapéutica.

Es primordial que las políticas de salud tomen en cuenta la generación de espacios para la promoción, prevención y tratamiento de la salud sexual y reproductiva.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Dooley N, Hoesni S, Tan T, Carey M. A survey of the prevalence of persistent pain after vaginal delivery: a pilot study, *Ir J Med Sci.* [Internet]. 2012 [acceso 17 de mayo 2014] 182 (1): 69-71. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22588581>
- 2) Greenshields W, Hulme HA. survey of women's experiences and midwives practices. En: Oliver S. ed. *The perineum in childbirth.* London: National Childbirth Trust, 1993.
- 3) Abdool Z, Thakar R, Sultan AH Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* [Internet], 2009 [acceso 29 de mayo 2014]; 145 (2):133-7. Disponible en: [http://www.repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/11094/Abdool\\_Postpartum\(2009\).pdf?sequence=1](http://www.repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/11094/Abdool_Postpartum(2009).pdf?sequence=1)
- 4) Kettle C, Dowswell T, Ismail K. Materiales de sutura absorbible para la reparación primaria de la episiotomía y los desgarros de segundo grado. *Cochrane Database of Syst. Rev.* [Internet]. 2010 [acceso 1 de mayo 2012]; 16 (6). Disponible en: <http://www.update-software.com//BCP/WileyPDF/EN/CD000006.pdf>
- 5) Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A. Van Driel M. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention (review). *The Cochrane*

ne Collaboration. [Internet]. 2011 [acceso 28 de junio 2011]; 8 : 1-20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21833968>

6) Fauconnier A, Goltzene A, Issartel F, Janse-Marec J, Blondel B, Fritel X. Late post-partum dyspareunia: Does delivery play a role? Prog Urol. [Internet]. 2012 [acceso 21 de marzo 2012]; 22(4):225-32. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22516785>

7) Hay-Smith EJC. Ultrasonido terapéutico para el dolor perineal y la dispareunia postparto (review). The Cochrane Collaboration. [Internet]. 2008 [acceso 10 diciembre 2011] ; (4). Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000495>

8) Carrasco MJ. Disfunciones sexuales femeninas. Guías de intervención en Psicología clínica. Madrid: Síntesis. 2001.

9) Alcoba S L, Valls García- Giralda L, San Martin Blanco C.. Atención primaria de calidad: guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales. [Internet]. Madrid: International Marketing & Communications; 2004 [acceso mayo 2012 año]. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia\\_sexo.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sexo.pdf)

10) Blas-Robledo M, Madera PL, Pérez MM, Tobalina UN, Valtierra-Pérez A. La sexualidad femenina al año del parto eutócico: comparativa entre partos con y sin episiotomía, Evidentia. [Internet]. 2011 [acceso 10 diciembre de 2014] 8 (34):4. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4657798>

11) Borg C, de Jong PJ, Schultz WW. Vaginismus and dyspareunia: Automatic vs. deliberate disgust responsivity. J Sex Med. 2010; 7(6): 2149-57. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.01800.x

12) Berghmans B. El papel del fisioterapeuta pélvico. Actas Urol Esp. [Internet]. 2006. [acceso 10 de diciembre 2011] 30 (2): 110-123. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=13143928&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=292&ty=13&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=292v30n02a13143928pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13143928&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=292&ty=13&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=292v30n02a13143928pdf001.pdf)

13) Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Inadequacy. New York: Little, Brown and Company; 1970.

14) Aloni R, Heruti R. Ethical issues concerning surrogate assisted sex therapy. Harefuah. [Internet]. 2009; 148 (9):615-9, 656, 657.

15) Kingsberg S, Althof SE. Evaluation and treatment of female sexual disorders. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. [Internet]. 2009 [acceso 10 diciembre 2011]; (1) :S33-43 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19440781>

16) Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud: hacia un nuevo concepto de la salud pública. [Internet] Ottawa: OMS; 1986 [acceso 10 diciembre 2011]. Disponible en: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/User/Mis%20documentos/Downloads/1986-OttawaCharter-SP%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/User/Mis%20documentos/Downloads/1986-OttawaCharter-SP%20(1).pdf)

# EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA SEGÚN POSICIÓN DE JUEGO DE JUGADORES PROFESIONALES DE FÚTBOL URUGUAYO

ANTHROPOMETRIC EVALUATION BY GAME POSITION IN PROFESSIONAL URUGUAYAN SOCCER PLAYERS .

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DE ACORDO COM A POSIÇÃO DE JOGO NO CAMPO DOS JOGADORES PROFISIONAIS DE FUTEBOL URUGUAIO

**Autores:** Jennifer Fernández (1), Miguel Kazarez (2), Beatriz Agazzi (3), Santiago Albín (4)

Recibido: 11/04/2014

Aceptado: 28/11/2014

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la composición corporal de jugadores juveniles de fútbol profesionales de un cuadro de la primera división del fútbol uruguayo, y relacionarlo con los datos antropométricos por puesto de jugadores del fútbol argentino de primera división 2002-2009.

**Metodología:** La muestra, seleccionada por conveniencia, fueron 31 jugadores profesionales de la tercera y cuarta división, de entre 17 y 20 años, en Montevideo, Uruguay. Se realizaron 25 medidas en duplicado, en el lado derecho de los sujetos que formaron parte del estudio, de acuerdo a los criterios establecidos por la Sociedad Internacional para el avance de la Cineantropometría

**Resultados:** Los resultados mostraron que la posición con mayor peso corporal ( $83,8\text{Kg}\pm 5,4$ ), fracción adiposa ( $59,6\text{mm}\pm 13,0$ ) y talla ( $185,4\text{cm}\pm 4,4$ ) fue el arquero. Si bien la población estudiada se encuentra dentro de los valores establecidos por las referencias, en todas las posiciones se pudo detectar un menor desarrollo muscular debido a que la población estudiada no finalizó su desarrollo biológico.

**Conclusiones:** No resulta llamativo que futbolistas adolescentes presenten un menor desarrollo muscular, de todos modos, estos valores se deben tomar con cautela, ya que podría estar relacionado con factores nutricionales y/o del entrenamiento. Mediante una intervención nutricional, se podría favorecer cambios en su composición corporal, para contribuir a una mejora en su rendimiento deportivo.

**Palabras clave:** Composición Corporal; Fútbol; Fraccionamiento; Tejido Adiposo; Tejido Muscular.

## ABSTRACT

**Objective:** Assess the body composition of young professional soccer players of the First Division of an Uruguayan Football team, and relate it with the anthropometric playing position data base of the Argentinean players between 2002-2009.

**Methodology:** The sample selected for convenience, consisted of 31 professional players from the Third and Fourth Division, from 17 to 20 years, in Montevideo, Uruguay. 25 measurements were performed in duplicate, on the right side of the subjects who took part in the study, according to the criteria established by the ISAK (International Society for the Advancement of Kinanthropometry)

**Results:** The results showed that the goalkeeper was who had higher height ( $185,4\text{cm}\pm 4,4$ ), weight ( $83,8\text{Kg}\pm 5,4$ ) and fat fraction ( $59,6\text{mm}\pm 13,0$ ). Although the study population is within the range set by references in all positions could be detected less muscular development because the player that where study haven't finished their biological development.

**Conclusions:** Is not striking that teenage footballers have less muscle development, however, these values should be taken with caution, as it may be related to nutritional factors and / or training. Through a nutritional intervention could promote changes in body composition, to contribute to improved athletic performance.

**Keywords:** corporal composition; football; cell fractionation; adipose tissue; muscular tissue.

(1) Departamento de Nutrición, Universidad Católica del Uruguay. Uruguay. jeny\_fer@hotmail.com

(2) Departamento de Nutrición, Universidad Católica del Uruguay. Uruguay. miguelkazarez@gmail.com

(3) Departamento de Nutrición, Universidad Católica del Uruguay. Uruguay.

(4) Departamento de Nutrición, Universidad Católica del Uruguay. Uruguay

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a composição corporal de jovens futebolistas profissionais do Primera Division Futbol Uruguaio, e relacionar com dados antropométricos para pós jogadores do futebol argentino 1ª División 2002-2009.

**Metodologia:** A amostra foi selecionada por conveniência, composto por 31 jogadores profissionais da División de Tercera e Cuarta, entre 17 a 20 anos, em Montevideo, Uruguai. 25 medições foram realizadas em duplicata, no lado direito dos indivíduos que participaram no estudo, de acordo com os critérios estabelecidos pela ISAK (Sociedade Internacional para o Avanço da Cineantropometria)

**Resultados:** Os resultados mostraram que o arqueiro foi quem teve maior altura ( $185,4\text{cm}\pm 4,4$ ), peso e fração ( $83,8\text{Kg}\pm 5,4$ ) de gordura ( $59,6\text{mm}\pm 13,0$ ). Embora a população do estudo está dentro do intervalo definido pelo referencias, em todas as posições pode ser detectado menos desenvolvimento pois a população de estudo não completaram o desenvolvimento biológico

**Opinião:** Não é chamativo que os jogadores adolescentes apresentam um desenvolvimento muscular inferior, no entanto, estes valores devem ser tomados com cautela, uma vez que pode estar relacionada a fatores nutricionais e / ou treinamento. Através de uma intervenção nutricional pode promover mudanças na composição corporal, contribuir para a melhoria do desempenho atlético.

**Palavras chave:** Composição corporal, Futebol, fracionamento celular; tecido adiposo; tecido muscular.

## INTRODUCCIÓN

El fútbol es uno de los deportes más practicados en el mundo. En los últimos años se han visto incrementadas las exigencias deportivas así como también la atención nutricional de los profesionales que lo practican(1).

Para alcanzar un rendimiento de alto nivel, no depende únicamente de las aptitudes técnicas, también tiene un rol fundamental la composición corporal del individuo y la alimentación(2).

La cineantropometría resulta una ciencia eficiente para abordar un estudio profundo y descriptivo de la composición corporal. Mediante las variables antropométricas, se puede observar cómo está constituido el deportista y en consecuencia, cómo influye en su rendimiento deportivo. El rendimiento de un deportista se acerca al máximo de sus posibilidades cuando su composición corporal se acerque lo más posible a lo que marca la referencia para ese deporte y esa posición dentro del campo de juego. Ciertos componentes de la composición corporal pueden ser modificados por el entrenamiento(2).

La alimentación, es otro factor que puede ser modificado para alcanzar un mayor rendimiento. Una dieta adecuada y equilibrada que cubra las necesidades de los deportistas, desarrollará al máximo las capacidades del profesional, logrando un estado físico óptimo para la competencia y contribuyendo a mejorar su rendimiento(3).

La importancia de esta investigación radica en que podría servir como punto de partida para delinear el tratamiento nutricional de estos futbolistas, ya que, al identificar la masa grasa y muscular total, se podría favorecer el aumento o disminución de las cantidades totales, mediante cambios en el régimen alimenticio y/o en el entrenamiento. Por otra parte, constituiría la etapa inicial de la elaboración de una base de datos a nivel nacional.

Algunos de los estudios encontradas a nivel internacional fueron: en España, José Casajús y Aragonés, en el año 1991 realizaron un estudio morfológico del futbolista de alto nivel. Se estudiaron 16 jugadores integrantes de la Selección Española de Fútbol presente en el Campeonato del Mundo de Italia 1990(4).

En el año 2003, Herrero de Lucas y Cabañas Armesilla, realizaron una evaluación de la distribución corporal de tejido graso en 150 futbolistas, divididos por igual en las categorías profesionales (segunda A división), semiprofesionales (segunda B división) y no profesionales (tercera división) de la liga de fútbol española (5). Algunas de las investigaciones regionales consultadas fueron: en el año 2003, Zubeldía y Mazza, estudiaron las características antropométricas y funcionales en futbolistas juveniles y estas se relacionaron con la posición habitual dentro del campo de juego. Se midieron 51 sujetos pertenecientes a Racing Club de Avellaneda(6). Francis Holway et al. en el año 2011, evaluaron a 298 jugadores de profesionales y sociales de la Ciudad Buenos Aires, Argentina (7). En el año 2007 Zubeldía evaluó las características morfológicas y físicas de 6 divisiones del fútbol juvenil del Club Atlético Lanús. Se midieron 177 sujetos desde la novena a cuarta división (8). En Agosto del año 2011 Sánchez Ureña y col. publicaron un estudio realizado en Costa Rica, con el título de "Perfil Antropométrico y Fisiológico de Futbolistas Élite Costarricenses según Posición de Juego". Se realizó en 220 futbolistas de la primera división (9).

A nivel nacional Alfredo Rienzi y Carlos Mazza realizaron una investigación sobre composición corporal en futbolistas profesionales. Se estudió "la morfología, el análisis de juego y la performance" de los jugadores de la Copa América del año 1995. El trabajo se publicó en el año 1998 (10).

El objetivo planteado en esta investigación es evaluar la composición corporal de jugadores juveniles de fútbol profesionales de un cuadro de la primera división del fútbol uruguayo, y relacionarlo con los datos antropométricos por puesto de jugadores del fútbol argentino de primera división 2002-2009 (11)

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra elegida fue por conveniencia, constituida por 31 jugadores profesionales de la tercera y cuarta división, de entre 17 y 20 años. El estudio se llevó a cabo en el mes de enero, en período no competitivo, en Montevideo, Uruguay. No fue excluyente la ciudad de nacimiento, nacionalidad, raza ni religión.

Las mediciones corporales realizadas se hicieron en el lado derecho de los sujetos que formaron parte del estudio (Ver tabla Nº 1).

Tabla Nº1  
Mediciones de pliegues, perímetros, diámetros de los jugadores.

Categoría	Mediciones realizadas	Variabes obtenidas y estudiadas
Pliegues	Pliegue Tricipital Pliegue Subescapular Pliegue Cresta Iliaca Pliegue Abdominal Pliegue Muslo Mayor Pliegue Pantorrilla	Masa Grasa Sumatoria de 6 pliegues
Perímetros	Perímetro de Cabeza Perímetro de Brazo Relajado Perímetro de Brazo en Tensión Perímetro de Antebrazo Perímetro de Tórax Meso-Esternal Perímetro de Cintura Mínima Perímetro de Cadera Máxima Perímetro de Muslo Máximo Perímetro de Muslo Medio Perímetro de Pantorrilla Máxima	Masa Muscular Índice Músculo/Óseo
Diámetros	Diámetro Acromial Diámetro Biileocrestídeo Diámetro Tórax Transverso Diámetro Tórax Ántero-Posterior Diámetro Humeral Diámetro Femoral	Masa Ósea Índice Músculo/Óseo

Las mediciones se realizaron en duplicado con la finalidad de poder obtener la media. El error técnico de las medidas se consideró como aceptable cuando los márgenes estuvieron dentro del 5% para los pliegues cutáneos, y del 1% para el resto de las medidas. Las mediciones fueron llevadas a cabo por dos antropometristas nivel II, siguiendo los criterios establecidos por la Sociedad Internacional para el avance de la Cineantropometría (I.S.A.K.). Los instrumentos que se utilizaron fueron los siguientes: tallímetro o estadiómetro Rosscraft; balanza electrónica OMRON, modelo HBF 500 int; antropómetro largo Campbell 20 Rosscraft; antropómetro corto Campbell 10 Rosscraft; calibre "Gaucho Pro"; cinta antropométrica Rosscraft; escuadra Rosscraft y caja antropométrica. Se calcularon las medidas de resumen, media y desvío estándar. Para el análisis se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2011. El procesamiento de las medidas antropométricas se llevó a cabo con el software "AntropogimS2", diseñado por el Master of Science en Nutrición Deportiva e Instructor ISAK-Nivel IV Francis Holway (12).

Para realizar el estudio se tuvieron en cuenta las consideraciones del decreto de Ley Nº 379/008.45 (13). Se les explicó e informó a los deportistas en que consistió el mismo, los beneficios y riesgos de prestarse a la evaluación antropométrica y la confidencialidad de los datos obtenidos. Todos estos aspectos, fueron reforzados mediante la entrega del consentimiento informado, el cual fue firmado por el jugador una vez que aceptó participar de la investigación.

A la hora de relacionar los datos, se centró principalmente en el valor de Phantom-Z. Este valor es la forma más correcta de relacionar los datos ya que estos score Z (incluyendo sus desvíos estándar) son similares y comparables a los datos obtenidos de cualquier muestra, en la que se haya aplicado la escala Phantom (14).

En la población estudiada fueron evaluados como datos generales el peso corporal, la talla y la edad decimal. A través del Phantom Z se valoraron la masa mdiposa, la masa muscular, el tejido residual y la masa ósea. La fracción de la piel se evaluó en kilogramos ya que no existen referencias en Phantom Z para tal componente. Además fueron evaluados otros datos adicionales, como  $\Sigma$  6 pliegues e índice M/O, que fueron valorados en sus respectivas unidades de medición. Se evaluó la fracción adiposa tomando en cuenta la sumatoria de 6 pliegues para determinar las posiciones más grasas y magras. Así como también la fracción muscular tomando en cuenta el Índice Músculo/Óseo para establecer las posiciones con mayor desarrollo muscular. También se tomaron estos índices ya que son independientes del peso y la talla de cada jugador.

## RESULTADOS

- La posición con mayor peso corporal ( $83,8\text{Kg}\pm 5,4$ ) y talla ( $185,4\text{cm}\pm 4,4$ ) fue el arquero.
- En la fracción adiposa, quien presentó el valor más elevado en la muestra fue el arquero ( $59,6\text{mm}\pm 13,0$ ) seguido por el volante ofensivo ( $57,1\text{cm}\pm 16,5$ ).

- En las referencias se posicionó el arquero ( $58,5\pm 14,7$ ) y seguidamente el defensa central ( $52,6\pm 14,8$ ).
- En contrapartida, las posiciones más magras fueron los delanteros seguidos por los volantes por afuera.

Las mayores masas musculares se encontraron en quienes se desempeñaban como delanteros ( $4,10\pm 0,22$ ) y los defensas laterales ( $4,10\pm 0,38$ ).

En lo que se refiere al resto de las fracciones que conforman la composición corporal, la masa residual predominó en el volante defensivo; la masa ósea en los volantes por afuera y quienes presentaron una menor masa de la piel fueron los volantes ofensivos.

## DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta las dimensiones del arco y las exigencias a las que se ve sometido el arquero para apoderarse del balón, es beneficioso tener una alta estatura, ya que es importante para su desempeño (6). Como afirma Moreiras citando a Burke et al., el peso predominó en el arquero en relación a las demás posiciones (15). También es ventajosa para aquellos delanteros que se pretende que ganen la posición de pelota con la cabeza y para los defensas centrales, ya que cumplen con la función de recuperar el balón (9). Una de las funciones principales del volante ofensivo consta de generar situaciones de gol y/o habilitar al delantero, por lo que su gasto energético no sería tan alto como en las demás posiciones. Es por esto que el exceso de grasa no se explicaría por la función dentro del terreno de juego sino que se debería a otras causas de origen nutricional y/o genéticas. Por otra parte, la evaluación antropométrica fue realizada en el inicio de la pretemporada, por lo que podría haber incidido en los valores obtenidos, ya que como establece Onzari, en esa época del año los jugadores tienden a acumular grasa corporal (16).

Debido a la función táctica específica que cumplen los volantes defensivos y los laterales, que deben defender y a su vez generar situaciones de ataque constantemente (lo que implica un gasto energético muy importante), resulta llamativo que no hayan sido los jugadores con mayor masa magra (17).

Se observa un menor índice M/O en todas las posiciones, esto podría suponer que la población estudiada no ha alcanzado el desarrollo total de la masa muscular debido a que no ha completado su desarrollo biológico total (6). Las diferencias que prevalecen en las distintas fracciones de la muestra evaluada con la referencia, se deben en cierta medida, a que la población estudiada se encuentra finalizando la adolescencia, mientras que las referencias fueron establecidas con población adulta.

Las ecuaciones de Kerr establecen que una menor masa de la piel es un indicador de una menor superficie corporal (11). Teniendo en cuenta la importancia que cumple esta masa en el desplazamiento, los deportistas que presentan una menor superficie corporal se ven sometidos a una menor resistencia del ambiente (18).



## CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

Ya que la investigación careció de apoyo económico y soporte logístico, fue imposible agrupar una cantidad de jugadores que fuese estadísticamente significativa como para poder realizar una evaluación más profunda y específica. Otro de los aspectos limitantes de este estudio es haber evaluado a los jugadores en el inicio de la pretemporada ya que su composición corporal podría haberse visto alterada porque no se encontraban en el período de competición.

Se puede apreciar un escaso desarrollo sobre esta temática a nivel nacional, por lo que este estudio aporta información acerca de las características antropométricas de los jugadores que practican este deporte en Uruguay. Esto podría servir para futuras investigaciones con la finalidad de mejorar el desempeño deportivo y ser tomadas como referencia en futbolistas en edades de formación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fédération Internationale de Football Association (FIFA). Censo FIFA: Casi 250 millones de futbolistas de todo el mundo. [Internet]. 2001 abril [acceso 8 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://es.fifa.com/worldfootball/ranking/news/newsid=77135.html>
2. Herrero de Lucas A. Cineantropometría: composición corporal y somatotipo de futbolistas que desarrollan su actividad en la comunidad de Madrid [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2004.
3. Williams MH. Nutrición para la salud, la condición física y el deporte. Barcelona : Paidotribo; 2002.
4. Casajús J, Aragonés M. Estudio morfológico del futbolista de alto nivel. Composición corporal y somatotipo (parte 1). Archivos de Medicina del Deporte. 1991; 8 (30): 147-151.
5. Herrero de Lucas A, Cabañas A. Evaluación comparativa de la distribución corporal de tejido adiposo entre jugadores de fútbol profesionales, semiprofesionales y Amateurs. Biomécanica. [Internet]. 2003 [acceso 8 de noviembre de 2011]; 11 : 23-29.
6. Zubeldía G, Mazza O. Características antropométricas y funcionales en futbolistas de 14 a 15 años pertenecientes a Racing Club. G-SE [Internet]. 2002 [acceso 17 de noviembre de 2003]: 1 pantalla. Disponible en: <http://g-se.com/es/entrenamiento-en-futbol/articulos/caracteristicas-antropometricas-y-funcionales-en-futbolistas-de-14-a-15-anos-pertenecientes-a-racing-club-215>.
7. Holway F, Biondin B, Cámara K, Gioia F. Ingesta nutricional en jugadores adolescentes de fútbol de elite en Argentina Apunts. Medicina de l'Esport. [Internet]. 2011 [acceso 10 de diciembre de 2014]; 46 (170): 55-63. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?)  
[f=10&pident\\_articulo=90021177&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=277&ty=108&accion=L&origen=bronco%20&web=www.apunts.org&lan=es&fichero=277v46n170a90021177pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90021177&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=277&ty=108&accion=L&origen=bronco%20&web=www.apunts.org&lan=es&fichero=277v46n170a90021177pdf001.pdf)
8. Zubeldía DG. Características físicas y antropométricas correspondiente a las divisiones del fútbol juvenil del Club Atlético Lanús. Argentina. G-SE [Internet]. 2007 [acceso 26 de noviembre de 2007]: 1 pantalla. Disponible en: <http://www.g-se.com/a/829/caracteristicas-fisicas-y-antropometricas-correspondiente-a-las-divisiones-del-futbol-juvenil-del-club-atletico-lanus/>
9. Sánchez Ureña B, Ureña Bonilla P, Salas Cabrera J, Blanco Romero L, Araya Ramírez F. Perfil antropométrico y fisiológico en futbolistas de élite Costarricenses según posición de juego. G-SE [Internet]. 2011 [acceso 8 de agosto de 2011]: 1 pantalla. Disponible en: <http://www.g-se.com/a/1338/perfil-antropometrico-y-fisiologico-en-futbolistas-de-lite-costarricenses-segun-posicion-de-juego/>
10. Rienzi E, Mazza JC, Carter JEL, Reilly T, SOKIP, Soccer kinanthropometric project I. Futbolista sudamericano de elite: morfología, análisis del juego y performance. Rasario: Biosystem Servicio Educativo; 1998.
11. Holway F. Datos antropométricos por puesto de jugadores del fútbol argentino de primera división 2002-2009. Congreso FIFA de Medicina de Fútbol, Ciudad de México; 2011.
12. Holway FE. (2000). AntropoS2. [Software computadora]. Buenos Aires, Argentina: Rosscraft Investigación y Docencia. Obtenido 22 julio, 2011.
13. Investigaciones con seres humanos. Decreto de Ley Nº 379/008. Diario Oficial, nº 4573/08, (diciembre 2008).
14. Ross, WD, Kerr DA. Fraccionamiento de la Masa Corporal: Un Nuevo Método para Utilizar en Nutrición, Clínica y Medicina Deportiva. G-SE [Internet]. 1993 [acceso 8 de noviembre de 2011]; 1 (3): 1 pantalla. Disponible en: <http://www.g-se.com/a/249/fraccionamiento-de-la-masa-corporal-un-nuevo-metodo-para-utilizar-en-nutricion-clinica-y-medicina-deportiva/>
15. Moreiras GV, Castelló DS. Nutrición, vida activa y deporte. Madrid: IMC; 2010.
16. Onzari M. Fundamentos de nutrición en el deporte. Buenos Aires: El Ateneo; 2008.
17. Ramos N, Zubeldía G. Masa muscular y masa grasa, y su relación con la potencia aeróbica y anaeróbica en futbolistas de 18 a 20 años de edad (parte I). G-SE [Internet]. 2012 [acceso 20 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.g-se.com/a/164/masa-muscular-y-masa-grasa-y-su-relacion-con-la-potencia-aerobica-y-anaerobica-en-futbolistas-de-18-a-20-anos-de-edad-parte-i/>
18. Carvalho E, Filho JF, Novaes JS. Perfil antropométrico, somatotípico y fisiológico de los atletas de alta performance, participantes en las carreras de resistencia de Rio de Janeiro. Fitness & Performance Journal. 2005; 4 (3): 168-174.

# PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA SOBRE LAS DIFICULTADES EN SU INSERCIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA DE PACIENTE CRÍTICO.

PERCEPTIONS OF NURSING STUDENTS ABOUT THE DIFFICULTIES IN THEIR INTEGRATION INTO CLINICAL PRACTICE FOR CRITICALLY ILL PATIENTS.

PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE AS DIFICULDADES PARA SUA INSERÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA DE PACIENTE CRÍTICO.

**Autores:** Rosana Tessa Giménez (1), Susana Silvera (2)

Recibido: 23/09/2014

Aceptado: 15/11/2014

## RESUMEN

Estudio cuantitativo, de corte transversal, realizado con estudiantes de la Licenciatura de Enfermería. Se realizó con el objetivo de conocer la percepción de los estudiantes de enfermería sobre las dificultades que presentan en su inserción a la práctica clínica de paciente crítico durante el periodo de setiembre a noviembre del 2012. La muestra estuvo dada por 26 estudiantes, que respondieron un cuestionario auto administrado, compuesto por variables socio demográficas y variables que permitieron identificar las principales dificultades. Los resultados mostraron un predominio del sexo femenino y las principales dificultades encontradas fueron, la inseguridad, el temor, la falta de competencias para trabajar con estos paciente, falta de conocimientos teóricos y los diversos criterios docentes utilizados en la práctica.

**Palabras clave:** Percepción, Estudiantes de Enfermería, Enfermería Práctica, Enfermería de Cuidados Críticos.

## ABSTRACT

Quantitative study, cross-sectional, performed students in the Bachelor of Nursing.

Was performed in order to study the perceptions of nursing students about the difficulties presented in their integration into clinical practice of critical patients during the period from September to November 2012. The sample was given by 26 students, who completed a self-administered questionnaire consisting of socio demographic variables and variables that helped identify the main difficulties. The results showed a predominance of females and the main difficulties encountered were, insecurity, fear, lack of skills to work with these patients,

(1) Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. Universidad Católica del Uruguay [rosana.tessa@gmail.com](mailto:rosana.tessa@gmail.com)

(2) Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. Universidad Católica del Uruguay.

lack of theoretical knowledge and the various educational criteria used in practice.

**Keywords:** perception, , Students Nursing, nursing, practical, critical care nursing.

## RESUMO

Estudo quantitativo, de corte transversal, realizado com estudantes da Licenciatura de Enfermagem. O objetivo desse estudo, realizado no período de setembro a novembro de 2012, era conhecer a percepção dos estudantes de enfermagem sobre as dificuldades que apresenta sua inserção na prática clínica de paciente crítico. A amostra se conformou com 26 estudantes, que responderam um questionário auto-administrado constituído por variáveis sócio demográficas e variáveis que permitiram identificar as principais dificuldades. Os resultados mostraram um predominio do sexo feminino, e as principais dificuldades encontradas foram: insegurança, temor, falta de competência para trabalhar com esses pacientes, falta de conhecimentos teóricos, e a diferença de critérios de ensino utilizados durante a prática.

**Palavras-chave:** Percepção, Estudantes de Enfermagem, enfermagem pratica, enfermagem de cuidados críticos.

## INTRODUCCIÓN

El comienzo de la práctica clínica para el estudiante de enfermería se transforma en algo fundamental, ya que es una manera de entrar en contacto con la realidad y poner en acción los conocimientos teóricos que se le han brindado en el

aula (conocimiento en acción). Este conocimiento, es el que se adquiere en el hacer, que luego permite al estudiante y futuro profesional resolver situaciones que se les presenten en la práctica diaria (1). El hecho de que en las curricula, se incluyan las prácticas como obligatorias, tienen como objetivo que el estudiante adquiera competencias y comience a trabajar su rol profesional (2)

El estudiante de enfermería que llega por primera vez a la unidad de cuidados intensivos, experimenta altos niveles de tensión, temor, ansiedad, relacionados con la falta de experiencia y por el funcionamiento de ese sector (3).

En estas unidades, los estudiantes se encuentran todos los días con problemas que deben resolver, y se preguntan: ¿Cómo se abordan? ¿Cómo se solucionan? ¿Qué se puede hacer para que no se sigan presentando estos inconvenientes? ¿Cómo adaptarse al grupo de trabajo?

Si bien en el proceso de formación se brindan herramientas básicas para poder aplicarlas en la práctica, surgen factores que dificultan su inserción a la misma.

Es por este motivo que se plantea en este estudio, conocer la percepción de los estudiantes de enfermería sobre las dificultades en su inserción a la práctica clínica de paciente crítico y así poder elaborar en conjunto, docentes y estudiantes intervenciones oportunas que faciliten dicho proceso.

Dentro del equipo de Salud el papel que desempeña enfermería es de particular importancia ya que es quien realiza la atención directa del paciente por más tiempo. Es por ello que en la formación de enfermeros, ocupa un lugar relevante, la trasmisión de conocimientos que fundamenten la acción de los cuidados que brinda y así lograr una mejor calidad de atención. Por tal motivo la integración de la teoría y la práctica en la formación académica es una de las mayores preocupaciones de las instituciones docentes. Se ve con frecuencia gran contraste entre lo que se enseña en las aulas y lo que se aprende en los centros asistenciales en los que se realizan las prácticas clínicas, que conlleva a generar en los estudiantes dificultades en la inserción a la misma. Sería demasiado, querer llegar a un nivel de concordancia perfecta entre la teoría y la práctica. Es el estudiante involucrado en este proceso de enseñanza aprendizaje el que utiliza los medios a su alcance para integrarlas de una manera dinámica. Pero es importante también que el docente, procure que exista coherencia para evitar que aparezca lo que algunos autores han llamado "shock de realidad", y lograr disminuir de alguna manera las dificultades que esto provoca (4). Por lo tanto las prácticas hospitalarias tienen un gran impacto ya que los conocimientos que se adquieren allí, permiten el desarrollo de las habilidades y actitudes propias de cada estudiante que les son necesarias para la adquisición de competencias para incorporarse como profesionales en el ámbito sanitario. En ellas, el estudiante toma contacto, e interactúa con otros integrantes del equipo de salud donde luego se ha de desempeñar (5), y aprende a focalizarse, ver lo relevante de cada situación individual y a realizar las acciones que

correspondan (6). Por lo tanto, debe de existir un equilibrio entre los conocimientos teóricos y la práctica clínica ya que son la base de este proceso (7)(8).

Cuando los estudiantes de enfermería ingresan por primera vez a una unidad de cuidados intensivos (CTI), se encuentran con un paciente que presenta por lo general alteraciones vitales de uno o más sistemas que ponen en peligro su vida y que requieren de un recurso humano que esté preparado para realizar intervenciones oportunas, seguras y un manejo adecuado de la tecnología de avanzada que allí se utiliza para brindar un cuidado de calidad (9)(10). Estos pacientes, representan un reto para los estudiantes, ya que para dar respuesta a las necesidades de los mismos, se debe reunir conocimientos y destrezas que le permitan valorar y brindar un cuidado integral, utilizando el proceso enfermero como herramienta metodológica, incluyendo en todos los casos principios éticos y legales en la toma de decisiones (11) (12).

El rol activo, que desempeñan los profesionales de enfermería en las situaciones críticas pone de manifiesto la necesidad que los estudiantes posean conocimientos adecuados que les permitan desarrollar su tarea de forma consciente y competente, permitiendo ofrecer al paciente crítico todas las oportunidades disponibles para alcanzar el éxito en su cuidado(13)(14).

La literatura internacional muestra la importancia de esta práctica clínica, las dificultades de inserción que provoca en los estudiantes y cómo impacta directamente en la percepción, cognición y comportamiento de los mismos (15). Algunos de esos estudios muestran que el estudiante que llega por primera vez a la unidad de cuidados intensivos, experimenta altos niveles de ansiedad, relacionado a la falta de destrezas en algunos procedimientos, el temor a cometer errores y por el funcionamiento interno de la unidad (16) (17).

Debido a lo mencionado se considera que el conocimiento de estas dificultades, son importantes para poder generar evidencia y luego proponer metodologías de trabajo que disminuyan estos obstáculos.

**Objetivo general:** Identificar la percepción de los estudiantes de enfermería sobre las dificultades que presentan en su inserción a la práctica clínica de paciente crítico.

**Objetivos específicos:** Caracterizar a la población estudiantil que realiza sus prácticas de Enfermería en el paciente crítico.

Enumerar las principales dificultades según los estudiantes durante esta práctica.

Determinar que tipo de dificultades son priorizadas por los estudiantes.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Los estudiantes pertenecían a la Licenciatura de Enfermería con modalidad de 6 semestres, (auxiliares de enfermería con 3 años de experiencia laboral documentada) de una Universidad Privada de Uruguay, que cursaron la práctica clínica de paciente crítico. Esta asignatura se desarrolla en el segundo semestre del primer año de la carrera. La muestra se constituyó con 26 estudiantes. Los criterios de inclusión fueron: ser estudiantes de la licenciatura Enfermería, modalidad 6 semestres, y estar cursando por primera vez el módulo de enfermería en paciente crítico.

La obtención de los datos se realizó mediante un cuestionario auto administrado, que contenía variables socio demográficas que permitieron caracterizar a los estudiantes como son la edad, sexo, estado civil, ocupación, horas de trabajo y preguntas cerradas con varias alternativas de respuesta, definidas a priori por el investigador, y donde los estudiantes tuvieron que elegir la opción que describiera más adecuadamente su respuesta. Con estas preguntas, se buscó obtener datos sobre la percepción de las principales dificultades percibidas por los estudiantes en su inserción a la práctica de paciente crítico. Dichas preguntas se agruparon en categorías:

- importancia de la aplicación de la teoría en la práctica.
- capacidad de relación interpersonal y de interactuar en un entorno hospitalario.
- capacidad para realizar los procedimientos enfermeros de esta práctica específica.
- principales dificultades identificadas.

Para la realización del mismo se realizó una búsqueda bibliográfica de cuestionarios y trabajos sobre esta temática. Los docentes diseñaron un cuestionario. En un primer momento este instrumento contó con más de veinte preguntas, que luego de realizar una prueba piloto, permitió ajustar la primera versión y dejar la que se utilizó. Previo a la recolección de los datos, se reunió a los estudiantes, para brindarles información sobre el fundamento y objetivos del estudio. Una vez que los estudiantes aceptaron voluntariamente responder a este cuestionario, se les aseguró el anonimato y se planteó la necesidad de obtener el consentimiento informado, para poder participar en esta investigación educativa. Se realizaron las solicitudes a las autoridades institucionales y se obtuvo la aprobación del comité de ética e investigación. Luego de la aceptación por parte del estudiante, se estableció día, hora y lugar para realizar el cuestionario. Se acondicionó en la institución educativa, un lugar que brindara a los estudiantes privacidad y tranquilidad para completarlo. La recolección de datos se realizó la última semana de práctica, de modo que todos tuvieran la misma oportunidad temporal en la experiencia clínica. Una vez completado el cuestionario, se guardó en sobre cerrado en presencia de cada estudiante para garantizar la reserva y confidencialidad. Para el análisis de los datos se utilizó programa Excel.

## RESULTADOS

Dentro de las variables socio demográficas que se tuvieron en cuenta y permitieron caracterizar a los estudiantes, se observa un predominio marcado del género femenino.

En relación a la edad, los datos se presentan en la Tabla N° 1

Tabla N°1: Distribución de estudiantes según la edad

Rango de edades	N° estudiantes
20-25	11
26-31	6
32-40	9
Total	26

En cuanto al estado civil de los estudiantes, se distribuyen de la siguiente manera, solteros 20, casados 5 y divorciado 1.

En referencia al trabajo, los datos se observan en la tabla N° 2 y N° 3.

Tabla N°2: Distribución de estudiantes según trabajo actual.

Distribución según trabajo	N° estudiantes
Sí	16
No	10
Total	26

Tabla N°3: Distribución de estudiantes según horas de trabajo

Horas de trabajo	N° estudiantes
Menos de 6 hs	1
6 horas	6
Más de 6 hs	8
Más de 12 hs	1
Total	16

En el análisis de las variables estudiadas para conocer la percepción de los estudiantes tales como: la importancia que tiene para los estudiantes la teoría, las relaciones interpersonales, la capacidad para realizar los procedimientos, y las dificultades percibidas, se obtuvieron los siguientes resultados:

¿Has podido relacionar la teoría en la práctica?

De los 26 estudiantes, 17 respondieron que si, mientras 9 refieren no haber podido hacerlo.

¿Qué importancia le das a la teoría recibida como apoyo a la experiencia práctica?

Ante esta consulta los 26 estudiantes consideran que es muy importante tener conocimientos teóricos para poder realizar la

práctica clínica, pues es la manera de poder fundamentar sus acciones y evitar errores.

¿Te has sentido apoyado por el docente de práctica?

25 de los estudiantes expresan haber sentido el apoyo brindado por el docente de la práctica.

Para ti la realización del Proceso Enfermero en estos pacientes ha sido...

22 del total de los estudiantes refieren que fue difícil realizar el proceso enfermero en este tipo de pacientes, sobre todo, hacen referencia a la dificultad que se les presentó en la valoración del mismo y en la priorización de los problemas encontrados. 4 estudiantes manifiestan que no tuvieron dificultad para realizarlo.

¿Cómo te has sentido al ingreso en la Unidad del paciente crítico?

20 de los estudiantes se sintieron inseguros y temerosos, y solo 6 manifiestan no haber sentido nada. Cuando se les consulta el porqué de sentirse así, 18 de los encuestados hicieron referencia a la falta de experiencia y el resto se distribuye en que no conocen la teoría, que no les gusta trabajar con este tipo de pacientes y a la situación en la que se encuentra los mismos.

Ante la pregunta: ¿La relación con el personal del sector, dificultó tu inserción al mismo? La totalidad de los estudiantes respondió que no.

Ante la solicitud: Por favor, señala según el orden que consideres (colocando 1, 2, 3) cuáles de estos factores que se exponen a continuación, dificultaron el primer acercamiento con el usuario. De los 26 de los estudiantes 16 señalan que lo más importante fue que los usuarios estaban *llenos aparatos*, no saber manejarlos, y el miedo a realizar mal un procedimiento. El resto de los estudiantes se divide y prioriza la inseguridad, la falta de conocimiento sobre la patología del paciente y la presencia del docente.

En cuanto a la pregunta sobre la priorización de las dificultades de la práctica, la mitad de los estudiantes encuestados manifiesta que la principal dificultad tiene que ver con la situación en la que se encontraba el paciente. La otra mitad se divide entre la falta de conocimientos teóricos y los diversos criterios docentes utilizados en la práctica.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio son similares con otras investigaciones realizadas a nivel internacional en el tema, donde se demuestra que las prácticas clínicas además de ser esenciales en la formación del estudiante de enfermería, son al mismo tiempo generadoras de grandes dificultades (18)(19)(20).

Una de las características a destacar sobre la caracterización de estos estudiantes, es el predominio del género femenino, lo que coincide con la realidad a nivel nacional y mundial. El género es una de las variables más estudiadas cuando se realizan investigaciones donde se tratan las percepciones, dificultades y estrés, sobre todo en estudiantes universitarios. Datos de varias universidades, evidencian que el sexo femenino tiene mayores dificultades en la inserción a los campos clínicos, en comparación con estudiantes del sexo masculino. Hay autores que discrepan con este pensamiento y sostienen que no existen tales diferencias de género en relación a las dificultades que presentan los estudiantes (18).

Sin embargo hay estudios que muestran una mayor vulnerabilidad psicológica en mujeres, lo que hace percibir más dificultades al inicio de las prácticas (19). Podría considerarse también que las mujeres se muestran más dispuestas a reportar o demostrar lo que les da temor o presenta dificultad, a diferencia de los varones que tratan de evadir o evitan hablar del tema.

En relación a la edad, algunos autores sostienen que los estudiantes más jóvenes (hasta 25 años), tienden a demostrar mayor dificultad en la inserción a la práctica clínica, en la integración, en el intercambio que surge en el equipo de salud. En cambio el grupo de alumnos con más edad (26 a 40), por lo general se muestra, con más estrategias para afrontar las dificultades, logran integrarse y tener más habilidades comunicacionales (20).

Determinados autores señalan que se observa una tendencia a mayor estrés en los primeros semestres de la carrera, ya que aún los estudiantes, no poseen capacidades para el control de las situaciones que se les plantean. Podría obedecer a su falta de experiencia y ser los primeros contactos con pacientes (21).

En relación al estado civil, la situación de los casados podría vincularse a situaciones de exceso - sobrecarga, en cuanto a responsabilidades familiares. El compaginar trabajo y estudio se entiende como una causa justificada de elevación de las dificultades que presentan los estudiantes, en su inserción a las prácticas clínicas (22). Las horas de trabajo, son definidas, en general por los autores, como variables generales, es decir, no son privativas de una carrera o nivel determinado. Se ha visto que la hora de trabajo personal, realizada fuera de la academia, lleva muchas veces a que los estudiantes que comparten trabajo y estudio, tiendan a disminuir las horas dedicadas a las responsabilidades como estudiante, dificultando la participación en los trabajos grupales, lo que se refleja en la experiencia práctica, a la cual concurren con desgano, o con desinterés (23).

Si bien los datos obtenidos no permiten generalizar, ya sea por el número de la muestra o por las características de la propia institución universitaria, es importante reflexionar y tomar conciencia que los estudiantes al comenzar sus prácticas agregan a sus expectativas, características individuales y personales, que los hace únicos. La importancia del docente tutor que acompañe el proceso de enseñanza aprendizaje es de vital im-

portancia, para que el estudiante pueda sentirse seguro en lo que refiere al abordaje de estos pacientes que se encuentran en situación crítica (24).

Resulta importante recordar, que la experiencia clínica, es sin duda una etapa fundamental en la formación de los estudiantes de Enfermería, donde se dan las condiciones para sensibilizarse hacia aspectos más humanos y comprender el significado que para el paciente conlleva su interacción con él, pero a su vez, es desencadenante de dificultades que se presentan en la inserción y adaptación a la misma (25).

Como se desprende de los resultados obtenidos en esta investigación las principales dificultades encontradas por los estudiantes, fueron las siguientes: la situación en la cual se encontraban los pacientes, la falta de competencia y los diversos criterios docentes.

En síntesis se podría pensar que el cuidado de los pacientes en estado crítico pone a prueba las habilidades, los conocimientos y la experiencia clínica de los estudiantes, no solo por el estado de salud de los pacientes con múltiples necesidades interferidas, sino también por las barreras y distorsiones que se presentan para la interacción y comunicación con ellos (26).

Si bien el estudiante de enfermería recibe base teórica para poder aplicar en la práctica, esta debe ser guiada por docentes que orienten este proceso de manera positiva. Esto implica que ayuden al estudiante para adquirir competencias, logrando integrar todos esos conocimientos de manera reflexiva. Cabe destacar la importancia que los programas académicos refuercen estas áreas del saber, pero que a su vez los docentes clínicos que acompañen este proceso, sean calificados, tengan sólidos conocimientos teóricos actualizados y experiencia clínica. Esta consideración le permite al profesor discernir qué modelos de enseñanza son los adecuados para esta etapa de la formación. De esta manera el conocimiento se transforma en un proceso continuo en que cada integrante aporta a un conocimiento global para la enfermería (27).

En base a las dificultades mencionadas por los estudiantes, surge la necesidad de una formación específica en el cuidado de este tipo de pacientes. Por eso no es extraño que estos estudiantes, cursando el segundo semestre de su primer año de la carrera, que ingresan a estas unidades por primera vez, sientan ansiedad, miedo, falta de conocimientos, falta de destreza en las técnicas, desconocimiento de la organización propia del servicio y de las patologías propias de los pacientes (28). Es necesario también el replanteo de esta experiencia en etapas más avanzadas de la carrera, para que el estudiante haya podido obtener una actitud más crítica, reflexiva y más conocimientos para desarrollarla con todo su potencial.

Algunos autores proponen la participación de estudiantes más avanzados de la carrera como monitores de los que están cursando estas prácticas, como manera de disminuir, temores y contribuir con sus experiencias en la práctica (29). Por otro lado se debe destacar cada vez más, la importancia de utilizar contextos de enseñanza- aprendizaje cercanos a lo real.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Este trabajo permitió obtener elementos para abordar el proceso enseñanza aprendizaje de los estudiantes y re plantearse las metodologías empleadas para el mismo.

Se puede concluir que existe una relación directa entre formación, rendimiento académico y control de las emociones con la satisfacción en las prácticas clínicas. El descuido en estas áreas, puede llevar a una desmotivación y disminución del aprendizaje (30).

Los estudiantes deben poseer conocimientos adecuados que les permitan desarrollar su tarea de forma consciente y competente, permitiendo ofrecer a estos pacientes, todas las oportunidades disponibles para alcanzar el éxito en su cuidado (31). Si estos no poseen los conocimientos necesarios no podrán elaborar elementos críticos, reflexivos suficientes, como para poder enfrentarse a situaciones como las que se encuentra el paciente crítico.

Se debe pensar en realizar diferentes estrategias metodológicas, como talleres y trabajos en laboratorios de simulación que logren familiarizar a los estudiantes con las tecnologías que se encontrarán en los sectores donde realicen sus prácticas. Emplear un enfoque participativo, que permita favorecer el desarrollo de habilidades cognitivas complejas, sería deseable, utilizando el pensamiento crítico en el proceso enfermero no como una forma de hacer, sino como una forma de pensar para actuar, incluyendo el componente intelectual y no solo el conductual. Es necesario que los docentes, generen espacios para la reflexión de la experiencia en el proceso de construcción del conocimiento, permita mejorar las capacidades de su actuar cotidiano, donde la teoría y la práctica se encuentren cabalmente vinculadas y se favorezca el desarrollo del pensamiento crítico. De esta forma se vería reflejado en el desempeño de los estudiantes durante la práctica, al realizar acciones fundamentadas en el análisis, la crítica y autocrítica (32).

Finalmente, debe ser una preocupación constante de la academia y los docentes, el calificar al profesional de Enfermería en los perfiles asistencial, gerencial, educativo e investigativo a través de competencias científicas, técnicas, tecnológicas y humanísticas, para brindar un cuidado adecuado (33).

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. López Medina I M<sup>a</sup>, Sánchez Criado V. Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enferm Clínica [Revista Electrónica]* 2005 [14/0202011]; 15 (6): 307-313. Disponible en URL: <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/percepcion-estres-estudiantes-enfermeria-las-practicas-clinicas-13082986-originales-2005>
2. Moya N et al. Percepción del estrés en los estudiantes de enfermería ante sus prácticas clínicas. *Enferm. glob.* [Online]. 2013, vol.12, n.31 [citado 2014-07-01],

- pp. 232-253. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000300014&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300014&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1695-6141.
3. Sanjuán Quiles A, Ferrer M<sup>a</sup> E. Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas: Acción tutorial en enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de las emociones. *Invest. educ. enferm* [online]. 2008, vol.26, n.2 [cited 2014-07-01], pp. 226-235. Available from: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072008000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072008000200005&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0120-5307.
  4. Pérez C, Alameda A, Albéniz C. La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales: Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Rev. Esp. Salud Pública* [revista en la Internet]. 2002 Oct [citado 2014 Jul 09]; 76(5): 517-530. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S11355727200200500013&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11355727200200500013&lng=es).
  5. Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M et al. Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2014 Jul 01]; 22(1-2): 60-64. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962013000100013&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100013&lng=es).
  6. Mejía M<sup>a</sup> E. Aplicación de algunas Teorías de Enfermería en la Práctica Clínica. *Índex Enferm* [revista en la Internet]. 2008 Sep [citado 2014 Jul 01]; 17(3): 197-200. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000300010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300010&lng=es).
  7. Gutiérrez Izquierdo, M I. et al. Las prácticas clínicas de enfermería: perspectivas de los estudiantes de 1er curso. Metas Octubre 2000 citado en: Tesis de grado de Mamani O A. "Factores estresantes en las primeras experiencias prácticas hospitalarias" Universidad Nacional de Córdoba febrero 2013. [http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/mamani\\_omar.pdf](http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/mamani_omar.pdf)
  8. López M, Santos S, Varez S, Abril D, Rocabert M, Ruiz M, Mañe N. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enferm Clín* 2006; 16(4): 218-21.
  9. Sánchez R. Atención especializada de enfermería al paciente ingresado en cuidados intensivos. 2<sup>a</sup> Ed. España: Alcalá; 2007
  10. Cabot H. Prevención de los trastornos músculo-esqueléticos. *Rev Enferm* 2007 May; 30(5): 23-28
  11. García G, Matus R. Aptitud clínica en estudiantes de enfermería ante situaciones clínicas complejas. *Rev. Enfermería* 2002; 10 (3): 131- 136. México.
  12. López F, López M J. Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Cienc. enferm.* [revista en la Internet]. 2011 [citado 2014 Jul 07]; 17(2): 47-54. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95531100020006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95531100020006&lng=es).
  13. Zambrano G. Estresores en las Unidades de cuidado intensivo. *Aquichán.* 2006; 1(6): 156-169.
  14. Aguilera Y, Zubizarreta M, Castillo J. Constatación de las habilidades del pensamiento crítico en los estudiantes de Licenciatura en Enfermería. *Educ Med Super* [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2014 Jul 01]; 20(3): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412006000300001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000300001&lng=es).
  15. Gerrig R, Zimbardo P. El estudio del aprendizaje. 17a ed. México DF: Pearson Educación; 2005. 171 p.
  16. Kim, KH. Baccalaureate nursing students experiences of anxiety producing situations in the clinical setting. *Contemp. Nurse* 2003; 14(2): 145-55.
  17. Navarro JM; Perales R; Gómez- Calerrada P, Muela MA. Factores relacionados con la larga permanencia laboral de las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos *Enfermería Clínica* 2008; 18(4): 201-204.
  18. Astudillo C, Avendaño C, Barco M. L, Franco Á, Mosquera C. Efectos biopsicosociales del estrés en estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana de Santiago de Cali. Documento no publicado de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia, (2001).
  19. Manrique E, Aguado H, Bravo F. Género, vulnerabilidad psicológica y modos de procesamiento en situaciones de estrés. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan I.* Vol. III, No. 1. 2002.
  20. Rodríguez S. *Manual de tutoría universitaria*. Recursos para la acción. Barcelona: Ed. Octaedro/ICE UB. 2004.
  21. Celis J, Bustamante M, Cabrera D, Cabrera M, Alarcón W, Monge E. Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana de primer y sexto año. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*, Vol. 62, No. 1, pp. 25-30, 2001.
  22. García- Nieto N. La función tutorial de la Universidad en el actual contexto de la Educación Superior. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22 (1), 21-48. Zaragoza, España 2008.
  23. Polo A., Hernández JM, Pozo C. Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. Universidad Autónoma de Madrid. 1-16. 2004. Recuperado de [http://www.unileon.es/estudiantes/atencion\\_universitario/articulo.pdf](http://www.unileon.es/estudiantes/atencion_universitario/articulo.pdf)
  24. Colel R, Limonero J, Otero MD. Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en Salud.* 2003; 5(2):1-10.
  25. Molina M, Jara C. El saber práctico en Enfermería. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2014 Jul 09]; 26(2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200005&lng=es)
  26. Lucena AF, Gutiérrez MGR, Echer IC, Barros A. Intervenciones de enfermería utilizadas en la práctica clínica de una unidad de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. sept.-oct. 2010 [acceso en: 9 julio 2014];18(5):[09]disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/es\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/es_06.pdf)
  27. Henriques S. Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Artículo de Revisión 20(1): [09 pantallas]ene.-feb. 2012 [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
  28. Campos M. Cuidados de enfermería avanzados. *Rev Horizontes enferm* 2007; 18(1):51-6.

**PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA SOBRE LAS DIFICULTADES EN SU INSERCIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA DE PACIENTE CRÍTICO.**

29. Sprengel AD, Job L. Reducing student anxiety by using clinical peer mentoring with beginning nursing students. *Nurse Educ.* 2004; 29(6): 246-50
30. Hernández Díaz A, Illesca M, Cabezas M. Opinión de estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Autónoma de Chile, Temuco, sobre las prácticas clínicas. *Cienc. enferm.* [revista en la Internet]. 2013 [citado 2014 Jul 11]; 19(1): 131-144. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000100012&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100012&lng=es).
31. Pichardo LM, Diner K. La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería. *An Med (Mex)*. [Internet]. 2010 [citado 15 junio 2011]; 55(3): 161-66. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc103i.pdf> [ Links ]
32. Carriles M.G, Oseguera J.F, Díaz Y, Gómez S.A. Efecto de una estrategia educativa participativa en el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de enfermería. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2014 Jul 12]; 11(26): 136-145. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412012000200009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412012000200009&lng=es).
33. Estefo S, Paravic T. Enfermería en el Rol de gestora de los cuidados. *Cienc. enferm.* [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2014 Jul 01]; 16(3): 33-39. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-)



# SATISFACCIÓN DEL ALUMNADO DE ENFERMERÍA FRENTE A LA IMPLANTACIÓN DE UN PORTAFOLIO EN LA ACTIVIDAD DOCENTE

NURSING STUDENT SATISFACTION FROM THE IMPLEMENTATION OF A PORTFOLIO IN THE TEACHING

SATISFAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE GESTÃO DE CARTEIRA ELETRÔNICA

**Autores:** Begoña Pellicer García (1), Raúl Juárez Vela (2), Luis Redondo Castán (3), Isabel Antón Solanas (4), Sandra Guerrero Portillo (5).

Recibido: 14/04/2014

Aceptado: 18/10/2014

## RESUMEN:

este trabajo describe el proceso de creación de un portafolio electrónico para estudiantes del Grado de Enfermería de la asignatura de Cuidados del Anciano, con el **objetivo general** de valorar la incidencia de la aplicación de un portafolio en el proceso educativo de la asignatura y guiar a los estudiantes en su actividad y lograr la percepción de sus propios progresos académicos universitarios.

**Método:** Diseño de nivel descriptivo, la población fueron los alumnos del grado de Enfermería y matriculados en la asignatura de Cuidados del Anciano. Encuesta tipo Likert sobre 23 individuos. En total tenemos 12 variables relacionadas entre sí.

**Resultados:** Los hallazgos muestran que en relación al enunciado "Lo que aprendo es importante para mi práctica profesional" se obtuvo un valor de 5 ("Casi siempre"), y en relación al enunciado "Otros estudiantes valoran mi contribución", se obtuvo un valor de 3 ("Alguna vez"). Los resultados muestran que la mediana de las valoraciones positivas respecto a las variables estudiadas de los alumnos encuestados responden con la afirmación: "A menudo". El 39.1 % de los alumnos encuestados valoran "Casi siempre" que lo que aprenden es importante para su práctica profesional.

**Conclusiones:** La elaboración de un blog es relevante para la práctica del futuro profesional de la enfermería, hace que los estudiantes mantengan un pensamiento crítico sobre sus ideas y sobre lo que leen. La figura del tutor es clave en el sistema de enseñanza aprendizaje y se convierte en pieza fundamental.

**Palabras clave:** Educación Basada en Competencias, Innovación, Enfermería, Aprendizaje, Tecnología.

(1) Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Jorge. Zaragoza, España. [bpellicer@usj.es](mailto:bpellicer@usj.es)

(2) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad San Jorge. Zaragoza, España.

(3) Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Jorge. Zaragoza, España.

## ABSTRACT:

**Objective:** This paper describes the process of creating an electronic portfolio for students in the Bachelor of Nursing course care of the elderly, with the overall objective of guiding students in their activities and achieve their own perception of university academic.

**Method:** A descriptive design with Degree Nursing students enrolled in the subject of Elder Care. Survey Likert about 23 individuals. In total there are 13 variables (12 related and one that assesses the questionnaire submitted).

**Results:** The two variables that differ from this result are "What I learn is important for my practice" with a value of 5 ("almost always") and "Other students value my contribution" where the value is 3 ("Some time"). The results show that the median of the positive student ratings with respondents answering "often". 39.1% of students surveyed valued with "almost always" learn what is important to their professional practice and that is related.

**Conclusions:** The development of a blog is essential to the practice of professional nursing future, makes students remain critical thinking about their ideas and what they read. The tutor is key to learning and teaching system becomes critical piece.

**Keywords:** Competency-Based Education, Innovation, Nursing, learning, Technology.

(4) Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Jorge. Zaragoza, España.

(5) Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Jorge. Zaragoza, España.

## RESUMO:

Este artigo descreve o processo de criação de uma carteira eletrônica para alunos da Licenciatura de atendimento curso de Enfermagem do idoso, com o objetivo geral de orientar os alunos em suas atividades e alcançar sua própria percepção da universidade progresso acadêmico. Relatório de

**Progresso:** Um projeto descritivo com estudantes de enfermagem de graduação matriculados na disciplina de Cuidados Elder. Levantamento Likert cerca de 23 indivíduos. No total, há 13 variáveis (12 relacionados e que avalía o questionário apresentado).

**Resultados:** As duas variáveis que diferem este resultado são "O que eu aprendo é importante para a minha prática", com um valor de 5 ("quase sempre") e "Outros estudantes valorizam a minha contribuição", onde o valor é 3 ("sempre"). Os resultados mostram que a mediana das notas dos alunos positivos com os entrevistados responder "frequentemente". 39,1% dos alunos pesquisados avaliados com "quase sempre" aprender o que é importante para a sua prática profissional e que é relacionado.

**Conclusões:** Desenvolver um blog é essencial para a prática de futuro profissional de enfermagem, torna os alunos permanecem o pensamento crítico sobre as suas ideias e que lêem. O tutor é fundamental para a aprendizagem e sistema de ensino torna-se peça fundamental.

**Palavras Chave:** Educação Competências, Inovação, de enfermagem, aprendizagem, de tecnologia.

## INTRODUCCIÓN

En la última década han aumentado las experiencias que han tenido como objetivo la realización de un portafolio como herramienta didáctica en la formación de estudiantes de diferentes disciplinas (1).

En nuestra universidad se utilizó como instrumento de aprendizaje y evaluación de competencias en la asignatura de Cuidados del Anciano. Alexander et al. afirman que el inicio del portafolio comenzó en la década de los ochenta, en las escuelas de enfermería (2). El portafolio se considera una colección de evidencias científicamente seleccionadas y clasificadas por orden cronológico en las que demuestran el desarrollo de competencias, y permiten al estudiante descubrir sus debilidades y necesidades de aprendizaje a través de la reflexión en un cierto plazo de tiempo (3).

Aunque la elaboración del portafolio debe ser flexible, diversos autores destacan la necesidad de requisitos que faciliten su elaboración (4)(5)(6)(7). El portafolio además de ser un instrumento de aprendizaje, numerosos autores enfatizan que el portafolio también, desarrolla competencias, impulsa el aprendizaje significativo y profundo, e incluso aumenta la autoestima y la seguridad en sí mismo del alumno (5)(8)(9).

Diversos autores destacan que este aprendizaje potencia la relación entre estudiante y tutor, convirtiéndose ambos en aliados del proceso educativo (6)(8)(10).

La realización de un portafolio genera un gran impulso para modificar las tradiciones educativas e implementa nuevas experiencias docentes acordes con los objetivos implantados en el Grado de Enfermería. También genera nuevas oportunidades para el aprendizaje de los alumnos y docentes (11).

López Ortega *et al.* consideran que el nivel de satisfacción relacionado con conocimiento-aprendizaje que percibieron sus alumnos en la realización del portafolio fue del 98,5%. También, al 85,8% de los alumnos les resultó intelectualmente interesante. López Ortega, constata que el diálogo mantenido entre profesor-alumno durante las revisiones fueron de gran ayuda en el 94,3% de los alumnos. <sup>11</sup> Romero *et al.*, en otro estudio constata que el 69% de la muestra conocía con anterioridad el uso del portafolio, mientras que el 29,9% no lo conocía. Sus resultados muestran una elevada satisfacción con la formación recibida a través del uso de esta herramienta. Las valoraciones de los estudiantes mostraron una opinión *bastante buena*, cumpliendo ampliamente las expectativas respecto a los objetivos. Los estudiantes se mostraron *bastante satisfechos* respecto al uso del portafolio como herramienta de autoevaluación de su aprendizaje concentrando sus valores en "bastante" y "mucho", siendo una minoría los que optan por considerarlo como "poco" el grado de satisfacción. Los estudiantes manifestaron de utilidad la realización del portafolio para el estudio de la materia, adquiriendo una valoración de "bastante" y "mucho". Asimismo, estos autores afirman que el uso del portafolio resulta útil para el estudio de la asignatura. También, los estudiantes valoraron positivamente el proceso de tutorización durante la realización del portafolio. Las valoraciones fueron del 42% "bastante" y del 37% "mucho". Sólo el 21% no se sintió satisfecho con el proceso de tutorías seguido(12).

La mayoría de los estudios recogen las opiniones de los estudiantes por lo que sería interesante recoger la opinión de profesores con experiencia en la utilización del portafolio. <sup>3</sup>

El sistema de evaluación no debe ser un mecanismo para "rendir cuentas", la evaluación que se realiza a los alumnos debe ser diseñada de forma que proporcione información acerca del trabajo que los alumnos realizan.

El sistema de portafolio se utilizó conjuntamente con las nuevas tecnologías informáticas de la comunicación (TIC) en el sistema educativo. Con la introducción de las nuevas tecnologías informáticas de la comunicación (TIC) los alumnos adquieren capacidades como son, la toma de decisiones, capacidad crítica, capacidad sobre la resolución de problemas (11).

Esta metodología se aplicó con estudiantes del Grado de Enfermería, en la asignatura Cuidados del Anciano, buscando que los estudiantes respondieran a dos aspectos esenciales del proceso enseñanza-aprendizaje. Por un lado, implica una metodología de trabajo y de estrategias didácticas en la interacción entre docente y estudiante. Por otro, unir y coordinar un conjunto

de evidencias para emitir una valoración lo más ajustada a la realidad, lo cual es difícil adquirir con otros instrumentos de evaluación más tradicionales que aportan una visión más fraccionada(13).

El portafolio permite al alumno adquirir las siguientes competencias generales para la titulación:

- Capacidad de análisis y síntesis de las informaciones obtenidas de diversas fuentes.
- Capacidad de organización y planificación.
- Uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para la aproximación a las necesidades de los pacientes/clientes y para el diseño, aplicación y evaluación de los tratamientos.
- Capacidad de trabajar de forma eficaz en equipos interdisciplinares, participando e integrándose en los trabajos del equipo en sus vertientes científicas y profesionales, aportando ideas, respetando y valorando la diversidad de criterios de los miembros del equipo.
- Capacidad de generar nuevas ideas, desarrollando la creatividad.
- Capacidad de incorporar la investigación científica y la práctica basada en la evidencia como cultura profesional, actualizando conocimientos y destrezas de manera continua.<sup>13</sup>

Aunque la estructura formal de un portafolio que evalúa el aprendizaje de un alumno pueda ser muy variada y dependa de los objetivos marcados en cada área curricular, los alumnos de Cuidados del Anciano, han seguido el siguiente desarrollo para su correcta elaboración:

- El portafolio debe de detallar las intenciones, creencias y punto de partida inicial de un tema o área determinada. Debe de tener temas centrales, que conforman el cuerpo del portafolio y que contienen la documentación seleccionada por el alumno que muestra el aprendizaje conseguido en cada uno de los temas seleccionados.

Para ello se establecen 4 fases: (13)

- Fase 1. Recogida de evidencias:  
Algunas de estas evidencias pueden ser: a) informaciones de diferentes tipos de contenido (conceptual, procedimental y actitudinal o normativo); b) tareas realizadas en clase o fuera de ella (mapas conceptuales, recortes de diario, exámenes, informes, entrevistas, etc.) y c) documentos en diferente soporte físico (digital, papel, audio, etc.). Estas evidencias vendrán determinadas por los objetivos plasmados en el portafolio.
- Fase 2. Selección de evidencias:  
En esta fase se han de elegir los mejores trabajos realizados o las partes de aquellas actividades que muestren un buen desarrollo en el proceso de aprendizaje para ser presentado ante el profesor o compañeros.

- Fase 3. Reflexión sobre las evidencias:

Se desarrollarán los puntos fuertes del proceso de aprender y propuestas de mejora.

- Fase 4. Publicación del portafolio:

En esta fase se trata de organizar las evidencias con una estructura ordenada y comprensible favoreciendo el pensamiento creativo y divergente, dejando constancia de que es un proceso en constante evolución.

El portafolio en cualquiera de sus formatos, hace posible una gestión eficaz, autónoma, completa y genuina de las funciones del profesor y del alumno, antes, durante y después del proceso de enseñanza y aprendizaje, construyendo un elemento de encuentro y desarrollo personal y profesional de los principales agentes educativos en la Universidad.

## METODOLOGÍA

Realizamos un diseño de nivel descriptivo prospectivo con alumnos del Grado de Enfermería de una Universidad de Zaragoza, España, matriculados en el 3er curso del año 2012, en la asignatura de Cuidados del Anciano. Dicha asignatura reúne características adecuadas para llevar a cabo una experiencia de aprendizaje reflexivo y continuado por medio de la elaboración de un portafolio.

Al comienzo del curso académico (2011-2012) se presentó dicho proyecto al alumnado matriculado en la asignatura de Cuidados del Anciano de nuestra Universidad. Los alumnos han completado la "Constructivist on line Learning Environment Survey" que nos ha servido para hacer el seguimiento del nivel en que la capacidad interactiva de la World Wide Web puede ser explotada para que los estudiantes se involucren en prácticas educativas dinámicas.

El análisis se llevó a cabo con el Programa SPSS Statistics 22.0. Se aplicó una encuesta tipo Likert sobre 23 individuos. Se definieron 12 variables relacionadas entre sí, medidas en una escala tipo Likert con la siguiente escala ordinal: 5 Casi siempre, 4 A menudo, 3 Alguna vez, 2 Rara vez, 1 Casi nunca.

## RESULTADOS:

La media de edad de los alumnos fue de 21 años, correspondiendo el 78% a mujeres (18 mujeres) y 22% a varones (5 varones).

**Análisis descriptivo de los datos:**

**Tabla 1. Variables del estudio:**

Estadísticos							
		Mi aprendizaje se centra en asuntos que me interesan	Lo que aprendo es importante para mi práctica profesional	Mi aprendizaje se centra en asuntos que me interesan	Lo que aprendo tiene relación con mi práctica profesional	Pleno críticamente sobre cómo aprendo	Pleno críticamente sobre mis propias ideas
N	Válidos	23	23	23	23	23	23
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		3,78	4,22	3,96	4,04	3,65	3,87
Mediana		4,00	5,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Moda		4	5	5	5	4	4
Desv. típ.		,902	1,085	1,364	1,107	,885	,815
Mínimo		2	1	1	1	1	2
Máximo		5	5	5	5	5	5
Percentiles	25	3,00	4,00	3,00	3,00	3,00	4,00
	50	4,00	5,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	75	4,00	5,00	5,00	5,00	4,00	4,00

Estadísticos							
		Pleno críticamente sobre las ideas que leo	El tutor me estimula a reflexionar	El tutor me anima a participar	El tutor ejemplifica las buenas disertaciones	El tutor ejemplifica la autoreflexión crítica	Otros estudiantes valoran mi contribución
N	Válidos	23	23	23	23	23	23
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		3,83	3,43	4,04	3,70	4,00	2,39
Mediana		4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00
Moda		4	4	4	3	4	1
Desv. típ.		,717	1,161	1,022	,974	,798	1,196
Mínimo		3	1	1	2	3	1
Máximo		5	5	5	5	5	4
Percentiles	25	3,00	3,00	4,00	3,00	3,00	1,00
	50	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00
	75	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00	3,00

En esta descriptiva se añade el cálculo de la media aunque en puridad se trate de variables ordinales y no cuantitativas al tratarse de una escala Likert. Si analizamos la mediana, obtenemos que para todas las variables salvo dos, el valor de la mediana sería igual a 4, lo que en nuestra escala sería “A menudo”. Las dos variables que difieren de este resultado son “Lo que aprendo es importante para mi práctica profesional” con un valor de 5 (“Casi siempre”) y “Otros estudiantes valoran mi contribución”, donde el valor es 3 (“Alguna vez”). Por lo tanto, observamos que en términos de la mediana las valoraciones de los encuestados son altas valorando con un “A menudo” sus respuestas.

Si aceptamos tratar las variables ordinales como cuantitativas, admitimos las operaciones de suma y media, calculamos el total de las puntuaciones de nuestros encuestados y calculamos su media individual (de las puntuaciones dadas), podríamos calcular la media de nuestra encuesta, tal como vemos en la tabla Nº 2.

**Tabla 2 media del total de variables:**

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Media de cada individuo	23	2,50	4,75	3,7428	,64104
N válido (según lista)	23				

Tendríamos que la puntuación media de nuestros encuestados en 3,74 (con una mediana de 3,83). En la escala de lo continuo lo situaríamos sobre “Alguna vez”.

Tabla 3. Tablas de Frecuencias:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Rara vez	2	8,7	8,7	8,7
	Alguna vez	6	26,1	26,1	34,8
	A menudo	10	43,5	43,5	78,3
	Casi siempre	5	21,7	21,7	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

## Lo que aprendo es importante para mi práctica profesional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	1	4,3	4,3	4,3
	Rara vez	1	4,3	4,3	8,7
	Alguna vez	2	8,7	8,7	17,4
	A menudo	7	30,4	30,4	47,8
	Casi siempre	12	52,2	52,2	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

## Lo que aprendo tiene relación con mi práctica profesional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	1	4,3	4,3	4,3
	Rara vez	1	4,3	4,3	8,7
	Alguna vez	4	17,4	17,4	26,1
	A menudo	7	30,4	30,4	56,5
	Casi siempre	10	43,5	43,5	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

## Pienso críticamente sobre cómo aprendo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	1	4,3	4,3	4,3
	Rara vez	1	4,3	4,3	8,7
	Alguna vez	5	21,7	21,7	30,4
	A menudo	14	60,9	60,9	91,3
	Casi siempre	2	8,7	8,7	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

## Pienso críticamente sobre las ideas que leo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alguna vez	8	34,8	34,8	34,8
	A menudo	11	47,8	47,8	82,6
	Casi siempre	4	17,4	17,4	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

## El tutor me estimula a reflexionar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	2	8,7	8,7	8,7
	Rara vez	2	8,7	8,7	17,4
	Alguna vez	7	30,4	30,4	47,8
	A menudo	8	34,8	34,8	82,6
	Casi siempre	4	17,4	17,4	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

## El tutor me anima a participar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	1	4,3	4,3	4,3
	Rara vez	1	4,3	4,3	8,7
	Alguna vez	2	8,7	8,7	17,4
	A menudo	11	47,8	47,8	65,2
	Casi siempre	8	34,8	34,8	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

## El tutor ejemplifica las buenas disertaciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Rara vez	2	8,7	8,7	8,7
	Alguna vez	9	39,1	39,1	47,8
	A menudo	6	26,1	26,1	73,9
	Casi siempre	6	26,1	26,1	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

El tutor ejemplifica la autoreflexión crítica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alguna vez	7	30,4	30,4	30,4
	A menudo	9	39,1	39,1	69,6
	Casi siempre	7	30,4	30,4	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Otros estudiantes valoran mi contribución					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	8	34,8	34,8	34,8
	Rara vez	3	13,0	13,0	47,8
	Alguna vez	7	30,4	30,4	78,3
	A menudo	5	21,7	21,7	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

En la mayoría de las variables está muy definida la valoración de los encuestados repartiendo sus votos en dos categorías. Rara vez se observa una división equitativa entre las categorías valoradas. Es el caso, por ejemplo, de la variable “El tutor ejemplifica la autorreflexión crítica”, en donde se reparten las valoraciones casi equitativas en tres categorías destacándose “A menudo” con un 39 %.

En el análisis de algunas tablas de contingencia podemos ver aspectos que pueden resultar de interés.

**Tabla 4. Tabla de contingencia: Aprendizaje y práctica profesional:**

**Tabla de contingencia Lo que aprendo es importante para mi práctica profesional \* Lo que aprendo tiene relación con mi práctica profesional**

			Lo que aprendo tiene relación con mi práctica profesional					Total
			Casi nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Casi siempre	
Lo que aprendo es importante para mi práctica profesional	Casi nunca	Recuento	0	1	0	0	0	1
		% del total	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%
	Rara vez	Recuento	0	0	1	0	0	1
		% del total	0,0%	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%	4,3%
	Alguna vez	Recuento	1	0	1	0	0	2
		% del total	4,3%	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%	8,7%
	A menudo	Recuento	0	0	2	4	1	7
		% del total	0,0%	0,0%	8,7%	17,4%	4,3%	30,4%
	Casi siempre	Recuento	0	0	0	3	9	12
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	13,0%	39,1%	52,2%
Total	Recuento	1	1	4	7	10	23	
	% del total	4,3%	4,3%	17,4%	30,4%	43,5%	100,0%	

El 39,1 % de los encuestados valoran “Casi siempre” que lo que aprenden es importante para su práctica profesional y que está relacionado. El 73,9% de las valoraciones de los encuestados consideran que “A menudo” o “Casi siempre” *es importante y está relacionado lo que estudian con su práctica profesional.*

**Tabla 5. Tabla de contingencia El tutor me estimula a reflexionar y participación:**

		El tutor me anima a participar					Total	
		Casi nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Casi siempre		
El tutor me estimula a reflexionar	Casi nunca	Recuento	1	0	0	1	0	2
		% del total	4,3%	0,0%	0,0%	4,3%	0,0%	8,7%
	Rara vez	Recuento	0	1	1	0	0	2
		% del total	0,0%	4,3%	4,3%	0,0%	0,0%	8,7%
	Alguna vez	Recuento	0	0	1	6	0	7
		% del total	0,0%	0,0%	4,3%	26,1%	0,0%	30,4%
	A menudo	Recuento	0	0	0	3	5	8
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	13,0%	21,7%	34,8%
	Casi siempre	Recuento	0	0	0	1	3	4
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	13,0%	17,4%
Total	Recuento	1	1	2	11	8	23	
	% del total	4,3%	4,3%	8,7%	47,8%	34,8%	100,0%	

Observamos cierta tendencia en cuanto a la valoración sobre la diagonal (de izquierda a derecha, descendente) en las valoraciones de los encuestados. Si bien la mayoría valora que "A menudo" o "Casi siempre" el tutor estimula y anima a participar, hay ciertos encuestados que considera que "Rara vez" o "Casi nunca" sucede esto.

## DISCUSIÓN

El Grado de Enfermería tiene como principal reto formar enfermeros con preparación científica, humana y capacitación suficiente para valorar, identificar, actuar y evaluar las necesidades de salud y de cuidados de las personas sanas o enfermas, de las familias y de la comunidad. Los fenómenos que conciernen particularmente a las enfermeras son las respuestas a problemas de salud reales o potenciales de las personas, familias o comunidad. Estas respuestas humanas abarcan de forma genérica, desde las necesidades de salud hasta la recuperación de la enfermedad.

El uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y de la Web 2.0 a través de la creación de un portafolio, se concibe como la herramienta clave para que un estudiante se convierta en el centro de su aprendizaje y se aproxime adecuadamente a las necesidades de los pacientes. Estos resultados difieren sobre los de López Ortega *et al.*, ya que la satisfacción adquirida en la realización del portafolio se encontraba en el 98,5% sobre sus alumnos. Sin embargo, en nuestro estudio sólo el 52,2% de los alumnos considera que lo que aprende es importante para su práctica profesional. Nuestro estudio obtiene menor grado de satisfacción de los alumnos en la realización de un portafolio.

Romero *et al.*, obtuvo una satisfacción del 79% sobre sus alumnos, cifras superiores a los de nuestro estudio. Por tanto, podríamos intuir que la satisfacción de nuestros alumnos sería menor a la manifestada por López Ortega *et al.* (11).

Se observa también en el caso de este estudio, que la estimulación reflexiva del docente sobre los alumnos es del 82,6% po-

sitiva, cifras superiores a encontradas en el estudio de Romero *et al.* En cuanto, a la satisfacción que los alumnos muestran por el tutor, nuestro estudio la mayoría valora que "A menudo" o "Casi siempre" el tutor estimula y anima a participar (12).

Entre los objetivos de la formación de los futuros enfermeros se encuentran la reflexión crítica sobre las cuestiones clínicas, científicas, filosóficas, éticas, políticas, sociales y culturales implicadas en su actuación profesional.

El uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y de la Web 2.0 a través de la creación de un portafolio, se concibe como la herramienta clave para que un estudiante se convierta en el centro de su aprendizaje y se aproxime adecuadamente a las necesidades de los pacientes.

## CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

Los objetivos mejor valorados, con la realización del portafolio de mayor a menor son: "lo que aprendo es importante para mi práctica profesional", "lo que aprendo tiene relación con mi práctica profesional", "el tutor me anima a participar", "el tutor ejemplifica la autorreflexión crítica", "el tutor ejemplifica las buenas disertaciones", "mi aprendizaje se centra en asuntos que me interesan", "otros estudiantes valoran mi contribución", "pienso críticamente sobre las ideas que leo", "el tutor me estimula a reflexionar", "pienso críticamente sobre cómo aprendo". Partimos de la base que actualmente las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) están sufriendo un desarrollo vertiginoso, esto está afectando

a prácticamente todos los campos de nuestra sociedad, y la educación no es una excepción. Nuestros estudiantes ven en las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) una herramienta útil ya que pueden adaptar el estudio a su horario personal, el alumno tiene un papel activo, los que trabajan no se ven perjudicados.

El carácter innovador de esta Universidad en Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) potencia este sistema, radica en que para un docente o Institución Educativa, la tecnología 2.0 puede convertirse en la herramienta que permita comunicarse con toda la comunidad educativa. El uso de portafolio con tecnología 2.0 contribuye a la formación personal de sus usuarios por los siguientes motivos:

- Los estudiantes crean su propio conocimiento.
- La educación ya no se centra solamente en la adquisición de conocimientos, sino en la formación personal continua, crítica y reflexiva.
- La comunicación se ha convertido en un aspecto fundamental de la nueva enseñanza en Internet.
- Se vuelve a valorar la escritura como medio de comunicación y de conocimiento.

Un blog por tanto, es un espacio virtual que de forma personal se pueda escribir a través de Internet artículos de uno o varios temas en forma de texto, ilustrándolos con imágenes, vídeos, audios y enlaces entre otras prestaciones. Así mismo, el equipo docente ha querido que el blog se convierta en un espacio donde los estudiantes pueden reflexionar sobre los distintos temas vistos en clase y emitir opiniones de forma constructiva (13)(14).

Uno de los aspectos que lo hace atractivo a los alumnos es su interactividad y facilidad de uso, ya que permite que las personas que visitan el blog opinen sobre la noticia. Consideramos que un portafolio tiene las siguientes ventajas con respecto a la replicabilidad y transferencia de conocimientos con respecto a ésta y a otras asignaturas:

- Acceso desde cualquier lugar. Basta con tener conexión a Internet. Acceso desde cualquier punto del campus de la Universidad.
- Publicación de forma cronológica. Las entradas o noticias al blog se pueden ordenar en orden de antigüedad, pudiéndose colocar de la más antigua a la más actual o viceversa.
- Clasificación de los contenidos por categorías. Este punto se ha desarrollado conforme a cada uno de los temas de la asignatura.
- Cada noticia genera comentarios que hacen a los alumnos replantearse su postura, sus conocimientos y aportan distintos puntos de vista.
- Los estudiantes se convierten en protagonistas del aprendizaje.

A través de los datos obtenidos podemos concluir que:

- La elaboración de un blog en tecnología 2.0 es fundamental para la práctica del futuro profesional de la enfermería.

- El uso de las TIC hace que el estudiante mantenga un pensamiento crítico sobre sus ideas y sobre lo que lee.
- La figura del tutor se configura como proceso clave en el sistema de enseñanza aprendizaje y se convierte en pieza fundamental.

Como limitación de este estudio podemos destacar el reducido número de participantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Klenowxki V. Desarrollo de portafolios para el aprendizaje y la evaluación. Madrid: Narcea; 2004.
2. Alexander JG, Craft SW, Baldwin MS, Beer GW, Mc Daniel GS. The nursing portfolio: a reflection of a professional. *J Cont Educ Nursing*. 2002; 33(2): 55-9.
3. Del Coro M. El portafolio como herramienta didáctica en la formación de enfermeras. *Index Enferm*. 2010; 19(2-3): 141-46.
4. Bowers SP. The portfolio process: questions for implementation and practice. *Coll Stud J*. 2005; 39(4): 754-58.
5. Byrne M, Delarose T, King CA, Leske J, Sapnas KG, Schroeter K. Continued professional competence and portfolios. *J Trauma Nurs*. 2007; 14(1): 24-31.
6. Dolan G, Fairbairn G, Harris S. Is our student portfolio valued?. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(1): 4-13.
7. Kear ME, Bear M, Using portfolio evaluation for program outcome assessment. *J Nurs Educ*. 2007; 46(3): 109-113.
8. Vera M. El portafolio como recurso de aprendizaje e instrumento de evaluación de estudiantes repetidores de enfermería. *Educ med*. 2007; 10(2): 114-120.
9. Canalejas MC, Cid ML, Martínez ML, Martín C. El portafolios como instrumento de aprendizaje y evaluación de competencias de los estudiantes de enfermería. *Enferm Clin*. 2009; 19: 16-23.
10. Spence W, El-Ansari W. Portfolio assessment: practice teachers' early experience. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(5): 388-401.
11. López J, López FJ, Sánchez LI, Calero MJ. El uso del portafolio para la enseñanza en Enfermería. Experiencia de tres cursos académicos. *Ini Inv*. 2008; 3: 26.
12. Romero MA, Crisol E. El portafolio, herramienta de autoevaluación del aprendizaje de los estudiantes. Una experiencia práctica en la Universidad de Granada. *Revista Docencia e Investigación*. 2011; 21: 25-50.
13. Barberà E. La evaluación de competencias complejas: la práctica del portafolio. *La Revista Venezolana de Educación*. 2005; 9(31): 497-503.
14. Agra MJ, Gewerc A, Montero L. El portafolio como herramienta de análisis en experiencias de formación online y presenciales. En *Enseñanza: Anuario Inter universitario de didáctica*. 2003; 21: 101-14.



# BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y MODERADO

BENEFITS OF THE PSYCHOMOTOR INTERVENTION IN THE ELDERLY WITH LOW AND MODERATE COGNITIVE DETERIORATION

BENEFÍCIOS DA INTERVENÇÃO PSICOMOTORA EM IDOSOS COM DETERIORAÇÃO COGNITIVA LEVE E MODERADA

**Autores:** Alicia González (1), Alejandra Marchetti (2)

Recibido: 15/09/2014

Aceptado: 30/11/2014

## RESUMEN

El propósito de este estudio fue identificar los beneficios de la intervención psicomotriz desde un marco terapéutico, con adultos mayores que presentan deterioro cognitivo leve y moderado y asisten a un centro diurno para adultos mayores.

Se trata de un estudio con medición pre y post intervención, a través de un estudio de grupo único, durante cinco meses.

Se realizó una evaluación pre-intervención de carácter individual aplicándose una serie de pruebas y cuestionarios a 9 usuarios que presentan deterioro cognitivo y asisten al mencionado centro. Las mismas fueron: Cuestionario Pre-Intervención, Mini mental State Examination, Cuestionario SF36, Escala Marcha y equilibrio de Tinetti, Test del Reloj, Selección de Subtest de la Batería psicomotriz de da Fonseca (Lateralidad, Noción de Cuerpo, Praxia Global y Fina). Se utilizó también una ficha de observación de parámetros psicomotrices para adultos.

A partir de esto, se diseñó y aplicó un proyecto de intervención psicomotriz de 24 sesiones, y luego se reevaluó a la población, aplicando la misma batería de pruebas y un cuestionario de satisfacción, suprimiendo el cuestionario pre-intervención.

De la comparación de ambas evaluaciones se deducen mejoras en la mayoría de los usuarios a nivel de: la organización tónico-postural y amplitud del movimiento, capacidades memorísticas y atencionales, y la posibilidad de revalorización del cuerpo como lugar de sensaciones de bienestar. En conclusión la intervención psicomotriz puede tener un efecto favorable en el enlentecimiento del proceso de retrogénesis psicomotora, mejorando y/o manteniendo las capacidades funcionales de esta población a nivel motor, cognitivo y social, promoviendo así un estilo de funcionamiento adaptativo y una vivencia positiva del cuerpo.

**Palabras clave:** Deterioro cognitivo leve, Demencia, Estudios de intervención, Anciano, Prevención y control

(1) Departamento de Psicomotricidad. Universidad Católica del Uruguay, gonzalezcano.a@gmail.com

(2) Scuola Italiana di Montevideo, Montevideo. Uruguay

## ABSTRACT

The purpose of this study was to identify the benefits associated with the psychomotor intervention from a therapeutic approach, with the elderly who suffer from low and moderate cognitive deterioration, that attending a day-care centre for older adults.

It is a quasi-experimental study with pre and post intervention measurement through a single group study for five months.

An individual, pre-intervention evaluation was done using a series of tests and questionnaires to 9 people with cognitive deterioration who attend to that center. The instruments were: Pre-Intervention Questionnaire, Minimental State Examination, SF36 Questionnaire, Tinetti's Balance and Motion Scale, Clock Test, a selection of subtests of Da Fonseca's Psychomotor Battery (Laterality, Notion of Body, Global and Fine Praxis). An observation sheet of psychomotor parameters for adults was also used.

Based on this, a 24-session psychomotor intervention project was designed and applied. Afterwards, the population was reevaluated, applying the same battery of tests and a satisfaction questionnaire, suppressing the pre-intervention questionnaire.

The comparison of both evaluations shows improvements in most patients in: the tonic-postural organization and the amplitude of movement, attention and memory capacities, and the possibility reevaluation of the body as a place for wellbeing sensations.

In conclusion the psychomotor intervention can have a positive effect on the slowing of the psychomotor retrogenesis process, improving and/or maintaining the functional capacities of this population in a motor, cognitive and social level, promoting an adaptive style of functioning and a positive assessment of body.

**Key Words:** Mild Cognitive Impairment, dementia, psychomotor intervention, elderly, prevention leves.

## RESUMO

O propósito desta pesquisa foi identificar os benefícios da intervenção psicomotora através do marco terapêutico, com idosos que apresentam deterioração cognitiva leve e moderado, que são atendidos no Centro-Dia.

Esta é uma pesquisa com aferição pré e pós-intervenção, através de um estudo de grupo único, durante cinco meses.

Foi realizada avaliação pré-intervenção, de caráter individual, aplicando uma série de testes e questionários em nove usuários que apresentam deterioração cognitiva e que assistem a esse centro.

Esses testes foram: o questionário pré-intervenção, o *Minimal State Examination*, o questionário SF36, a escala de equilíbrio e mobilidade de Tinetti, o teste do relógio, uma seleção de subtestes da bateria de avaliação psicomotora Da Fonseca (lateralização, noção do corpo, praxia global e fina).

Foi utilizada, ainda, uma ficha de observação dos parâmetros psicomotores em adultos.

Com base nisso, foi desenhado e aplicado um projeto de intervenção psicomotora, de 24 sessões, para depois reavaliar essa população aplicando a mesma bateria de testes e um questionário de satisfação, suprimindo o questionário pré-intervenção.

Da comparação de ambas as avaliações se deduzem melhoras na maioria dos usuários, em termos de: organização tônico-postural e amplitude de movimento, capacidade memorística e atencional, e possibilidade de revalorização do corpo como lugar de sensações de bem-estar.

Em conclusão a intervenção psicomotora consegue ter efeito favorável na redução da aceleração do processo de retrogênese psicomotora, melhorando e/ou mantendo as capacidades funcionais desta população, no plano motor, cognitivo e social, promovendo, dessa forma, um estilo de funcionamento adaptativo, e uma avaliação positiva do corpo

**Palavras-chave:** Comprometimento cognitivo Leve, Demência, Estudo psicomotor, idoso, prevenção.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso singular e individual inserto en un contexto bio-psico-socio-cultural e histórico. La vejez es una etapa más dentro del ciclo vital, en la cual se producen diversos cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico, motriz, cognitivo, social.

Si bien dentro del proceso normal de envejecimiento, se evidencia un declive de la capacidad funcional, sobre todo a nivel del funcionamiento cognitivo y motor, esto no significa nece-

sariamente la aparición o existencia de un deterioro cognitivo (en adelante DC).

En Uruguay, el último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística (en adelante I.N.E) en el 2011, mostró que la población de 65 o más años pasó de representar el 7,6% del total en el censo de 1963 al 14,1% en el 2011(1).

De esta población y de acuerdo a datos estimativos del Ministerio de Salud Pública (en adelante MSP), se calcula que más del 10% de los mayores de 65 años padece alguna forma de deterioro cognitivo equivalente a demencia, prevalencia que alcanza el 35% en mayores de 80 años (2)

El DC, se caracteriza por el bajo rendimiento en algunos aspectos intelectuales (memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento), que superan al declive esperado o asociado a la edad. Esto presupone una pérdida parcial o global de capacidades adquiridas previamente.

Diversos autores plantean que el deterioro cognitivo leve (DCL) es considerado como una alteración de la memoria, que es superior a la esperada para la edad y el nivel de escolaridad del sujeto (3)(4).

Según estos autores, la mayoría de las personas mayores, sin cumplir aún con los criterios de DC, anuncian quejas en cuanto a su memoria. Esta situación, sin constituir un DCL, puede ser un indicador del mismo. Para diagnosticar el DC, toman los criterios diagnósticos propuestos por Petersen et. al.: alteración subjetiva de la memoria, corroborada por un informador fiable, alteración de la memoria objetivada mediante test con datos normativos de personas de la misma edad y nivel de escolaridad, función cognitiva general normal, realización normal de las actividades de la vida diaria, no estar demenciado (5).

El DC es una condición patológica del adulto mayor, un déficit cognitivo que diferencia al sujeto de sus pares normales, pero cuya severidad aún es insuficiente, no presentando los síntomas del diagnóstico de demencia y/o Alzheimer.

El MSP, considera fundamental el desarrollo de estrategias específicas de abordaje de la población de adultos mayores con estas características, procurando garantizar que puedan vivir con mayor independencia a partir del mantenimiento de su capacidad funcional.

Una posible estrategia podría ser la intervención psicomotriz. Esto debido a que la misma tiene como finalidad el desarrollo, restablecimiento o redescubrimiento de las capacidades del individuo, por medio de un abordaje corporal, considerando que desde y a partir del cuerpo, es que el individuo se presenta e interactúa con el medio.

La Psicomotricidad se configura así como una posible modalidad de abordaje de esta problemática, buscando propiciar la resignificación de las experiencias corporales en el adulto ma-

yor desde un lugar de bienestar y posibilidad, más allá de la declinación funcional propia de la edad, o asociada a un DC.

Este nuevo campo de actuación, ampliando las posibilidades de abordaje a todas las etapas del ciclo vital, está teniendo recientes desarrollos en Uruguay, pretendiendo esta investigación aportar nueva información para mejorar la calidad de la intervención y valorar la pertinencia de la misma.

Dependiendo de la capacidad funcional de las personas mayores con las que se trabajará, la intervención se enmarcará en diferentes niveles de prevención en salud (6). Teniendo en cuenta el perfil de la población con la que se trabajó, y siguiendo el enfoque planteado por Lorente, se considera que la intervención se enmarca en un *Tercer Nivel de Prevención en Salud*, buscando prevenir la declinación funcional, mediante el mantenimiento de la capacidad funcional y la compensación del déficit con las capacidades conservadas(7).

Existen escasos antecedentes a nivel local en relación al abordaje de personas con DC pudiendo destacarse el estudio realizado en el año 2013 por la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR) en el Centro diurno de la Asociación de Uruguay de Alzheimer (8), y el realizado en el año 2012, sobre la intervención psicomotriz con adultos que presentan DCL, coordinada por el Departamento de Psicomotricidad de la Universidad Católica del Uruguay (UCU)(9).

A nivel internacional los más recientes son los llevados a cabo por Sepúlveda y Ubilla en Chile, Czyzyk y Fernández en Argentina, García Olalla en España, Michel en Francia tratándose en todos los casos de abordajes psicomotores tanto en contextos ambulatorios como en residenciales, que dan cuenta de variados beneficios en la calidad de vida y capacidad funcional de las personas mayores con DC y/o fragilidad, así como de la importancia de la valoración inicial individual para el diseño del programa (10)

Partiendo de estos antecedentes, el objetivo de este estudio es identificar los posibles beneficios de la intervención psicomotriz con adultos mayores que presentan deterioro cognitivo leve y moderado, y concurren a un centro diurno, en Montevideo, Uruguay en el periodo julio-diciembre de 2013. Partiendo de los antecedentes que dan cuenta de logros alcanzados a través del trabajo realizado, se buscará sistematizar y evaluar los beneficios de la intervención psicomotriz con esta población.

## METODOLOGÍA

Se realizó una medición pre y post intervención, con estudio de un grupo único (sin grupo de control), que permitió evaluar el impacto de la implementación del programa de intervención psicomotriz.

La población del Centro Diurno se compone de aproximadamente 40 usuarios. En acuerdo con la dirección técnica, se establecieron una serie de pasos para el arribo a la muestra definitiva.

Los criterios de inclusión para selección de la muestra fueron los siguientes:

- Puntuación menor o igual de 24 (nivel bajo de formación) y mayor de 16 en el Mini Mental Test de Folstein.
- Capacidad para la marcha autónoma (se aceptó el uso de bastón o andador).
- Aceptación de la participación en el estudio mediante firma de consentimiento informado por parte de un familiar directo, y asentimiento informado por parte de los usuarios.

En base a estos criterios la directora del Centro, gestionó la firma y recolección de los consentimientos informados, seleccionándose un grupo constituido por 9 usuarios. Uno de los participantes fallece durante el proceso de evaluación inicial por lo que el grupo definitivo quedó finalmente constituido por 8 usuarios.

### *Variables del estudio:*

- 1- Deterioro cognitivo: bajo rendimiento en algunos aspectos intelectuales, que superan al declive esperado o asociado a la edad.
- 2- Calidad de vida relacionada a la salud: percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo: motoras, cognitivas y sociales.
- 3- Praxias: Movimientos con un fin determinado, aprendidos y conscientes pero que con la repetición se automatizan.

### *Estrategia de recolección de los datos:*

Con los funcionarios de la institución, se realizaron entrevistas a los integrantes del equipo de trabajo para el análisis de situación.

Con los usuarios se aplicó cuestionario Pre-Intervención del Programa Psicomotriz a Personas Mayores con deterioro cognitivo para recoger información acerca de intereses, gustos y preferencias, así como limitaciones auto percibidas (9).

Se aplicó a los usuarios:

- Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975)
- Test del Reloj (Thalman et al., para valorar deterioro cognitivo).
- Cuestionario de Salud SF36 (Health Institute, New England Medical Center), para evaluar calidad de vida relacionada a la salud (en adelante SF36).
- Escala Marcha y equilibrio de Tinetti (Tinetti, 1986, 1996), Selección de subtest de la Batería psicomotriz de da Fonseca: Lateralidad, Noción de Cuerpo, Praxia Global y Fina (da Fonseca, 1998), para evaluar aspectos prácticos (BPM).
- Ficha de observación psicomotriz para adultos.
- Cuestionario de satisfacción de la intervención psicomotriz (9) para evaluar las áreas y actividades en la que los usuarios detectaron mayores beneficios a raíz de la intervención.

### *Procedimiento*

- Para la evaluación pre intervención de los usuarios, se mantuvieron dos encuentros de una hora de duración con cada usuario, para la aplicación de las pruebas de valoración inicial.
- Con los datos obtenidos se realizó un diagnóstico de la situación que permitió determinar las fortalezas y debilidades de la población seleccionada, surgiendo así 3 áreas que presentaron dificultades significativas: valoración negativa de sus posibilidades corporales, memoria y atención, y escasa interacción entre los usuarios. A partir de esta aproximación es que se diseña el Programa de Intervención Psicomotriz.
- El programa de Intervención Psicomotriz. constó de 24 encuentros de aproximadamente 1 hora de duración, con una frecuencia de abordaje bi-semanal, en donde las sesiones se estructuraron en 4 momentos: Ritual de entrada, Actividad central, Vuelta a la calma y Socialización de la acción. La metodología de trabajo alterna entre los modelos de actividades directrices de parte del coordinador, semi-directrices y en menor medida de libre expresión por parte de los usuarios.

Las estrategias utilizadas fueron: Actividades de prevalencia motora, Actividades de predominio cognitivo, Variación de técnicas de relajación. En algunos casos se trabajó con todo el grupo de forma simultánea y en otros con cada individuo o parejas, abordando las áreas que surgieron como centrales en la valoración inicial, pero adecuando la propuesta a la capacidad y posibilidades de cada usuario.

- Se tuvieron en cuenta aspectos metodológicos tales como: progresividad en la complejidad de las consignas, alternancia de actividades de predominio motor y cognitivo, planificaciones basadas en los intereses de los usuarios y la utilización de los recursos del juego y la música como elementos dinamizadores y generadores de motivación e implicancia en los usuarios.
- Evaluación post intervención. Se re-evaluó a los usuarios en dos nuevos encuentros de una hora, aplicando las pruebas, cambiándose el cuestionario Pre-intervención por el Cuestionario de Satisfacción de la Intervención Psicomotriz.

### *Análisis de datos*

Se utilizó una tabla que resume los resultados pre y post intervención de las pruebas aplicadas a los usuarios, lo que permite visualizar mejora, mantenimiento o declive de las funciones evaluadas, en el momento posterior de la intervención.

Los resultados fueron analizados conjuntamente con los datos cualitativos resultantes de las opiniones de los usuarios en el cuestionario de satisfacción y de las observaciones de la expresividad motriz de los mismos.

### *Aspectos éticos*

Se tuvieron en cuenta las consideraciones establecidas en el Decreto de Ley 309/008 vigente en el Uruguay en relación a la experimentación con seres humanos, manteniendo la confidencialidad de los datos obtenidos y la libre participación en el estudio de las personas involucradas. De ésta manera la persona podía por propia voluntad abandonar el estudio cuando así lo deseara. Se tramitaron las autorizaciones correspondientes frente a las autoridades del Centro y el Comité de educación de dicha institución previo a la realización del estudio.

### **RESULTADOS**

Se presenta una tabla donde se muestran los resultados obtenidos por cada usuario en las dos evaluaciones que se le realizaron. Siendo 1 el momento pre-intervención y 2 post-intervención.

Los resultados muestran que en relación a la variable deterioro cognitivo, en el MMSE, 6 de los 8 usuarios a los que se les aplicaron los test en ambas instancias, mejoraron su puntaje, mientras que 2 obtuvieron un rendimiento inferior en la segunda evaluación. Como se mencionó, hubo tres casos, C, F y H, que obtuvieron en la segunda evaluación puntajes que se encuentran por encima de la línea de corte del test para deterioro cognitivo, siendo el caso F el que mayor mejoría presenta. En cuanto al caso E, que en la primera evaluación presentó un puntaje que se encontraba dentro del rango establecido para demencia, el resultado obtenido lo ubica dentro del rango de deterioro cognitivo, establecido para el test.

Las áreas que mejoraron o mantuvieron su puntaje en la mayor parte de los casos evaluados fueron: Atención y cálculo, Orientación temporal y Recuerdo diferido.

En el Test del Reloj, se observa que 5 usuarios mejoraron su rendimiento, 1 mantuvo y 2 descendieron al comparar las dos aplicaciones. De los 2 casos que disminuyen el caso B presentó también un descenso en el puntaje obtenido en el MMSE.

De la observaciones realizadas destaca como resultado una mayor y más rápida comprensión de las consignas de las actividades planteadas, lo que permitió ir aumentando el nivel de complejidad de las mismas conforme avanzaban los encuentros. También de los cuestionarios post intervención los usuarios señalan a la memoria como una de las áreas que se vio más favorecida a raíz de la intervención.

Se considera que la regularidad en la asistencia a los talleres fue un factor clave para mostrar mejorías en la variable evaluada, ya que uno de los casos que empeoró su rendimiento entre ambas instancias, sostuvo una asistencia muy irregular al centro diurno y a los talleres en concreto.

Respecto a la variable calidad de vida relacionada a la salud, en el SF 36, se observa que 6 usuarios, presentaron mejoría en

cuanto a su auto percepción de salud de manera global. Según la interpretación establecida para el SF 36, a mayor puntuación mejor auto percepción de salud.

De la comparación de los resultados obtenidos para el Componente de Salud Física (CSF) y el Componente de Salud Mental (CSM), surge: para el CSF, 3 usuarios mejoraron su puntuación en la segunda aplicación, 3 mantuvieron y 2 usuarios descendieron. En cuanto al CSM, 5 usuarios mejoraron su puntaje y 3 descendieron en el mismo.

En los cuestionarios de satisfacción los 8 usuarios consideraron que su estado de salud era igual o mejor que antes de la misma, manifestaron un alto nivel de disfrute de la propuesta, y el deseo de poder continuar participando de la misma. También señalaron que el relacionamiento con otros se había incrementado a partir de la intervención.

De la variable praxias, destaca que los resultado obtenidos en el Test de Tinetti, muestran que en 2 casos C y E, mejoraron su puntuación, 4 mantuvieron y 2 disminuyeron, si bien la disminución en el puntaje fue mínima. Esto daría cuenta que la mayor parte de los usuarios mantuvo su rendimiento en lo que hace a la praxia de la marcha y al equilibrio.

La Adaptación de la BPM, muestra que 7 usuarios mejoraron su rendimiento y 1 lo mantuvo. De los 7 usuarios que mejoraron su rendimiento, 4 lograron realizar la tarea sin dificultad y 3 lo lograron con dificultad.

De la comparación entre ambas aplicaciones de la BPM, surge que 3 usuarios mejoraron su rendimiento a nivel de la praxia global, 4 lo mantuvieron y 1 descendió. En relación a la praxia fina los resultados obtenidos muestran que 4 mejoraron su rendimiento y 4 lo mantuvieron.

Dichos resultados van en la misma línea de las mejoras obtenidas tanto en la marcha y el equilibrio, como en la mejora o mantenimiento de las capacidades cognitivas que redunda en una mejor planificación del acto y por lo tanto en una respuesta más eficaz ante la tarea.




De la observación de los parámetros psicomotrices se destaca un aumento en la cantidad y calidad de los movimientos en lo que hace a la amplitud de los mismos, precisión, velocidad, lo cual se vincula con mayor capacidad para las fluctuaciones tónicas y organización tónico-postural del acto. A lo largo de los talleres se evidenció mayor implicancia corporal en las actividades, lo que permitió aumentar el número y duración de las mismas, así como mayor disfrute y demanda de las mismas.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos dan cuenta de que la intervención psicomotriz ha tenido un efecto positivo acorde a los objetivos planteados, ya que se observa en 6 de los 8 usuarios participantes, exceptuando los casos B y G, una mejora o mantenimiento en la mayoría de las diversas variables evaluadas.

Tabla 1. Comparación de resultados pre y post intervención de cada participante

	Edad	MMSE 1	MMSE 2	SF 36 1	SF 36 2	Test Reloj 1	Test Reloj 2	Tinetti 1	Tinetti 2	Da Fonseca 1	Da Fonseca 2
Caso A	74	22	23	88,44	90,44	13,5	11	26	26	2	3
Caso B	75	21	18	77,44	89,66	14,5	8	26	26	2	3
Caso C	70	23	25	39,33	25,44	13	19	21	25	2	3
Caso D	84	20	22	91,1	93,33	13	20	21	21	2	3
Caso E	84	10	16	59,7	83,74	4	4	21	26	1	2
Caso F	86	20	27	34,01	41,38	16,5	17	24	24	1	2
Caso G	92	22	14	84,22	79,22	14	2	13	12	1	2
Caso H	85	24	25	75,22	81,66	15	20	20	19	2	2

	Mejora
	Mantiene
	No mejora

A nivel de las funciones psíquicas superiores, se observan mejoras especialmente en la Memoria a corto plazo y Atención, lo que se ve reflejado en un mejor rendimiento general en los test MMSE y Reloj, así como en la comprensión y ejecución de consignas, constatado a través de la observación de parámetros psicomotrices. En las áreas de atención y cálculo, orientación temporal y recuerdo diferido la mayoría de los usuarios mejoran o mantienen su rendimiento.

Estos resultados coinciden con lo planteado por Olave-Sepúlveda y Ubilla-Bustamante y Czyzyk y Fernández, entre otros, quienes a partir de sus investigaciones sostienen que la intervención psicomotriz resulta beneficiosa para los usuarios participantes, ampliando y conservando su capacidad atencional y de memoria. Estos, consideran que repercute en una mejora en las funciones psíquicas superiores y por tanto en una disminución de los signos y síntomas asociados al deterioro cognitivo(10)(11).

El mantener o aumentar la capacidad atencional y de memoria, permite una mejor recepción y procesamiento de la información favoreciendo así una respuesta más adecuada al medio, habilitando al sujeto a una mejor comunicación con los otros. Al trabajar los procesos atencionales y de memoria se generan condiciones para que la persona recepcione de forma eficaz la información del entorno, lo que influye en una mejora de la planificación y ejecución, afectando positivamente a las funciones ejecutivas.

En cuanto a las mejoras obtenidas en el desempeño práctico, visualizado en el rendimiento a nivel del equilibrio y de la marcha en el test de Tinetti, las mejoras observadas en la BPM específicamente en el subtest que evalúa la praxia global, y las respuestas obtenidas en el cuestionario de satisfacción, se puede sostener que el programa de intervención propuesto, habilitó a los usuarios a lograr una mejor organización tónico-postural. En consecuencia se puede afirmar que la intervención psicomotriz en adultos mayores resulta beneficiosa, ya que favorece la ampliación de la capacidad de movimiento (9).

Los usuarios previo a la implementación del programa psicomotriz, presentaban un tono muscular de base aumentado con dificultades en la capacidad de fluctuar tónicamente, lo que repercutía en su organización tónico postural durante las diferentes actividades.

A partir del registro de la observación de parámetros psicomotrices, se observa una disminución de la tensión muscular, de lo que se infiere una mayor capacidad de fluctuar tónicamente. En consecuencia, un mayor control a nivel tónico, posibilitó a los usuarios la regulación de la postura y el tono de acción, y en consecuencia realizar movimientos más armónicos y ajustados a las actividades propuestas.

Asociado a las mejoras de la organización tónico postural, se observa a nivel de la expresividad motriz de los usuarios, un aumento del repertorio gestual, por ejemplo, distensión tónica a nivel facial, sonrisas y risas, que permiten inferir sensaciones

de bienestar corporal directamente relacionadas a actividades motoras.

Las mejoras a nivel del equilibrio evidenciadas, podrían incidir en la seguridad de los desplazamientos y en los cambios posturales, aumentando el involucramiento en las diversas actividades de implicancia corporal. Este redescubrimiento de las posibilidades corporales, podría influir positivamente en la ampliación del repertorio motor y en la disminución del miedo a las caídas.

García Olalla, haciendo referencia a un estudio realizado por García Olalla y cols. en el año 2005, sostiene que si bien la intervención psicomotriz, produce efectos beneficiosos en todas las áreas (movilidad, comunicación, identidad y representación), es en la movilidad donde se observa los mayores beneficios. Plantea que disminuye el miedo a las caídas en los desplazamientos cotidianos, el sentimiento de torpeza y lentitud, por lo que se adquiere seguridad en los desplazamientos (12).

Esto coincide con lo planteado por Lorente, en cuanto a que la intervención psicomotriz "... no solo es positiva, sino necesaria para manejar déficit cognitivo y mejorar la movilidad a modo de actividad física adaptada" (7).

En cuanto a la variable auto percepción de la calidad de vida, socialización y comunicación, a partir de la intervención psicomotriz se visualizan mejoras tanto en los aspectos expresivos como comprensivos.

De la comparación de los resultados obtenidos en el test SF 36, se observa un aumento en el puntaje obtenido por los usuarios en la dimensión que evalúa la "Función Social", entre las dos aplicaciones. Por lo que se puede inferir que la mejora de la autopercepción de salud tanto a nivel físico como emocional, propicia mayor predisposición a la socialización entre los sujetos.

Asimismo a nivel cualitativo, se observó un aumento de la participación en forma activa y espontánea en las instancias de socialización de las sesiones. En las respuestas al Cuestionario de Satisfacción, manifiestan que la intervención los ayudó en el establecimiento de la relación con los otros, y especialmente con los integrantes del grupo de Psicomotricidad, reafirmando su sentido de pertenencia al mismo.

Como plantea el grupo de investigación del Instituto de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la UDELAR la propuesta de trabajo en forma grupal, favorece la estimulación de las habilidades sociales y comunicacionales, así como el despliegue de aspectos que hacen a la afectividad, a lo intelectual y a lo cognitivo. En su trabajo sostienen que "el grupo", es un espacio de contención y cooperación, que se pudo ver reflejado en este estudio (8).

Para el logro de los objetivos de la intervención, resultan fundamentales la adecuada selección del encuadre, así como de las estrategias planteadas y el ejercicio del rol del psicomotricista. Estos aspectos atraviesan transversalmente toda la inter-

vención, de forma de poder articular todas esas posibles áreas y dimensiones sobre las que intervenir.

La observación y principalmente la escucha tónico-empática, permiten al psicomotricista captar las modificaciones tónico-emocionales que se producen en los usuarios durante el transcurso de las actividades. Se pretende así comprender el impacto afectivo que tienen en los usuarios las distintas actividades planteadas.

La actitud del psicomotricista debe ser de respeto, sostén y cuidado, que se manifiesta a través de una disponibilidad corporal que se refleja en el rostro, la mirada, la gestualidad, la postura, los movimientos y el manejo verbal.

Esta posición terapéutica asumida, le permite ajustarse a la demanda del otro y actuar en consecuencia.

Desde esta posición es que se busca no enfrentar a la persona directamente con el síntoma, sino que a partir de sus fortalezas y posibilidades habilitar sensaciones generadoras de bienestar corporal, permitiendo una "reapropiación sensomotriz y emocional que habilite una conciencia corporal distinta" (13)

## CONSIDERACIONES FINALES

En cuanto a la posibilidad de generalización del programa de intervención psicomotriz, se considera que su implementación puede ser replicable para una población con similares características, debido a los resultados positivos obtenidos.

Se ha de tener en cuenta que el proyecto de intervención debe estar ajustado a la población a abordar, y al contexto en que ésta se encuentra inserto, por lo que la propuesta deberá ser planificada y orientada por el profesional a cargo de su puesta en práctica.

En resumen, del programa aplicado se considera que ha generado un efecto positivo en la mejora de la auto percepción del sujeto en relación a sus posibilidades psicomotrices reales, una mayor capacidad de autorregulación y un aumento de autoestima.

De acuerdo a Tárraga y Boada, el objetivo final de la intervención apunta a restaurar habilidades cognitivas, enlentecer la progresión del deterioro y mejorar el estado funcional de la persona con demencia o en riesgo de padecerla (14)

El logro de estas condiciones, con esta población, a través del abordaje psicomotor propuesto, se considera que podría repercutir directamente en el mantenimiento de la independencia y autonomía para las actividades de la vida diaria, mejorando de esta forma su calidad de vida, cumpliendo así con el objetivo inicial que se planteaba para la intervención.

Este estudio, a pesar de sus limitaciones metodológicas en relación al tamaño de la muestra, resulta, un aporte novedoso para la disciplina en nuestro país, ya que como se ha descrito casi

no existen trabajos de investigación y sistematización acerca de esta temática.

De todos modos, se entiende necesario seguir profundizando en el estudio de la intervención, con un enfoque de seguimiento longitudinal a más largo plazo, así como también diseñar y estandarizar los instrumentos de evaluación para la población uruguaya.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INE. Censo 2011. [Internet]. 2012 [acceso el 25 de febrero de 2013] Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.html>
2. Programa Nacional del adulto mayor. [sede Web]. Montevideo: MSP; 2005 [acceso el 25 de febrero de 2013]. Disponible en [www2.msp.gub.uy/andocaso-ciado.aspx?5682,21570](http://www2.msp.gub.uy/andocaso-ciado.aspx?5682,21570)
3. Samper Noa JA, Rodríguez, L, Sanchez Catases C, Sosa Pérez S. El deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2011; 10(1): 27-36.
4. Mulet B, et al. Deterioro cognitivo anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución. *Psicothema*. 2005; 17(2): 250-256.
5. Petersen RC, et al. Prevalence of mild cognitive impairment is higher in men: The Mayo Clinic Study of Aging. *Neurology*. 2010; (75): 889 - 897.
6. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Int*. [Internet]. 2011 [acceso 16 de enero de 2014]; 33 (1). Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/leccion\\_14/bibliografia\\_complementaria\\_14.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/plan2010/spyc/leccion_14/bibliografia_complementaria_14.pdf)
7. Lorente Rodríguez, E. Intervención Psicomotriz con pacientes con demencia: una propuesta rehabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 2003; 11(3): 13-28.
8. Alpuin A, Acevedo G, De Leon L, Morales S, Pérez R. Taller de memoria, identidad y creatividad con personas con demencia tipo Alzheimer. *II Congreso Latinoamericano de Gerontología Comunitaria*; 14 - 16 de noviembre. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social – Presidencia de la Nación; 2013.
9. López Gómez, A. Intervención psicomotriz con personas mayores que presentan deterioro cognitivo leve y moderado. 5to congreso panamericano de Gerontología y geriatría; 26 – 29 de marzo. Cartagena: Asociación Colombiana de Gerontológica y Geriatría; 2014.
10. Olave Sepúlveda C, Ubilla Bustamante P. Programa de activación psicomotriz en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo y depresión. *Psicogeriatría*. 2011; 3(4): 173-176.
11. Czyzyk P, Fernández L. *Kinesiología en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Buenos Aires: AKA-DIA; 2010.

**BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ EN ADULTOS MAYORES  
CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y MODERADO**

12. García Olalla L. Reapropiación y conciencia corporal en la tercera edad a través de la Psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 2009; 9 (1): 27-34.
13. Capiello K, Spagnuolo L, López A. Metodología de la intervención psicomotriz dirigida a adultos y ancianos. [Documento interno]. Montevideo: Universidad Católica del Uruguay; 2012.
14. Tárraga L, Boada M. Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Barcelona: Fundación ACE; s.f.



# PROCESO DE ATENCIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA: ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

PROCESS OF CARE IN AN EMERGENCY SERVICE:  
ANALYSIS FROM THE PERSPECTIVE OF THE FIRST  
LEVEL OF CARE.

PROCESSO DE ATENÇÃO EM UM SERVIÇO DE  
EMERGÊNCIA: ANÁLISE DA PERSPECTIVA DO PRIMEIRO  
NÍVEL DE ATENÇÃO

**Autoras:** Patricia Prada (1), María del Carmen Ferreiro (2)

Recibido: 27/03/2014

Aceptado: 10/08/2014

## RESUMEN

El Primer Nivel de Atención (PNA) tiene como base la promoción y prevención en salud, siendo derivados en forma oportuna a un segundo o tercer nivel de atención los usuarios que así lo requieran. Desde esta perspectiva se analiza la atención en un servicio de emergencia.

**Objetivo general:** Identificar la oportunidad de derivación de los usuarios a un servicio de Emergencia.

**Metodología:** Se utilizó un estudio descriptivo de corte transversal realizado en una Institución de Asistencia Médico Colectiva (IAMC) del subsector privado en su sede de Montevideo. En el mes de setiembre de 2010 se efectuaron 2751 consultas, de las que se tomó una muestra aleatoria de 80 consultas. Se estudiaron las siguientes variables entre otras: sexo, edad, dirección, policlínica de referencia, tiempo de espera y de permanencia en el servicio, motivo de consulta, diagnóstico, procedimientos, exámenes.

**Resultados:** El 63,1% fueron mujeres. Las personas que más consultaron fueron los niños de 0 a 14 años de edad (27,6%). En 36,7% de los casos no se encontró registro del motivo de la consulta, en las historias clínicas. Un 92% de la muestra fue dado de alta. Un 30,3% de las personas se retiraron luego de ser vistas por el médico sin necesidad de realizar exámenes, procedimientos o consultar con otros especialistas.

**Conclusiones:** Teniendo en cuenta que el 92% de las personas fue dado de alta y casi un tercio requirió sólo de la consulta médica, se considera que los mismos debieron asistir en las policlínicas correspondientes del PNA, optimizando los recursos del servicio de emergencia.

**Palabras clave:** Servicio de Urgencia en Hospital, Prestación de Atención de Salud, Investigación sobre servicios de Salud, Atención Primaria de Salud.

## ABSTRACT

The goal of Primary Care is the prevention and the promotion of health; when necessary, the patient must be derived to a secondary or tertiary care. The attention of an Emergency Service will be analyzed having this in mind.

**Main Objective:** To know the opportunity of derivation of the patients to an Emergency Service.

**Methodology:** This is a descriptive cross-section study performed in a Collective Medical Assistance Institution from the private sector in Montevideo. During the month of September of 2010, 2751 consultations were made, by random sampling 80 consultations were selected. The following variables were studied: sex, age, address, policlinic of reference, waiting time, permanence time in the service, reason for consultation, diagnostic, procedures and tests.

**Results:** 63,1% were women. Most consultations were from children from ages 0 to 14 (27,6%). In 36,7% of the cases there was no record of the reason for consultation in the clinical records. 92% of the sample was given the release. 30,3% of the people left after being seen by the doctor, without having tests done, nor any procedures or consultations with other specialists.

**Conclusions:** Taking into consideration that 92% of the people were released and almost a third required of only a medical consultation, it is considered that they should have been attended at a Primary Care policlinic, optimizing the Emergency Service's resources.

**Key words:** Emergency Unit, Health Care, Research on Health Care, Primary Care.

(1) MIDES, MSP-1.2 PPENT, Universidad Católica del Uruguay.

(2) MSP, Universidad Católica del Uruguay

## RESUMO

O Primeiro Nível de Atenção (PNA) está baseado na promoção e prevenção da saúde, e deve transferir, de forma oportuna, os usuários que assim o necessitem para o segundo ou terceiro nível de atenção. É sob essa perspectiva que deve ser analisada a atenção do serviço de emergência.

**Objetivo geral:** identificar a oportunidade da transferência dos usuários para um serviço de Emergência.

**Metodologia:** utilizou-se um estudo descritivo de corte transversal, realizado em uma Instituição de Assistência Médica Coletiva (IAMC) do Subsistema particular, na sua sede de Montevideo. No mês de setembro de 2010 foram realizadas 2.751 consultas, das quais se seleccionou uma amostra aleatória de 80 consultas. Estudaram-se as seguintes variáveis, entre outras: sexo, idade, residência, policlínica de referência, tempo de espera e de permanência no serviço, motivo da consulta, diagnóstico, procedimientos, exames.

**Resultados:** 63,1% dos casos eram mulheres. As pessoas que mais consultaram foram as crianças de 0 a 14 anos (27,6%). Em 36,7% dos casos não foi encontrado registro do motivo da consulta, nos prontuários médicos. 92% da amostra recebeu alta. 30,3% das pessoas se retirou após ser atendida pelo médico, sem necessidade de fazer exames, procedimientos ou consultar outros especialistas.

**Conclusões:** levando em consideração que 92% das pessoas recebeu alta e que quase um terço delas precisou somente de consulta médica, estima-se que as mesmas foram atendidas em policlínicas correspondentes ao PNA, otimizando os recursos do serviço de emergência.

**Palavras-chave:** Serviço de Emergência hospitalar, Prestação da Atenção à Saúde, pesquisa sobre serviços de Saúde, Atenção Primária de Saúde

## INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia de acción que prioriza la atención en el Primer Nivel de Atención con base en la promoción y prevención en salud (1). Se considera necesario derivar de forma oportuna a un segundo o tercer nivel de atención sólo a aquellos usuarios que así lo requieran (2)(3)(4).

En nuestro país, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Ley Nº 18.211) que reemplaza el modelo asistencialista existente. La creación del SNIS se apoya en tres ejes fundamentales: cambio en el modelo de atención, cambio en el modelo de financiación y cambio en el modelo de gestión (5).

La Institución Médica de Asistencia Colectiva (IAMC), perteneciente al subsector privado de asistencia, cuenta con dos sanatorios (uno en Montevideo y otro en la ciudad de

Colonia), y 18 filiales en el interior del país. Al momento del estudio, la mutualista tenía cinco centros del PNA, denominados centros de Medicina Familiar, ubicados en los barrios: Centro, La Teja, e Ituzaingó (Montevideo), y en Ciudad de la Costa y La Paz, Canelones. La sede central de Montevideo cuenta con un servicio de policlínicas, con 42 especialidades médicas (6).

Todos los centros de Medicina Familiar cuentan con especialistas según las necesidades de la población que allí se asiste. El centro de Ciudad de la Costa cuenta, además, con un servicio de urgencia en el horario de 8 a 20hs.

La mutualista asiste a 50.464 usuarios. En los centros de medicina familiar a 2.800 pacientes mensualmente, mientras que en la sede central consultan en policlínica 12.600 personas mensualmente.

Según datos obtenidos del servicio de Estadísticas de la Institución, en el servicio de emergencia de la Sede Central, consultaron en el año 2010 aproximadamente 2.500 personas mensualmente.

El personal dedicado a la asistencia en este servicio, tiene la impresión que se atienden consultas que podrían ser resueltas en el PNA.

Es por esto que se considera necesario realizar un estudio que permita confirmar esta situación e identificar factores corregibles para mejorar la atención de los usuarios.

El estudio se llevó a cabo en el mes de setiembre de 2010, por considerarse que es un mes representativo del promedio de las consultas mensuales, sin ser el mes de mayor número de consultas que eventualmente requieran internación u otra intervención, como pueden ser los meses de junio y julio, o los de menos consultas de este tipo, como sucede en los meses de verano.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal. La población objeto de estudio fueron todas las consultas que se realizaron en el Servicio de Emergencia de la IAMC en el mes de setiembre de 2010 (total 2751).

Se decidió tomar una muestra aleatoria de 80 consultas. El tamaño muestral se definió por razones de viabilidad y accesibilidad a los datos. Se obtuvo información de 76 consultas ya que una historia clínica se encontraba en el archivo pasivo y 3 personas se retiraron sin ser vistos por el médico. Para establecer el criterio de aleatorización de la muestra, se realizó una selección sistemática. Se tomó el valor que resultó del cociente del total de consultas en el mes (2751) sobre el número de la muestra definida (80), es decir cada 34 historias se tomó una para su análisis. La fuente de información fue secundaria, correspondiendo a las hojas de consulta archivadas en las historias clínicas.

Para recabar la información se confeccionó una ficha de recolección de datos.

Para la realización de la investigación se contó con la autorización de la Dirección Técnica de la Institución. Al tratarse del análisis de registros de consulta de Historias Clínicas no se consideró, en el momento del estudio, la posibilidad de presentarlo ante un Comité de Ética.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De las 76 consultas analizadas, en un 92% los usuarios fueron dados de alta. Este dato es comparable con estudios realizados en otros países donde se muestra un índice similar de altas del servicio (7) (8) (9).

El promedio de edad de la población asistida, fue de 34 años, edad en que el usuario generalmente trabaja, factor que lo llevaría a consultar en el servicio por mayor conveniencia de horarios (8) (9). Esta situación también podría deberse a cierto desconocimiento de los centros de atención primaria y de su funcionamiento.

El 63,1% de las consultas correspondieron a usuarios del sexo femenino. En cuanto a la edad, el mayor número de consultas (27,6%) fueron realizadas por niños de 0 a 14 años. Es oportuno destacar que los niños en esta franja etaria, consultan acompañados por sus padres, que en general trabajan y podrían concurrir a un servicio luego del horario laboral.

El tiempo de permanencia en el servicio fue en promedio, de 105 minutos.

En un alto porcentaje de las hojas de consulta (36,7%) no se registró el motivo de la misma.

El principal motivo de consulta consignado, fue, fiebre (9,2%).

En cuanto a los diagnósticos finales, se registraron con mayor frecuencia las lesiones o heridas en piel (14,5%) seguidas por los problemas osteoarticulares y musculares (13,2%). Sin embargo, diagnósticos que habitualmente requieren de una consulta en emergencia, como problemas cardiovasculares, politraumatizados y cuadros respiratorios, se registraron con una baja frecuencia (4% cada uno).

Se encontró 23 consultas realizadas por usuarios del Centro de Medicina Familiar de Corrales, de las cuales solo 3 correspondieron a cuadros que podrían tipificarse de "urgencia". En cambio, sólo se registraron 2 consultas de usuarios del Centro de Ciudad de la Costa, hecho que podría deberse a la existencia de un servicio de atención inmediata en un extenso horario, con la consiguiente posibilidad de realizar consultas de forma inmediata, tanto de adultos como niños, ya que es cubierto por médicos de familia. Un 35,5% del total de las consultas tenían como referencia la sede central.

De las 67 consultas en las que se registró el motivo de consulta en la hoja de emergencia, 2 (3%) tenían un pase de policlínica y 5 (7,5%) fueron trasladados por servicios de emergencia móvil para continuar su valoración o tratamiento, mientras que 1 caso fue derivado desde su domicilio en ambulancia sin necesidad de personal especializado para el traslado.

En un 30,3% de las hojas de consultas (23 casos), no se registró la realización de exámenes, procedimientos o consultas con otros especialistas, sino que sólo se realizó la consulta médica.

Se decidió analizar el tipo de procedimiento que se realizó desde el análisis del tiempo que le insume a Enfermería cada uno, independientemente de qué medicación se administre. Dentro de los procedimientos realizados se destaca que: a 5 usuarios (6,6%) se le administró medicación por vía oral, siendo todos pediátricos; a 12 usuarios (15,8%) se le administró medicación por vía intravenosa; ningún paciente recibió medicación por vía subcutánea; 4 usuarios adultos (5,6%) recibieron medicación

TABLA N°1: Distribución de las consultas según edad y sexo de los usuarios. Servicio de emergencia de la Mutualista Hospital Evangélico. Setiembre 2010.

Edad (años)	Sexo				TOTAL	
	F		M		FA	FR%
	FA	FR%	FA	FR%		
0 a 14	9	11,8	12	15,9	21	27,6
15 a 30	14	18,4	5	6,6	19	25
31 a 45	8	10,5	5	6,6	13	17,1
46 a 60	5	6,6	2	2,6	7	9,2
61 a 75	8	10,5	3	3,9	11	14,5
Más de 76	4	5,3	1	1,3	5	6,6
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>63,1</b>	<b>28</b>	<b>36,9</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

intramuscular; solamente 3 pacientes (3,9%) recibieron medicación sublingual; y a 6 usuarios (7,9%), 3 adultos y 3 niños se les realizó inhaloterapia.

Los exámenes realizados a los usuarios fueron: 15 exámenes de laboratorio, 10 radiografías, 4 exudados, 1 ecografía y 1 tomografía axial computada.

Asimismo, 13 personas (17,1%) fueron atendidas por el médico cirujano de guardia, de los cuales solamente el 3,9% requirieron una pequeña cirugía. Por el ginecólogo de guardia fueron realizadas 6 consultas (7,9%). Además se realizaron 12 consultas (15,9%) a especialistas, de los cuales dos ingresaron a internación en el sanatorio. Un 6,6% fueron derivadas a policlínica para ser vistos por especialistas de forma ambulatoria.

### CONSIDERACIONES FINALES

Los servicios de urgencia hospitalarios son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado con disponibilidad inmediata de recursos especiales a pacientes que requieran cuidados urgentes. Diversos estudios y autores han expuesto que en la práctica esto no se observa ya que no solo se atienden casos con carácter urgente. Esta situación aumenta los tiempos de espera y deteriora la calidad y efectividad en la atención que se brinda al usuario (10)(11)(12).

En este estudio, en un 30,3% de las hojas de consultas, no se registró la realización de exámenes, procedimientos o consultas con otros especialistas, sino que sólo se realizó la consulta médica, lo que hace suponer que las mismas podrían haber sido realizadas en el Primer Nivel de Atención.

También colabora con este supuesto, el hecho de que algunos usuarios fueron dados de alta luego de un procedimiento simple, como por ejemplo, la administración de medicación o la realización de exudados. Los centros del PNA, cuentan con personal de enfermería que realizan procedimientos diversos como estos, además de curaciones, etc.

Un 35,5% del total de las consultas tenían como referencia la sede central, lo que podría corresponder a que estos usuarios tienen un hábito de consulta allí y eso le da una mayor visibilidad y acceso al servicio de emergencia.

El hecho de que no se registre el motivo de consulta en las hojas de la historia clínica, dificulta la realización de un triage (derivación de pacientes), que sería una posible forma de agilizar el servicio (9).

Creemos que puede ser necesario explorar la posibilidad de contar con un servicio de urgencia en el Centro de Itzaingó, dado el alto número de consultas de usuarios provenientes de ese centro de referencia, de forma que tenga un horario similar al existente en el centro del PNA de Ciudad de la Costa.

Además podría incluirse en todos estos centros, la realización

de exámenes rápidos como las tiras reactivas de orina y los test pack para exudado faríngeo, que hasta la fecha, solo Ciudad de la Costa cuenta con ellas, permitiendo el diagnóstico rápido de las infecciones más frecuentes.

Finalmente, consideramos que este estudio podría continuarse con una encuesta de opinión de los usuarios y el personal de salud, para analizar los motivos que realmente llevan a consultar en el servicio y no en el PNA.

Todo esto contribuiría a hacer más equitativa la atención como establece el Sistema Nacional Integrado de Salud y a visualizar la IAMC comprometida con este cambio de modelo.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Declaración de Alma Ata, Organización Mundial de la Salud, 1978.
2. Montoya-Aguilar, C. Atención primaria de salud. Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile. Cuaderno Médico Social (Chile) 2008, 48 (3): 147-154. Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl> (23/08/10).
3. Gofin, J.; Gofin, R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Revista Panamericana de Salud Pública. 2007; 21(2-3): 177-185. Disponible en: <http://www.scielosp.org> (17/06/10).
4. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas, OPS-OMS. Washington D.C.; 2007.
5. Uruguay. Ley Nº 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Publicada en el Diario Oficial del 13 de diciembre de 2007 - Nº 27384.
6. Mutualista Hospital Evangélico. Página Oficial. Disponible en: <http://www.hospitalevangélico.com> (27/09/10).
7. Castells X. Comentario. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios. La importancia de la perspectiva de los usuarios. Gaceta Sanitaria. 2006; 20(2): 91-100. Disponible en: <http://scielo.isciii.es> (22/09/10).
8. Andrade Marroquin, J.P. Incidencia de demanda de atención en el servicio de emergencia del HCPNP en situaciones no urgentes. Tesis para optar el título de Especialista en Medicina de Emergencia y Desastres. Facultad de Medicina Humana. Unidad de Post Grado. Lima 2003. Disponible en: <http://www.cybertesis.edu.pe> (16/08/10).
9. Morales, N. Algunas Consideraciones para la Organización de Servicios de Salud para Emergencias y Desastres. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vol. 62, Nº1 – 2001. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe> (17/06/10).
10. Sánchez, M.; Miró, O.; Coll-Vinent, B.; Bragulat, E.; Espinosa, G.; Gómez-Angelats, E.; Jiménez, S.; Queralt, C.; Hernández-Rodríguez, J.; Alonso, J. R.; Millá, J. Saturación del servicio de urgencias: factores asociados y cuantificación. Revista Española de Cardiología. 2003; 121:161-72. Disponible en: <http://www.revspcardiol.org> (22/09/10).
11. Márquez Cabeza B, Dominguez Quintero J, Méndez Sánchez B, Gómez Álvarez S, Toronjo Romero E, del Río Mo-

rales F, et al. Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes derivados y por iniciativa propia a un servicio de cuidados críticos y urgencias de un hospital general. Emergencias. [Internet]. 2007 [acceso 17 de junio de 2010]; 19:70-76. Disponible en: file:///C:/Documents%20and%20Settings/User/Mis%20documentos/Downloads/Emergencias-2007\_19\_2\_70-6.pdf

12. Fiorentino JA. Servicios de urgencia. ¿Todo es urgente? Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires [Internet]. 2006 [acceso 22 de septiembre de 2010]; 48 (218): 182:184. Disponible en: [http://revistahrg.com.ar/pdf\\_contenidos/con123-182.pdf](http://revistahrg.com.ar/pdf_contenidos/con123-182.pdf) (22/9/10)

# NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN YODOTERAPIA RADIOACTIVA

LEVEL OF KNOWLEDGE OF THE STAFF IN THE ATTENTION TO RADIOACTIVE IODINETHERAPY PATIENTS

NÍVEL DE CONHECIMENTO DO PESSOAL NO ATENDIMENTO DE PACIENTES EM IODOTERAPIA RADIOATIVO

**Autora:** Paula Azor (1)

Recibido: 15/09/2014  
Aceptado: 30/11/2014

## RESUMEN

A partir de la realización de un diagnóstico de situación, en una institución del 2° nivel de atención del departamento de Montevideo, Uruguay, se observó como problema relevante *el desconocimiento de los funcionarios acerca de las medidas de radio protección y de atención al paciente en tratamiento con yodo radio activo.*

Se planteó realizar una investigación cuyo objetivo general fue *determinar el nivel de conocimientos del personal que participa diariamente en la atención de pacientes en yodoterapia.*

Lo específico del estudio se enfocó en identificar si estas personas conocían las precauciones que debían tener.

Se encuestó a 14 funcionarios de un total de 36 que trabajaban con los pacientes en yodoterapia radioactiva, (Licenciados y Auxiliares en Enfermería, Licenciados en Nutrición y Auxiliares de Servicio).

La mitad de las Licenciadas en Enfermería y 2 de las 5 Auxiliares de Enfermería afirmaron desconocer los riesgos que implicaba para el personal. Los 2 Auxiliares de Servicio fueron los únicos que recibieron entrenamiento antes de comenzar a trabajar con este tipo de pacientes. En cuanto al resultado global, 4 de los encuestados obtuvo un alto nivel de conocimientos.

**Palabras clave:** Yodo; Protección radiológica; Atención de Enfermería; Conocimientos, actitudes y prácticas en salud.

## ABSTRACT

This study arose after performing a situational diagnosis in a secondary healthcare institution in Montevideo, Uruguay, in which it was observed as a relevant problem the staff's lack of knowledge of radio-protection measures and the lack of attention to the patient in active iodine treatment. The aim of this research was to assess the level of knowledge of the staff that participates daily in the attention to iodine therapy patients. This study focuses

specifically in identifying if these people knew the precautions they should take. 14 out of 36 staff members who work with iodine therapy patients were interviewed (nursing graduates, nursing assistants, nutrition graduates and service staff). Half of the nursing graduates and 2 of the 5 service staff members stated they did not have knowledge of the risks that this therapy implies for the staff. Only these two service staff members received training before working with these patients. As a global result, four of the staff members had a high level of knowledge.

**Key words:** Iodine; radiological protection; nursing care; knowledge, attitudes and practices in healthcare.

## RESUMO

A partir da realização de um diagnóstico de situação em uma instituição do 2° nível de atenção do departamento de Montevideu, Uruguai, observou-se como problema relevante *o desconhecimento dos funcionários sobre as medidas de radioproteção e atenção ao paciente em tratamento com iodo radioativo.*

Pensou-se na realização de uma pesquisa com o objetivo geral *de determinar o nível de conhecimentos do pessoal que participa diariamente do atendimento aos pacientes em iodoterapia.*

A parte específica do estudo se focalizou em identificar se essas pessoas conheciam as precauções que deviam tomar.

Foram entrevistados 14 funcionários, do total de 36 que trabalhava com os pacientes em iodoterapia radioativa (Licenciados e Auxiliares em Enfermagem, Licenciados em Nutrição e Auxiliares de Serviço).

A metade das Licenciadas em Enfermagem e 2 das 5 Auxiliares em Enfermagem afirmaram desconhecer os riscos que aquilo implicava para o pessoal. Os dois Auxiliares de Serviço foram os únicos que receberam treinamento antes de começarem a trabalhar com esse tipo de paciente. Quanto ao resultado global, quatro dos pesquisados mostraram alto nível de conhecimentos.

**Palavras chave:** Iodo; Proteção radiológica; Atendimento de Enfermagem; Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde.

(1) Mutualista Hospital Evangélico. Montevideo, Uruguay. paula\_azor@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

Este estudio surge a partir de la observación del cuidado a los pacientes aislados con tratamiento con yodo radio activo, en una institución de asistencia de la ciudad de Montevideo. En este marco, se realiza un diagnóstico de situación, donde se observa como problema la no aplicación de las medidas de radio protección personal durante la asistencia a estos pacientes. La falta de conocimientos necesarios para la auto protección se plantea como una de las posibles causas.

El objetivo de este estudio se centró en determinar el nivel de conocimientos del personal que participa diariamente en el cuidado de los pacientes en yodoterapia.

La medicina nuclear es una especialidad que involucra el uso de fuentes abiertas de trazadores radiactivos con fines diagnósticos o terapéuticos; el radiofármaco puede ser inyectado, ingerido o inhalado, y así es incorporado a los tejidos del paciente hasta que decaiga o sea eliminado del cuerpo por diferentes vías (1).

La aplicación terapéutica más frecuente en medicina nuclear es el tratamiento con yodo radiactivo en pacientes con hipertiroidismo y cáncer diferenciado de tiroides; este tratamiento corresponde actualmente a más del 90% del total de tratamientos con radiofármacos y representa la mayor fuente de contaminación e irradiación de todos los procedimientos que se realizan en la especialidad (1).

La Comisión Internacional de Protección radiológica establece que por la peligrosidad de las radiaciones ionizantes, es necesario el establecimiento de medidas que garanticen la protección de los trabajadores expuestos, contra los riesgos resultantes de la exposición a las mismas (2).

Las instituciones de Salud que brindan atención a pacientes en tratamiento con radionúclidos deben de contar con profesionales que hayan recibido capacitación apropiada para el desempeño adecuado de las tareas que tengan asignadas en la realización del procedimiento diagnóstico o terapéutico que prescriba el médico especialista (3).

El servicio donde se lleva a cabo el estudio cuenta con una habitación que posee las características estructurales y el equipamiento necesario para la realización de tratamientos con yodoterapia radioactiva. Se encuentra en un sector con ocho unidades, todas en régimen de aislamiento. Posee una antesala equipada con mesada, lavatorio, recursos materiales básicos para la atención de Enfermería; dos placas de plomo desplazables, y una puerta hacia la unidad del usuario propiamente dicha, con una ventana que permite la visualización del mismo sin tener que entrar. A su vez, la unidad posee baño privado, timbre y teléfono que se comunica directamente con la estación de enfermería.

En cuanto a los recursos básicos, las unidades están equipadas con oxígeno y aspiración central, cama eléctrica, dos mesas, esfigmomanómetro y termómetro para los controles del paciente. Dada la complejidad del servicio, los cuatro turnos de

trabajo tienen la misma dotación de Enfermería: 1 Licenciado y 2 Auxiliares de Enfermería para la atención de los ocho pacientes, incluido el paciente en yodoterapia radioactiva.

Se considera imprescindible la capacitación del personal ocupacionalmente expuesto como una medida para controlar el factor de riesgo y para desarrollar estrategias de promoción y educación dirigida a las personas implicadas (4).

Según la IAEA (International Atomic Energy Agency), en las terapias con radionúclidos se debe aplicar el principio de optimización de la protección radiológica a procedimientos terapéuticos, lo que incluye diseño, consideraciones operacionales, control de calidad y dosimetría clínica (5).

La gestión de los cuidados adquiere especial importancia en el marco de la gestión clínica si se considera el aumento de la demanda y la necesidad de diversificación de los cuidados de Enfermería; el énfasis en disminuir la utilización inapropiada de los recursos materiales, y la necesidad de promover acciones para mejorar la calidad percibida (6).

La formalización de las intervenciones de Enfermería es el parámetro de diseño mediante el cual se normalizan los procesos de trabajo de la organización con el fin de reducir la variabilidad, predecir y controlarlo. Se trata de un mecanismo de gran utilidad cuando las tareas requieren una coordinación predefinida, utilizándose también con el objetivo de conseguir la imparcialidad (7).

Un estudio realizado en el año 2009, en relación a la atención por parte de enfermería a pacientes en tratamiento con yodo radiactivo, determinó que el nivel de conocimientos de los profesionales de Enfermería fue medio y bajo sobre las medidas de radio protección, las vías de eliminación del material radiactivo y el manejo de las mismas, y las características del ambiente en el que se debe llevar a cabo el tratamiento (8).

A su vez, en otra investigación, avalada por el servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Universidad Complutense de Madrid, se menciona el Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea de la Energía Atómica (EURATOM), el cual establece que la comunidad debe disponer de normas uniformes de protección sanitaria de los trabajadores y de la población en general contra los riesgos que resulten de las radiaciones ionizantes, así como los límites de dosis que sean compatibles con una seguridad adecuada, de niveles de contaminación máximos admisibles y de principios fundamentales de vigilancia sanitaria de los trabajadores (2).

La exposición ocupacional del Enfermería en yodoterapia radioactiva, en estudios realizados en Brasil, mostró que los procedimientos de rutina cuando el paciente se encontraba hospitalizado para el tratamiento con yodo radiactivo, fueron realizados en su mayoría por personal de Enfermería, de Servicio y de Alimentación, por lo que este personal se encontró expuesto a las emisiones de la radiación emitidas por los pacientes. Esta exposición varió según el número de pacientes hospitalizados, actividades realizadas, distancia mantenida en relación con los

pacientes. De esta manera, se concluyó que la exposición a la radiación ionizante era baja si el personal había sido bien orientado, y poseía altos niveles de conocimiento en cuanto a los procedimientos básicos y la protección radiológica (9).

## MÉTODOLÓGICA

El estudio se llevó a cabo en una institución de asistencia médica colectiva (IAMC) del departamento de Montevideo, Uruguay en el período comprendido entre abril y junio de 2012. Se solicitaron los permisos necesarios en la Institución.

La población de estudio estuvo conformada por los Licenciados en Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Nutricionistas y Auxiliares de Servicio que realizan la atención a pacientes en yodoterapia radioactiva, en la institución mencionada. Un total de 36 funcionarios en los cuatro turnos de trabajo.

Se realizó un muestreo por conveniencia de 14 funcionarios distribuidos de la siguiente manera: 4 Licenciados de Enfermería, 5 Auxiliares de Enfermería, 3 Licenciadas en Nutrición y 2 Auxiliares de Servicio.

En cuanto a la técnica e instrumentos de recolección de datos, se realizó una encuesta a los funcionarios seleccionados. Se construyó un cuestionario con preguntas cerradas (ver anexo 1), que se entregó a estas personas, explicando su finalidad. El mismo debió ser completado en forma auto administrada y anónima, únicamente especificando qué función desempeñaba en el servicio. Dependiendo de ello se determinó las preguntas que debían responder. En cuatro preguntas debían marcar SI/NO, las demás fueron de múltiple opción y se refirieron: al yodo radiactivo, correcto uso del dosímetro, actuación del personal de Enfermería, accionar del personal del Departamento de Alimentación, limpieza de la unidad y manejo de los residuos. Cada opción correcta se computó como un punto. Se determinó que tanto Licenciados como Auxiliares en Enfermería debían completar todas las preguntas del cuestionario. Si respondían todas las interrogantes en forma correcta, se alcanzaba un valor máximo de 29 puntos, estableciéndose los niveles de conocimiento de la siguiente manera:

- 0 – 17 puntos: bajo nivel de conocimiento.
- 18 – 23 puntos: nivel medio de conocimiento.
- 24 – 29 puntos: alto nivel de conocimientos.

Se estableció que los Licenciados en Nutrición únicamente deberían completar las preguntas de índole general y el uso del dosímetro, así como quienes tenían que ver con el accionar del Departamento de Alimentación; por lo tanto podrían alcanzar un valor máximo de 12 puntos, estableciéndose los niveles de conocimiento de la siguiente manera:

- 0 – 6 puntos: bajo nivel de conocimiento.
- 7 – 9 puntos: nivel medio de conocimiento.
- 10 – 12 puntos: nivel alto de conocimiento.

Se determinó que los Auxiliares de Servicio deberían completar las preguntas de índole general, el uso del dosímetro y las preguntas que hacen referencia a la limpieza de la unidad y el manejo de los residuos; por lo tanto podrían alcanzar un valor máximo de 18 puntos, estableciéndose los niveles de conocimiento de la siguiente manera:

- 0 – 10 puntos: bajo nivel de conocimiento.
- 11 – 14 puntos: nivel medio de conocimiento.
- 15 – 18 puntos: alto nivel de conocimiento.

### Aspectos éticos

Se mantuvo la confidencialidad de la información recabada y el anonimato de los sujetos mediante la codificación de los instrumentos una vez completados. Asimismo la investigación se enmarcó en la Reglamentación vigente.

Se obtuvo el consentimiento informado de cada participante, la aprobación del Comité de Ética de la institución.

## RESULTADOS

Dos Licenciadas en Enfermería y 2 Auxiliares de Enfermería afirmaron no saber de qué se trata el tratamiento de yodoterapia radioactiva. A diferencia de los Licenciados en Nutrición y Auxiliares de Servicio, que en ambos casos, refirieron saberlo. Sólo los Auxiliares de Servicio manifestaron haber recibido orientación previa al ingreso. En cuanto a los niveles de conocimiento propiamente dichos, los resultados globales se muestran en la Tabla 1.

Tabla N°1: distribución de personal encuestado según nivel de conocimiento.

CARGO	Nivel Bajo Conocimiento	Nivel Medio Conocimiento	Nivel Alto Conocimiento	TOTAL
Lic. Enfermería	0	2	2	4
Aux. Enfermería	2	2	1	5
Lic. Nutrición	0	2	1	3
Aux. Servicio	1	1	0	2
TOTAL	3	7	4	14



## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Luego de obtener los puntajes en base a las preguntas planteadas se observó que en el grupo de Licenciadas en Enfermería no hubo en ningún caso, nivel bajo de conocimiento, sino que se subdividen en nivel medio y alto.

En la categoría de Auxiliares de Enfermería, los resultados muestran que 2 de ellos presentaron nivel bajo de conocimiento, y 2 nivel medio de conocimiento, mientras que sólo 1 Auxiliar de Enfermería presenta nivel alto de conocimientos.

Es importante señalar que según la respuesta a la pregunta, si consideran saber *qué implica el tratamiento con yodoterapia radioactiva*, 4 integrantes del personal de Enfermería consideran que no lo saben. Es decir, que los propios funcionarios evalúan desde un principio que no tienen la formación suficiente. Siendo la aplicación del cuestionario una prueba objetiva que el personal de Enfermería tenía bajo nivel de conocimiento.

En el caso de los dos Auxiliares de Servicio encuestados, ambos respondieron en forma afirmativa a la primera pregunta del cuestionario, es decir consideran saber qué implica el tratamiento; pero este dato no coincide con los resultados posteriormente obtenidos, ya que se observa nivel bajo y medio de conocimiento; ninguno alcanzó el nivel alto de conocimiento.

Para las Licenciadas en Nutrición los niveles de conocimiento se subdividen en medio (2 Licenciadas) y alto (1 Licenciada). Al igual que en el grupo anteriormente mencionado, las tres funcionaras encuestadas consideraron que sabían sobre yodoterapia, pero se vio que el nivel alto de conocimiento solo fue logrado por una Licenciada en Nutrición.

Estos resultados obtenidos coinciden con estudios realizados a nivel internacional, y anteriormente citados, en los cuales se menciona que los niveles de conocimiento son mayormente medio y bajo para el personal que brinda atención a pacientes en yodoterapia. Esta falta de conocimientos constituye una gran dificultad a la hora de gestionar los cuidados de los usuarios en tratamiento, ya que puede suponer una mayor exposición, y consecuentemente aumentar los riesgos del personal ocupacionalmente expuesto; o determinar una disminución de cuidados por parte del personal hacia el usuario por temores o creencias erradas.

A su vez, el único grupo que refirió haber recibido capacitación previo a desempeñarse como funcionario en el servicio de atención a pacientes en yodoterapia fue el de Auxiliares de Servicio; lo que pone de manifiesto la necesidad de reforzar la formación de los funcionarios.

Introducir la problemática de la salud en trabajadores ocupacionalmente expuestos resulta ser prioritaria, ya que en cuanto al proceso de trabajo específico se destaca la incorporación de nuevas tecnologías, y procesos terapéuticos con sustancias químicas o agentes físicos, donde el personal puede desconocer los efectos de la exposición. Situándose en la salud ocupacional, los factores de riesgo físicos están presentes en la expo-

sición a radiaciones ionizantes, y más allá del riesgo de la exposición aguda, los efectos biológicos producto de la exposición crónica son los que se deberían tener presentes al momento de jerarquizar las acciones preventivas a desarrollar (10).

Dos preguntas del cuestionario hacen referencia al interés del funcionario en concurrir a una instancia educativa y a la importancia de contar con un protocolo; estas preguntas pueden considerarse poco sensibles en relación al tema de estudio, o que no aportan a la determinación del nivel de conocimiento; pero de todos modos se plantearon así considerando la realización de estudios a futuro. Considerando además que son elementos que se mencionan como importantes en tratados y estudios internacionales (2).

Otros aspectos importantes que surgió de la aplicación del cuestionario fue que todos los funcionarios encuestados consideran que sería importante la existencia de un protocolo que sistematizara la actuación del personal en la atención de pacientes en tratamiento con yodoterapia; Asimismo, consideraron que sería fundamental que estuviera disponible en el servicio para consultas sobre medidas de actuación destinadas a disminuir los riesgos que resulten de la exposición a las radiaciones ionizantes, como se establece en el tratado EURATOM.

A su vez, los funcionarios plantearon estar interesados en formarse con respecto a este tópico; lo que pone de manifiesto el interés sobre la temática; siendo la educación del personal una medida para controlar el factor de riesgo antes mencionado.

## CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

El objetivo planteado de medir el nivel de conocimientos de un grupo de personas que trabajan en un servicio de yodoterapia radioactiva fue alcanzado. El análisis de los resultados aportaron elementos para comenzar a trabajar en la solución del problema que se visualiza a partir de la encuesta realizada y del diagnóstico de situación.

Teniendo en cuenta los efectos biológicos de las radiaciones ionizantes, unido a los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario de nivel de conocimientos, se considera imprescindible tener en este servicio una guía de cuidados. De igual manera es importante trabajar en la capacitación del personal, para minimizar la exposición a la radiación de todos aquellos funcionarios que en el desempeño de su tarea puedan estar potencialmente en contacto con los usuarios que reciban tratamiento con yodoterapia.

Una guía de cuidados para estos pacientes, contribuiría al buen funcionamiento del servicio, a la salud ocupacional de los funcionarios expuestos, y a mejorar la calidad de la asistencia brindada a los usuarios.

Este estudio abre las puertas a otras investigaciones para identificar el nivel de conocimientos en el manejo de estas terapias y tender a proteger a los funcionarios que trabajan con alto riesgo de contaminación radio activa.

Una de las limitaciones del estudio fue el número de funcionarios a los que se pudo encuestar, lo que determinó que el tamaño de la muestra fuera pequeña. Aún así los hallazgos obtenidos muestran que se está frente a un problema importante y frente a riesgos potenciales. La capacitación permanente, así como el entrenamiento previo son pilares en los cuales se debería trabajar desde las direcciones de estos servicios.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1) Organismo Internacional de Energía Atómica IAEA. S.R.S n°63 alta de los pacientes después de recibir terapia con radionúclidos. Viena: IAEA; 2010.
- 2) Méndez S, García A. Procedimientos de protección radiológica para la manipulación de fuentes no encapsuladas utilizadas en la instalación radiactiva central de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Madrid: UCM ; 2009.
- 3) Organismo Internacional de Energía Atómica IAEA. Protección radiológica en terapia con radio nucleídos. Viena: IAEA, s.f.
- 4) Asociación nuclear diagnóstica. Manual de protección radiológica. Colombia: s.n.; 2008.
- 5) Organismo Internacional de Energía Atómica IAEA. Protección radiológica en radiodiagnóstico y en radiología intervencionista. Viena: IAEA; 2010.
- 6) Salvador Fuentes P, Sánchez Lozano F.M., Jiménez Fernández R. Manual de administración de los servicios de Enfermería. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas; 2002.
- 7) Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 1994
- 8) Rivas G. Nivel de conocimientos del profesional de enfermería acerca de las medidas de radio protección durante el tratamiento de pacientes con yodoterapia. Lima: Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2009.
- 9) Manzini Calegario, J. U., Pessano Teixeira, S. M. Exposição ocupacional de auxiliares de enfermagem na yodoterapia durante 11 anos. Radiol Bras [revista en internet]. 2007. [citado 24 de setiembre de 2014] ; 40( 4 ): 263-266. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v40n4/12.pdf>
- 10) Tomasina F. La Salud de los trabajadores del sector salud: en la práctica multidisciplinaria en la organización del trabajo. [documento en internet]. Montevideo: Udelar-Psicolibros; 2003 : 109-117.
- 11) Mompert García M. P., Durán Escriban M. Administración y gestión. Madrid: DAE; 2001.
- 12) Balderas M. Administración de los servicios de enfermería. 3ªed. México D.F. : Mac Graw-Hill; 1995.
- 13) Instituto Uruguayo de normas técnicas. Sistemas de gestión de calidad. Montevideo : Mosca Hnos; 2001.
- 14) Organismo Internacional de Energía Atómica IAEA. Aspectos físicos de la garantía de calidad en radioterapia: protocolo de control de calidad. Viena: IAEA; 2000.

# **NORMAS**

## Editoriales

# NORMAS EDITORIALES

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

La Revista solo acepta 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 y envío de los trabajos

- Los escritos se realizarán en letra CAMBRIA tamaño 12, interlineado 1,5, 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 de actualizaciones y reseñas, 20 páginas para investigaciones, 10 páginas para avances de investigaciones en curso y 2 páginas para otras publicaciones.

- Se enviará el trabajo al Consejo Editorial de la Revista al correo electrónico [enfucuidadoshumanizados@ucu.edu.uy](mailto:enfucuidadoshumanizados@ucu.edu.uy), en formato Word, para la revisión del mismo a doble ciego.

- En caso de existir conflictos de intereses de algún tipo los autores deben informarlo a las autoridades de la Revista.

## Normas para autores

Trabajos que se podrán presentar y normas exigidas:

- Artículos originales

Se compondrán de título, resumen Y PALABRAS CLAVE en español, inglés y portugués; cuatro palabras clave basadas en los Descriptores en Ciencias en la Salud (<http://deCs.bvs.br/E/homepagee.htm>) introducción; material y método; resultados; discusión; conclusiones; referencias bibliográficas.

- Otros trabajos a presentar

Pueden también publicarse artículos relacionados con aspectos metodológicos del proceso de investigación, proyectos de intervención, aplicación de resultados de investigaciones, reflexiones o análisis que se relacionen con el proceso de producción científica, avances de investigación en proceso, actualizaciones sobre un tema de interés para el colectivo profesional, novedades de eventos relacionados al área de interés de la Revista.

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 preferentemente incluirán los descriptores. Nombre completo de autor/es. En el pie de página y con números debe colocarse: organización institucional a la que pertenece, país, y correo electrónico del autor principal.

- Resumen: Se enviará en idioma español, inglés y portugués. Debe contener objetivos, metodología, resultados, conclusiones y palabras clave, en un máximo de 250 palabras escritas.

- 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, enunciado formal del fin que se persigue.

- Material y Método: Paradigma al que se ajusta la investigación, universo, selección de la muestra, instrumentos y procedimientos utilizados, proceso de recolección y análisis de los datos, describiéndolos con precisión. Cuando la investigación involucre seres humanos, indicar si se obtuvieron las autorizaciones y normas éticas establecidas por un comité de ética.

- Resultados: Deberán presentarse con un orden lógico y tener un análisis estadístico satisfactorio (si corresponde). Si se incluyen tablas o gráficos, deberán adjuntarse en hojas separadas, numeradas, y tituladas expresando concisa y claramente su contenido, incluyéndolos solo si se justifican para aclarar la exposición del dato.

- Discusión: Se confronta sobre la base de los objetivos y resultados y se compara con la evidencia existente sobre el tema. Agregue especialmente los aspectos nuevos que emergen del estudio.

- Conclusión: Solo se debe expresar el nivel de logro de los objetivos propuestos, las posibilidades de generalización, las limitaciones del estudio y las recomendaciones o proyecciones.

- Referencias bibliográficas: Solo se referencia aquello citado en el cuerpo del artículo. Se sugiere no menos de 15 referencias, en su mayoría con no más de 5 años de publicadas. Se debe utilizar el estilo "de Vancouver", según el cual las referencias deben citarse en el texto con números consecutivos, entre paréntesis, de acuerdo a su aparición. Por mayor información consultar el documento en el sitio web:

[http://library.vcc.ca/downloads/VCC\\_VancouverStyleGuide.pdf](http://library.vcc.ca/downloads/VCC_VancouverStyleGuide.pdf)

### 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 M.J, 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 nº 266, del 25 de enero de 1996. Reglamentación de La Profesión Enfermería en Colombia. Diario Oficial Nº 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](http://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.

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

El Consejo Editorial de la Revista recibe los trabajos de parte de los autores, los procesa evaluando que los mismo cumplan con los requisitos formales de presentación descritos anteriormente. A continuación, los envía al menos a dos pares evaluadores, uno nacional y otro internacional. Puede otorgarse la aceptación de la investigación, la aceptación con sugerencias o el rechazo de los artículos. Estos resultados serán informados oportunamente al autor principal, a través de un correo electrónico, de parte del editor responsable.

### 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 LA LENGUA EN QUE HA SIDO ESCRITO

---

---

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).

---

Fecha:

---

## EDITORIAL GUIDELINES

The journal *Enfermería; Cuidados Humanizados* is published as an official publication of the Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud of the Universidad Católica del Uruguay, for the dissemination of knowledge in nursing and related disciplines nationally and internationally.

The journal accepts only original articles for publication, and reserves the exclusive rights to publish selected papers.

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

### Manuscript requirements

- The letter written CAMBRIA will be in size 12, line spacing 1.5, margin of 3 cm. across the page. The annexes, tables, pictures or other figures, appear at the end of the body of work.

- The text should not have more than 12 pages for updates of articles and reviews, 20 pages for research, 10 pages for current research advances and 2 pages for other publications.

- Ships work to the Editorial Board of the Journal to email [encuidadoshumanizados@ucu.edu.uy](mailto:encuidadoshumanizados@ucu.edu.uy), in Word format, to the revision of the double-blind.

- If there are conflicts of interest of any authors should notify the authorities of the Journal.

### Guidelines for authors

The journal accepts the following types of manuscripts:

#### - Original articles

They consist of title, summary and Keywords Descriptors, in English, Spanish and Portuguese, four based on keywords Descriptors in Health Sciences (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>) introduction, material and methods, results; discussion, conclusions, references.

#### - Other works to present

They can also publish articles related to methodological aspects of the research process, intervention projects, application of research findings, reflections or analyzes that relate to the process of scientific, research advances in process, updates on a topic of interest to the professional group, news of events related to the area of interest of the journal. Letters may be sent to the Director and short notes with a maximum of two 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: Must be placed on the first page, it must reflect what is in concrete work, in capital letters (in English, Spanish and Portuguese), with no more than 15 words, which preferably include descriptors. Full name of author / s. In the footer and numbers should be placed: institutional organization to which they belong, country and email.

- Summary: Ships in Spanish, English and Portuguese. It should contain objectives, methodology, results, conclusions and key words, in a maximum of 250 words written.

- Introduction: Must contain at least: a) Problem which describes the specific problems of research and study and will be addressed. Formulation of the what and why of research, b) background check, which justifies the research, with quotations that give recognition to previous studies that relate specifically to the work; c) Objectives, formal statement of the purpose intended .

- Methods: paradigm that fits the research universe, sample selection, instruments and procedures used, the process of collecting and analyzing data, describing them accurately. When research involving humans, indicate whether permits were obtained and ethical standards set by an ethics committee.

- Results: should be presented in a logical order and have a satisfactory statistical analysis (if applicable). The analysis of the data should 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 concise and clearly expressing its content, including them only if justified to clarify the data exposure.

- Discussion: faces based on the objectives and results and compared with the existing evidence on the subject. Add especially new issues that emerge from the study.

- Conclusion: One should express the level of achievement of the objectives, the generalizability, limitations of the study and the recommendations or projections.

- References: Only that reference cited in the article body. We suggest no less than 15 references, mostly with no more than five years of publication. You should use the style "Vancouver", whereby references should be cited in the text by consecutive

numbers in brackets according to their emergence. For more information see the document on the website:  
[http://library.vcc.ca/downloads/VCC\\_VancouverStyleGuide.pdf](http://library.vcc.ca/downloads/VCC_VancouverStyleGuide.pdf)

### Model of citations in the text

Carry out 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 to the expression ... "et al."

Example:

Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodriguez 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. Possibly added volume numbers and pages viewed, number and serial number.

Example:

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

c) Other materials should follow signs to cite a book, specifying source (author or institution), title, description of material, site preparation or issuance and date.

d) Internet Materials:

Internet Magazines Example:

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

Database Example:

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

Example of Law:

Colombia. Law n ° 266, of January 25, 1996. Nursing regulation of the profession in Colombia. Official Gazette No. 42710, February 5, 1996.

Example of an Agency:

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

e) Unpublished, abstracts, conference papers, conferences and symposia, are not considered appropriate referrals so if you

absolutely must cite unpublished sources hard to find, can be cited in the text in brackets or footnotes page.

Any questions on how to provide the references in the text and the final list of references at: International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal: writing and editing for biomedical publication in: [www.icmje.org](http://www.icmje.org)

### Authorship

One should note how authors who have taken part in the work sufficiently to publicly take responsibility for the content.

When sending a manuscript is required to be attached sheet Statement of the author and copyright confirming that the work is original, 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 Enfermería: Cuidados Humanizados.

### Evaluation System and Arbitration

The Editorial Board of the Journal receives papers from authors, evaluating processes that meet the same formal filing requirements described above. Then send them to at least two peer reviewers, one national and one international. May be granted acceptance of research, with suggestions acceptance or rejection of articles. These results will be reported promptly to the principal author, through an email, from the publisher.

### Ethical Considerations

The Journal Enfermería: Cuidados Humanizados adheres to universal ethical principles as 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 equal terms that meet predetermined rules.

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. Magazine Nursing: Care Humanized research assumes that each post after fulfilling the requirement to be evaluated by the appropriate ethics committee, being so clearly stipulated the procedure for obtaining informed consent. Thus there is evidence that ensured the anonymity and confidentiality of the people involved in the investigation.



# RESPONSIBILITY STATEMENT OF THE AUTHOR AND COPYRIGHT

## I) RESPONSIBILITY OF THE AUTHOR

FULL TITLE OF ARTICLE IN THE LANGUAGE IT WAS WRITTEN

---

---

The author (s) (s), that at the bottom of this document signature (n) states:

- The content is original, has not been published or is being considered for publication in another journal, either in paper or electronic format.

- The author (s) (s) meet (s) the criteria for authorship mentioned herein.

- The editorial board has no liability for the information in this article.

Signature \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## II) TRANSFER OF COPYRIGHT

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

Signature of author (s).

---

Date:

---

## NORMAS EDITORIAIS

The Journal Enfermería: Cuidados Humanizados is published as an official publication of the College of Nursing and Health Technologies at the Catholic University of Uruguay for the dissemination of knowledge in nursing and related disciplines nationally and internationally.

The journal accepts only original articles for publication, and reserves the exclusive rights to publish selected papers.

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

### Formato dos trabalhos

- A letra escrita CAMBRIA será no tamanho 12, espaçamento entre linhas 1,5, margens de 3 cm. através da página. Os anexos, tabelas, figuras ou outras figuras, aparecem no final do corpo de trabalho.

- O texto não deve ter mais de 12 páginas por atualizações de artigos e resenhas, 20 páginas para a pesquisa, 10 páginas para os avanços das pesquisas atuais e duas páginas para outras publicações.

- Enviado trabalhar para o Conselho Editorial do Jornal de enviar e-mail [enfciudadoshumanizados@ucu.edu.uy](mailto:enfciudadoshumanizados@ucu.edu.uy), em formato Word, para a revisão do duplo-cego.

- Se houver conflitos de interesse de todos os autores devem notificar as autoridades do Jornal.

### Normas para autores

Trabalhos que podem ser apresentados e exigidos padrões:

#### - Artigos Originais

Eles consistem de título e resumo em Inglês, Espanhol e Português, com base em palavras-chave quatro Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>) introdução, material e métodos, resultados; discussão, conclusões, referências.

#### - Outros trabalhos para apresentar

Eles também podem publicar artigos relacionados a aspectos metodológicos do processo de pesquisa, projetos de intervenção, a aplicação dos resultados da investigação, reflexões e análises que se relacionam com o processo de avanços científicos, pesquisas em processo, atualizações sobre um tema de interesse para o grupo profissional, notícias de eventos relacionados com a área de interesse da revista. Cartas podem ser

enviadas para o director e notas curtas com um máximo de duas páginas que são descarregadas comentários publicados ou comentários relacionados com o jornal.

### Guia para organização de pesquisa

- Cada sessão será em uma folha separada.

- Título: deve ser colocado na primeira página, deve refletir o que é no trabalho concreto, em letras maiúsculas (em Inglês, Espanhol e Português), com não mais de 15 palavras, que de preferência incluem descritores. Nome completo do autor / s. No rodapé e números devem ser colocados: organização institucional a que pertencem, país e-mail.

- Resumo: Navios em Espanhol, Inglês e Português. Ele deve conter objetivos, metodologia, resultados, conclusões e palavras-chave, em um máximo de 250 palavras escritas.

- Introdução: Deve conter pelo menos: a) um problema que descreve os problemas específicos de pesquisa e estudo e serão abordados. Formulação da verificação de antecedentes que eo porquê de pesquisa, b), o que justifica a pesquisa, com citações que dão reconhecimento a estudos anteriores, que se referem especificamente ao trabalho; c) Os objetivos, a declaração formal da finalidade.

- Métodos: paradigma que se encaixa no universo de pesquisa, de selecção de amostra, instrumentos e procedimentos utilizados, o processo de coleta e análise de dados, descibíendolos precisão. Quando a pesquisa envolvendo seres humanos, indicar se autorizações foram obtidas e os padrões éticos estabelecidos por um comitê de ética.

- Os resultados devem ser apresentados em uma ordem lógica e ter uma análise estatística satisfatória (se aplicável). Se você incluir tabelas ou gráficos devem ser anexadas em folhas separadas, numeradas e intitulado de forma concisa e expressando claramente o seu conteúdo, incluindoos somente se justifica para esclarecer a exposição dos dados.

- Discussão: enfrenta com base nos objetivos e resultados e comparados com a evidência existente sobre o assunto. Adicionar especialmente os novos aspectos que emergem do estudo.

- Conclusão: Deve expressar o nível de realização dos objetivos, a generalização, limitações do estudo e as recomendações ou projeções.

- Referências: Só que referência citada no corpo do artigo. Sugerimos nada menos que 15 referências, a maioria com mais de cinco anos de publicação. Você deve usar o estilo "Vancouver", em que as referências devem ser citadas no texto por números consecutivos entre parênteses de acordo com a sua emergência. Para mais informações, consulte o documento no site:

[http://library.vcc.ca/downloads/VCC\\_VancouverStyleGuide.pdf](http://library.vcc.ca/downloads/VCC_VancouverStyleGuide.pdf)

### Modelo de citações no texto

Efectuar as referências no final, como se segue:

a) Os artigos de autores individuais. Eles escrevem os nomes e iniciais dos primeiros seis autores e se mais é adicionado à expressão ... "et al."

Exemplo:

Medrano MJ, Cerrato E, R Boix, Delgado-Rodriguez M. Fatores de risco cardiovascular na população espanhola: metanálise de estudos transversais. *Med Clin (BARC)*. 2005, 124 (16): 606-12.

b) Livros. Deve incluir os sobrenomes e iniciais de todos os autores (editores, compiladores, etc.) Ou um nome da entidade, título, número da edição, local de publicação, editora e ano. Números de volume possivelmente adicionados e páginas vistas, número e número de série.

Exemplo:

Balderas, M. *Serviços de administração de enfermagem*. 4th ed. México: American Mc Graw Hill, 2005.

c) Outros materiais, siga as indicações para citar um livro, especificando fonte (autor ou instituição), título, descrição do material, preparação ou emissão e data.

d) Materiais de Internet:

Internet Revistas Exemplo:

Francês I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Psicocognoscitiva estimulação na demência. Em *Sisa. Sanit. Navar*. [Online revista] Setembro-Dezembro de 2003 [acessado em 19 de Outubro de 2005], 26 de março. Disponível em: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis.html>

Exemplo de banco de dados:

Tome cuidado [banco de dados on-line]. Granada: Índice Fundação [atualizado em abril de 2004, Dezembro de acesso 19, 2005]. Disponível em: <http://www.doc6.es/index>

Exemplo de Direito:

Colômbia. Lei n° 266, de 25 de janeiro de 1996. Regulamentação da profissão de enfermagem na Colômbia. *Diário Oficial* n° 42.710, 5 de fevereiro de 1996.

Exemplo de uma agência:

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

e) não publicados, resumos, textos de conferências, congressos e simpósios, não são consideradas referências apropriadas então se você absolutamente deve citar fontes inéditas difíceis de encontrar, podem ser citados no texto entre colchetes ou notas de rodapé página.

Quaisquer dúvidas sobre a forma de apresentar as referências no texto ea lista final de referências em: Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos. Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a *Jornal Biomédica*: escrevendo e editando para publicações biomédicas em: [www.icmje.org](http://www.icmje.org)

### Autoria

Deve-se observar como os autores que participaram suficientemente do trabalho de publicamente assumir a responsabilidade pelo conteúdo.

Ao enviar um manuscrito é necessário para ser Declaração folha anexa do autor e direitos de autor, confirmando que o trabalho é original, não foi publicado anteriormente em formato impresso ou eletrônico e não vai ser submetido a outro meio antes de reunião a decisão da revista. Além da transferência de direitos autorais para a *Enfermagem: cuidado humanizado*.

### Sistema de Avaliação e Arbitragem

O Conselho Editorial da Revista recebe trabalhos de autores, a avaliação dos processos que atendam às mesmas exigências de arquivamento formais descritos acima. Em seguida, enviá-los a pelo menos dois revisores, um nacional e um internacional. Pode ser concedida a aceitação da pesquisa, com sugestões de aceitação ou rejeição de artigos. Estes resultados serão comunicados imediatamente ao autor principal, através de um e-mail, a partir do editor.

### Considerações éticas

*Enfermagem Magazine*: adere cuidado humanizado para princípios éticos universais como contribuir para o bem comum com as contribuições para a sociedade de revista e em particular o conhecimento da disciplina, igualdade de oportunidades para publicar artigos em igualdade de condições que atendam predeterminado regras.

Rejeita qualquer indivíduo ou grupo discriminação, protege a confidencialidade e discrição reter os nomes dos autores dos trabalhos recebidos, o nome do casal e os artigos selecionados para publicação precisão, as informações fornecidas e transparência em todas etapas do processo de seleção e publicação de artigos selecionados. *Enfermagem revista: pesquisa Atencão Humanizada* assume que cada post depois de cumprir a exigência de ser avaliado pela comissão de ética adequada, sendo tão claramente estipulado o procedimento para a obtenção do consentimento informado. Assim, não há evidência de que assegurado o anonimato e confidencialidade das pessoas envolvidas na investigação.

# DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO AUTOR E DIREITOS AUTORAIS

## I) RESPONSABILIDADE DO AUTOR

TÍTULO COMPLETO DO ARTIGO NO IDIOMA EM QUE FOI ESCRITO

---

---

O (s) autor (es), que, na parte inferior deste documento assinatura (n) indica

- O conteúdo é original, não foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, seja em papel ou em formato electrónico.

- O autor do (s) (s) cumprir (s) os critérios de autoria aqui mencionados.

- O conselho editorial não tem responsabilidade pelas informações contidas neste artigo.

### Assinatura (s) autor (es)

Assinatura \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## II) TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Declaro que em caso de aceitação do artigo, concordo que os direitos autorais são transferidos para a Enfermagem: Atenção Humanizada, portanto, não reproduzida no todo ou em parte, em qualquer forma ou meio de divulgação impressa ou eletrônica sem autorização prévia.

Assinatura do (s) autor (es).

---

Data:

---