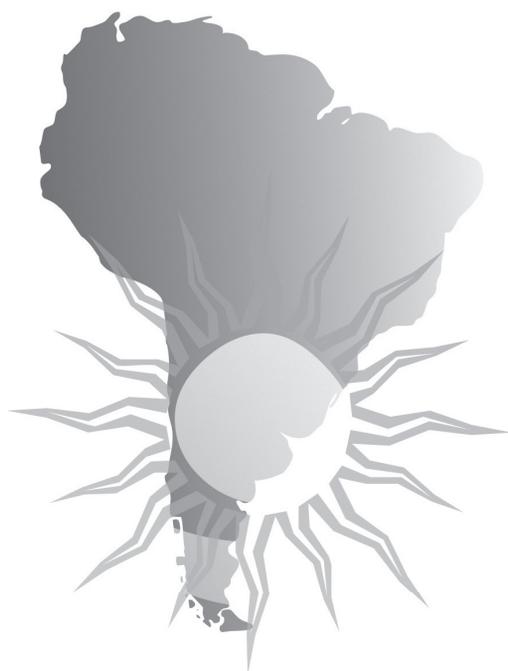


Enfermería: Cuidados Humanizados

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



Universidad
Católica del
Uruguay

La revista es miembro
fundador de la Asociación
Uruguaya de Revistas Académicas
(AURA)



ASOCIACIÓN URUGUAYA
DE REVISTAS ACADÉMICAS

aura.org.uy

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

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



**Enfermería:
Cuidados Humanizados**

Vol. 4, n° 2 Diciembre 2015

ISSN: 1688-8375

ISSN en línea: 2393-6606

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

Directora:

Dra. Natalie Figueredo.
nfiguer@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.

Gestión Editorial:

Mag. Sebastián Griscti.
sebastian.griscti@ucu.edu.uy
Av. Garibaldi 2831 CP 11600
Montevideo, Uruguay.

Consejo Editorial:

Mag. Esteban Pérez García,
Universidad de Huelva, España.
Mag. Miriam Costabel, Universidad de la
República.
Mag. Beatriz Aggazi, Universidad Católica
del Uruguay.
Mag. María Jesús Huguet, Universidad
Católica del Uruguay.
Lic. Ana María García, Universidad Católica
del Uruguay.

Traducción:

Mag. Sebastián Griscti.
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 N° 367.703 / 15
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.uca.edu.uy
ecuidadoshumanizados@uca.edu.uy

ISSN: 1688-8375
ISSN en línea: 2393-6606

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

Diseño figura de tapa:
Lic. Hernán Pereira



EDITORIAL

Queremos comenzar este número agradeciendo a los salientes miembros de nuestra revista, muchos de ellos han estado desde el comienzo de la misma. Nuestro agradecimiento para Dr. Augusto Ferreira, Lic. Hernán Pereira, Lic. Patricia Techera y Mag. Patricia Prada. Recogemos de ellos el trabajo realizado y tomamos con entusiasmo el camino a seguir. Le damos la bienvenida al Consejo Editorial a Mag. Beatriz Agazzi y Mag. María Jesús Huguet. Vemos con alegría como la revista va adquiriendo notoriedad tanto nacional como internacionalmente y eso nos complace y nos alienta.

El nuevo camino que está tomando la revista tiene que ver con la profundización del acceso abierto al conocimiento: desde un principio hemos optado porque los ejemplares no tengan costo. Ahora, en esta nueva etapa, nos adherimos a la libre circulación de los contenidos también desde la web a través de la publicación online desde el Open Journal Systems, al mismo tiempo que estamos gestionando la entrada a diferentes bases de datos, las licencias apropiadas de Creative Commons y el Digital Object Identifier. Estas nuevas condiciones editoriales permiten la libre circulación de la producción científica protegiendo los Derechos de los autores y proyectando a la revista a nuevos niveles de acceso. Junto con esto, celebramos el nacimiento y nuestra incorporación a la Asociación Uruguaya de Revistas Académicas (AURA) que trabaja en pos de los mismos lineamientos.

En este número contamos con la primera carta a la Directora: desde España se relata cómo se trabaja en cooperación para la docencia de los Cuidados Paliativos. En esta misma línea de trabajo, compartimos el análisis de una Unidad de Cuidados Paliativos en su primer año de vida en Montevideo. Manteniendo el perfil interdisciplinario de la revista, publicamos un innovador proyecto nutricional de diseño de una fórmula de dieta cetogénica destinada a lactantes y menores de tres años. Además, tenemos desde México un análisis del impacto económico que surge por los cuidados al adulto mayor. Desde Colombia contamos con un artículo que analiza la percepción del cuidado de Enfermería de las gestantes de un curso de maternidad y paternidad. Desde Uruguay se analizan las condiciones laborales basados en los últimos censos a enfermeros y enfermeras. Y, por último, contamos con una actualización bibliográfica acerca de la nutrición en las personas mayores institucionalizadas.

Finalmente quisiéramos aprovechar para compartir con la comunidad de cuidados humanizados el lanzamiento de la Maestría en Cuidados Paliativos que ofrecerá nuestra Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay. Esta noticia también nos llena de energía, ya que responde a una necesidad del Uruguay actual y se orienta hacia la mejora de estos cuidados a pacientes y familias.

Nos despedimos alentando a los miembros de las áreas de la salud vinculadas con el cuidado a seguir manteniendo el diálogo fluido que estamos construyendo.

Natalie Figueredo

Directora

EDITORIAL

Começaremos esse número agradecendo aos membros que estão saindo da nossa revista, sendo que muitos deles estavam desde o seu início. Nosso agradecimento para Augusto Ferreira, Hernán Pereira, Patricia Techera e Patricia Prada. Recebemos o trabalho realizado por eles e retomamos com entusiasmo o caminho a seguir. Damos as boas-vindas no Conselho Editorial a Beatriz Agazzi e María Jesús Huget. Notamos com alegria como a revista vem adquirindo relevância, tanto nacional como internacional, e isso nos gratifica e estimula.

O novo caminho que a revista está seguindo orienta-se ao aprofundamento do acesso aberto ao conhecimento: desde o começo fizemos a opção de que os exemplares não tivessem custo. Agora, nessa nova etapa, aderimos à livre circulação dos conteúdos também pela web, através da publicação on-line do *Open Journal Systems*, ao mesmo tempo em que estamos conseguindo o acesso a diferentes bases de dados, às licenças apropriadas do *Creative Commons* e ao *Digital Object Identifier*. Essas novas condições editoriais permitem a livre circulação da produção científica, protegendo os direitos autorais e projetando a revista a novos níveis de acesso. Paralelamente, estamos comemorando o nascimento e nossa incorporação à *Asociación Uruguaya de Revistas Académicas (AURA)*, que trabalha norteadas pelas mesmas diretrizes.

Neste número, contamos com a primeira carta ao Diretor: da Espanha, relata-se como é o trabalho em co-operação para o ensino de Cuidados Paliativos. Nesta mesma linha de trabalho, compartilhamos a análise de uma Unidade de Cuidados Paliativos, após o seu primeiro ano de vida em Montevideú. Mantendo o perfil interdisciplinar da revista, publicamos um inovador projeto nutricional para desenho de uma fórmula de dieta cetogênica destinada aos lactentes e menores de três anos. Além disso, do México, há uma análise do impacto econômico resultante dos cuidados ao idoso; da Colômbia, um artigo mostra a percepção do cuidado de Enfermagem às gestantes, em um curso de maternidade e paternidade. Do Uruguai, analisam-se as condições de trabalho baseadas nos últimos censos de enfermeiros e enfermeiras. Finalmente, apresentamos uma atualização bibliográfica sobre a nutrição dos idosos institucionalizados.

E, para finalizar, gostaríamos de compartilhar com a comunidade de cuidados humanizados o lançamento do Mestrado em Cuidados Paliativos que será oferecido pela nossa Faculdade de Enfermagem e Tecnologias da Saúde da *Universidad Católica del Uruguay*. Esta notícia também nos traz muita alegria, pois responde a uma necessidade atual do Uruguai, orientada à melhora desses cuidados com pacientes e familiares.

Despedimo-nos promovendo a continuidade do diálogo fluido que estamos construindo entre os membros das áreas da saúde ligadas ao cuidado.

Natalie Figueredo

Directora

EDITORIAL

We want to begin this issue by thanking the members of our journal that will be no longer with us. Many of them have been around since day one. Our thanks to Augusto Ferreira, Hernán Pereira, Patricia Techera and Patricia Prada. We gather what they left us and move forward enthusiastically along the same road. We welcome to the Editorial Board Beatriz Agazzi and María Jesús Huget. We are happy to see that our journal is gaining national and international notoriety. That pleases and encourages us.

The new direction that we are taking is towards the deepening in the path to open access to knowledge: since the beginning we have chosen that the issues be free of charge. Now, in this new stage, we adhere to the free circulation of its contents, also in the web, through the online publication from the Open Journal Systems. At the same time we are applying access to different databases, the proper licenses of Creative Commons and Digital Object Identifier. These new publishing conditions allow the free flow of scientific production, protecting copyrights and positioning the magazine into higher levels of access. Along with this we celebrate the birth of AURA, the Uruguayan Association of Academic Journals and our incorporation to this association, that works towards our same goals.

In this issue we have the first letter to the Director, about how to work cooperatively in teaching of Palliative Care in Spain. Along the same line we share the analysis of a Palliative Care Unit in its first year of life in Montevideo. Keeping the interdisciplinary profile of the magazine, we published an innovative nutritional project designing a ketogenic diet formula for infants and children under three years of age. We also have an analysis of the economic impact arising from the care of the elderly in Mexico. From Colombia we have an article that discusses the perception of nursing care of pregnant women in a course of parenthood. From Uruguay, working conditions for nurses are analyzed based on the latest survey. And finally, we have a bibliographic update about nutrition issues about the elderly residing in nursing homes.

Finally, we would like to take this opportunity to share with the community of Humanized Care that we are launching a Masters Program in Palliative Care, offered by our Faculty of Nursing and Health Technologies of the Universidad Católica of Uruguay. This news excited us since it responds to a need of today's Uruguay and is oriented towards improving palliative care to patients and their families.

We now say goodbye, encouraging members in the areas of health care related to keep up maintaining the fluent dialogue that we are building.

Natalie Figueredo

Directora



Universidad Católica del Uruguay

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

AUTORIDADES

Cardenal Daniel Sturla Berhouet, 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

Dra. 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, junio y diciembre.

Las bases para los autores son publicadas en la revista y en la página web 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, June and December.

The basis for the authors are published in the magazine and on the website 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, Junho e Dezembro.

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

www.enfermeriacuidadoshumanizados.ucu.edu.uy

COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL E INTERNACIONAL

COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL

Prof. Dra. Zoraida Fort

Gerente de RRHH del Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

Prof. Lic. María del Carmen Ferreira

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

Prof. Lic. Álvaro Fernández

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

Prof. Emérita Lic. Soledad Sánchez

Uruguay.

Prof. Mag. Teresa Menoni

Universidad de la República Oriental del Uruguay, Uruguay.

Prof. Lic. Maira Castro

Administración de Servicios de Salud del Estado, Uruguay.

Prof. Mag. Rosana Tessa

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

Prof. Dra. Adriana Misa

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

Prof. Dr. Augusto Ferreira

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Prof. Dra. Beatrice Goodwin

Universidad de Nueva York, EEUU.

Prof. Dra. Luz Angélica Muñoz

Universidad de Enfermería Andrés Bello, Chile.

Dra. Ana María Vásques

Universidad de La Serena, Chile.

Prof. Mag. Alicia Reyes Vidal

Facultad de Enfermería Universidad Andrés Bello, Chile.

Prof. Mag. Carmen Falconí

Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador.

Prof. Dra. Olivia Sanhueza

Universidad de Concepción, Chile.

Prof. Lic. María Virginia Hernández Alonso

Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, México.

Prof. Dra. Adelaida Zabalegui

Hospital Clínico de Barcelona, España.

Prof. Dra. M^a Dolores Bardallo

Universidad Pompeu Fabra, Cataluña, España.

Prof. Mag. Verónica Behn

Universidad de Concepción, Chile.

Prof. Dra. Sandra Valenzuela

Universidad de Concepción, Chile.

Prof. Dra. Alina María de Almeida Souza

Consejo General de Enfermería de España, España.

Prof. Mag. Erika Caballero

Centro de Educación a Distancia, Chile.

Prof. Dr. Gabriel Rodríguez

Universidad Andrés Bello, Chile.

Prof. Dra. María Cristina Cometto

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Prof. Dr. Johis Ortega

Universidad de Miami, EEUU.

Prof. Mag. María Cristina Torres

Universidad Austral, Chile.

Prof. Dr. José Ramón Martínez Riera

Universidad de Alicante, España.

Prof. Mag. María Antonia Jiménez

Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

Prof. Dra. Maricela Torres

Escuela Nacional de Enfermería, Cuba.

Prof. Mag. Lia Garnica

Universidad de Santiago del Estero, Argentina.

CONTENIDO

EDITORIAL Natalie Figueredo _____ pág. 3

TRABAJO EN EQUIPO EN CUIDADOS PALIATIVOS: EXPERIENCIAS DE ESTUDIANTES DE GRADO EN ENFERMERÍA

TEAMWORK IN PALLIATIVE CARE: EXPERIENCES FROM UNDERGRADUATE STUDENTS IN NURSING
TRABALHO EM EQUIPE EM CUIDADOS PALIATIVOS: EXPERIÊNCIAS DOS ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ana Carvajal Valcárcel, Noelia Teso Vega, María Arantzamendi Solabarrieta. _____ pág. 10

SECCIÓN 1

ARTÍCULOS ORIGINALES

ANÁLISIS ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS DE UN SANATORIO PRIVADO EN LA CIUDAD DE MONTEVIDEO

ONCOLOGICAL PALLIATIVE CARE ANALYSIS IN A PRIVATE HOSPITAL IN MONTEVIDEO
ANÁLISE ASSISTENCIAL da UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS EM UM HOSPITAL PARTICULAR NA CIDADE DE MONTEVIDÉU

Ana Núñez, Adriana Della Valle, Elena Laureiro, Mario Nantes, Melisa Camaño
Irene Cabrera, Juan González, Lucila Leal, Patricia Padilla _____ pág. 14

PROYECTO DE DISEÑO DE UNA FÓRMULA CETOGÉNICA DESTINADA A LACTANTES Y NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS

PROJECT OF A KETOGENIC DESIGN FORMULA INTENDED FOR INFANTS AND CHILDREN UNDER THREE YEARS OF AGE

PROJETO DE DESENHO DE UMA FÓRMULA CETOGÊNICA DESTINADA A LACTENTES E CRIANÇAS MENORES DE TRÊS ANOS.

Gabriela Saintagne, Maren Torheim, Isabel Pereyra. _____ pág. 18

IMPACTO ECONÓMICO EN LA FAMILIA DEL ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD FÍSICA

ECONOMICAL IMPACT TO THE FAMILY WITH ELDERLY PHYSICALLY DISABLED
IMPACTO ECONÔMICO NA FAMÍLIA DO IDOSO COM DISCAPACIDADE FÍSICA

Martin Pantoja Herrera _____ pág. 24

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DE LAS GESTANTES DEL CURSO DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD

PERCEPTION OF NURSING CARE FROM PREGNANT WOMEN OF A MOTHERHOOD AND FATHERHOOD COURSE
PERCEPÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DAS GESTANTES DO CURSO DE MATERNIDADE E PATERNIDADE

Daniel Felipe Martín Suárez Baquero y Martha Patricia Bejarano Beltrán _____ pág. 33

CONDICIONES LABORALES DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA EN URUGUAY. ESTUDIO DESCRIPTIVO-COMPARATIVO AÑOS 1993/2013.

WORKING CONDITIONS OF LICENSED NURSES IN URUGUAY. DESCRIPTIVE-COMPARATIVE STUDY IN 1993/2013
CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS LICENCIADOS EM ENFERMAGEM NO URUGUAI.
ESTUDO DESCRITIVO-COMPARATIVO EM 1993/2013

Carmen Camacho López, Luciana Rodríguez Pérez, Teresa Fernández Viacava, Julio Bonilla Ultra _____ pág. 40

CUIDADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

NUTRITIONAL CARE OF THE INSTITUTIONALIZED ELDERLY
CUIDADO NUTRICIONAL DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Estela Berriel y Soledad Calvo _____ pág. 45

SECCIÓN 2

EVENTOS ACADÉMICOS

_____ pág. 52

TRABAJO EN EQUIPO EN CUIDADOS PALIATIVOS: EXPERIENCIAS DE ESTUDIANTES DE GRADO EN ENFERMERÍA

TEAMWORK IN PALLIATIVE CARE: EXPERIENCES FROM UNDERGRADUATE STUDENTS IN NURSING

TRABALHO EM EQUIPE EM CUIDADOS PALIATIVOS: EXPERIÊNCIAS DOS ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ana Carvajal Valcárcel

Universidad de Navarra. Instituto de Investigación Sanitario de Navarra. Navarra, España.
acarvajal@unav.es

Noelia Teso Vega

Universidad de Navarra. Navarra, España.

María Arantzamendi Solabarrieta

Universidad de Navarra. Instituto de Investigación Sanitario de Navarra. Navarra, España.

Sra. Directora:

El trabajo en equipo se define como un conjunto de personas con un objetivo y una metodología común (1,2). En Cuidados Paliativos (CP) este modo de trabajar es indispensable para proporcionar un cuidado integral del paciente y su familia, dada la complejidad y multidimensionalidad de los problemas (1,3). Además trabajar en equipo ayuda a conseguir una visión más global tanto del propio paciente como de su entorno (1).

Dada la importancia del trabajo en equipo, en la asignatura de CP que se oferta en 4º grado en enfermería de la Universidad de Navarra, España, se aborda este tema a través de dos sesiones con dos equipos de CP; el equipo de soporte de la Clínica Universidad de Navarra y el equipo de domicilio y hospitalización del Hospital San Juan de Dios de Pamplona. El objetivo de este trabajo es transmitir la percepción de los estudiantes después de tener este encuentro con ambos equipos.

Previamente a las sesiones, los estudiantes junto con la profesora responsable prepararon los temas que más interesaban y desarrollaron una serie de preguntas para realizar a los distintos miembros. Al comienzo de la sesión cada miembro del equipo se presentó explicando su rol dentro del mismo, después se inició un coloquio con los estudiantes donde se pudieron plantear las preguntas previamente preparadas y resolver dudas que fueron surgiendo.

Una vez finalizadas las sesiones, 50 estudiantes contestaron por escrito a dos preguntas: 1) ¿Qué te han aportado las sesiones con los equipos de CP?, y 2) ¿Qué cambiarías de las sesiones? Posteriormente se realizó un análisis de contenido de las respuestas según Burnard (4) con una triangulación de investigadores. Cada respuesta fue analizada independientemente por cada uno. Se extrajeron categorías que fueron puestas en común y se consensuaron en distintas reuniones. Los estudiantes dieron su consentimiento para analizar las respuestas del cuestionario.

Los hallazgos fueron los siguientes: los estudiantes en general transmitieron que conocer experiencias reales les aportaba y ayudaba para aprender del trabajo en equipo, lo que ve reflejado en la siguiente cita: “ha sido muy interesante para poder ver la realidad de una manera más cercana y palpable” (Estudiante 6).

A continuación se exponen aspectos más concretos que destacaron los estudiantes:

- Conocimiento de los roles de cada miembro y de la enfermera dentro del equipo como se ve en la siguiente cita: “me ha ayudado a comprender cuál es el rol de la enfermera dentro del equipo y la importancia del trabajo interdisciplinar” (Estudiante 16).
- Dinámica de trabajo en equipo interdisciplinar. Como está reflejado en la cita: “ver que trabajan como un equipo real, su apoyo mutuo y su gran dedicación a este tipo de cuidado” (Estudiante 8).
- Cualidades de los profesionales. Como comenta uno de los estudiantes: “ver que eran personas positivas, que no recaían mucho y que les aportaba a ellos mismos el cuidar de esas personas” (Estudiante 28).

Además los estudiantes destacaron que les había ayudado a profundizar en la esencia de los CP y a un enriquecimiento personal como refleja este estudiante: “me han aportado su experiencia personal que ha sido enriquecedora para potenciar mi desarrollo” (Estudiante 7).

En relación con los aspectos que cambiarían propusieron aumentar el tiempo de las sesiones, utilización de medios audiovisuales, realizar visitas a las Unidades y que algún miembro del equipo impartiera alguna sesión teórica.

Conocer la experiencia vivida es un método útil para el desarrollo de conocimiento (5) que favorece el aprendizaje de algunos temas como el trabajo en equipo. Esta forma de enseñanza favorece la reflexión de los estudiantes, incluso ayuda a profundizar en la esencia de los CP. Además favorece un enriquecimiento no sólo profesional sino también personal. Esta metodología puede ser un medio para que los estudiantes conozcan equipos de CP cuando no hay posibilidad de realizar prácticas específicas. Este método se puede aplicar en futuros estudios para ver su eficacia en otros temas de CP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Centeno Cortés C, Gómez Sancho M, Nabal Vicuña M, Pascual López A, Ebrary I. Manual de medicina paliativa. 1a ed. Pamplona: Eunsa; 2009.
- (2) Barbero Gutiérrez J, Buscemi V, De Francisco López C et al. Trabajo en equipo en Cuidados Paliativos: Qué dicen los Profesionales. Grupo de Trabajo SECPAL "Trabajo en equipo". SECPAL. Madrid; 2014.
- (3) Alegre Herrera JS. Beneficencia y autonomía: trabajo en equipo, competencia profesional y derechos del paciente (II). *Med Pal* 2010; 17(4): 195
- (4) Burnard P. A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Educ Today*. 1991;11(6): 461-466.
- (5) Callin S, Hicks F. Teaching symptom management: En: Foyle L, Hostad J. *Innovations in Cancer and Palliative Care Education*: Ediciones Radcliffe. 2007. p.85-95.

SECCIÓN 1

Artículos originales

ANÁLISIS ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS DE UN SANATORIO PRIVADO EN LA CIUDAD DE MONTEVIDEO

ONCOLOGICAL PALIATIVE CARE ANALYSIS IN A PRIVATE HOSPITAL IN MONTEVIDEO

ANÁLISE ASSISTENCIAL da UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS EM UM HOSPITAL PARTICULAR NA CIDADE DE MONTEVIDÉU

Ana Núñez

*Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.
Montevideo, Uruguay.
annunez@ucu.edu.uy*

Adriana Della Valle

Elena Laureiro

Mario Nantes

Melisa Camaño

Irene Cabrera

Juan González

Lucila Leal

Patricia Padilla

Recibido: 15/05/2015

Aceptado: 15/10/2015

RESUMEN

“La UCP (Unidad de Cuidados Paliativos) se define como una organización de profesionales sanitarios, que ofrece atención multidisciplinaria mediante un amplio espectro de modalidades de asistencia que incluye necesariamente la hospitalización en camas específicas. Para realizar esta actividad la UCP debe cumplir unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan las condiciones adecuadas de calidad, seguridad y eficiencia”(1). El objetivo general es analizar el aspecto asistencial de una Unidad de Cuidados Paliativos Oncológicos de la ciudad de Montevideo en su primer año de funcionamiento. Para esto se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Los resultados arrojaron que se atendieron 379 usuarios, realizándose 2487 consultas distribuidas en sanatorio, policlínica y domicilio. La mayoría de los usuarios atendidos son de sexo masculino con una edad media de 76 años, siendo derivados casi todos por médicos oncólogos. Fallecieron 301 de los usuarios, muchos de ellos en el Hospi Saunders II. Se utilizó el recurso del infusor elastomérico en 85 de ellos. En relación a la asistencia psicológica se evaluó el riesgo y la necesidad en 117 usuarios y sus familias, enviándose a 57 familias cartas de condolencias. Se asistió en duelo a 13 familias. El Ministerio de Salud Pública considera que 921 usuarios serían pasibles de cuidados paliativos en esta mutualista. En un año fueron captados por esta unidad 379 usuarios. Este es un número importante comparando los datos con unidades de cuidados paliativos referentes en Uruguay.

Palabras clave: Enfermería, Oncología médica, Cuidados Paliativos, Sector Privado.

SUMMARY

“The Palliative Care Unit is defined as an organization of health professionals providing multidisciplinary care through a broad spectrum of forms of assistance which necessarily includes hospitalization in specific beds. The UCP must meet functional, structural and organizational requirements that ensure adequate conditions of quality, safety and efficiency to perform this activity “(1). The overall objective is to analyze the welfare aspect of the Oncology Palliative Care Unit of a Hospital located in Montevideo in its first year of operation. The methodology performed is a descriptive, retrospective cross-sectional study. The results show that 379 users were treated and 2487 consultations were performed in sanatorium, clinic and user’s home. Most users served are males with an average age of 76, being derived mostly by oncologists. The elastomeric infusor was used in 85 of them. 301 died, the majority of deaths occurring in the Hospi Saunders II. In regards to psychological care, its risk and need was assessed for 117 users and their families. A letter of condolence was sent to 57 families, and 13 mourning families were assisted. The Ministry of Public Health considers that 921 users could receive palliative care in our institution. 379 users were helped in a year by this unit. This is an important quantity; comparing data concerning other palliative care units in Uruguay.

Keywords: Nursing, Medical Oncology, Palliative Care, Private Sector.

RESUMO

“A UCP (Unidade de Cuidados Paliativos) é definida como uma organização de profissionais de saúde que prestam atendimento multidisciplinar através de um amplo espectro de formas de assistência que necessariamente inclui camas de hospitalização específicas. A UCP deve atender aos requisitos funcionais, estruturais e organizacionais que assegurem condições adequadas de qualidade, segurança e eficiência para realizar esta atividade “(1). O objetivo geral é analisar o aspecto do bem-estar

de Oncología Palliative Care Unit da Associação Espanhola de Montevideu, em seu primeiro ano de operação. Metodologia: um estudo descritivo transversal, retrospectivo foi realizado. 379 usuários atendidos, realizando consultas distribuídas em 2.487 sanatório, clínica e em casa. A maioria dos usuários atendidos são do sexo masculino, com idade média de 76, sendo derivada principalmente por médicos oncologistas. O uso de infusor elastomérica em 85 usuários usada, 301 morreram ea maioria das mortes no Hospice Saunders II.

No que diz respeito ao risco de atendimento psicológico e da necessidade de 117 usuários e suas famílias, o envio de uma carta de condolências 57 famílias, com a assistência de 13 famílias enlutadas que foram avaliados. O Ministério da Saúde considera 921 usuários seria susceptível de nossa mútua paliativos, cuidados em um ano foram apanhados por esta unidade 379 usuários. Este é um número importante comparar dados relativos às unidades de cuidados paliativos no Uruguai.

Palavras- chave: Enfermagem, Oncology, Cuidados Paliativos, Assistência privada.

INTRODUCCIÓN

“La asistencia paliativa es un derecho de todos los usuarios y sus familias, y responder a las necesidades de todos los pacientes es la obligación de nuestro sistema sanitario” (2). Los cuidados paliativos ya dejaron de ser una opción para los servicios de salud, son una obligación en Uruguay desde setiembre del año 2013. A partir del mes de abril de 2014 comienza un nuevo emprendimiento en la mutualista que es la creación de una unidad de cuidados paliativos cumpliendo con las directivas del Ministerio de Salud Pública del Uruguay para lograr de forma holística la atención de los pacientes que requieran de esta especialidad.

ANTECEDENTES

A nivel mundial encontramos el trabajo de Cicely Saunders desarrollado inicialmente en el St. Joseph's Hospice en Londres desde 1967, que fue el que introdujo una nueva filosofía respecto a los cuidados en la fase final de la vida (3).

En Uruguay los Dres. Muse, Viola y Sabini en un trabajo sobre asistencia oncológica refieren: “Las unidades de cuidados paliativos se integran al modelo de asistencia oncológica en el año 1997. Responden a una demanda asistencial del paciente terminal no cubierta hasta ese momento, ni en sus aspectos técnicos ni afectivos. Sus acciones subsanan esas carencias con gran aceptación del paciente y su entorno. Se acompañan de un significativo abatimiento de costos, al reducir en forma notoria la internación de los pacientes” (4). “En el marco del fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, la Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE) del Ministerio de Salud Pública (MSP) ha venido trabajando la temática de cuidados paliativos en domicilio desde hace algunos años. Para ello ha destinado recursos específicos y ha hecho un esfuerzo en relación a la

referencia y contra-referencia con el segundo y tercer Nivel de Atención. Su cometido es lograr una atención activa, global e integral del paciente en domicilio (sin convertirlo en una internación domiciliaria), mejorando la calidad de vida del enfermo e involucrando a su medio familiar en los cuidados” (5). El Servicio de Medicina Paliativa del Hospital Maciel es un referente para el país, en lo que tiene que ver a los tratamientos médicos de pacientes con enfermedades terminales; este servicio se creó el 12 julio de 2004 (6).

Los cuidados paliativos, según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), son los cuidados activos totales que se proporcionan a los pacientes con una enfermedad en fase avanzada y progresiva, potencialmente mortal y que ya no responden a un tratamiento curativo (7). Los cuidados paliativos no tienen finalidad curativa sino de alivio del sufrimiento y mejora de la calidad de vida, atendiendo a la dimensión física, psicosocial y espiritual del paciente y su entorno a través de una atención integral por un equipo multiprofesional e interdisciplinario (8). La medicina paliativa es el quehacer de los médicos dedicados a la especialidad. Los Cuidados Paliativos es un concepto más amplio, es la intervención de un equipo interdisciplinario formado por médicos, enfermeros, psicólogos, asistente social, terapeutas ocupacionales y un representante religioso que será incluido según lo solicite el paciente o la familia.

El objetivo es establecer un cuidado que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga artificialmente, facilitar que el enfermo lleve una vida tan activa como sea posible, ofrecer un sistema de apoyo a la familia para ayudarla a afrontar la enfermedad del ser querido y sobrellevar el periodo de duelo incluyendo soporte emocional si lo requieren. “La UCP (Unidad de Cuidados Paliativos) se define como una organización de profesionales sanitarios, que ofrece atención multidisciplinaria mediante un amplio espectro de modalidades de asistencia que incluye necesariamente la hospitalización en camas específicas. La UCP debe cumplir unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan las condiciones adecuadas de calidad, seguridad y eficiencia, para realizar esta actividad.” La Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) en el atlas que publica de la región cuando se refiere al desarrollo en Uruguay menciona como pionera a la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos (9).

En 1985 se puso en marcha el Programa de Cuidados y Atención Médica en Extramuros Sanatorial Transitoria a pacientes en etapa terminal y/o problemática socio-económico-familiar; se brindaba atención a pacientes al final de su vida alquilando casas de salud. En 1989 se crea la unidad llamada *Hospici-Saunders* para albergar esos pacientes que fueron derivados a casas de salud y tenerlos en directo cuidado con el personal médico y no médico de la institución (10). Nueve años después, se crea en la mutualista un sistema de internación domiciliaria donde se incluyen los cuidados paliativos. El 1º de abril de 2014 comienza a funcionar la Unidad de Cuidados Paliativos Oncológicos en la policlínica del Centro de Diagnóstico y Tratamiento Mamario, la que está integrada por

cuatro médicos, una psicóloga, dos auxiliares de enfermería y una licenciada en enfermería.

La modalidad de la atención es en sanatorio, domicilio, policlínica e internación en el *Hospiti Saunders II* o en sanatorio. Se realiza también el seguimiento telefónico de la situación del paciente y la familia en domicilio; hay un servicio de retén médico telefónico de guardia las 24 horas los 365 días del año el cual orienta a pacientes y familiares frente a diferentes consultas. Según el MSP la mutualista tiene 184227 socios de los cuales 921 son usuarios pasibles de cuidados paliativos.

OBJETIVOS

El objetivo general es analizar los aspectos asistenciales de una Unidad de Cuidados Paliativos Oncológicos de la ciudad de Montevideo en su primer año de funcionamiento. Este trabajo se realiza para determinar el aspecto asistencial de los pacientes captados. Es una forma de evaluar el desempeño del equipo asistencial, siendo la presentación formal de nuestra unidad.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en la Unidad de Cuidados Paliativos Oncológicos del sector privado uruguayo realizado en el período del 1/04/2014 al 04/04/2015. La población de estudio son los usuarios atendidos en forma consecutiva en el sector desde la inauguración del servicio.

Se incluyeron a los usuarios mayores de 18 años, con un pronóstico estimado menor a 6 meses de vida con una patología oncológica fuera de toda posibilidad de tratamientos curativos. Para ello, se utilizaron datos provistos por el programa EPIINFO, Programa de Atención AEPSM y registros de la unidad. Las variables de estudio son: sexo, edad, especialista que deriva, lugar de consulta, síntoma principal al ingreso, días de atención, uso de infusor elástico, lugar de fallecimiento y atención psicológica.

En cuanto a las consideraciones éticas, se solicita autorización y asesoramiento para realizar el trabajo a la coordinadora de la Unidad. Se realizó la investigación respetando la privacidad y el anonimato de los usuarios. Existe la total ausencia de vínculos de esta investigación con cualquier fin partidario, sectorial, ministerial y/o gremial. Se estableció que los resultados serán utilizados exclusivamente con fines estadísticos y educativos.

RESULTADOS

El 51% de la población estudiada es de sexo masculino, con una mediana de edad de 76 años. La mayoría fue derivada a la unidad por médicos oncólogos y en segundo término por médicos de medicina interna. El 45% de la población atendida tuvo su primera consulta en policlínica, siendo el síntoma principal al

ingreso el dolor no controlado (46,9%). La mediana en días de atención fue de 15 siendo la máxima de 120 días.

Con respecto al uso de infusores elásticos se utilizó en el 22% pacientes de forma puntual para controlar sintomatología que se presentó de forma aguda, por ejemplo dolor o vómitos, y de forma terminal en el caso de la sedo analgesia o ambas. De 379 pacientes fallecieron 301: el 31,5% en domicilio, el 38,2% en el Hospicio y el 30,3 % en sanatorio. En relación a la asistencia psicológica se evaluó el riesgo y la necesidad en 117 usuarios y sus familias. Se enviaron a 57 familias cartas de condolencias, siendo la asistencia en duelo de 13 familias.

CONCLUSIONES

La media de edad de la población atendida coincide con la media de edad de la población que se asiste en la mutualista; encontramos una población envejecida con pluripatología. Los oncólogos son el colectivo médico que está más informado sobre la unidad en los ateneos de CENDYTMA (Centro de Diagnóstico y Tratamiento Mamario) por lo que no es sorprendente que la mayoría sea ingresada por ellos.

Es importante destacar que muchas veces quien concurre el familiar y no el paciente, instancia que es aprovechada por el médico y el/la enfermero/a para informar con más tranquilidad al familiar sobre los beneficios que brinda la unidad y si lo considera el médico se incluye a la psicóloga en la entrevista. La mediana en días de internación superó en algunos casos los seis meses.

Con respecto a los infusores elásticos podemos concluir que es el principal recurso que se utiliza como alternativa a la vía oral y cuando se tiene muy poco capital venoso: "La modalidad de administración en infusión continua asegura los niveles farmacológicos adecuados, brindando comodidad para el paciente y su familia" (11).

El Ministerio de Salud Pública (MSP) considera que 921 usuarios serían pasibles de cuidados paliativos en esta mutualista. En un año fueron captados por esta unidad 379 usuarios. Comparando con unidades de cuidados paliativos que son referencia en nuestro sistema de salud, como las del Hospital Maciel, Hospital Militar y CASMU (Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay) podemos decir que se captó un número importante de usuarios. Debemos tener en cuenta que es un servicio nuevo, que comenzó a conocerse en la medida que se fueron derivando los pacientes y que no ha realizado aún ningún tipo de difusión institucional (12-14). Con respecto a la parte asistencial se realiza en base a un equipo de soporte formado por personal médico, de enfermería y psicología, utilizado las redes de apoyo institucional, siendo el objetivo la atención en base a un equipo multi e interdisciplinario.

CONSIDERACIONES FINALES

Específicamente con respecto a la incidencia de cáncer en el Uruguay en el periodo 2007- 2011, los hombres tienen la mayor incidencia por el cáncer de próstata y la mayor mortalidad por el cáncer de pulmón mientras que en las mujeres la mayor incidencia y mortalidad es por el cáncer de mama, siendo la segunda causa de muerte en Uruguay (15). Parte de esta población en el transcurso de su enfermedad necesitará de nuestra unidad, por lo tanto nuestro objetivo debe ser lograr la mejor calidad a la hora de su atención. Para ir mejorando ese aspecto está en curso en nuestra unidad un análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas). El objetivo es detectar las fortalezas como equipo, las oportunidades que ayudan a la mejora del servicio, las debilidades y amenazas que dificultan el buen funcionamiento de la unidad, para mejorar la atención de nuestros usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Unidad de cuidados paliativos. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad y política social; 2009. [Internet]. [citado Set 2015]. Disponible en: http://www.sergas.es/Docs/Bioetica/estandares_y_recomendaciones_ucp.pdf
- (2) Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Uruguay: Ministerio de Salud Pública; 2013. [Internet]. [citado Ago 2015]. Disponible en: www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?8271,26716
- (3) Aquino Y. La integración del psicólogo en el campo de los cuidados paliativos, perspectivas históricas, situación actual. [tesis de grado]. Universidad de la República. Facultad de Psicología; 2014.
- (4) Muse M, Sabini G, Viola A. Un modelo de asistencia oncológica. Experiencia de 20 años. Archivos Medicina Interna Vol. XXIII, 2001. [Internet]. [citado Set 2015]. Disponible en: <http://www.bvsoncologia.org.uy/pdfs/urucan/congresoconcol1994.pdf>
- (5) Gandolfi A, Protesoni AL, Reina AM. Invenciones clínicas sobre las afecciones del cuerpo. [Internet]. [citado Ago 2015]. Disponible en: <http://www.bvspsi.org.uy/local/TextosCompleto/udelar/99748126592008IX6.pdf>
- (6) Hospital Maciel: Servicio de medicina paliativa pionero en tratamiento humanitario y ético ante la muerte. [Internet]. [citado Ago 2015]. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2009/07/2009071406.htm
- (7) Sociedad Española de Cuidados Paliativos. [Internet]. [citado Ago 2015]. Disponible en: <http://www.secpal.com>
- (8) Aibar S, Núñez M, Grancé G, Troncoso Junín M. Manual de Enfermería Oncológica. Argentina: Instituto Nacional del Cáncer. Argentina; 2013. [Internet]. [citado Ago 2015]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/inc/_medico/manual_enfermeria_08-03.pdf
- (9) Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica; 2012. [Internet]. [citado Ago 2015]: p. 331. Disponible en: http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/21_Uruguay.pdf
- (10) Morse H. Vivencias desde el último peldaño: Programa Hospici Saunders de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos. Montevideo: J.C. Sáez Editor; 2007.
- (11) Píriz G. Vía subcutánea en infusión continua: uso de infusores elastoméricos. [Internet]. [citado Set 2015]. Disponible en: <http://www.cuidadospaliativos.org/archives/circularesp36.pdf>
- (12) Descripción del modelo asistencial del servicio de Medicina Paliativa Hospital Maciel. [Internet]. [citado Jun 2015]. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/vii-congreso/home.as>
- (13) Santos D, Della Valle A, Barlocco B, Pereyra J, Bonilla D. Sedación paliativa: experiencia en una unidad de cuidados paliativos de Montevideo. Rev. Méd. [Internet]. Jun 2009 [citado Abr 2015]; 25 (2). Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2009v2/art2.pdf>
- (14) Guedes, A, Brayer, C, Isaurralde, H., Avás, G., Azambuja, M. Asistencia compartida del paciente oncológico terminal en domicilio. Por el programa de cuidados paliativos y el médico de zona. Montevideo: Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay; 2012. [Internet]. [citado Set 2015]. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/5/Res%C3%BAmenes%20de%20trabajos%20presentados.pdf>
- (15) Comisión Honoraria de Lucha contra el cáncer. [Internet]. [citado Set 2015]. Disponible en: http://www.comisioncancer.org.uy/uc_216_1.html

PROYECTO DE DISEÑO DE UNA FÓRMULA CETOGÉNICA DESTINADA A LACTANTES Y NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS

PROJECT OF A KETOGENIC DESIGN FORMULA INTENDED FOR INFANTS AND CHILDREN UNDER THREE YEARS OF AGE

PROJETO DE DESENHO DE UMA FÓRMULA CETOGÊNICA DESTINADA A LACTENTES E CRIANÇAS MENORES DE TRÊS ANOS

Gabriela Saintagne

saintagne@gmail.com

Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay.

Marem Torheim

Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Isabel Pereyra

Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay.

Recbido: 01/09/2015

Aceptado: 21/10/2015

RESUMEN

Este trabajo presenta como objetivo general desarrollar un alimento cetogénico, basado en una fórmula alimenticia adecuada a lactantes y niños de corta edad (36 meses) que requieran tratamiento con Dieta Cetogénica. Los objetivos específicos propuestos fueron, en primer lugar cubrir con la fórmula diseñada las necesidades energéticas y proteicas de los niños menores de 6 meses que requieran tratamiento con Dieta Cetogénica. En segundo lugar, diseñar la fórmula de modo que se adapte a distintas proporciones cetogénicas, según la necesidad terapéutica de cada paciente. Finalmente, lograr que la fórmula sea accesible desde el punto de vista socio-económico. La metodología empleada consistió en realizar una revisión bibliográfica sobre el tema propuesto considerándose distintas fuentes: bibliografía escrita, bibliotecas virtuales científicas y sitios web académicos. Se consultó el Reglamento Bromatológico Nacional, se realizaron entrevistas a distintos actores vinculados al tema, se hizo un relevamiento de productos similares y el estudio de su composición nutricional. El nuevo producto se diseñó en base a tres módulos, (grasas, proteínas y carbohidratos) uno por cada macronutriente, que al combinarse generan la proporción cetogénica indicada y permiten calcular correctamente las necesidades energético-proteicas de la población destinataria. Los micronutrientes se suplementarán por separado según los requerimientos para la edad, como es práctica habitual en la implementación de la Dieta Cetogénica. La fórmula propuesta fue diseñada para producirse a nivel local debido a que sus ingredientes están disponibles en nuestro medio y sus costos son accesibles.

Palabras clave: Dieta cetogénica, Alimentos Formulados, Lactante, Niños.

SUMMARY

The purpose of this paper is to develop of a ketogenic food formulated for infants and children up to 36 months of age requiring a Ketogenic Diet. The proposed specific objectives were, firstly, to cover the energy and protein requirements for children under 6 months of age requiring this diet. Secondly, to design the formula so that it can be used in different proportions, according to the need of each patient. Thirdly, to ensure that the formula is accessible from the socio-economic point of view. The methodology used was to conduct a literature research on this topic considering different sources: written literature, virtual libraries and academic websites. The Bromatological National Regulations were taken into account, interviews with several persons involved were conducted, and also a survey of similar products was carried out together with the study of their nutritional composition. The new product is designed based on three modules (fats, proteins and carbohydrates) one for each macronutrient, that combined generate the right ketogenic ratio and allow to correctly calculate the energy-protein needs of the target population. The micronutrient will be supplied separately according to the age requirement, as is common practice in the implementation of this diet. The proposed formula was designed to be produced locally because their ingredients are available domestically and their costs are accessible.

Keywords: Ketogenic Diet, Formulated Food, Lactating, Infants.

RESUMO

O presente trabalho apresenta como objetivo geral desenvolver um alimento cetogênico, baseado em uma fórmula alimentar adequada aos lactentes e crianças de pouca idade (36 meses) que requerem tratamento com dieta cetogênica. Os objetivos específicos propostos foram, em primeiro lugar, atender com a fórmula desenhada às necessidades energéticas e proteicas das crianças menores de seis meses que precisam de tratamento com dieta cetogênica. Em segundo lugar, desenhar a fórmula

de modo a se adaptar às diferentes proporções cetogênicas, de acordo com a necessidade terapêutica de cada paciente. E, finalmente, em terceiro lugar, conseguir que a fórmula seja acessível do ponto de vista socioeconômico. A metodologia utilizada consistiu em realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema proposto, considerando diferentes fontes: bibliografia escrita, bibliotecas virtuais científicas e sítios web acadêmicos. Foi consultado o Regulamento Bromatológico Nacional, realizando entrevistas com diferentes atores ligados ao tema, realizando um levantamento de produtos similares e um estudo de sua composição nutricional. O novo produto foi desenvolvido em três módulos (gorduras, proteínas e carboidratos), um para cada macronutriente, que ao serem combinados geram a proporção cetogênica indicada e permitem calcular corretamente as necessidades energético-proteicas da população destinatária. Os micronutrientes serão suplementados separadamente, segundo os requerimientos da idade, como é prática comum na implementação da dieta cetogênica. A fórmula proposta foi desenhada para ser produzida no âmbito local, devido a que seus ingredientes estão disponíveis no nosso meio, a custos acessíveis.

Palavras-chaves: Dieta Cetogênica, Alimentos formulados, Lactante, Crianças.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realizó debido a la necesidad de disponer en nuestro medio de una fórmula alimenticia líquida para lactantes y niños menores de tres años que requieran tratamiento con Dieta Cetogénica (DC), ya que se ha demostrado que es un tratamiento nutricional eficaz también en esta población. Los distintos protocolos consultados establecen que debe ser utilizada por tiempo prolongado, aproximadamente durante dos años para obtener resultados (1-5).

A nivel mundial este tratamiento se aplica a pacientes que presentan epilepsia refractaria de distinta etiología: es el tratamiento de elección de primera línea en la Deficiencia del transportador de glucosa GLUT-1 y en la Deficiencia en la enzima piruvato deshidrogenasa. También se utiliza en el tratamiento de: Síndrome de Rett, Esclerosis Tuberosa, el Síndrome de Doose o Epilepsia-Mioclónica-Astática, Síndrome de Dravet, Síndrome de West y frente a algunos desórdenes mitocondriales (1).

La fórmula propuesta está diseñada para ser utilizada sobre todo en niños menores a tres años que presentan una alta vulnerabilidad por encontrarse en la etapa de mayor velocidad de crecimiento. Por esta razón es imprescindible cumplir con los requerimientos nutricionales para la edad, así como también priorizar en la selección de los ingredientes a utilizar, su alta calidad nutricional.

La DC se caracteriza por presentar un alto porcentaje de grasas en relación al valor calórico total (VCT), ser adecuada en proteínas y muy baja en hidratos de carbono (6). Clásicamente se cal-

cula usando una proporción previamente seleccionada entre el aporte de grasa y la suma de proteínas y carbohidratos y a esto se le denomina proporción cetogénica (PC).

Con este propósito la fórmula se creó en base a tres módulos: grasas, proteínas y carbohidratos, uno por cada macronutriente, que al combinarse generan la PC indicada y permiten calcular correctamente las necesidades energético-proteicas. De esta manera el diseño modular de la fórmula permite adaptar el tratamiento a distintas PC, según sea la indicación terapéutica establecida por el equipo tratante. Así mismo se logrará acceder a un tratamiento ajustado y flexible a las necesidades de cada paciente. Los micronutrientes (vitaminas y minerales), se suplementarán por separado según los requerimientos para la edad, como es práctica habitual en la implementación de la DC (7).

OBJETIVO

El propósito de este trabajo es diseñar una fórmula alimenticia adecuada a lactantes y niños de corta edad (36 meses) que requieran tratamiento con DC. Los objetivos específicos son: cubrir con la fórmula propuesta las necesidades energéticas y proteicas de los niños menores de 6 meses que requieran tratamiento con DC. Junto con lo anterior, se quiere diseñar una fórmula que se adapte a distintas PC, según sea la indicación terapéutica de cada paciente. Y, por último lograr que la fórmula sea accesible desde el punto de vista socio-económico.

Metas e Indicadores

La fórmula propuesta cubrirá el 100% de las necesidades energéticas diarias de los pacientes menores de 6 meses que utilicen la fórmula cetogénica propuesta.

Nº de pacientes < 6 meses que tengan cubiertas sus necesidades energéticas diarias X 100

Nº de pacientes < 6 meses que utilicen la fórmula cetogénica propuesta.

La fórmula cetogénica propuesta cubrirá el 100% de las necesidades proteicas diarias de los pacientes menores de 6 meses que requieran tratamiento con DC.

Nº de pacientes < 6 meses que tengan cubiertas sus necesidades proteicas diarias X 100

Nº de pacientes < 6 meses que utilicen la fórmula cetogénica propuesta.

Que la fórmula cetogénica propuesta logre adaptarse a las indicaciones terapéuticas del 100% de los pacientes que la reciban.

Nº de pacientes que reciban la fórmula cetogénica propuesta según sus indicaciones terapéuticas X 100

Nº de pacientes que reciban la fórmula cetogénica propuesta.

Que el 100 % de los pacientes que requieran la fórmula cetogénica propuesta logren acceder a ella desde el punto de vista socio-económico.

Nº de pacientes que requieran la fórmula cetogénica propuesta para su tratamiento X 100

Nº de pacientes que tengan acceso a la fórmula propuesta por el sistema de cobertura en salud.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una investigación mediante entrevistas y se recibió asesoramiento de otros actores vinculados al tema. Se optó por un diseño modular que permita reconstituir la fórmula con diferentes proporciones cetogénicas. En la selección de los módulos se consideraron: los ingredientes a utilizar, sus cantidades y los aspectos de calidad nutricional. El producto diseñado está dirigido a lactantes, al RBN en el artículo 29.1.25, define a la población de lactantes: “*Son los individuos menores de 12 meses de edad*” (8).

El producto diseñado dará lugar a una fórmula alimenticia líquida cetogénica, que se reconstituirá a partir de tres módulos en polvo, que se corresponden a los tres macronutrientes: grasas, proteínas y carbohidratos. El *módulo de las grasas* es el mayor componente de la fórmula y es por ello que se buscó cuidar su calidad nutricional, evitando su efecto de noxa y logrando que su aporte sea beneficioso para el organismo. El *módulo de proteínas* se agregará en la proporción y cantidad indicada según sean los requerimientos para la edad. En lo referente a su calidad se utilizarán las proteínas de alto valor biológico que garantizarán el suministro de los aminoácidos esenciales. Finalmente el *módulo de carbohidratos* se agregará en menor proporción, ya que en este tipo de tratamiento se encuentran en muy bajas cantidades.

El nuevo producto podrá cubrir las necesidades energéticas y proteicas de los niños menores de 6 meses, ya que será el único alimento que esta población podrá ingerir durante ese lapso de tiempo, en sustitución de la leche materna humana. Es por ello que para el diseño de sus componentes se tomó como referencia a la leche materna humana, así como también se consideraron las características digesto-absortivas de esta población.

La fórmula propuesta fue diseñada para producirse a nivel local debido a que sus ingredientes están disponibles en nuestro medio y sus costos son accesibles. Los beneficiarios del nuevo producto serán los lactantes y niños de corta edad (36 meses). Se ha constatado que la incidencia de las crisis es más alta durante esta etapa de la infancia (1). No obstante, consideramos que niños mayores de esa edad, incluso adolescentes y adultos podrán utilizar el nuevo producto como otro alimento o ingrediente indicado para este tratamiento. Lo que permitirá incorporarlo en la planificación de la dieta, por ejemplo en caso de un ingrediente para elaborar una preparación cetogénica o en una comida complementaria aislada.

Asimismo en el RBN, en el artículo 29.1.27, se define a la fórmula láctea para lactantes: “Es el producto basado en leche de vaca u otros animales y/o de otros componentes comestibles de origen animal (incluido el pescado) o vegetal, que se considere adecuados para la alimentación de los lactantes, estando destinado a ser usado cuando sea necesario como sustitutivo de la leche humana en la satisfacción de las necesidades nutricionales de dichos lactantes. Podrán presentarse en forma líquida o polvo” (8). Dado que el producto propuesto requiere de una indicación médica especial para su utilización, entrará dentro de la categorización que realiza el RBN en el artículo 29.1.30, de fórmula de indicación especial, que es definida como: “(...)el alimento elaborado para satisfacer necesidades nutricionales o alimentarias propias de algunos grupos de lactantes que padecen trastornos o enfermedades diversas” (8).

La decisión de utilizar un sistema modular se basó en que este permitirá de manera fácil y sencilla lograr diferentes PC, según sea la indicación que necesita cada paciente en los distintos momentos del tratamiento.

DISCUSIÓN

El criterio tomado en la selección de la calidad de los macronutrientes contempló tres objetivos. Primero, cumplir con la indicación del tratamiento cetogénico. Segundo, buscar que los componentes seleccionados sean fisiológicamente similares a los encontrados en la leche materna madura, ya que esta es tomada como guía para garantizar el correcto crecimiento y desarrollo (9). Y, por último, incluir en lo posible, nutrientes que han mostrado beneficios neurológicos y/o en el control de crisis (9).

Pasemos ahora al contenido específico de los tres módulos mencionados anteriormente. En cuanto al módulo de grasas, la DC clásica de proporción 4:1 aporta un 90% del VCT de la dieta en grasas, la 3:1 el 87%. Estos porcentajes de aporte son sumamente elevados, por lo tanto la grasa es un macronutriente especialmente sensible en la DC. Recordemos que las grasas en los lactantes y niños además de proporcionar un alto valor energético, prolongan la saciedad, retrasan el vaciado gástrico y la motilidad intestinal lo que es primordial en esta población, dado el tamaño reducido de su estómago (10).

Resulta interesante recordar las recomendaciones de grasas a la población general, similar en rango etario, para compararla con la utilizada en la DC. En el caso de los lactantes (0-2 años), las grasas normalmente proporcionan alrededor de la mitad de la energía de la leche materna y de la mayoría de las fórmulas artificiales (10). En el estudio de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), en la consulta de expertos, se establece que en los primeros seis meses de vida la grasa total de la dieta debería contribuir al 40 – 60 % del VCT, para cubrir la energía necesaria para el crecimiento y el depósito de los tejidos. Desde los 6 hasta los 24 meses la ingesta de grasa debería reducirse gradualmente dependiendo de la actividad física del niño al 35 % del VCT. Fi-

nalmente se establece que existe evidencia probable de que la ingesta total de la grasa en niños de 2 a 18 años debería estar en el rango de 25 y 35 % del VCT (10). Otra fuente bibliográfica consultada recomienda que la alimentación de los niños entre 6 y 24 meses contenga entre 30 y 45 % del VCT en forma de lípidos (11). Debido a las diferencias que existen entre los aportes de grasa requeridos por la DC y los recomendados para una dieta habitual, se justifica realizar un estudio en detalle de los distintos ácidos grasos propuestos para la fórmula, ya que dependerá de la selección que se realice de ellos su efecto o no de noxa en el estado de salud de la población destinataria.

Para el contenido en ácidos grasos de la fórmula se tomó como referencia para seleccionar el contenido de este módulo, el perfil de grasa que se encuentra en la leche materna madura. Se consultaron las siguientes fuentes que resumimos en la siguiente tabla (9, 12):

Contenido en ácidos grasos de la leche materna madura		
	UNICEF (12)	Anales de Pediatría España (9)
Ácidos Grasos	% del total	
Saturados	42*	40
Láurico (12:0)	5.8	-
Mirístico (14:0)	8.6	-
Palmitico (16:0)	21.0	20
Esteárico (18:0)	8.0	-
Mono-insaturados	35.5*	32 a 40
Oleico (18:1)	35.5	38
Poli-insaturados	11.1*	8 a 14
Linoleico (18:2 n-6)	7.2	15
Linolénico (18:3 n-3)	1.0	-
Araquidónico (20:4 n-6) + Docosahexaenoico (22:6 n-3)	2.9	-
Colesterol	16	-

*suma realizada por las autoras.

En lo que respecta a los ácidos grasos saturados de cadena larga (AGSCL), Cilleruelo, Calvo y otros muestran que la absorción de los ácidos grasos es menor a medida que aumenta la longitud de la cadena. Es por ello que se recomienda evitar el predominio de los AGSCL en las fórmulas infantiles debido a que son mal absorbidos. También se ha constatado que contribuyen a la pérdida fecal de calcio, tienen un efecto hipercolesterolemizante y que una menor concentración de ellos favorecería el vaciamiento gástrico (9). Es por esto que al diseñar la fórmula propuesta se tendrán en cuenta estas razones y los AGSCL se encontrarán en pequeñas cantidades.

En lo referente a los ácidos grasos mono-insaturados (AGM) - (ácido oleico-) se recomienda que la proporción sea similar a la existente en la leche humana madura de 35,5 a 38% , debido a que los mismos se absorben de manera eficaz, previenen la arteriosclerosis y se deterioran por oxidación menos que los ácidos grasos poli-insaturados (9). Debido a estos atributos, la fórmula propuesta cumplirá con la proporción recomendada para ellos.

Se recomienda que los ácidos grasos poli-insaturados de cadena larga, (AGPCL) como son el eicosatetraenoico, ácido araquidónico (20:4 n-6) (AA), y docosahexaenoico (22:6 n-3) (DHA), deberán estar presentes en las fórmulas infantiles debido a que forman parte de los fosfolípidos fundamentales para el desarrollo del sistema nervioso central y las células foto receptoras de la retina (9).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la ingesta para los complementos alimenticios de los ácidos grasos poli-insaturados como el ácido eicosapentaenoico (EPA) (20:5 n-3) más el (DHA) sea de 0,3-0,5 g/día y la de ácido linolénico de 0,8-1,1g/día (9). La Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) eleva esta cifra hasta los 2,2 g/día, 0,2 g/día (DHA) y 2 g/día de ácido linolénico (9). Según la Guía para la alimentación artificial del Lactante del Ministerio de Salud Pública (MSP), la grasa total de la dieta deberá suministrar al menos 3-4.5% de la energía total como ácido linoleico y 0.5% como ácido alfa linolénico para cubrir las necesidades de ácidos grasos esenciales (13). Todas estas recomendaciones serán tenidas en cuenta y ajustadas en sus proporciones en la fórmula propuesta.

El grupo de Ácidos de Cadena Media (AGCM) presentan entre 6 y 12 átomos de carbono, como se observa en la siguiente tabla:

Nombre común	Nombre sistemático	Numero de carbonos
Caproico	Hexanoico	6:0
Caprilico	Octanoico	8:0
Caprico	Decanoico	10:0
Laurico+	Dodecanoico	12:0

+El ácido laurico presenta propiedades intermedias entre los ácidos grasos de cadena media y larga.

En lo que respecta a sus características fisicoquímicas y metabólicas son diferentes a las encontradas en los (AGCL). En primer lugar, su peso molecular es menor, lo que le permite una hidrólisis intraluminal rápida y por consiguiente una absorción de sus productos completa y eficiente. En segundo lugar estimulan la secreción de colecistoquinina, fosfolípidos biliares y colesterol en menor cantidad. A su vez, en caso de que exista una deficiencia de sales biliares y/o lipasa pancreática, los AGCM al ser hidrolizados por la lipasa entérica son absorbidos como triacilgliceroles en el enterocito. Esta característica es importante para la población mayoritaria a la que va dirigido nuestro producto, ya que en los primeros meses de vida existe una deficiencia en la secreción de la lipasa pancreática. En esta primera etapa de la vida esta deficiencia se cubre con los efectos combinados de la lipasa lingual, la lipasa gástrica y la lipasa entérica que es la utilizada para hidrolizar estos ácidos grasos (14-16).

Desde 1994 la Agencia de Administración de Alimentos y Drogas de Estados Unidos (FDA, USA) y la Asociación de Dietética Americana (ADA) consideran los AGCM como componentes generalmente reconocidos como seguros (GRAS)(14).

Los AGCM son importantes en la DC, ya que se ha constatado que son más cetogénicos que los AGCL. Esto ocurre debido a que su beta-oxidación es rápida, atraviesan libremente la membrana mitocondrial, lo que da como resultado un exceso de acetil-CoA, que podrá tomar distintas rutas metabólicas. La ruta de preferencia de la acetil-CoA es la del Ciclo de Krebs, pero esta vía tiende a saturarse rápidamente. Este exceso de moléculas de acetil-CoA lleva a la vía de formación de cuerpos cetónicos. Es por esta razón que los AGCM resultan más cetogénicos que los AGCL (16-18).

Los AGCM presentan una gran variedad de usos clínicos, dentro de los que destacamos las siguientes: como fuente energética son frecuentemente suministrados a niños para garantizar un crecimiento adecuado, también se utilizan en casos de retardo de crecimiento y malnutrición por déficit (15). Segundo, como lípidos precursores, se ha demostrado que durante el período de mielinización del cerebro, la síntesis lipídica especialmente la de los fosfolípidos, se realiza a partir de cuerpos cetónicos y se aconseja el suministro de los AGCM como precursores de ellos (15). En tercer lugar por sus propiedades anti convulsivantes: Los AGCM presentan propiedades anti convulsivantes que todavía no han sido explicadas. No obstante esto, se han utilizado desde el siglo pasado y actualmente para el tratamiento de la epilepsia refractaria (15). Y por último, frente al tratamiento de Hiperlipidemias, varios estudios reportan que las dietas que suministran AGCM en pequeñas cantidades son muy útiles a la hora de tratar dicho factor de riesgo cardiovascular (15). Finalmente, consideraremos las recomendaciones basadas en ESPGAN y el Comité Científico de la Comisión Europea, que aconsejan que los AGCM no deben sobrepasar el 40% del total de las grasas utilizadas en una fórmula (9).

Se propone que en la fórmula alimenticia propuesta los aceites vegetales de uso habitual en las fórmulas infantiles, ricos en triglicéridos de cadena larga (TCL), se sustituyan por el aceite de Triglicéridos de Cadena Media (TCM) o se combine su utilización con alguno de ellos. En la naturaleza no existen aceites que contengan exclusivamente ácidos grasos de cadena media. Los aceites naturales que son más ricos en estos ácidos grasos, son los llamados "tropicales": el aceite de coco y el de palma, por ejemplo (14, 18). El aceite de TCM que se conoce y utiliza en la práctica clínica es sintético. Se logra industrialmente a través de hidrólisis y otros cambios químicos, a partir del aceite de coco o maní. La mezcla obtenida contiene entre 1 y 2% de ácido caproico, entre un 65 y 75% de ácido caprílico, entre un 25 y 35% de ácido cáprico y entre un 1 y 2% de ácido láurico (15).

Continuemos con el módulo de proteínas, en lo que respecta a este macronutriente se buscó que las proteínas seleccionadas para la fórmula propuesta contengan un perfil de aminoácidos similar al encontrado en la leche materna madura; que para FAO-OMS son proteínas de referencia para recién nacidos y lactantes (19). En la tabla se presentan los aminoácidos encontrados en la leche materna madura:

Aminoácidos	Leche materna madura mg / 100 ml.
Alanina	52
Arginina	49
Acido aspártico	110
Ácido glutámico	196
Cistina	25
Glicina	27
Histidina	31
Isoleucina	67
Leucina	110
Lisina	79
Metionina	19
Fenilalanina	44
Prolina	89
Serina	54
Treonina	58
Triptófano	25
Tirosina	38
Valina	90
Taurina	8

En el tratamiento con DC, el aporte proteico siempre debe cubrir las necesidades para la edad. Los especialistas están de acuerdo en recomendar cautela en el aporte de proteínas en las leches de fórmula para reducir la sobrecarga metabólica y renal en los primeros meses de vida (12).

Por último, en lo que refiere al módulo de carbohidratos, según las recomendaciones basadas en las normas dictadas por los organismos europeos, ESPGAN y el Comité Científico de la Comisión Europea, la lactosa deberá ser el carbohidrato mayoritario a utilizar en las fórmulas para lactantes (9). Esto se explica debido a que como existe una menor actividad de la lactasa en los primeros meses de vida, se recomienda la sustitución de la lactosa por polímeros de glucosa. De esta forma se evitarán los efectos secundarios de una posible malabsorción de lactosa, al tiempo que se favorece el vaciamiento gástrico y se consigue una mayor densidad calórica, sin que aumente la osmolaridad (9). Debido a las razones mencionadas anteriormente se decidió utilizar la fórmula propuesta malto dextrinas.

Junto con lo anterior, la DC clásica es deficiente en la mayoría de los micronutrientes, por lo cual está consensuada la necesidad de suplementarlos (7). A los pacientes que reciban la fórmula propuesta se los suplementará de acuerdo a sus requerimientos para la edad. Para evitar interferencias con la cetosis es necesario utilizar suplementos libres de carbohidratos.

CONSIDERACIONES FINALES

Esta fórmula deberá desarrollarse en el marco de un equipo interdisciplinario, integrado por: Licenciados en Nutrición, Ingenieros en Alimentos, Ingenieros Químicos y Licenciados en Marketing. Así mismo será necesario para elaborar la fórmula alimenticia, disponer de un laboratorio debidamente habilitado por el MSP para el desarrollo de productos alimenticios. Este deberá cumplir con las normas Hazard Analysis Critical Control Points

(HACCP), estar debidamente equipado con los materiales necesarios para desarrollar la fórmula, así como también disponer de los ingredientes requeridos para ella. Se priorizará a la hora de seleccionar los componentes de la fórmula, que estos sean frecuentemente utilizados en el mercado para asegurar su disponibilidad y poder de esta forma también reducir su costo.

En lo que respecta al calendario de actividades requeridas para llevar a cabo el desarrollo del nuevo producto, se realizará en el siguiente orden. En primer lugar se seleccionará un laboratorio debidamente habilitado por el MSP que desarrolle este tipo de productos y se le presentará el proyecto. En segundo lugar una vez aceptado el proyecto, se formará el equipo multidisciplinario responsable de desarrollar el nuevo producto. A continuación se realizarán pruebas de viabilidad y factibilidad del producto, para lograr obtener el más adecuado y apropiado para la población destinataria. Se definirá forma de envasado, vida útil, distribución y costos del nuevo producto. En tercer lugar una vez obtenida la fórmula final, se buscará que esta sea aceptada por los padres o cuidadores de los pacientes que estén en tratamiento. A ellos se les realizará una encuesta de satisfacción, mediante la cual se evaluará la aceptabilidad del nuevo producto (si los lactantes y niños aceptan el producto o lo rechazan), accesibilidad y posibilidad de compra. En base a los resultados de la encuesta de satisfacción, se realizarán los cambios necesarios para lograr una mayor aceptabilidad del producto. Finalmente una vez lograda la fórmula final, definida su forma de empaque, vida útil y costo, se proyectará en conjunto con los licenciados de marketing las actividades para su difusión. Previamente se realizará el registro del nuevo producto ante el MSP y todos los trámites necesarios que habiliten su adecuada distribución.

Los factores externos condicionantes para el logro de los efectos e impactos del proyecto presentado serían: que un laboratorio en nuestro país debidamente habilitado por el MSP, acepte y crea conveniente desarrollar el producto. Así mismo consideramos de suma importancia que en las instituciones de salud pública y privada de nuestro país, se brinde el tratamiento de DC dentro de sus prestaciones. Finalmente creemos que el diseño del nuevo producto facilitará la adherencia al tratamiento. Debido a que su preparación es fácil de realizar, se adaptará a distintas indicaciones terapéuticas, ya que permite diferentes PC, y brindará variedad de opciones a la hora de realizar preparaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Nordli D, Kuroda M, Carroll J, Koenigsberger D. Experience with the ketogenic diet in infants. *Pediatrics*. 2001 Jul; 108: 129-133.
- (2) Klepper J, Leiendecker B, Bredahl R, Athanassopoulos S, Heinen F, Gertsen E, et al. Introduction of a ketogenic diet in young infants. *J. Inheret Metab Dis*. 2002 Oct; 25(6): 449-460.
- (3) Hong A, Turner Z, Hamdy R, Kossoff E. Infantile spasms treated with the ketogenic diet: Prospective single-center experience in 104 consecutive infants. *Epilepsia* 2010; 51(8): 1403-1407.
- (4) Cusmai R, Martinelli D, Moavero R, Vici C, Vigevano F, Castana C et al. Ketogenic diet in early myoclonic encephalopathy due to non ketotic hyperglycinemia. *Eur. J of Pediatr. Neurol*. 2012; 16: 509-513.
- (5) Pires M, Ilea A, Bourel E, Bellavoine V, Merdarius D, Berquin, P, et al. Ketogenic diet for infantile spasms refractory to first-line treatments: An open prospective study. *Epilepsy Res*. [Internet] 2013 [citado 24 Jun 2013]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2012.11.009>
- (6) Espinoza, C. Dieta Cetogénica en Pediatría. En: Sanjurjo, P, Baldellou, A. Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Metabólicas Hereditarias. 3a ed. Madrid: Ergón. C/Arboleda 1; 2010. p. 265 – 273.
- (7) Kossoff EH, Zupec-Kania BA, Amark PE, Ballaban Gil KR, Bergqvist AG, Blackford R, et al. Optimal clinical management of children receiving the ketogenic diet: Recommendations of the International Ketogenic Diet Study Group. *Epilepsia* 2009; 50 (2): 304-317.
- (8) Reglamento Bromatológico Nacional. República Oriental del Uruguay. Decreto n°315/994,05/07/1994. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales.
- (9) Cilleruelo M, Calvo C. Alimentación Infantil. Fórmulas adaptadas para lactantes y modificaciones actuales de éstas. *Anales de Pediatría Continuada*. [Internet]. 2014 [citada 09 Jul 2013]; 2 (6): 325-38. Disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/formulas-adaptadas-lactantes-modificaciones-actuales/articulo/80000088/>
- (10) Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO) y Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT). Granada: 2012.
- (11) UNICEF, RUANDI, Ministerio de Salud Pública. 33 meses en los que se define el partido: 33 ideas para jugarlo. Montevideo: Editorial Tradinco; 2009. 99 – 143.
- (12) Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF. Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Chile;1995.
- (13) Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Nutrición. Guía para la alimentación del lactante. Montevideo, Uruguay; 2009.
- (14) Sáyago-Ayerdi S, Vaquero M, Schultz-Moreira A, Bastida S, Sánchez-Muniz F. Utilidad y controversias del consumo de ácidos grasos de cadena media sobre el metabolismo lipoproteico y obesidad. *Nutrición Hospitalaria*. [Internet] 2008 [citado May 2013]; 23 (3): 191-202. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/4028.pdf>.
- (15) Bach A, Babayan V. Medium-chain triglycerides: an update. *Am. J. Clin. Nutr*. 1982 Nov; 36: 950-962.
- (16) Schon von H, Lippach I, Gelpke W. Investigaciones del metabolismo con una mezcla glicérida de ácidos grasos de cadena media. *Gastroenterología*. 1959; 91: 199.
- (17) Sokoloff Louis. Metabolism of ketone bodies by the brain. *Rev. Med. Access*. [Internet]. 1973 [citado 22 May 2015]; 24: 271-280. Disponible en: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.me.24.020173.001415?journalCode=med>
- (18) Amarasiri W, Dissanayake AS. Coconut, the tree of life. *Ceylon Med J*. 2006 Dic. 51 (2).
- (19) FELANPE. Curso Interdisciplinario de Nutrición Clínica. 3ra ed. Bogotá: Editorial Cargraphics; 2012. p.77 -324.

IMPACTO ECONÓMICO EN LA FAMILIA DEL ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD FÍSICA

ECONOMICAL IMPACT TO THE FAMILY WITH ELDERS PHYSICALLY DISABLED

IMPACTO ECONÔMICO NA FAMÍLIA DO IDOSO COM DISCAPACIDADE FÍSICA

Martin Pantoja Herrera

Departamento de Enseñanza e Investigación en Enfermería. Ciudad de México, México.
ino2000@hotmail.com

Recibido: 07/04/2015

Aceptado: 29/09/2015

RESUMEN

La siguiente investigación es un estudio descriptivo, observacional, transversal, donde se estudió el impacto económico en la familia que cuida de un adulto mayor con discapacidad física; se eligieron familias con adultos mayores de 60 años atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación con discapacidad física. Se aplicaron las siguientes escalas: de valoración socio familiar, el Índice de Barthel y un cuestionario modificado tomado del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Los objetivos son determinar el impacto económico que genera en la familia el cuidado de los adultos mayores de 60 años con alguna discapacidad; analizar los ingresos económicos, las condiciones físicas y psicológicas de los adultos mayores; e identificar la cobertura que existe en materia de salud y de pensiones que los adultos mayores tienen. Los resultados fueron de la población el 67.47% fue del género femenino; el 38.6% tuvo una edad entre 71 y 80 años; el 99.4% presentó discapacidad física. Con respecto a su estado civil un 45.2% es casado y solo el 0.6% divorciado. Asimismo se observó que el 56% de la población cuenta con un grado académico. El 61.4% de los adultos mayores comparten la casa con algún familiar y el 21.7% pagan renta. Resulta alarmante saber que el 16.3% trabaja, el 7.8% es pensionado, el 5.4% es jubilado y solo un adulto mayor paciente, que corresponde al 0.6%, está en busca de empleo. Sin embargo tener un adulto mayor con cualquier tipo de discapacidad hospitalizado impacta de manera significativa en la economía familiar. Se concluyó que los ingresos necesarios para asegurar una buena calidad de vida en la vejez dependen de factores tales como la edad, el estado de salud, los arreglos de residencia así como de los patrones de consumo previos.

Palabras clave: Anciano, Familia, Desarrollo Económico, Personas con Discapacidad.

ABSTRACT

The following research is a descriptive, observational, cross-sectional study, where the economic impact on the family caring for an elder with a disability was studied. The families with elder adults hospitalized at the National Rehabilitation Institu-

te (INR) with some type of physical disability were chosen. The following scales were applied: Family-social Assessment, Barthel Index and a modified questionnaire taken from the National Institute of Statistics and Geography (INEGI). The objectives were to determine the economic impact on the family caring for elder adults with a disability; to analyze income, physical and psychological conditions; and to identify the coverage that exists in health and pension plans. It was found that this population of study, females predominated (67.47%). 38.6% of the patients were between 71 and 80 years old. 99.4% of them had a physical disability. With regards to marital status, 45.2% were married and only 0.6% divorced; and it was observed that 56% of the population had a college degree. 61.4% of elder adults live with their family, and 21.7% of them pay rent. It is alarming to realize that 16.3% of them work, 7.8% are pensioners, 5.4% are retired and only one elderly patient (0.6%) was looking for employment. However, having an elder hospitalized with a disability significantly impacts on the family economy. The revenue needed to ensure a good quality of life in old age depends on factors such as age, health status, living arrangements and previous consumption patterns.

Keywords: Elderly, Family, Economical Development, Disabled.

RESUMO

A presente pesquisa é um estudo descriptivo, observacional, transversal, onde o impacto econômico foi estudado nas famílias que cuidam de idosos deficientes físicos; foram escolhidas famílias com idosos maiores de 60 anos, internados no Instituto Nacional de Reabilitação (INR), portadores de alguma deficiência física. Foram aplicadas as seguintes escalas: avaliação sócio-familiar, o índice Barthel, e um questionário modificado obtido através do Instituto Nacional de Estatística e Geografia (INEGI). O propósito deste artigo é determinar o impacto econômico que gera nas famílias o cuidado de idosos maiores de 60 anos portadores de alguma deficiência; analisar a renda, as condições físicas e psicológicas dos idosos e identificar a cobertura existente em matéria de saúde e alimentação. Nesta população, 67,47% foi do sexo feminino; 38% tinha ida-

de entre 71 e 80 anos, e 99,4% apresentava deficiência física. Com relação ao estado civil, 45,2% era casado, e, apenas 0,6%, divorciado. Além disso, observou-se que 56% da população tem diploma universitário. 61,4% dos idosos divide a casa com algum familiar e 21,7% paga aluguel. É alarmante saber que 16,3% trabalham; 7,8% recebe uma pensão; 5,4% é aposentado, e, apenas um paciente idoso, correspondente a 0,6%, está procurando trabalho. No entanto, ter um idoso portador de qualquer deficiência internado impacta de forma significativa a economia da família. A renda necessária para garantir uma boa qualidade de vida na velhice depende de fatores tais como idade, estado de saúde, manutenção da residência, bem como dos padrões de consumo anteriores.

Palavras-chave: Idoso, Família, Desenvolvimento Econômico, Pessoas Portadoras de Deficiência.

INTRODUCCIÓN

La salud familiar puede considerarse como la salud del conjunto de los integrantes que la conforman, en términos de su funcionamiento efectivo, en la dinámica de interacción, en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes, propiciando el crecimiento y desarrollo individual acorde a las exigencias de cada etapa de la vida.

La Organización Mundial de la Salud considera que la familia es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud y donde se originan la cultura, los valores y las normas sociales (1). La familia es la unidad básica de la organización social más accesible para llevar a la práctica las intervenciones preventivas, de promoción y terapéuticas. Cuando el adulto mayor enferma, quien se responsabiliza es la familia, lo que conlleva a un desequilibrio económico o disfunciones en todos los miembros que la integran, lo que, incluso, puede llevar a la ruptura total de la misma, generando en muchos de los casos una problemática psicológica mucho más amplia que la que se intentaba corregir (2).

En México existe el *Programa 70 y más*, el cual consiste en otorgar transferencias monetarias para mejorar el ingreso de los adultos mayores de más de 70 años que no cuentan con una pensión contributiva ni están afiliados a una institución de seguridad social. El programa tiene una cobertura nacional. El monto depositado mensualmente es de \$35.00 USD, con entregas de \$70.00 USD bimestralmente. Es de suma importancia resaltar que la cobertura en los programas de apoyo al adulto mayor, sobre todo los más necesitados, aún se encuentran por debajo de lo estimado. Por tanto es necesario, cada vez más, desarrollar programas terapéuticos que coadyuve a la familia que cuenta con un adulto mayor a tomar las mejores decisiones para evitar disfunción en la dinámica familiar, principalmente en el ámbito económico.

La familia ha ocupado un lugar importante en el interés de los investigadores del equipo de salud y más en particular el vínculo

lo que se establece entre la salud familiar y el proceso salud-enfermedad. Se han llevado a cabo estudios acerca del impacto sobre el cuidador desde otros ámbitos profesionales y con una perspectiva más amplia y poco se sabe del impacto económico que genera en la familia el tener un adulto mayor con discapacidad. Particularmente, en México, se sabe realmente poco sobre el impacto que tendrá el envejecimiento sobre la demanda agregada. A pesar de que se puede apreciar una disminución en las actividades fuera de casa de la población mayor, su traslado desde el hospital a casa o viceversa implica un costo mayor debido a que se tienen que hacer las adecuaciones necesarias para brindarles este servicio, e incluso si estos traslados implican actividades recreativas fuera del domicilio. En poco tiempo el número y proporción de la población de edades avanzadas aumentará con respecto a los otros grupos de edad. Para ello es importante definir qué entendemos por persona mayor, adulto mayor o tercera edad; por otro lado la importancia social y económica de las personas mayores viene acompañada de algún grado de dependencia que también es inevitable. Por su parte, entre 1930 y 2000 la expectativa de vida de la población de 60 años se incrementó en 8.8 años para las mujeres y 7.6 años para los hombres según el Consejo Nacional de Población 2010, con lo cual en la actualidad se espera que una mujer de 60 años alcance a vivir hasta los 82 años y un hombre de la misma edad llegue a vivir hasta los 80 años (3,4).

OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio son: determinar el impacto económico en la familia sobre el cuidado de los adultos mayores de 60 años con discapacidad; analizar los ingresos económicos, condiciones físicas y psicológicas del adulto mayor; e identificar la cobertura que existe en materia de salud y de pensiones de los adultos mayores.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal, focalizado en el impacto económico de las familias con adultos mayores de 60 años hospitalizados en el Instituto Nacional de Rehabilitación, una Institución de asistencia pública perteneciente a la Secretaría de Salud de México, formando parte de un sistema de 12 hospitales de alta especialidad que dan servicios de salud pública a la población mexicana, una de las primeras en su género en América Latina. El universo estuvo conformado por todos los pacientes adultos mayores hospitalizados en dicho instituto. El tamaño de la muestra, con un 95% de confianza y 3% de precisión, es de 166 entrevistas a pacientes mayores de 60 años de ambos géneros.

Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos: a) Cuestionario del *Índice Nacional de Precios al Consumidor* aplicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en su *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010*, modificado a 29 ítems directamente aplicado al paciente; b) *El Cuestionario de Gastos del Hogar*,

un cuestionario de gasto de tipo matricial, en que se registran aspectos de identidad de acuerdo a la clasificación de adulto mayor de la Organización Mundial de la Salud y de lugar de residencia e ingreso mensual; c) Escala de Valoración Socio-familiar, con 5 ítems y, d) Índice de Barthel, con 10 ítems (5-7). Se revisó y adaptó la Carta de Consentimiento Informado para realizar el muestreo. Se explicó la finalidad y el objetivo de la investigación así como la confidencialidad con que serían manejados sus respuestas y comentarios. Sólo se incluyó en el estudio a los pacientes y familiares que otorgaron su consentimiento. Los datos se recolectaron en una base de datos utilizándose el programa estadístico SPSS (versión 20) con la finalidad de encontrar las diferencias entre el impacto económico de los adultos mayores con discapacidad física y, si fuera el caso, su relación con el mismo. Se calculó la asociación entre el género y el tipo de discapacidad física; asimismo se calcularon las medidas de tendencia central para edad y género. Para la realización de este estudio se solicitó y contó con la aprobación del Comité de Expertos en Investigación del Instituto Nacional de Rehabilitación y de las aprobaciones respectivas, en particular de la Subdirección de Enfermería y el Departamento de Hospitalización.

RESULTADOS

De acuerdo a la clasificación para el adulto mayor de la Organización Mundial de la Salud, los adultos mayores sujetos de este estudio fueron en su mayoría individuos de edad avanzada, con un 33.13% de 60 a 70 años; un 38.55% entre 71 y 80 años; un 22.89% de 81 a 90 años, que se clasifican como vejez, y sólo el 5.42% de mayores de 91 o grandes longevos, lo que guarda una relación con el índice de esperanza de vida actual en México. Más de la mitad de la población encuestada (67.47%) pertenece al género femenino, mientras el 32.53% es del género masculino. De la población estudiada el 45.18% corresponde a pacientes que están casados; el 37.35%, viudos; el 14.46%, solteros; el 2.4 vive en unión libre y sólo el 0.6% está divorciado.

La discapacidad física prevalece en un 99.4% y dentro de un rango de normalidad, la discapacidad sensorial fue de 0.6%; no hubo discapacidad mental. Referente al número de hijos, el 32.5% tiene más de 4 hijos; 19.9%, 2 hijos; el 18.7%, 4 hijos; el 11.4%, 3 hijos; el 8.4%, sólo tiene uno y el 9% no tiene hijos. Por otro lado, el 46.99% no recibe ningún tipo de apoyo económico; el 44.58% recibe apoyo de algún programa del gobierno, *Programa 70 y más*. Sólo el 1.81% recibe apoyo para realizar alguna actividad por su cuenta. El 6.63% no lo sabe. Un porcentaje considerable de pacientes (75.9%) no ha recibido ayuda de ningún familiar, a pesar de todos los gastos que les genera ingresar a la institución debido a alguna lesión. El 13.9% recibe apoyo de algún familiar que habita en la misma localidad; el 6.6% de alguien que habita en otro Estado; el 2.4% de alguien que está en el extranjero y, sólo el 1.2% lo desconoce; lo que se traduce en una pérdida de la cultura del cuidado del adulto mayor.

La salud es un tema prioritario para el bienestar de la población

y, en México, el Gobierno Federal se ha preocupado por cubrir este rubro independientemente de que su afiliado trabaje o no, particularmente en lo relativo a niños y adultos mayores. El 21% de los encuestados afirmaron que cuentan con Seguro Popular y, el 79% restante, cuenta con otra institución de Salud. Ello demuestra que los encuestados no contestaron correctamente —ya que todo adulto mayor que cuente con apoyo económico del Gobierno tiene acceso al Seguro Popular— o que desconocen su derecho a acceder a dicho programa. El 16.3% de los adultos mayores trabaja; el 7.8%, es pensionado; el 5.4%, jubilado y, sólo un paciente (0.6%) busca empleo, mientras la gran mayoría (69.9%) está desempleado. Esto es alarmante, ya que dejan a los adultos mayores en un estado de abandono respecto a los gastos que deben cubrir sin que puedan hacerlo sin depender de terceras personas —hijos, nietos o alguna otra persona— con un significativo impacto en la familia.

Por otra parte, el Censo de Población y Vivienda 2010 menciona que se incrementó la oferta de empleo al pasar del 49.3 % al 52.6%. El 15.1% de los adultos mayores recibe un salario; el 4.8% recibe a destajo; el 6% por honorarios; el 3.6% por comisión; el 2.4%, recibe propinas mientras que el 59%, no recibe ingresos puesto que no trabaja y sólo el 9%, recibe otro tipo de apoyo. Surge la interrogante de quién subsidia sus gastos si más del 50% no es asalariado. El 33.1% de los adultos mayores obtiene sus ingresos cada mes; el 10.8% en otro periodo; el 4.2% diariamente; el 3% cada 15 días y el otro 3% cada semana, mientras que el 45.8% no obtiene ingresos, por lo que otro integrante de la familia subsidia sus gastos. El 24.7% de los encuestados obtiene un ingreso menor al salario mínimo mensual; el 12.05% obtiene la misma cantidad; el 8.43% de 1 a 2 salarios; el 0.6% de 2 a 3 salarios; el 4.2% de 3 a 5 salarios mientras que el porcentaje más alto, 27.71%, no obtiene ingresos y un 22.3% lo desconoce.

Por otro lado el 21.1% de los pacientes tiene acceso a atención médica por parte del Seguro Popular; el 9.6% a través del Instituto Mexicano del Seguro Social; el 5.4% del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; el 3% por medio del ISSSTE Estatal; el 1.8% del Hospital Naval/PEMEX y el 59% en otra institución, siendo esta atención proporcionada por la Secretaría de Salud. Dada la discapacidad antes mencionada, el transporte más utilizado es el taxi o radio taxi (22.9%), por su comodidad en relación a la discapacidad física; sin embargo, por su elevado costo, otros pacientes se ven obligados a utilizar el metro/tren ligero (18.7%), el autobús (11.4%), el metrobús/trolebús (9%), los colectivos/combi (13.9%) o autobuses foráneos (6.6%), el medio más económico para el traslado de otros Estados al Distrito Federal; sólo un 17.5% mencionó el uso de automóvil propio o de algún familiar o conocido.

Referente al gasto en el transporte, el 51.20% acudió a cita médica o terapia en una o varias ocasiones durante el mes —con el consecuente gasto de pasajes y consulta—, mientras que el 48.80% no lo hizo. El 54.22% de los pacientes no gastó en consulta médica, puesto que no acudió a ella o algún familiar absorbió el costo; el 22.89% sí lo hizo, pero gastó menos de

6,66 dólares; el 14.46%, entre 6,66 y 19,98 dólares y el 8.43%, gastó de 20,05 a 33,30 dólares. El costo aproximado del tratamiento requerido durante su estancia en el Instituto Nacional de Rehabilitación, de acuerdo a la clasificación del estudio socio-económico realizado por trabajo social: el 33.13% pagaría entre 33,30 y 199,80 dólares; el 21.69%, de 199,87 a 366,30 dólares; el 7.2%, de 366,37 a 532,80 dólares; el 6%, de 532,87 a 666,00 dólares; el 3%, de 699,37 a 865,80 dólares; otro 3% pagará más de 999 dólares; el 1.2% no pagará y el 24.7% aún desconoce la cantidad. De acuerdo a la clasificación que brinda trabajo social, la mayor parte de los pacientes (47.6%) recibió la clasificación 1; el 27.71% la clasificación 2; el 7.83% tiene la clasificación 3; el 1.20% la clasificación 4; el 7.83% no tuvo que pagar, y otro 7.83% desconoce su clasificación.

DISCUSIÓN

A lo largo de la historia, la percepción de la vejez ha oscilado entre el reconocimiento a la sabiduría adquirida a lo largo de la trayectoria vital y el estigma provocado por el imaginario social que identifica la ancianidad con la enfermedad, la decrepitud y otros atributos relacionados con la pérdida de belleza, funcionalidad y memoria. Esto está dado en un contexto asociado a la dependencia, la repulsión a la fealdad y la marginación social, esto debido a los numerosos cambios experimentados por el cuerpo con el transcurrir del tiempo como son los trastornos en la marcha, disminución de velocidad al andar, pérdida de equilibrio, disminución de la función auditiva y visual, entre otras limitantes. Aunado, en el caso de la presente investigación, a que los sujetos de la muestra pertenecen a sectores de bajos recursos económicos, de tal manera que es posible que otros factores como la vivienda inadecuada, los bajos ingresos, el bajo nivel de educación y la falta de servicios oportunos hayan contribuido a la presencia de lesiones y discapacidad. La medicina, la economía, la psicología, la demografía, la sociología y otras ciencias sociales y sanitarias han abordado el problema del envejecimiento de un modo poco adecuado, caracterizando a los adultos mayores en términos de pasividad, carga o dependencia y, siempre, desde un enfoque peyorativo de la vejez (8). Por otra parte, si bien la tendencia al envejecimiento de la población latinoamericana es generalizada, la intensidad del proceso difiere entre los países; el momento de inicio de la transición demográfica, la velocidad con que se produjo y los mecanismos que la provocaron son los factores directamente responsables de aquellas diferencias (9).

El envejecimiento de la población aumentará respecto a otros grupos de edad, con los correspondientes cambios en las capacidades de trabajo y producción, así como en la demanda de bienes y servicios de salud, de seguridad social y de relaciones familiares, fenómeno que no es exclusivo de México, puesto que en países como España cuenta con casi siete millones y medio de habitantes (16.74% del total de la población) con edades superiores a los 64 años (10). De acuerdo a las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en su censo 2010 referente a la población adulta mayor en México, los resultados de esta investigación guardan una relación con la pirámide de

edad y género, en la que el 33.13% corresponde al grupo etario de 60 a 70 años; el 38.55% al de 71 a 80 años; el 22.89% al de 81 a 90 años y, el 5.42% a mayores de 91 años. Dado que la esperanza de vida de las mujeres es generalmente mayor que la de los hombres, el incremento de la edad ensancha las diferencias entre uno y otro sexo. Estos resultados coinciden con estudios realizados en Uruguay donde para el año 2000, la proporción para sujetos de 60 años o más fue de 72 hombres por cada 100 mujeres y Chile con una proporción hombres/mujeres de 60 años o más de 76/100 y de 60/100 para 75 años o más. A medida que las ganancias en las expectativas de vida se hacen menos pronunciadas, estas diferencias se atenúan (11). En la misma línea, estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2010 concluyen en la existencia de una disminución progresiva en la natalidad en las mujeres que están por alcanzar la etapa reproductiva final aún cuando, en la presente investigación, el 32.5% tenga más de 4 hijos y, el 8.4% sólo uno, en función de variables religiosas, culturales y económicas.

La discapacidad de los adultos mayores acentúa la condición de vulnerabilidad de este grupo poblacional a partir de la pérdida de la autonomía en las actividades socio-laborales y, en el peor de los escenarios, del deterioro de las acciones básicas requeridas para una vida independiente, lo que impacta de modo relevante tanto sobre el propio individuo como sobre el entorno familiar responsable de su cuidado. La existencia de un riesgo superior de pertenencia al grupo poblacional de discapacidad moderada podría deberse a la influencia del estado socioeconómico y educativo de las zonas rurales en factores como el conocimiento en salud o la calidad de las viviendas, lo cual podría dificultar la realización de las actividades de la vida diaria cuando la funcionalidad se encuentra afectada (12).

Entre estos problemas de funcionalidad de los adultos mayores se encuentran las dificultades para vestirse, caminar, acostarse y levantarse, seguidas de aquellas para usar el baño, bañarse y comer (13). Estos antecedentes reflejan el alto impacto de la dependencia tanto en la calidad de vida de las personas que la padecen como en la de quienes están a cargo de su cuidado, además de un alto costo para el sistema de protección social. Igualmente, la gran cantidad de alcances de la dependencia en la población de un país determina la importancia de dimensionar de manera adecuada la magnitud del problema y la urgencia de elaborar políticas, planes y programas que permitan a los adultos mayores enfrentar su vejez con mayor autonomía y mejores condiciones y calidad de vida, como también proveer alivio a la carga de asistencia al interior de las familias. Por otra parte, es factible que en algunos de los participantes la acumulación de síntomas infra clínicos, en ocasiones inadvertidos, expliquen parcialmente los accidentes causantes de lesiones, sobre todo por caídas. Los resultados de la presente investigación, mostraron que prevalece la discapacidad de tipo físico (99.4%), lo que de acuerdo a Nagi (1991) confirma la relación de la discapacidad con la pérdida en la funcionalidad normal de la persona.

México carece de una estructura política, social, cultural y económica óptima para enfrentar el envejecimiento, lo que se

traduce en problemáticas gerontológicas relacionadas con el aumento de enfermedades crónicas, la soledad, la pérdida de autoestima, la marginación social, la discriminación y el abandono, la pobreza, el maltrato, la pérdida de roles y estatus, la jubilación, la viudez y el desempleo, entre otras (14,15). Así mismo, es necesario analizar, en el presente, las condiciones de vida en que se encuentran los adultos mayores y las perspectivas de mejoría que cabe esperar en el corto plazo. Respecto a este último punto, pese a que la vivienda (14) constituye una de las necesidades básicas para la supervivencia de la población, el 61.4% de los encuestados la comparten con algún familiar y el 21.7%, paga renta; datos que indican que un elevado porcentaje de la población no puede cubrir esta necesidad por falta de recursos y el alto coste de los servicios básicos y otros necesarios como el transporte y la atención a la salud. Tradicionalmente, en el estudio de la seguridad económica se han identificado tres pilares de protección: la familia, el mercado y el Estado; este último es el responsable de desarrollar programas para la protección de distintos sectores vulnerables de la sociedad, como es el caso de los adultos mayores, quienes pueden o no encontrarse afiliados al Instituto Nacional Para la Atención del Adulto Mayor (15). La incertidumbre sobre su seguridad económica es, a su vez, fuente de inseguridad en el sector tratado, ya que sólo el 27% de los adultos mayores considera asegurada económicamente su vejez. La sensación de inseguridad económica (21.5%) y la falta de expectativas sobre el acceso a una adecuada atención a la salud (19.7%) son consideradas como las dos principales problemáticas del adulto mayor y, por ende, sus preocupaciones esenciales de acuerdo a la presente investigación. Igualmente, dos de cada tres encuestados declararon no haber recibido apoyo alguno por parte del Estado, lo que se traduce en altos índices de desprotección social derivado de la falta de ingresos por jubilación o pensión y la carencia de servicios de seguridad social.

Resulta alarmante saber que pese a que sólo el 16.3% trabaja mientras que el 7.8% es pensionado, el 5.4% jubilado y, únicamente, un paciente está en busca de empleo, todos deben subsanar sus gastos o recibir apoyo de la familia para cubrirlos. En este sentido, y de acuerdo a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, la familia deberá cumplir con su función social de manera constante y permanente, de tal manera que es su obligación velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, proporcionándoles los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral (Congreso de la Unión, 2012). Pese a ello, el 47% de los pacientes encuestados no recibe apoyo económico de ningún familiar.

CONCLUSIONES

Los ingresos necesarios para asegurar una buena calidad de vida en la vejez dependen de factores tales como la edad, el estado de salud, los arreglos de residencia, los patrones de consumo previos y los recursos que facilite el Estado a través de servicios gratuitos o subsidios. Igualmente, los mecanismos de

provisión de seguridad económica son diversos y, entre ellos, destacan los sistemas de seguridad social, el trabajo generador de ingresos, los ahorros —activos físicos y financieros— y las redes de apoyo, principalmente las familiares.

En México, como en muchos otros países, los retos de las transiciones epidemiológica y demográfica han contribuido a que las lesiones en el adulto mayor sean reconocidas como un importante problema de Salud Pública por su aportación a la carga de mortalidad y morbilidad, así como por los altos costos para los sistemas de salud. El Gobierno Federal se ha preocupado por la cobertura nacional en materia de salud sin importar que la población adulta mayor trabaja o no, por lo que el 21% de los encuestados cuenta con Seguro Popular y el otro 79%, con otro servicio de salud. Por su parte, el Instituto Nacional de Rehabilitación atiende a personas que no cuentan con ningún tipo de seguridad social —47.6% con clasificación 1— y sólo un 1.2% entra dentro de la clasificación más alta. Los objetivos planteados en esta investigación se pudieron lograr, ya que permitió detectar que cualquier tipo de discapacidad impacta de manera significativa en la familia, pues aún no estamos preparados para enfrentar los cambios que se presentan en esta etapa. Aunado a esto se tendría que hacer una revaloración respecto a las redes de apoyo para el adulto mayor y encaminar los programas de salud a la prevención y no a la curación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Aparicio R. Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez. [Internet]. 2002 [citado 01 Jun 2013]; p. 155-168. Disponible en: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/mexico.pdf>.
- (2) López Doblaz J, Díaz Conde MP. Aspectos sociológicos del envejecimiento. Portal Mayores, nº 73. Lecciones de Gerontología, XIV [Internet]. 2007 [citado 05 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.envejecimiento.csic.es/documentos/.../lopez-aspectos-01.rtf>
- (3) Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies. A practical manual. Geneva: World Health Organization [Internet] 2013 Nov 2013 [citado 10 Oct 2014]. Disponible en: http://www.tbrieder.org/publications/books_english/lemeshow_samplesize.pdf
- (4) Morales I, Villalón J. Chile y los adultos mayores: impacto en la sociedad del 2000. Santiago de Chile: Departamento Estadísticas Demográficas y Sociales; 1999. [Internet]. [citado 01 Sep 2013]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayor2000.pdf
- (5) Ocampo Chacón RA. Vejez y discapacidad: visión comparativa de la población adulta mayor rural. Valle Central de Costa Rica; 2004. [Internet]. [citado 01 Nov 2013]. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2004/tfg_rocampo.pdf
- (6) Osorio Rodríguez A, Álvarez Mora A. Introducción a la Salud Familiar. 1a ed. San José: CENDEISS; 2004.
- (7) Consejo Nacional de Población y Secretaría de Gobernación. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica; 2013. [Internet]. [citado 15 Ago 2013]. Disponible en: www.conapo.gob.mx/es/CONAPO.
- (8) Banco de México. Diario Oficial de la Federación Documento Metodológico INPC; 2011. [Internet]. [citado Sep 2013]. Disponible en: <http://www.banxico.org.mx/politica-monetaria-e-inflacion/material-de-referencia/intermedio/inflacion/elaboracion-inpc/%7B50ECE064-0F0A-F533-1477-3C77A959CE7B%7D.pdf>
- (9) Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. Diario Oficial de la Federación .Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores [Internet]. 2012 [citado 25 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>
- (10) Consejo Nacional de Población. Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. Serie de Documentos Técnicos. [Internet]. 2011 [citado 01 Sept 2013]. Disponible en: http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Envejecimiento_F_14oct11.pdf
- (11) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010. [Internet]. 2011 [citado 01 Sep 2013]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/enigh10_adiciones.pdf
- (12) Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Modelos de Atención Gerontológica. [Internet] 2010 [citado 01 Sep 2013]. Disponible en: [http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_\(web\).pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_(web).pdf)
- (13) Fondo Nacional de la Discapacidad de Santiago de Chile. Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. [Internet]. 2005 [citado 15 Ene 2014]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/presentacion.pdf
- (14) Organización Iberoamericana de Seguridad Social y Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. Situaciones, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico [Internet]. 2006 [citado 14 Ene 2014]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oiss-situacion-01.pdf>
- (15) Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [citado 01 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>



ANEXO: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD CHAPULTEPEC

El presente cuestionario tiene como finalidad recabar información complementaria para la investigación titulada "IMPACTO ECONÓMICO EN LA FAMILIA DEL ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD", la cual se manejará de manera confidencial y sólo con fines académicos.

INSTRUCCIONES: Le pedimos de la manera más atenta responda con sinceridad y subraye sólo la opción que usted considere correcta y no duplique información.

1.- La edad del paciente que fue hospitalizado es de:		
a) 60 a 70 años	c) 81 a 90 años	
b) 71 a 80 años	d) 91 y más	
2.-Genero del paciente:		
a) Masculino	b) Femenino	
3.- Estado Civil:		
a) Soltero (a)	c) Viudo (a)	e) Unión libre
b) Casado (a)	d) Divorciado (a)	
4.- Tipo de Discapacidad:		
a) Física	¿Cuál? _____	
b) Mental		
c) sensorial		
5.-Grado máximo de estudios del paciente:		
a) Primaria	c) Preparatoria	e) Posgrado
b) Secundaria	d) Licenciatura	
Otro: especifique _____		
6.- Número de hijos que tiene el paciente:		
0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ Más de 4 ____		
7.-La casa donde habita el paciente es:		
a) Propia		
b) Rentada		
c) Prestada		
d) Hipotecada		
e) Otro: especifique _____		
8.- Si la casa donde vive es rentada cuanto paga al mes:		
a) \$97.38 a \$194.76 USD		
b) \$194.83 a \$292.15USD		
c) \$292.18 a \$389.53 USD		
d) Otra especifique: _____		
9.- En los últimos tres meses ¿ha recibido apoyo del gobierno?		
a) Beca de capacitación o ayuda económica para encontrar trabajo		
b) Apoyo para realizar una actividad por su cuenta		
c) Ayuda de otro programa de gobierno		
d) No ha recibido ningún tipo de apoyo del gobierno		
e) NS		
10.- En los últimos tres meses, ¿ha recibido apoyo económico de alguien que vive y/o trabaja?		
a) En el extranjero		
b) En otro estado del país		
c) En esta misma localidad		
d) No ha recibido nada		
e) NS		

11.- ¿Cuenta con seguro popular de salud?
<ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No c) NS
12.- La situación laboral del paciente actualmente es:
<ul style="list-style-type: none"> a) Labora actualmente b) Desempleado c) Jubilado d) Pensionado e) En busca de empleo
13.- ¿Recibe o le pagan?
<ul style="list-style-type: none"> a) Por comisión b) A destajo c) Por Honorarios d) Con propinas e) Recibe salario f) No le pagan ni recibe ingresos
14.- ¿Cada cuándo obtiene estos ingresos si es que los percibe?
<ul style="list-style-type: none"> a) Cada mes b) Cada 15 días c) Cada Semana d) Diario e) Otro periodo de pago
15.- Actualmente el salario mínimo mensual es de \$1,942.80 (\$64.76 diarios). La cantidad que obtiene al mes por su trabajo es
<ul style="list-style-type: none"> a) Menor b) Igual a esta cantidad c) Mas de un salario mínimo hasta 2 d) Mas de dos salarios hasta 3 e) Mas de 3 salarios hasta 5 f) NS
16.- Por parte de este trabajo ¿tiene acceso a atención medica en?
<ul style="list-style-type: none"> a) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) b) Hospital o Clínica Naval, Militar o de Petróleos Mexicanos (PEMEX) c) Instituto de Seguridad Social Al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) d) ISSSTE estatal . e) Otra Institución especifique: _____
17.- ¿Cada cuánto realiza las compras en alimentos y bebidas, ya sea para preparar sus alimentos o despensa?
<ul style="list-style-type: none"> a) Cada mes b) Cada 15 días c) Cada 8 días d) Diariamente e) Otro: especifique _____
18.- Durante la semana, ¿realizaron gastos en servicios de transporte público?
<ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No
19.- ¿Qué tipo de transporte utilizó?
<ul style="list-style-type: none"> a) Metro o Tren Ligero b) Autobús c) Trolebús o Metro bus d) Colectivo o Combi e) Taxi o Radio Taxi f) Autobús Foráneo g) Otro especifique _____

20.- ¿Cuánto paga de Luz al mes?
a) Menos de \$6.00 USD b) De \$6.00 a \$20.00 USD c) De \$21.00 a \$35.00 USD d) Más de \$35.00 USD
21.- ¿Cuánto paga de Teléfono al mes?
a) \$13.00 a \$27.00 USD b) \$28.00 a \$42.00 USD c) \$43.00 a \$57.00 USD d) Más de \$57.00 USD
22.- ¿Cuánto paga de agua al mes?
a) Menos de \$6 b) De \$6.00 a \$20.00 USD c) De \$21 a \$35.00 USD d) Más de \$35
23.- Durante el último mes, ¿acudió a terapias o cita médica?
a) SI b) NO
24.- Durante el último mes, ¿cuánto gastó en consulta médica?
a) Menos de \$6.00 USD b) De \$6 a \$20.00 c) De \$21.00 a \$35.00 USD d) Más de \$35.00 USD
25.- Durante el último mes, ¿cuánto gastó en terapias?
a) Menos de \$6.00 USD b) De \$6 a \$20.00 c) De \$21.00 a \$35.00 USD d) Más de \$35.00 USD
26.- A su ingreso hospitalario, ¿qué cantidad le dijeron que va a pagar?
27.- ¿Ha gastado en material de Osteosíntesis para su tratamiento?
a) SI b) NO
28.- ¿Cuánto tuvo que invertir?
29.- ¿Qué clasificación le dieron en Trabajo Social?
a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 f) Otra: especifique _____

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DE LAS GESTANTES DEL CURSO DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD

PERCEPTION OF NURSING CARE FROM PREGNANT WOMEN OF A MOTHERHOOD AND FATHERHOOD COURSE

PERCEPÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DAS GESTANTES DO CURSO DE MATERNIDADE E PATERNIDADE

Daniel Felipe Martín Suárez Baquero

Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
dmsuarezba@unal.edu.co

Martha Patricia Bejarano Beltrán

Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Recibido: 07/07/2015

Aceptado: 21/10/2015

RESUMEN

El objetivo del trabajo es describir la percepción que tienen las gestantes del cuidado brindado por los profesionales de Enfermería en el *Curso de preparación para la maternidad y la paternidad* realizado en una institución de salud de la ciudad de Bogotá. Para ello se optó por un diseño cualitativo, descriptivo, exploratorio, realizado mediante la técnica de análisis de contenido de Laurence Bardin con una hermenéutica controlada a las entrevistas semi-estructuradas de 14 gestantes que asistieron al curso de preparación. El tema central, *El cuidado de enfermería inmerso, presente y latente en el curso de preparación de cuidado para la gestante*; *Cuidado de Enfermería percibido por la gestante*; *Cuidado de Enfermería percibido en el curso*; y *Percepción de relevancia del curso para la gestante*. De acuerdo con éstos, se consideraron tres aspectos: acompañamiento, reconocimiento y enseñanza en cuidado. Se concluyó que las gestantes que asisten al *Curso de preparación para la maternidad y la paternidad* perciben el cuidado que brinda la enfermera y lo reconocen como un aspecto fundamental del curso. Ellas reclaman la intervención de enfermería, en cuyo profesional observan una formación humanística capaz de entender y ejecutar acciones que propendan por el bienestar de su gestación y el hijo por nacer. Así pues, se ven plasmadas las cinco categorías ontológicas esenciales del cuidado descritas por Morse, quien define el cuidado como *característica humana, imperativo moral, afecto, acción terapéutica de enfermería y relación interacción personal*.

Palabras Clave: Atención de Enfermería, Percepción, Enfermería, Embarazo.

ABSTRACT

The purpose of this article is to describe the perception that pregnant women have about the care given by the nursing professionals through the *Preparation course for motherhood and fatherhood* applied in an institution of health in Bogotá city. In

regards to the methodology, it is a qualitative, descriptive and exploratory design, made by means of the Laurence Bardin's content analysis technique through controlled hermeneutics in the semi-structured interviews made to 14 pregnant women who attend the Motherhood and Fatherhood preparation course. In the main topic, *The immersed, present and latent nursing care in the preparation course* arises from the analysis of the following categories: *Perception of care for the pregnant women*; *Nurse care perceived for the pregnant women*; *Nurse care perceived in the course*; and *Relevance perception of the course for the pregnant women*. In accordance to these categories, we considered three fundamental aspects: Companion, Recognition and Learning about caring. It was found that the pregnant women, who attend the *Preparation course of Motherhood and Fatherhood*, perceive the care given by the nurse and recognize it as a fundamental aspect of the course itself. The pregnant women request the intervention of the nurse, because in them they find a humanistic formation that enables them to understand and take actions promoting their health care and the unborn child's. Therefore, the five essential caring ontological categories described by Morse can be observed. These categories are *the caring as a human characteristic, a moral imperative, an affliction, a nursing therapeutically action and an interpersonal or interactive personal relationship*.

Keywords: Nursing Care, Perception, Nursing, Pregnant Women.

RESUMO

A meta é escrever a percepção que as mulheres grávidas têm sobre os cuidados prestados pelos enfermeiros durante o Curso de Preparação para a Maternidade e Paternidade realizado em uma instituição de saúde na cidade de Bogotá. Desenho qualitativo, descritivo e exploratório, realizado através da técnica de análise de conteúdos de Laurence Bardin, com hermenéutica controlada, em entrevistas semiestruturadas com 14 mulheres grávidas que frequentaram o curso de preparação. O tema principal, "O cuidado de enfermagem imerso, presente e latente,

no curso de preparação” é decorrente da análise das seguintes categorias: “Percepção dos cuidados para a gestante”; “Cuidados de Enfermagem percebidos pela gestante”; “Cuidados de Enfermagem percebidos no curso”, e “Percepção da relevância do curso para a gestante”. De acordo com essas categorias, consideramos três aspectos fundamentais: acompanhamento, reconhecimento e ensino no cuidado. A gestante que assiste ao Curso de Preparação para a Maternidade e Paternidade entende o cuidado fornecido pela enfermeira, reconhecendo-o como um aspecto fundamental do curso, e exige a intervenção dela, na qual observa uma formação humanística capaz de entender e executar ações voltadas ao bem-estar da sua gestação e do seu filho. Deste modo, as cinco categorias ontológicas essenciais dos cuidados descritas por Morse se objetivam: ele define o cuidado como “característica humana, imperativo moral, afeto, ação terapêutica de enfermagem e relação pessoal interativa”.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Percepção, Enfermagem, Gestação.

INTRODUCCIÓN

La atención materno-perinatal hace parte de los programas bandera mundiales y de los indicadores de desarrollo de las naciones. La gestación es un proceso complejo y una de las etapas de la vida que puede ser la más hermosa y satisfactoria, pero a la vez puede presentarse algunas incertidumbres, dolor y patologías que pueden afectar el bienestar entre la madre y el hijo, llevando incluso a la muerte de la madre del perinato (1).

El *Curso de preparación para la maternidad y la paternidad* se ha convertido en una herramienta importante para que el profesional de Enfermería pueda realizar acciones de cuidados eficientes y eficaces. Por esta razón, es necesario conocer cuál es la percepción de las gestantes del cuidado de Enfermería durante la realización del curso de preparación, no sólo para responder a las necesidades de la población gestante, sino también para dar respuesta a las necesidades conceptuales en torno a la Enfermería y a su núcleo disciplinar.

La mortalidad materna continúa siendo una problemática no sólo a nivel de salud pública, sino también a nivel social, pues afecta la expectativa de vida de las mujeres, de las familias gestantes y de la sociedad en general (2). La percepción de las gestantes es primordial para poder alcanzar los objetivos del presente estudio, ya que se puede dar una mirada especial a la importancia y a la forma en que el curso de preparación cobra relevancia en la gestación. Además, se enfatiza la continuación de esfuerzos enfocados a la disminución de la mortalidad materna en la ciudad de Bogotá, porque a través del curso se brindan herramientas de prevención e identificación de factores de riesgo que contribuyen a la prevención de la primera demora.

El presente estudio tiene relevancia para el conocimiento y para el núcleo disciplinar de Enfermería, pues genera beneficios para poder abordar el curso de preparación de una mane-

ra más asertiva al conocer sus percepciones. De este modo, se contextualiza y se fortalece la intervención de Enfermería, mejorando los cuidados que ofrecen las enfermeras con relación a la salud materno-perinatal.

En este sentido, se encuentra en la revisión documentada la tesis de la Dra. María Eugenia Díaz y en el estudio realizado por Vicente Merino Barragán *et al* se evidencia la importancia de realizar los cursos de preparación obstétricos o psicoprofiliáticos, recalcando la necesidad de su continuidad y cómo las mujeres gestantes que asisten a ellos tienen comportamientos favorables al momento del parto (3,4).

Entre los estudios realizados por la Enfermería, cabe resaltar el realizado por Thalia Dragonas y George Christodoulou, *Prenatal Care* en que los autores describieron los aspectos psicológicos y sociales del cuidado prenatal, en donde los cambios emocionales que tienen lugar durante la gestación pueden tener efectos potencialmente adversos durante la misma y el parto (5). La ansiedad y el estrés pueden ser mitigados con el soporte social, a partir de lo cual se puede afirmar que las clases prenatales —como se definen en Grecia— son un ejemplo del soporte social que se debe brindar a las gestantes.

Con respecto al concepto de *percepción*, se hallaron las investigaciones realizadas por Luz Nelly Rivera y Álvaro Triana y Carolina Reina (6, 7). Para el año 2010, se encontró un estudio llamado *Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería en pacientes hospitalizados* por Claudia Consuelo Torres y *Percepción de los comportamientos del cuidado de Enfermería en la unidad de cuidados intensivos* de Claudia Andrea Ramírez (8, 9). De éstos se puede concluir que la percepción es la acción de adquirir conocimientos por medio de los sentidos, de manera que se logra una información especial de todo lo que nos rodea y se constituye en un fenómeno de tal realidad, representada psicológica y emotivamente en el individuo.

En Colombia se halló un aporte importante realizado por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia al proyecto de extensión *Curso de preparación para la maternidad y la paternidad: un proyecto de vida*. Así pues, se ha venido trabajando con la población más vulnerable de la ciudad de Bogotá, donde mediante el curso se ha logrado que las gestantes identifiquen oportunamente los signos de alarma. El curso de preparación es un método de enseñanza que pretende orientar a la gestante y a su familia sobre los aspectos físicos inherentes a la gestación y a la labor del parto, ayudando a manejar el miedo que implica la gestación, el parto y el puerperio. Esto hace que la mujer se sienta capaz de sobrellevar la experiencia, la capacidad de reaccionar positivamente ante las situaciones inherentes a la gestación (3). Por lo tanto, el *Curso de preparación para la maternidad y paternidad*, junto a un control prenatal de calidad, se convierte en herramienta imprescindible para la detección temprana de alteraciones en la salud de la gestante y de los factores de riesgo. Por medio de la identificación de la percepción de las gestantes, se dará el paso inicial para describir, identificar y especificar las intervenciones de cuidado en las que el profesional de Enfermería debe enfocar su accionar, justificando la

presencia del cuidado en el curso de preparación y la importancia de la intervención de la enfermería en éste.

En el marco conceptual de la presente investigación, se contemplaron los conceptos de *percepción* desde las vertientes de la psicología a partir de lo expresado por autores como Wertheimer, Koffka y Köhler, quienes la definen como “el proceso fundamental de la actividad mental” (10). Por su parte, la Psicología de la Gestalt determina la percepción como “el proceso inicial de la actividad mental y no un derivado cerebral de estados sensoriales”, teniendo una fuerte influencia de la filosofía kantiana y “considerando la percepción como un estado subjetivo, a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes” (10). A la par, desde una visión antropológica, Melgarejo Vargas entiende la percepción como “la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible” (11). Por lo tanto, la presente investigación estuvo revestida de la visión de la filosofía kantiana y la antropología.

OBJETIVO

De este modo surge el objetivo de este estudio: describir la percepción que tienen las gestantes del cuidado brindado por los profesionales de enfermería a través del *Curso de preparación para la maternidad y la paternidad* realizado en una institución de salud en la ciudad de Bogotá.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio con enfoque hermenéutico mediante la técnica de entrevista semiestructurada y la metodología de análisis de contenido; el universo del estudio estuvo conformado por las gestantes que asistieron a dicho curso. Los criterios de inclusión para las gestantes del estudio fueron tener entre 20 y 35 años; estar adscritas a la red del hospital de la localidad; haber asistido como mínimo a tres del total de las sesiones; ser de bajo riesgo —gestación que transcurre sin ninguna complicación inherente al proceso en sí mismo—; y asistir por primera vez al curso de preparación. Estos criterios fueron elegidos luego de la selección del concepto de percepción y su alta variabilidad, de modo que se pudo concretar la percepción de gestantes que se encontraran inmersas en contextos biopsicosociales similares.

La recolección de datos se realizó por medio de una entrevista semiestructurada, contando previamente con el consentimiento informado de las participantes que cumplieran con los criterios de inclusión y un libre deseo de participar en la investigación. Para esta investigación se hizo uso de la entrevista semiestructurada, la cual se transcribió en un tiempo menor a 48 horas. Se generó la codificación de las entrevistas mediante las letras I (*Informante*), Q (*Question/Pregunta*), P (*Párrafo*) y R (*Renglón*), numerándose de forma secuencial en el orden de aparición. El análisis de las entrevistas se realizó mediante la técnica de análisis de contenido denominada *Análisis de la*

enunciación, propuesta por Laurence Bardin (12). Esta autora ha brindado a profundidad un marco de referencia en torno al análisis de contenido como metodología y como enfoque filosófico de interpretación. En este sentido, constituye una herramienta para descifrar los mensajes ocultos y de trasfondo dados en los mensajes del emisor, permitiendo una búsqueda rigurosa de las categorías y generando un alto rigor en la validez de los resultados obtenidos.

Finalmente, se realizó un análisis por categorías que: “funciona por opresiones de descomposición del texto en unidades, seguidas de clasificación de éstas en categorías, según agrupaciones analógicas” (12). El propósito con esto fue agrupar y encontrar similitudes entre las expresiones dadas por las gestantes y poder comprender su percepción del cuidado de Enfermería. Se tuvo en cuenta el criterio de saturación teórica o saturación de muestra que surge subsecuente al análisis del enfoque hermenéutico de Bardin, la metodología de análisis de contenido denominada análisis de la enunciación y la entrevista semiestructurada y la revisión de expertos en investigación cualitativa, en la cual “el tamaño de la muestra deberá ser incrementado hasta que se logre el nivel de saturación [...]”, una vez “el dato adicional que se recolecta no agrega información significativa a lo que ya se tiene” (13).

Acto seguido, se generó la matriz de saturación en donde se fueron ubicando una a una las proposiciones dadas por las gestantes y se agruparon según similitudes identificadas en el análisis lógico y secuencial. A la luz de la teoría de Morse, se comenzó el análisis categorial por saturación, encontrándose de esta manera las subcategorías, las categorías y el tema principal (14). Se tuvo en cuenta la Declaración de Helsinki y el Código de Nuremberg (15, 16). Así mismo, se dio cumplimiento a lo estipulado en el Resolución N° 008430 de 1993 emitida por el Ministerio de Salud de la República de Colombia (17). La norma se refiere a las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, dadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra para el año 2002 (18). De esta forma, se obtuvo la aprobación de este estudio por parte del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

RESULTADOS

Se contó con un total de 14 gestantes: 5 primigestantes y 9 multigestantes, de acuerdo a los trimestres de la gestación; 1 gestante en el primer trimestre, 8 en el segundo y 5 en el tercero. Con relación al número de sesiones, 6 completaban 3 sesiones; 2 con 4 sesiones; 2 con 5 sesiones; 1 con 6 sesiones; 2 con 7 sesiones; y 1 con 8 sesiones. Posterior a la aplicación de la metodología mencionada y al análisis categorial, surgió el tema denominado *El cuidado de Enfermería inmerso, presente y latente en el curso de preparación*, ya que por medio de las percepciones de las gestantes se evidenció la presencia del cuidado de enfermería a partir de las cinco dimensiones

esenciales del cuidado descritas por Morse, que se describirán a continuación (14).

En cuanto a la percepción de cuidado para la gestante, al hablar de Enfermería, es fundamental distinguir los componentes de los cuatro conceptos metaparadigmáticos de la disciplina, resaltando que el concepto de *cuidado* es el pilar fundamental de esta investigación. Por lo tanto, es necesario definir la forma en la que estas gestantes interpretaron y vivenciaron el cuidado en sus vidas y en su cotidianidad. En el caso de las gestantes entrevistadas, se observaron dos aspectos que enmarcan el sentir del cuidado en la cotidianidad de estas mujeres:

Autocuidado en la gestación: Las gestantes asumen prácticas de cuidado que reflejan la cultura y el contexto en los que han crecido y se han formado con el objetivo de proteger su gestación ante un contexto social en el que predomina la pobreza. La inequidad social y la violencia, aunque ha disminuido en los últimos años, continúa prevaleciendo en la localidad (19):

Para mí, cuidar es estar pendiente no tanto de mí, sino que tengo una creatura dentro de mí y que prácticamente ya no pienso para uno, sino para dos y que, prácticamente, pues vea que yo quiero cariño, quiero darle cariño a mi bebé. Así como a mí me lo dan, también se lo doy a él [I15Q5P1R1].

El cuidado, compromiso de todos y responsabilidad común: La sociedad debe propender hacia el cuidado de cada miembro de la comunidad. Sin una idea de la importancia de lo colectivo y la responsabilidad que se tiene sobre la vida del otro, la figura de sociedad no tiene futuro (20). De igual modo, las participantes de la investigación reconocieron y manifestaron el fundamento social del cuidado, tanto individual como colectivo:

Porque ése es el deber que nosotros tenemos, un deber muy importante con nuestra salud y con nuestro bebé, y todas las personas deberían hacer lo mismo [I14Q9P2R1].

Las gestantes ven en la sociedad una responsabilidad intrínseca de cuidado, en donde cobran una relevancia especial, se le deba dar prioridad y todos en conjunto promuevan la prevención de eventos negativos para ellas.

El cuidado como concepto substancial de la presente investigación y del conocimiento disciplinar de la enfermería es necesario al momento de reafirmar la premisa de que las intervenciones que se generan por la enfermera están direccionadas por el cuidado disciplinar y no por acciones independientes que no se relacionan con el conocimiento de la disciplina. Al indagar en las gestantes con respecto al concepto de cuidado, se distinguieron tres subcategorías que enmarcaron la percepción del concepto por parte de las participantes del estudio:

Cuidado de Enfermería como ejercicio asistencial: Uno de los campos en los que la enfermería se ha desempeñado históricamente es el área asistencial con la imagen de la enfermera

hospitalaria encargada del cuidado de los enfermos. Este bagaje ha generado en la población un constructo social en el que la enfermera se encarga de un área más clínica y hospitalaria:

Creo yo que es el cuidado que me brindan cuando yo estoy en el hospital y el que le brindan al bebé cuando nace [I2Q11P1R1].

El cuidado de Enfermería construido con un sentido de responsabilidad y respeto: Es claro que el cuidado de enfermería debe darse en un ambiente en el que prime el respeto y la responsabilidad con el sujeto de cuidado que traspasa la cotidianidad de las actividades de la enfermera. Al analizar las proposiciones de las gestantes, recalcaron este aspecto que marca la diferencia entre la relación enfermera-paciente:

[...] porque es su profesión básicamente: una enfermera. La profesión es ésa, cuidar de su paciente llámese como se llame [I9Q9P1R2].

La enfermera transmite su conocimiento y brinda enseñanza de cuidado: En el curso de la preparación, la educación toma un papel significativo, dado que por medio de sesiones pedagógicas las gestantes aprenden aspectos básicos de su gestación y les confiere herramientas para que se lleve de la mejor manera. La enfermera se apropia de su conocimiento y lo transmite a los sujetos de cuidado, sin advertir que mediante este proceso va marcando la vida, la realidad y el futuro de muchas personas que ven en ella una luz entre las situaciones difíciles de sus vidas:

Pues los cambios..., a ser mejor persona —creo yo—, y creo que después para hacer las cosas..., pues no sé, como ya lo he dicho, o sea, son cosas que uno a veces no sabe, que durante el embarazo, y bueno, después del embarazo..., los cuidados que uno debe tener con el bebé, que son cosas que uno —yo creo que no— nada en el momento de ser primerizo sabe [I4Q5P2R1].

En relación al cuidado de enfermería percibido en el curso, es en este punto en el que esta investigación cobró mayor relevancia, puesto que surgió una categoría por medio de la cual se abre una nueva perspectiva en el curso de preparación de la maternidad y la paternidad. Aquí es donde se evidenció una percepción de cuidado por parte de las gestantes a través de las intervenciones educativas, que traen consigo presencia auténtica, reconocimiento y relevancia para las participantes transmitidos por la enfermera sesión a sesión. De igual manera, surgieron las siguientes subcategorías:

El acompañamiento como base fundamental del cuidado en el curso: Estar presente en las intervenciones de cuidado no se refiere únicamente a una presencia física. Ésta debe trascender hacia una presencia emocional y sensorial, que permita al sujeto de cuidado percibir que la enfermera se encuentra verdaderamente interesada por su bienestar y la experiencia vivida en las acciones que plantea y se ejecutan desde las sesiones:

[...] pues, en el momento en que ella nos dice qué podemos hacer y qué no podemos hacer, cómo tenemos que alimentarnos y nos insiste en la alimentación: «Mira: tienes que alimentarte así, recuerda que tienes que hacer esto; no puedes hacer esto; tan pronto sientas esto, tienes que ir al médico». O sea, ese apoyo que nos dan es muy bueno entonces [I12Q2P2R1].

El curso como requerimiento de cuidado transpersonal e interacción personal: La enfermera debe priorizar entre los componentes de sus intervenciones de cuidado el medio por el cual interactúa con el sujeto de cuidado, siendo éste el puente entre el conocimiento enfermero estructurado en un plan de cuidado y la intervención empírica ejecutada por la enfermera:

[...] Nooo..., ella es muy, muy amorosa; ella es muy tierna. Cuando puede me consiente la barriguita y me dice: «¿Cómo va ese bebé?». O sea, es muy gentil, y prácticamente ella se entrega mucho al papel y deja de ser la jefe, pasa a ser como una madre o una amiga más con uno [I12Q6P1R1].

Cuidado en el curso percibido como enseñanza en búsqueda de la resolución de inquietudes y temores: Claramente, la enseñanza es el fin en sí mismo del curso. Las gestantes reconocen el papel de la enfermera como maestra y experta en cuidado, el Proceso de Enfermería y la visión holística del sujeto de cuidado. Propias de la disciplina, permiten que los temas expuestos en las sesiones logren impactar las esferas psicosociales de las participantes y traspasen las barreras de los mecanismos de defensa humanos para lograr intervenciones más efectivas y eficaces:

[...] Eh..., muy bien, las charlas que nos dan son muy precisas; las indicaciones que nos dan son muy buenas; los ejercicios que nos hacen para estimular al bebé y todo. Me ha parecido muy bueno, ya que, pues, yo no tenía conocimiento de todo lo que he visto y ya me queda más fácil y no me preocupo por ciertas situaciones que se me pueden presentar [I12Q1P1R1].

En relación a la percepción de relevancia del curso para la gestante, durante las entrevistas, las participantes nombraron en muchas ocasiones las razones por las cuales asisten al curso y éste cobra relevancia para ellas. Es de este modo que surge la categoría en la que se plasman las motivaciones para no desistir de las sesiones, de la cual surgieron tres subcategorías:

Preparación para asumir el rol materno: Como indica el nombre del curso, tiene un gran enfoque en la preparación para la maternidad. Brinda herramientas principios conceptuales y prácticas para vivir la concepción, la gestación, el parto y los cuidados del hijo por nacer: “Convertirse en madre es más que únicamente asumir el rol. Es una evolución continua e infinita” (21). De acuerdo a la premisa de Mercer, el curso forma las bases de la empatía y el conocimiento en el proceso de la maternidad, que inicia con la adquisición del rol y prosigue con

una evolución continua que se forja con las experiencias del día a día:

Ha sido muy buena. Ella, desde el primer momento en que llegué acá, me atendió muy bien, fue muy gentil; aparte de que, pues obviamente por lo joven que aún soy, trató de que yo reflejara esa parte materna en cuanto a explicarme cómo estaba yo, qué estaba pasando, cuáles eran los cambios que iban a pasar en mi vida a partir del momento en que yo me enteré de que yo iba a ser mamá [I12Q9P1R1].

Necesidad de conocimiento derivado de experiencias de vida: Las experiencias vividas crean percepciones de la realidad sobre las que realizamos juicios. Sentimientos como el temor, la duda y el desconocimiento nos llevan a recabar sobre la historia de vida de otras personas que ya han experimentado eventos similares para aprender y transpolar lo vivido por los demás en nuestro presente. La enfermera realiza un acompañamiento en torno a la experiencia y se inclina a compartir las experiencias y el intercambio de conocimientos y culturas (22):

No asistí nunca a los cursos, y me di cuenta de que era necesario en el momento del parto porque yo no sabía pujar, no sabía nada [I1Q9P1R3].

Según la evidencia del cuidado de Enfermería en la percepción de las gestantes, se vieron plasmadas en las entrevistas las cinco categorías ontológicas esenciales del cuidado descritas por Morse y colaboradores, a saber: *cuidado como una característica humana; cuidado como un imperativo moral; cuidado como afecto; cuidado como acción terapéutica; y cuidado como una relación interpersonal o interacción personal*. Esto confirma la tesis de que las gestantes perciben el cuidado de Enfermería en el curso de preparación (14).

DISCUSIÓN

En el estudio se presentaron limitaciones secundarias a la dificultad de desplazamiento por las condiciones propias de la localidad y su distribución urbana, la alta deserción de gestantes en el curso de preparación y el bajo interés para participar en el estudio. Esto se presentó porque en muchas ocasiones no le dan relevancia al proceso o se generan temores infundados por dudas en torno al anonimato y a las posibles represalias institucionales derivadas de sus testimonios.

El cuidado de Enfermería se agrupa de acuerdo a la presencia de las dimensiones esenciales del cuidado. Al realizar un análisis, se encontró que el curso de preparación se centra en una de las tres visiones ontológicas y epistemológicas propuestas por Newman y Fawcett: *Unitaria-Transformativa*, en la que: “el ser humano es más que y diferente a la suma de las partes y se reconoce a través de patrones de comportamiento” (23-25). La enfermera “refleja afecto, interés genuino por lo que ocurre con el otro. La valoración de enfermería no utiliza instrumentos, sino que permite al paciente compartir sus experiencias y

sentimientos con el fin de comprender y ofrecer un cuidado más apropiado a las necesidades, por lo que se requiere de experticia y compromiso para identificar las necesidades de las personas” (26). Por lo tanto, las gestantes reclaman una relación recíproca con la enfermera (27).

Ahora bien, la percepción del cuidado de enfermería según el Grupo de Cuidado de Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia es definida como “los elementos y características del ser cuidado y del cuidar a otro, con relación al entorno situacional y al escenario en que se da el acto de cuidado, depende de las actitudes y habilidades con que se cuida, que son apreciados por el otro en forma subjetiva. Es el proceso mental mediante el cual el paciente y el profesional de enfermería identifican los comportamientos de cuidado, de acuerdo con sus criterios, valores, vivencias, experiencias, conocimientos y expectativas” (28). Además, la sociedad debe propender hacia el cuidado de cada miembro de la comunidad: sin una idea de la importancia de lo colectivo y la responsabilidad que se tiene sobre la vida del otro, la figura de sociedad no tiene futuro (20).

Bajo la perspectiva anterior se puede contemplar la postura teórica de Imogene King, para quien la percepción forma parte elemental en las relaciones entre el enfermero y el sujeto de cuidado (28). La autora señala que los conceptos metaparadigmáticos dan significado a las percepciones por medio de los sentidos, permitiendo dar una visión objetiva de la interacción en los procesos de cuidado de Enfermería (28). La percepción puede ser evaluada por medio de comportamientos de cuidado, los cuales señalan la forma en la que se deben dar las intervenciones y el Proceso de Enfermería. Por su parte, Jean Watson enuncia estos comportamientos en los factores de cuidado relacionados con *Proceso Caritas*, en donde por medio de actitudes inter personales puede generarse un cuidado ideal (21).

Sumado a las afirmaciones anteriores, Blanca Rendón señala que “cada cultura determina en las personas lo que sienten, piensan, viven y hacen, en torno a su propio cuidado de la salud” (29). Esto nos lleva a reflexionar en que el entorno social y la crianza son claves en la construcción del concepto de cuidado que tiene un grupo en específico (30). El curso brinda espacios adecuados que facilitan la comprensión y el intercambio de vivencias y emociones que denoten el imperativo moral de cuidado que tienen todas las enfermeras al ejercer su profesión. Este vínculo enfermera-sujeto de cuidado que se genera en el curso de preparación “permite el desarrollo de relaciones de cuidado verdaderas, significativas y con contenido” (26).

Las gestantes sienten la responsabilidad de su estado de salud y el de su hijo por nacer, lo cual las lleva a tomar medidas que favorezcan el bienestar del binomio madre/hijo (29). Es aquí en donde todos los componentes que se plantean en el *Curso de preparación para la maternidad y paternidad* responden a las necesidades de las madres gestantes, funcionando como engranajes de una maquinaria, sin cuyos componentes se pierde la esencia de la intervención de enfermería. De este modo, se

reflejó que no todas las enfermeras que imparten el curso se encuentran debidamente preparadas para hacerlo. Jean Watson afirma en sus principales supuestos que “la capacidad de la enfermera de conectar con otro a este nivel espíritu-espíritu transpersonal se traduce a través de movimientos, información, tacto, sonido, expresiones verbales [...]” (21). Entonces, es necesario que la enfermería se apropie del conocimiento que ha generado demostrando la importancia del proceso y las teorías apropiadas en el curso para que este cumpla con sus objetivos.

CONCLUSIONES

Las gestantes que asisten al curso de preparación para la maternidad y la paternidad perciben el cuidado que brinda la enfermera y lo reconocen como fundamental para el éxito del curso. Igualmente, se observó que éste es una pieza clave en la vida de las familias gestantes, pues por medio de la intervención de la Enfermería se puede marcar positivamente durante la gestación, nacimiento y posparto. Entre la percepción que tienen las gestantes del cuidado que la enfermera brinda en el curso, se encontró que ellas se sienten cuidadas por las enseñanzas que reciben, el acompañamiento durante las actividades que desarrollan y el vínculo que se genera entre ellas y el profesional de enfermería. Las dimensiones esenciales del cuidado postuladas por Morse y colaboradores están inmersas en el curso de preparación, fundamentando la afirmación de que en el curso se brinda cuidado de enfermería y que es más trascendente que una sesión magistral impartida por medio de la metodología-taller.

El profesional de enfermería debe darle valor al conocimiento propio de su disciplina, recuperando espacios propios del ejercicio profesional como lo es el curso de preparación, entendiendo la importancia del Proceso de Enfermería, la fundamentación teórica y su aplicación en las intervenciones de cuidado que se dan en espacios tan valiosos como el curso mismo.

CONSIDERACIONES FINALES

Es necesario que los profesionales de Enfermería den a la consulta colectiva la importancia que se merece como intervención prioritaria en el curso de preparación, dado que algunos sólo se circunscriben a exponer las sesiones recomendadas y no cumplen con las recomendaciones dadas desde la Academia y las guías distritales de atención materna. Es preciso que el profesional sea empático y genere intervenciones adecuadas para las gestantes, y así ejercer un cuidado efectivo y asegurar la adherencia de las maternas. La actualización continua de los enfermeros que dictan el curso es primordial para apropiarse del conocimiento disciplinar de la enfermería y reconocer las necesidades de cuidado de las participantes, proporcionando intervenciones que cumplan con las demandas de la sociedad hacia la profesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe 2008. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; 2008.
- (2) Rodríguez-Angulo E, Agular-Pech P, Montero-Cervantes L, Hoil-Santos J, Andueza-Pech G. Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en municipios del sur de Yucatán, México. *Rev Biomed*. 2012; 23(1): 23-32.
- (3) Díaz ME. El curso de parto psicoprofiláctico como factor protector al momento del parto. *Policlínica Presidente Remón C.S.S.* 1995 [Tesis de Maestría]. Panamá: Universidad de Panamá; 2001.
- (4) Merino V, Jiménez F, Sánchez G. Efectividad de la psicoprofilaxis obstétrica: una experiencia en la provincia y ciudad de Zamora Universidad de Salamanca. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1992.
- (5) Dragonas T, Christodoulou G. Prenatal care. *Clin Psychol Rev*. 1998; 18(2): 127-142.
- (6) Rivera LN, Triana A. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Av Enferm*. 2007; 25(1): 56-68.
- (7) Reina NC. Validez de contenido y validez facial del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado" [Tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008.
- (8) Torres CC. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Av Enferm*. 2010; 28(2): 98-110.
- (9) Ramírez CA. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos [Tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
- (10) Oviedo GL. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*. 2004; 1(18): 89-96.
- (11) Vargas LM. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*. 1994; 4(8): 47-53.
- (12) Bardin, L. *Análisis de contenido*. 3ª ed. Madrid: AKAL; 2002.
- (13) Osses S, Sánchez I, Ibáñez F. Investigación cualitativa en educación. Hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. *Estud Pedagóg*. 2006 ;32(1): 119-133.
- (14) Morse JM, Solberg SM, Neander WL, Bottorff JL, Johnson JL. Concepts of caring and caring as a concept. *Adv Nurs Sci*. 1990; 13(1): 114.
- (15) Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*. 2000; 6(2): 321-334.
- (16) Bejarano MP. Percepción de los profesionales de enfermería y las gestantes sobre la asesoría en VIH en una E.S.E. de Primer Nivel de Bogotá, Distrito Capital [Tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
- (17) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (04/10/2015).
- (18) Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, Organización Mundial de la Salud; 2002.
- (19) Alcaldía Mayor Bogotá, Secretaria de Salud. Prevención de la mortalidad materna. [Internet] 2012 [citado: 17 Ago 2011] <http://www.saludcapital.gov.co/paginas/2/mortalidadmaterna.aspx>
- (20) Duque S. Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento. *Invest Educ Enferm*. 1999; 17(1): 75-85.
- (21) Marriner A, Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
- (22) García M, Cárdenas L, Arana B, Monroy A, Hernández Y, Salvador C. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Contexto Enferm*. 2011;20 (Esp): 74-80.
- (23) Newman MA, Sime AM, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. *Adv Nurs Sci*. 1991; 14(1): 1-6.
- (24) Fawcett, J. *Analysis and evaluation of conceptual models*, Philadelphia: F. A. Davis Company; 1995.
- (25) Salazar AM, Martínez C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Av Enferm*. 2008; 26(2): 107-115.
- (26) Bueno LS. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Cienc Enferm*. 2011; 17(1): 37-43.
- (27) Grupo de Cuidado Universidad Nacional de Colombia. Nuevos avances conceptuales del Grupo de Cuidado. En: Pinto N (coord.). *Cuidado y Práctica de Enfermería*. Bogotá: Unibiblos; 2000. p. 24-36.
- (28) King I. Marco de sistemas de interacción y teoría intermedia de la consecución de objetivos; 1977.
- (29) Rendón BJ. Significado de las prácticas de cuidado cultural que realizan las gestantes consigo mismas y sus hijos por nacer en el control prenatal [Tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
- (30) Leininger M. Theoretical questions and concerns: response from the Theory of Culture Care Diversity and Universality perspective. *Nurs Sci Q*. 2007 Jan; 20(1): 9-13.

CONDICIONES LABORALES DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA EN URUGUAY. ESTUDIO DESCRIPTIVO-COMPARATIVO AÑOS 1993/2013

WORKING CONDITIONS LICENSED NURSES IN URUGUAY. DESCRIPTIVE-COMPARATIVE STUDY IN 1993/2013

CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS LICENCIADOS EM ENFERMAGEM NO URUGUAI. ESTUDO DESCRITIVO COMPARATIVO EM 1993/2013

Carmen Camacho López

Banco de Previsión Social, Centro de Especialidades y Patologías Congénitas. Montevideo, Uruguay.
carsucam@hotmail.com

Recibido: 10/10/2015
Aceptado: 30/10/2015

Luciana Rodríguez Pérez

Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

Teresa Fernández Viacava

Asociación Española de Socorros Mutuos. Montevideo, Uruguay.

de multiempleo y la decisión de trabajar en Montevideo, para poder así desarrollar políticas de Estado acordes a las necesidades y problemas detectados en todo el país.

Julio Bonilla Ultra

Central de Servicios Médicos y Banco de Seguros del Estado. Montevideo, Uruguay.

Palabras clave: Condiciones de Trabajo, Personal de Enfermería, Enfermería, Enfermeros y Carga de Trabajo.

RESUMEN

Los recursos humanos en salud, hasta el momento habían permanecido al margen de la consideración en la mayoría de las reformas, por lo que la Organización Panamericana de la Salud lanzó una iniciativa de una mejor elaboración de políticas para este sector. Asimismo, Uruguay con la reforma del sistema de salud también implementa herramientas de gestión para decidir políticas con respecto a este tema. Con el objetivo de conocer los cambios en cuanto a la distribución, situación laboral y algunas de las condiciones de trabajo de los Licenciados en Enfermería en Uruguay en estos últimos veinte años, en este trabajo se recurrió al estudio de los censos existentes en el país de los años 1993 y 2013. Realizamos un estudio descriptivo-retrospectivo parcial-comparativo, realizado en Montevideo, Uruguay. Se tomaron como sujeto de estudio a los Licenciados en Enfermería censados en los años 1993 y 2013. Los resultados fueron que la profesión Enfermera continúa siendo de elección mayoritariamente femenina, aunque se ha observado un leve aumento de electores masculinos. Se podría afirmar que hubo un incremento de Licenciados en Enfermería trabajando en el interior del país y un aumento también en la cantidad de los mismos trabajando en el sector público. En cuanto a la carga horaria se acrecentó el número de dichos profesionales trabajando en dos empleos. Aún no se ha logrado en el Uruguay alcanzar la Meta 1 de la OPS. Se concluyó que existe aún falta de datos actuales que permitan una comparación más exacta, dado que no se ha lanzado todavía la segunda parte del censo de 2013, donde se profundizaría en las Condiciones laborales. Sería recomendable investigar acerca de las causales

ABSTRACT

Human resources in health so far have remained overlooked in most reforms, so that the Pan American Health Organization launched an initiative for better policies for this sector. The Uruguayan reform of the health system management also implemented new tools to work on policies regarding this issue. In order to investigate the changes that occurred in the distribution, employment status and working conditions of the Nursing graduates in the last twenty years, we compared the 1993 and 2013 surveys, in a retrospective descriptive part-comparative study conducted in Montevideo, Uruguay. It was found that this profession remains largely a female choice, although there has been a slight increase in male workers. There was an increasing number of nursing graduates working in the rural areas and also an increase in the amount of them working in the public sector and holding more than one job. Uruguay has not yet reached the first goal of the Pan American Health Organization. More current data is needed for a more accurate comparison, since the second part of the 2013 survey, which goes more in depth into working conditions, has not yet been released. It would be advisable to research about the reasons to work in more than one job and also the reasons to work in Montevideo in order to develop state policies that meet the needs and problems already identified.

Keywords: Working Conditions, Nursing Staff, Nursing, Nursing and Workload.

RESUMO

Recursos Humanos em Saúde, até agora, não tinham sido levados em consideração, na maioria das reformas, portanto, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançou uma iniciativa para melhorar a elaboração de políticas para esse setor. Sendo assim, com a reforma do sistema de saúde, o Uruguai também implementa instrumentos de gestão para decisões políticas sobre esse tema. Com o objetivo de conhecer as mudanças na distribuição, situação de trabalho e algumas das condições de trabalho dos Licenciados em Enfermagem no Uruguai, nos últimos 20 anos, esse trabalho utilizou o estudo dos censos existentes no país dos anos 1993 e 2013. Estudo parcial descritivo-retrospectivo comparativo, realizado em Montevideu, Uruguai. Foram tomados como sujeito de estudo os Licenciados em Enfermagem recenseados em 1993 e 2013. A profissão de enfermagem permanece, majoritariamente, como escolha pelo sexo feminino, mas, observou-se um leve aumento na escolha pelo sexo masculino. Pode-se afirmar que houve um aumento de Licenciados em Enfermagem que trabalham no interior do país e, também, um aumento na quantidade dos mesmos que trabalha no setor público. Quanto ao número de horas trabalhadas, aumentou o número desses profissionais que trabalha em dois empregos. Ainda não foi alcançada no Uruguai a meta 1 da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Há ainda uma falta de dados atualizados que permita uma comparação mais precisa, uma vez que não foi realizada ainda a segunda parte do censo de 2013, que iria aprofundar nas condições de trabalho. É recomendado pesquisar as causas do multiemprego e da decisão de trabalhar em Montevideu, para assim desenvolver políticas de Estado orientadas às necessidades e problemas identificados em todo o país.

Palavras-chave: Condições de Trabalho, Pessoal de Enfermagem, Enfermagem, Enfermeiros, Carga de Trabalho.

INTRODUCCIÓN

Los recursos humanos que se desempeñan en el sector salud son factores críticos para el desarrollo de los sistemas sanitarios y la información relativa a su situación se vuelve de interés clave para la mejor elaboración de las políticas del sector. A pesar de ello, la ausencia de información en este campo constituye una debilidad de importancia en la región. En el caso de Uruguay, sólo existen dos censos de Enfermería realizados a nivel nacional los años 1993 y en el 2013 (1,2).

Los recursos humanos para la salud habían permanecido al margen de la consideración en la mayoría de las reformas de los sistemas llevadas a cabo en las últimas décadas en América Latina y sus condiciones de contratación, reclutamiento, capacitación permanente alcanzaron niveles cada vez más altos de diversidad e informalidad (3). Esta situación motivó a la OPS a lanzar una iniciativa de mejora en recursos humanos, comprendiendo diversas actividades como la implementación de los Observatorios de Recursos Humanos. En Uruguay, esta situación se ve resaltada por la firme decisión del gobierno de

implementar una reforma del sistema de salud, con la instalación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con participación de efectores públicos y privados, la conformación de un Fondo Nacional de Salud Único (FO.NA.SA), que da sustento a un seguro nacional de salud, y profundos cambios en el modelo prestacional, con eje en la atención primaria de la salud, la promoción y la prevención y la participación activa de la comunidad.

Esta decisión requiere un minucioso conocimiento de los recursos humanos disponibles en el sistema, su distribución geográfica, su vinculación laboral con el sector público y/o privado, las características de su formación y el perfil de especialización alcanzado entre otras, como herramienta indispensable de gestión para decidir las futuras políticas en este sector. A partir del análisis de esta información, el Ministerio de Salud Pública (MSP) obtuvo más y mejores elementos para el diseño e implementación de políticas de recursos humanos en salud, para su planificación y desarrollo, acordes a las necesidades que el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) requería, vinculadas a la realidad epidemiológica de nuestro país (4).

Por otra parte, en la actualidad, Uruguay se encuentra al igual que los otros países de la región, a más de siete años de haberse creado la Resolución de la OPS "Metas Regionales de los Recursos Humanos para la Salud 2007-2015" (5). En este marco, fue necesaria la realización de un documento de referencia estandarizado que clarificara los términos y parámetros de cada una de las veinte metas y cinco desafíos de la resolución, con el fin de que fuesen consistentemente comprendidas, aplicadas, medidas y monitoreadas (6). Dicho manual, en su carácter de instrucción técnica, busca proporcionar un instrumento práctico para guiar la identificación y definición de datos a ser recolectados con el objetivo de brindar un perfil descriptivo de los Recursos Humanos en Salud (RHS) en los países y así facilitar el monitoreo de cada progreso hacia lograr las metas a través del tiempo.

En lo que refiere a Enfermería, la Meta 1 apuntaría a que todos los países de la región hayan logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes, tratando de demostrar cuál es la relación entre la población de habitantes de un país y el número de RHS con el fin de llamar la atención sobre los posibles déficits o sobre producción de estos recursos. Otra meta a tener en cuenta, la Meta 13, apunta a reducir a la mitad la proporción de empleo precario y sin protección para los proveedores de servicios de salud. Esta meta está orientada a tener condiciones de trabajo seguras, sin sobrecarga y sin estrés en el lugar de trabajo, lo cual se supone incrementará el éxito a largo plazo del reclutamiento de la fuerza laboral, las estrategias de retención y aumentará la estabilidad, manejabilidad y efectividad general de la misma.

Asimismo, en el borrador del Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud llevado a cabo en Recife, Brasil, en octubre-noviembre de 2013, los representantes de los gobiernos regionales del Consejo Regional de Enfermería del Mercosur declaran estrategias para la mejora de RHS teniendo

en cuenta aspectos como la formación, calidad, cantidad y la equidad en la distribución de los trabajadores de la salud (7). En esta última, no se quiere apuntar a una distribución igualitaria de los mismos, no queriendo alcanzar indicadores de densidad de recursos humanos iguales por localidades, municipios o departamentos, sino considerar las características y necesidades de la población que vive en las distintas zonas.

De esta manera y teniendo en cuenta el SNIS surge nuevamente la necesidad de un nuevo Censo Nacional dirigido a personal de Enfermería (Licenciado y Auxiliar), el cual es llevado a cabo durante el año 2013 a través de un Formulario Web autoadministrado con el propósito de profundizar respecto a información estratégica sobre la fuerza de trabajo de Enfermería (8). Se busca, a través de esta consulta pública, averiguar cuántos auxiliares y licenciados en Enfermería hay, dónde se encuentran, qué preparación tienen, qué tareas realizan y en qué servicios y niveles trabajan. Estas mediciones, realizadas sobre la base de información cuantitativa y cualitativa, engloba a todo el equipo de Enfermería, sea cual sea su situación o cualificación, tanto en el sector público como en el privado.

El censo tiene como finalidad contribuir a la formulación de una política para el desarrollo del personal de Enfermería, a fin de mejorar la calidad de la atención de salud de la población para el fortalecimiento del SNIS. Teniendo en cuenta los datos obtenidos en este último censo y los datos de veinte años atrás (Censo de 1993), intentaremos conocer los cambios en cuanto a la distribución, situación laboral y algunas de las condiciones de trabajo de los Licenciados en Enfermería en Uruguay en estos veinte años.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo- retrospectivo parcial-comparativo realizado en Uruguay a los licenciados en Enfermería en los años 1993 y 2013. En cuanto a los criterios de inclusión/exclusión el estudio incluye a todos los Licenciados de Enfermería censados en ambos Censos Nacionales. Los datos se recolectaron durante el período comprendido entre los meses de abril y mayo del 2014. Los datos y su análisis no se rigen bajo ningún comité de ética, ya que los datos primarios publicados son de uso público. Este estudio permitirá la comparación de dos o más conceptos de las categorías de estudio seleccionadas (variables).

La Revisión Sistemática fue realizada entre abril y mayo de 2014. La misma fue llevada a cabo en bases de datos electrónicas de Pubmed y de Bireme, utilizando los siguientes descriptores en lengua española, portuguesa e inglesa: "Condiciones de Trabajo", "Personal de Enfermería", "Enfermería", "Enfermeros" y "Carga de Trabajo".

En esta etapa fueron identificados 763 artículos a través de búsqueda por la Biblioteca Virtual de Salud, de los cuales fueron seleccionados 32 (de Medline, Lilacs y BDEFN Brasil) dados los siguientes criterios de inclusión: artículos realizados dentro del Consejo Regional de Enfermería del Mercosur, período en-

tre 2009 a 2014 y artículos de relevamiento de datos de Enfermería (similares a censos), lo cual arrojó una totalidad de 32 artículos. De estos últimos fueron seleccionados 2, uno de Lilacs y otro de BDEFN Brasil. Durante esta selección minuciosa fueron descartados aquellos artículos en los que se hacía referencia a riesgos laborales específicos, condiciones de trabajo relacionadas a condiciones personales y los que no tomaran la totalidad del universo en el lugar del estudio (similar a censo).

Con respecto a la información censal, la misma se obtuvo durante el mes de abril de 2014, directamente de las fuentes primarias de información (1er censo nacional Enfermería Profesional, Uruguay, noviembre-diciembre de 1993 y Proyecto de Cooperación TC41, Censo de Enfermería en el Uruguay, diciembre de 2013, 1era etapa). El tipo de diseño utilizado fue un estudio descriptivo, retrospectivo parcial (lo anterior hace referencia a que se cuenta sólo con una parte de la información y el resto está para obtenerse) y comparativo de los datos obtenidos.

RESULTADOS

Los datos que se describirán y analizarán en este artículo corresponden a las siguientes variables: sexo; edad; lugar de trabajo en relación Montevideo/interior; formación de posgrado; situación laboral en relación público/privado y cantidad de trabajos declarados

Con respecto al sexo, en el año 1993 los profesionales Enfermeros de sexo femenino eran el 97,1% y los de sexo masculino el 2,9% del total de censados. En el 2013 las mujeres alcanzaron el 89,3% y los hombres el 10,7%.

En ambos censos se observa un predominio de Licenciados en Enfermería de sexo femenino, si bien se habría incrementado el porcentaje de profesionales de sexo masculino según último censo (2,9% en el año 1993 a 10,7% en el 2013).

En relación a la variable edad, en los dos censos el porcentaje de Licenciados en Enfermería con edades comprendidas entre los 30 y 40 años fue el mayor. Con respecto a esta variable se destaca que en el censo del año 1993 el equipo de investigación se vio obligado a sumar los valores de dos rangos etarios para realizar su análisis comparándolos con el rango de 31 a 40 años del año 2013 (35.8%). Los rangos sumados fueron 30 a 34 y 35 a 39 años con un total de 41.6% en el censo del año 1993.

En lo que se refiere al lugar de trabajo en relación Montevideo/interior, se aprecia que la mayor cantidad de Licenciados de Enfermería continúa trabajando en Montevideo (66,3% en el censo del año 2013 con respecto al primer trabajo declarado). En el año 1993 el porcentaje de Licenciados en Enfermería que trabajaba en Montevideo era de 84,5%. En relación a lo anterior podemos decir que se observa un leve aumento en el porcentaje de Licenciados en Enfermería que trabajan en el interior (del 15,5% en el año 1993 al 29,5% en el 2013). Para esta variable en el censo 2013 se encuentra un 4,2% sin dato. La Meta 1 de la OPS apunta a que todos los países de la región logren una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por

10.000 habitantes. Según datos hallados en el censo de Enfermería 1993, los datos de población del Uruguay considerados en el análisis son los encontrados en el VI censo de Población Octubre - 1985. La población total del Uruguay era de 2.955.241 habitantes, 1.311.976 en Montevideo y 1.643.265 en el interior. Por tanto en el año 1993 la relación que menciona la Meta 1 era de 10,1 profesionales en Enfermería cada 10.000 habitantes en Montevideo, mientras que en el interior era de 1,5. En datos encontrados en Uruguay en cifras 2013 del Instituto Nacional de Estadística (INE) la población total del Uruguay en ese año era de 3.286.314 habitantes. A Montevideo corresponden 1.319.108 habitantes, al resto del país (interior) 1.967.206. Con respecto a la meta mencionada en el 2013 la densidad en Montevideo era de 19,8 y en el interior de 6,76.

En cuanto a la formación de posgrado, el grupo investigador tuvo en cuenta que en el censo de 1993 sólo están contemplados los cursos de posgrado con más de 40 horas, explicando si la formación posbásica fue realizada en Uruguay o en el exterior. Los cursos de menor carga horaria, Especialidades, Maestrías y Doctorados no figuran en los datos surgidos del mencionado censo, por tanto en el mismo sólo se conoce el número de cursos posteriores a la graduación realizados por las Enfermeras/os profesionales con más de 40 horas. Entre los profesionales encuestados en el año 1993 un total de 1867 realizó algún curso de postgrado con esa carga horaria. Del censo del año 2013 sólo se cuenta con datos de cursos de Especialización de los Licenciados en Enfermería. El total de los mismos es de 1698. Por tanto se considera que este valor podría estar subestimado en base a la falta de datos de Maestrías, Doctorados y otros cursos posbásicos.

En cuanto a la situación laboral en relación público/privado, en el censo del año 1993 para un total de 2111 Licenciados en Enfermería el porcentaje de los mismos que trabajaban en el sector público fue de un 38,5%, mientras que los que lo hacían en el sector privado correspondieron a un 61,5%. A su vez en este censo se identificó el porcentaje con respecto a cuántos profesionales trabajaban en el sector público y privado para Montevideo y para el interior. En el censo del año 2013 para un total de 3946 Licenciados en Enfermería, 3838 trabajaban en la profesión (siendo el resto de los censados jubilados, no trabajadores o trabajadores en otra tarea). De esos 3838 trabajadores, 3567 trabajan en exclusividad en la profesión y se encuentran datos solamente de 2921 para establecer la situación laboral en relación público/privado; en el sector privado se encuentra un 54% y en el público un 46%. Se destaca que hay un número de 633 profesionales que trabajaban en lo que en el censo se categoriza como "Otros" y que no se aclara si corresponde al sector público o privado; también 13 censados no ofrecen datos para esta variable.

Para la variable cantidad de trabajos declarados, el número de Enfermeros Profesionales que optaban por trabajar en un sólo trabajo fue de un 71,1% según censo de 1993 y un 63,1% en el 2013. Por otra parte, haciendo referencia ahora al número de Licenciados en Enfermería que trabajan en un solo lugar pero con respecto a Montevideo e interior, vemos que en el censo de 1993 en Montevideo fue de un 72,5% y un 69,3% para el censo

de 2013, y en el interior de un 15,1% y un 30,7% respectivamente. Podemos observar que en el censo del año 1993 la cantidad de Licenciados en Enfermería que trabajaban en dos empleos era de un 21,7%, mientras que en el censo del 2013 es de un 34,8%. En el censo de 1993 los profesionales que trabajaban en tres empleos fueron de un 5,7% y en el 2013 de un 1,7%. Aquellos Licenciados en Enfermería que según el censo de 1993 decidían trabajar en cuatro empleos corresponden a un porcentaje de 1,6% con respecto a 0,1% en censo del año 2013.

DISCUSIÓN Y CONSIDERACIONES FINALES

Se sigue manteniendo la tendencia de tratarse la profesión Enfermera de elección mayoritariamente femenina, aunque se observó en el censo del año 2013 un leve aumento de electores masculinos en un 7,8% con respecto al primer censo en el año 1993. La mayoría de los profesionales continúan ubicándose en el rango etario de los 30 a 40 años.

En Montevideo se sigue encontrando el mayor número de profesionales, a pesar de ello se ha observado un incremento de un 14% de profesionales que trabajan en el interior del país según último censo en el 2013. En lo referente al cumplimiento de la Meta 1 de OPS, la relación de 25 profesionales Enfermeros por cada 10.000 habitantes viene en aumento en el Uruguay (tanto en Montevideo como en el interior) aunque aún no se ha alcanzado, en el interior se está más lejos de alcanzarla: en Montevideo se cuenta con casi 20, mientras en el interior con un poco más de 7.

La variable situación laboral en relación público/privado se ubica en valores casi próximos al 50% para ambas categorías. Se destaca un aumento en el número de profesionales en el ámbito público con respecto a datos del año 1993.

En cuanto a la cantidad de trabajos declarados, podemos observar que se ha incrementado en un 13,1% la cantidad de Licenciados en Enfermería que eligen trabajar en dos empleos. Asimismo, ha disminuido la cantidad de Enfermeros Profesionales que optan por trabajar en tres o cuatro trabajos.

Por otra parte, haciendo referencia ahora al número de Licenciados en Enfermería que trabajan en un sólo lugar pero con respecto a Montevideo y el interior, vemos que el mismo ha disminuido en Montevideo en un 3,2% y aumentado en el interior en un 15,6%.

Una limitante en este estudio fue la falta de algunos datos actuales, dado que no se ha lanzado todavía la segunda parte del censo de 2013 y no permitió al equipo de investigación la comparación de más variables.

Serían dos buenos temas a investigar las causales de multiempleo y los motivos que llevan a los profesionales a tomar la decisión de trabajar en la capital del país (Montevideo) y no hacerlo en el interior, para poder así brindar información y colaborar en el desarrollo de políticas gestión estatal que atiendan las necesidades y problemas detectados a nivel de todo el país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Universidad de la República. Escuela Universitaria de Enfermería. Estudiantes de Generación 89. 1er censo nacional enfermería profesional. Montevideo; 1993.
- (2) Ministerio de Salud Pública. República Oriental de Uruguay. Primer Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud. Desarrollo y presentación de los primeros resultados. Montevideo: MSP; 2010. [Internet] [citado 01 Oct 2015]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Libro_Primer_Censo_Nacional_de_RHS_-_versi%C3%B3n_digital.pdf
- (3) Novik M, Rosales C. Organización Panamericana de la Salud. Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud 2005-2015. Washington: OPS/OMS; 2006. [Internet]. [citado 01 Oct 2015]. Disponible en: [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/DesafiosGestionHR\(esp\).pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/DesafiosGestionHR(esp).pdf)
- (4) Ministerio de Salud Pública. República Oriental de Uruguay. Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: MSP; 2010. [Internet] [citado 01 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaciones/direcci%C3%B3n-general-del-sistema-nacional-integrado-de-salud/divisi%C3%B3n-recursos-humanos-0>
- (5) Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPS; 2007. [Internet]. [citado 15 Oct 2015]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_institucional/decada%20de%20rh/3-4-c-resolucion-CSP27.pdf
- (6) Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPS; 2011. [Internet]. [citado 15 Oct 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=10509&Itemid=
- (7) Ministerio de Salud Pública. República Oriental de Uruguay. Conceptos para la elaboración de estrategias de desarrollo de los RHS como base para el logro de la Cobertura Sanitaria Universal. Montevideo: MSP; 2013. [Internet] [citado 01 Oct 2015]. Disponible en: www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?8474,26907
- (8) Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Asesora de Enfermería, División RRHH del SNIS. Montevideo: MSP; 2013. [Internet] [citado 01 Set 2015]. Disponible en: www.observatoriorh.org/uruguay/?q=node/38

CUIDADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

NUTRITIONAL CARE OF THE INSTITUTIONALIZED ELDERLY

CUIDADO NUTRICIONAL DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Estela Berriel

Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay
este68@montevideo.com.uy

Soledad Calvo

Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay

Recibido: 06/08/2015

Aceptado: 12/10/2015

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es conocer evidencia actualizada en relación a los cuidados nutricionales del adulto mayor institucionalizado, así también como determinar los aspectos alimentario-nutricionales que inciden en la vulnerabilidad del adulto mayor institucionalizado. En cuanto al método, la búsqueda se realizó utilizando las siguientes bases de datos: IBESCS, LILACS, MEDLINE, SCIELO, EBSCO, BVS y Google Scholar, seleccionando aquellos artículos que tuvieran menos de 5 años de publicados. Se utilizaron los siguientes descriptores: adulto mayor; institucionalización; alimentación; estado nutricional y vulnerabilidad. Los registros obtenidos tras la combinación de las diferentes palabras clave fueron aproximadamente 22 de los cuales se seleccionaron 11 trabajos. Los artículos revisados se centraban en aquellos factores relacionados con la alimentación o el estado nutricional que podrían causar la vulnerabilidad de los adultos mayor institucionalizados. Se concluye que los menús suministrados en las residencias de larga estadía deben adaptarse a las recomendaciones nutricionales de esta población, buscando variedad y siguiendo la satisfacción del usuario. Se entiende necesario un cambio de paradigma que permita mejorar la calidad de vida de los adultos mayores residentes, contemplando en la alimentación las preferencias y aspectos socioculturales que otorgan identidad y significado a la vida del adulto mayor. La formación del personal encargado de la alimentación en los residenciales parece ser un punto clave; se deben tomar como referencia las normas y guías nutricionales con evidencia comprobada. Se entiende necesario planificar un estudio a nivel local abordando la temática de los hábitos alimentarios en esta población.

Palabras clave: Anciano, Institucionalización, Alimentación, Estado Nutricional, Vulnerabilidad Social.

ABSTRACT

The aim of this work is to obtain updated evidence regarding the nutritional care of the institutionalized elderly, as well as to determine the food and nutrition aspects that affect their vulnerability. The search was conducted using the following databases: IBESCS, LILACS, MEDLINE, SCIELO, EBSCO, VHL and Google Scholar, selecting items that were under five years of publication. The following descriptors were used: elderly, ins-

titutionalization, nutritional status, and vulnerability. 22 records were obtained after combination of different keywords; 11 papers were selected. The revised articles focused on those factors related to food or nutritional status that could cause the vulnerability of the institutionalized elderly. It is concluded that the menus provided in long-stay residences must be adapted to the nutritional recommendations of this kind of population, looking for variety and following their satisfaction. A paradigm shift is needed to improve the quality of life of elderly residents, looking for food preferences and socio-cultural aspects that give identity and meaning to their life. The training of staff responsible for food in nursing homes appears to be a key point. They should be taken as reference standards and nutritional guidelines with proven evidence. It is necessary to plan a local study addressing the issue of eating habits in this population.

Keywords: Elderly, Institutionalization, Food, Nutritional Status, Social Vulnerability.

RESUMO

O propósito deste artigo é conhecer evidência atualizada em relação aos cuidados nutricionais do idoso institucionalizado e determinar os aspectos alimentares/nutricionais que incidem na vulnerabilidade do I institucionalizado. A pesquisa foi realizada utilizando as seguintes bases de dados: IBECS, LILACS, MEDLINE, SCIELO, EBSCO, BVS e Google Acadêmico, selecionando aqueles artigos que tinham menos de cinco anos de publicação. Foram utilizados os seguintes descritores: idoso, institucionalização, alimentação, estado nutricional e vulnerabilidade. Os registros obtidos após a combinação das diferentes palavras-chave foram, aproximadamente, 22, dos quais foram selecionados 11 trabalhos. Os artigos revisados se centravam naqueles fatores relacionados com a alimentação ou o estado nutricional que poderia causar a vulnerabilidade dos I institucionalizados. Concluiu-se que os menús fornecidos nas residências de permanência prolongada devem estar adaptados às recomendações nutricionais da população, visando variedade

e atendendo à satisfação do usuário. Entende-se necessária uma mudança de paradigma que permita melhorar a qualidade de vida dos idosos residentes, contemplando a alimentação segundo preferências socioculturais, que possibilita identidade e significado à vida do I. A formação do pessoal responsável pela alimentação dos residentes parece ser o ponto-chave; devem tomar-se como referência as normas e guías nutricionais com evidência comprovada. Entende-se necessário o planejamento de um estudo em nível local, abordando a temática dos hábitos alimentares nessa população.

Palavras-chave: Idoso, Institucionalização, Alimentação, Estado Nutricional, Vulnerabilidade Social.

INTRODUCCIÓN:

Desde un punto de vista socio antropológico se puede definir al adulto mayor (AM) como aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), adulto mayor es aquella persona de 60 años y más. Es frecuente que en la actualidad haya muchísimas personas de esta edad que presentan una vida sumamente activa en todo sentido: trabajan, practican deportes, viajan, estudian, entre otras actividades. Pero también vale mencionar que existe una contracara ya que para algunas personas esta etapa de la vida es ciertamente compleja y difícil de sobrellevar, especialmente en aquellos casos en los que se evidencia un deterioro físico y mental. Las personas mayores tienen necesidades multidimensionales: biológicas, psicológicas, sociales y funcionales. Éstas pueden ser independientes y auto válidos o requerir diversos grados de asistencia en la vida cotidiana.

Específicamente en Uruguay, la ley 18.617 del año 2009 define que al momento de cumplir los 65 años de edad todas las personas son consideradas como adultas mayores. El envejecimiento poblacional es un signo de desarrollo y la longevidad una cuestión profundamente relacionada con las condiciones de vida. Los ciudadanos adultos mayores son personas que deben valorarse como recurso para la comunidad, sea por su capacidad para aportar activamente, por el rol que desempeñan en las familias o porque sus propias necesidades se transforman en un instrumento de transferencia económica intergeneracional y hasta en fuentes de trabajo (1).

Según los datos del último censo poblacional 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 censo de 2011. A la inversa, en el período 1963-2011 se verifica un importante descenso del porcentaje de población menor de 15 años, que pasó de representar del 28,2% de la población en 1963 al 21,8% en 2011. Tanto el incremento en la esperanza de vida, así como la baja natalidad, la emigración de sectores de la población en edades reproductivas durante algunos períodos políticos y otros de crisis económica hacen que sea la nuestra una “población envejecida” (2).

En cuanto al envejecimiento del adulto mayor, la mayoría lo hacen en casa, en la comunidad. Sin embargo, algunos con el

transcurso del tiempo y por diversas condiciones físicas o mentales necesitan ayuda de otros para el cuidado personal, por que son dependientes. Para ellos la posibilidad de requerir de una residencia u hogar de ancianos será mayor. Esta situación es más frecuente al alta en ingresos hospitalarios o en cuidados domiciliarios cuando las necesidades de atención sobrepasan la capacidad del entorno socio familiar para atender la situación (3).

Los cambios en la estructura familiar se asocian con la fuerte reducción del número de integrantes de la familia. La integración de la mujer al mundo laboral ha significado también la disminución en la disponibilidad de un recurso tradicional para la atención de los más vulnerables. La ausencia de estructuras y servicios intermedios y diferenciados para adultos mayores (atención socio sanitaria domiciliaria programada, centros diurnos, viviendas protegidas, sistemas de respiro) que proporcionen soporte a las familias en la comunidad ha derivado en un crecimiento de población anciana en instituciones de larga estancia (residencias, “casas de salud”, hogares de ancianos). Los establecimientos de larga duración están destinados a proporcionar cuidados básicos personales y asistencia en actividades básicas de la vida diaria las 24 horas. Brindan un entorno seguro y protegido, así como atención de Enfermería, medicación, supervisión, para personas que ya no pueden permanecer en la comunidad y en su hogar y para quienes ya han agotado otras alternativas (1).

Tomando en cuenta nuevamente los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), censo 2011, se sabe que al analizar el tipo de vivienda en que residen las personas adultas mayores se obtiene que más del 97% de las personas adultas mayores lo hace en viviendas particulares y menos del 3% lo hace en viviendas colectivas. Dentro de estas últimas, solamente el 2.49% vive en residenciales para ancianos. En todo el país hay un total de 844 residencias de larga estadía: 396 están ubicadas en Montevideo y 448 en el interior del país.

En total viven en este tipo de vivienda 11.560 personas AM (2). La transición demográfica muestra que el creciente envejecimiento de la población viene acompañado de un aumento en la institucionalización de los AM. Esto pone de manifiesto la importancia de prestar atención en analizar las prácticas alimentarias y valorar el estado nutricional de los AM en los centros residenciales (4).

Al ingresar al ámbito institucional, el AM debe adaptarse a una alimentación que no es propia de su estilo de vida y que no se corresponde con sus experiencias y hábitos. Se encuentra con otros sabores, preparaciones no habituales, diferente estilo de servicio, con horarios establecidos para las comidas, elección de alimentos limitada y en ocasiones, la presentación de los platos es poco atractiva. Se suma a esta situación que todo ocurre en un entorno que le puede parecer ajeno. El problema cobra mayor importancia cuando se identifica que la satisfacción por la alimentación es una de las principales necesidades que repercuten en la calidad de vida percibida (4). En ocasiones, la alimentación se ve desde una única dimensión, vincula-

da al aporte de nutrientes, pero olvidando tener en consideración aspectos socioculturales del individuo que se transmiten a través de la comida.

Cuando el estado nutricional se ve afectado aumenta la morbimortalidad del AM predisponiéndolo a una mayor fragilidad. El estado nutricional de los AM está dado por el equilibrio entre la ingesta y las necesidades individuales, gasto por actividad física, estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas. Por tanto, cualquier valoración del estado nutricional que se realice debe incluir información sobre estos factores, con el propósito de ayudar a entender la etiología de posibles deficiencias, planificar intervenciones y monitorizar su efectividad. La evaluación del estado de nutrición completa incluye historia clínica y examen físico, indicadores antropométricos y de composición corporal, determinaciones de laboratorio y evaluación de la ingesta de alimentos y de actividad física. Se pueden utilizar métodos de tamizaje que permitan rápidamente identificar casos de riesgo de malnutrición, como es el caso de la Mini evaluación nutricional (MNA, *Mini Nutritional Assessment*) (5).

OBJETIVOS

Este trabajo tiene como objetivos conocer evidencia actualizada en relación a los cuidados nutricionales del AM institucionalizado y determinar los aspectos alimentario-nutricionales que inciden en la vulnerabilidad del AM institucionalizado.

METODOLOGÍA

La búsqueda se llevó a cabo entre los meses de marzo y mayo de 2015, a través de los metabuscadores, bases de datos y buscadores de evidencia, en español, inglés y portugués. La búsqueda se realizó utilizando las siguientes bases de datos: IBESCS, LILACS, MEDLINE, SCIELO, EBSCO, BVS y Google Scholar, seleccionando aquellos artículos que tuvieran menos de 5 años de publicados. Se plantearon los descriptores ya mencionados en las palabras claves. Se establecieron como criterios de inclusión/exclusión: que fueran trabajos comprendidos entre los años 2010 y 2015; que cumplieran con los parámetros de rigurosidad científica sobre la temática a desarrollar, y por último, se revisaron artículos tanto regionales como internacionales que respondieran al objeto de estudio.

RESULTADOS:

Se obtuvieron un total de 22 artículos con la búsqueda y tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente se seleccionaron un total de 11 publicaciones a texto completo, de los cuales se presentarán a continuación los conceptos generales que dan respuesta a los objetivos planteados.

Estudios epidemiológicos más relevantes en relación al objeto de estudio:

Autor (principal)	Título del trabajo	País / Año	Métodos / Tipo de estudio
Oliveira, Renata Borba de Amorim (6)	O fim da linha?: etnografia da alimentação de idosos institucionalizados - reflexões a partir das contribuições metodológicas de Malinowski	Brasil (Río de Janeiro) 2010	Estudio cualitativo, basado en una investigación etnográfica que pretende entender el significado que tiene la alimentación para los AM institucionalizados. Se utilizaron técnicas de observación participante y se aplicaron entrevistas semiestructuradas a personas mayores de ambos sexos, con edades entre 66 y 93 años, que viven en dos instituciones de larga estadía.
Giraldo F.A.; Montoya L.M. (7)	Aspectos socioculturales y técnico-nutricionales en la alimentación de un grupo de adultos mayores del centro gerontológico Colonia de Belencito de Medellín, Colombia	Colombia (Medellín) 2010	Es un estudio de tipo cualitativo etnográfico de tipo particularista. Se buscó interpretar los aspectos socioculturales y técnico-nutricionales en la alimentación de un grupo de adultos mayores del centro gerontológico Colonia de Belencito. Las técnicas utilizadas para recabar la información fueron la observación participante, la entrevista en profundidad, preguntas semiestructuradas y grupos de discusión.
Camina Martín, M. (8)	Presencia de malnutrición y riesgo de malnutrición en ancianos institucionalizados con demencia en función del tipo y estadio evolutivo	España (Palencia) 2012	Vinculación entre estado nutricional y tipo y severidad de la demencia. Utilizó el MNA, valoración antropométrica y protocolo de Chang en 83 AM institucionalizados en estado de demencia.

Volpini, Milena Maffei (9)	Nutritional assessment of institutionalized elderly	Brasil (San Pablo) 2010	Estudiaron IMC, circunferencia del brazo, pliegue tricípital, área muscular del brazo, pruebas bioquímicas, pruebas de presión palmar. 102 AM de los cuales 84 eran mujeres
Lehn, Fernanda (10)	Estado nutricional de idosos em uma instituição de longa permanência	Brasil (San Pablo) 2012	Estudio transversal y descriptivo, se estudiaron 42 AM, se realizó VEN a través del IMC. Se tuvo en cuenta edad, género, tiempo de residencia, comorbilidades y toma de fármacos y presencia de prótesis dental.
De Luis Román, Daniel Antonio (11)	Evaluation of the mini-nutritional assessment short-form (MNA-SF) among institutionalized older patients in Spain	España (Valladolid) 2011	Transversal, multicéntrico, con una muestra representativa (n: 873 AM institucionalizados). Se compararon indicadores bioquímicos con el MNA-SF.
Mila Villaroel, Raimon (12)	Valoración nutricional de los menús de cinco residencias geriátricas y su adecuación a las ingestas recomendadas para la población de ancianos	España (Barcelona) 2009	Se analizaron 21 días de menú por cada residencias geriátricas estudiada (4 en España y 1 en Bélgica). Se realizó registro de doble pesada de las 4 comidas principales.
Sánchez-Campillo, M. (13)	Estrategias para mejorar el valor nutricional de los menús ofertados en residencias públicas para personas mayores	España (Murcia) 2010	Se estudiaron 252 menús ofertados en 6 residencias y se valoró aporte de energía, macronutrientes, calidad de la grasa, colesterol y contenido de fibra.
Pinheiro de Oliveira, Jáima (14)	A formação do cuidador de idosos Institucionalizados: ênfase na rotina de alimentação	Brasil (Porto Alegre) 2011	Descriptivo, exploratorio. Se realizaron entrevistas a personal de salud que trabaja en una residencia geriátrica en el Estado de Paraná. Se indagó acerca de cuidados generales del AM y en especial factores de riesgo para alteraciones de la deglución, posición durante la ingesta de alimentos y prácticas de higiene bucal
Dantas, Cibele Maria de Holanda Lira (15)	Capacidad funcional de ancianos con enfermedades crónicas residentes en Instituciones de larga permanencia	Brasil (Recife) 2013	Estudiaron 164 ancianos de instituciones de larga permanencia. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico, medición de independencia funcional, la escala de Lawton y el mini-mental.
Marinho, Lara Mota (16)	Grado de dependencia de los ancianos residentes en Instituciones de larga permanencia en Montes Claros, Minas Gerais	Brasil (Minas Gerais) 2013	Transversal y descriptivo, realizado en 3 instituciones de larga permanencia. Se recolectaron datos de 125 AM a través del índice de Katz.

Tomando en cuenta el rol de la alimentación en el AM institucionalizado, al explorar los patrones de comportamiento del AM en las residencias de larga estada en relación a la conducta alimentaria, surge que el consumo de alimentos está, la mayoría de las veces, muy controlado y vacío de significado, por no tener en cuenta la identidad cultural y la individualidad de las personas mayores. Se entiende necesario un cambio de paradigma en la alimentación que permita mejorar la calidad de vida de los AM residentes (6).

En un estudio realizado en Medellín, Colombia se encontró que habitualmente se sigue un modelo de alimentación muy medicalizado, enfocado en el rol terapéutico del alimento. Se destaca la importancia de que ésta brinde lo que se recomienda para cubrir las necesidades nutricionales por encima de cumplir el rol de ser un vehículo de placer. En contraposición los AM mostraron una marcada preferencia por la alimentación tradicional que consumían en sus hogares, alegando que esto les otorga identidad y sentido social (7).

En una investigación española donde la edad media de los residentes estudiados fue de 81 años, la valoración nutricional realizada a través del índice de masa corporal mostró 21% de riesgo de malnutrición. En cambio el Mini-Nutritional Assessment (MNA) mostró 57% de riesgo de malnutrición y el 41% malnutrición propiamente dicha. El protocolo de Chang, otro instrumento para valorar el estado nutricional, mostró que el índice de malnutrición aumentaba a través de esta medición alcanzando un 76%. Se vio asociación entre malnutrición y evolución de la demencia, independientemente del tipo de la misma. Se evidencia la necesidad en esta franja etaria de la utilización de distintos tipos de instrumentos para la valoración del estado nutricional (8).

Otro estudio realizado en San Pablo, Brasil evidenció que los hombres presentaban 61% exceso de peso, si bien a partir de los 70 años aparecen casos de posible depleción proteica u obesidad sarcopénica (coexistencia de exceso de grasa con déficit de masa muscular), mientras que el 27% de las mujeres presentaron depleción proteica. Se reconoce como una debilidad para la interpretación de los datos el no contar con tablas de referencia adaptadas a las características de la población de estudio, lo que disminuye la confiabilidad de los diagnósticos nutricionales (9).

Otro trabajo realizado en San Pablo, Brasil con 42 AM, señaló que el 42% de las mujeres presentan exceso de peso y el 21% bajo peso. En cambio, los hombres 22% presentan exceso de peso, 56% normopeso y el 22% bajo peso. La toma de medicamentos media por AM institucionalizado es de 5,6 por día y casi la totalidad (93%) usan prótesis dental. Es sabido que estos aspectos pueden condicionar la ingesta de alimentos y un adecuado proceso digestivo (10).

En una investigación multicéntrica de 873 AM estudiados realizada en España se encontró que la situación de riesgo de desnutrición aparecía en un 58% de la población estudiada. No se detectaron diferencias entre hombres y mujeres. Se vio que

existe correlación entre el *Mini-nutritional assessment short-form* (MNA-SF) y los indicadores bioquímicos del estado nutricional. Se demostró la utilidad de implementar el MNA-SF para los AM institucionalizados (11).

Estudiando la alimentación en las residencias de larga estada, cuando se valoraron menús de cinco residencias geriátricas y su adecuación a las ingestas recomendadas para la población de AM se identificó que no se cubrían las ingestas recomendadas para aporte energético, carbohidratos, calcio, cinc, vitamina C, vitamina D y folatos, mientras que se sobrepasan en grasas saturadas y azúcares refinados. Es necesario que los profesionales de la Nutrición realicen una revisión periódica de los menús para mejorar el valor nutricional de las comidas ofrecidas y suplementar en caso de ser necesarios (12). Por otra parte, se estudiaron 252 menús ofertados en 6 residencias españolas y los resultados mostraron que el aporte energético medio de los menús superaba a las recomendaciones dirigidas a esta población. Este era adecuado en proteínas, bajo en carbohidratos y alto en grasas. Por el contrario, el aporte en fibra era bajo mientras que el colesterol mostró valores elevados (13).

En un estudio descriptivo y exploratorio se realizaron entrevistas a personal de salud que trabaja en una residencia geriátrica en el Estado de Paraná. Se identificó que los riesgos asociados a la deglución los presentan generalmente los AM que padecen patologías cerebrovasculares. Otro hallazgo identificado fue la falta de higiene oral luego de la alimentación. En cuanto a la posición al alimentarse se observó que la mayoría presentaba la postura correcta. El estudio demuestra que se requiere personal formado para acompañar al AM en la alimentación, donde se destaca el rol del fonoaudiólogo dentro del equipo (14). Se estudió la capacidad funcional de los AM con enfermedades crónicas, un trabajo realizado en Recife, Brasil mostró alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y alta dependencia para las actividades de la vida diaria. Todos eran dependientes para las actividades instrumentales aunque la alimentación fue la actividad que mostró mejor desempeño (15). La independencia se observó en un 42%, dependencia total en un 43%, dependencia parcial en un 15%. Por último, en cuanto a las actividades instrumentales, otro estudio que evaluó el grado de dependencia de los AM residentes en instituciones de larga permanencia mostró que un 86% de los individuos estudiados mantienen la capacidad para realizar actividades vinculadas con la alimentación.

CONCLUSIÓN

No se encontraron trabajos nacionales en relación a los cuidados nutricionales en AM institucionalizados. Se entiende necesario planificar un estudio a nivel local abordando la temática de los hábitos alimentarios en esta población. Este estudio logró compilar evidencia en relación a los cuidados nutricionales y se han determinado los aspectos nutricionales que inciden en la vulnerabilidad del AM institucionalizado.

Se debe llevar a cabo una valoración nutricional completa al ingreso del AM a la residencia y, dependiendo de su diagnóstico, establecer protocolos de vigilancia. Se demostró la utilidad de utilizar diversos instrumentos e indicadores del estado nutricional para llegar a un diagnóstico más cercano a la realidad del AM.

Es importante llevar un registro de aquellos residentes que tienen dificultades de masticación o deglución, inapetencia, preferencias e intolerancias para poder mejorar la aceptación del menú. Se debe tener en cuenta la necesidad de un acompañamiento continuo en la prevención de la incapacidad funcional para que ésta no interfiera en el normal desarrollo de la alimentación del AM.

Se recomienda realizar un seguimiento de la aceptación del comensal que además debería estar documentado. Se puede realizar a través de: encuestas, observación directa, registro de quejas y control de lo no consumido. Los menús deben adaptarse a dichas recomendaciones, buscando variedad y siguiendo la satisfacción del usuario. Es fundamental tener una visión integral del AM teniendo en cuenta todos los factores socioculturales que influyen en su alimentación. La formación del personal encargado de la alimentación de los AM parece ser un punto clave; estos deben tomar como referencia las normas y guías nutricionales con evidencia comprobada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, División Salud de la población . Montevideo: Programa Nacional del Adulto Mayor; 2005. [Internet]. [citado el 01 Ago 2015]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Programa_Adulto_Mayor%5B1%5D.pdf
- (2) Instituto Nacional de Estadística Censo Uruguay; 2011. [Internet]. [citado el 01 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.html>
- (3) Dirección de Desarrollo Institucional. Programa del Adulto Mayor Guía de Cuidados de Salud Para Adultos Mayores Montevideo. Documento Técnico: 004/2011. [Internet]. [citado el 01 Set 2015]. Disponible en: www.asse.com.uy/andocasociado.aspx?5065,23917
- (4) Vergés A. Prácticas de alimentación y estado nutricional de las personas institucionalizadas. 1ª ed. Barcelona: Senda editorial S.A.; 2011.

- (5) Bezares, V et al. Evaluación del estado nutricional en el ciclo vital humano. México: Editorial Mc Graw Hill; 2012.
- (6) Oliveira RB de A, Veras RP, Prado SD. O fim da linha?: etnografia da alimentação de idosos institucionalizados-reflexões a partir das contribuições metodológicas de Malinowski. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2010; 13(1):1 33–43.
- (7) Giraldo FAF, Montoya LMA. Aspectos socioculturales y técnico-nutricionales en la alimentación de un grupo de adultos mayores del centro gerontológico Colonia de Belencito de Medellín-Colombia. Perspect En Nutr Humana. 2010; 12(1): 61–74.
- (8) Camina Martín MA, Barrera Ortega S, Domínguez Rodríguez L, Couceiro Muiño C, de Mateo Silleras B, Redondo del Río MP. Presence of malnutrition and risk of malnutrition in institutionalized elderly with dementia according to the type and deterioration stage. Nutr Hosp. 2012; 27(2): 434–40.
- (9) Volpini MM, Frangella VS. Nutritional assessment of institutionalized elderly. Einstein São Paulo Braz. 2013; 11(1): 32–40.
- (10) Lehn F, de Sousa Coelho HD, Garcia MT, Scabar LF. Estado nutricional de idosos em uma instituição de longa permanência. J Health Sci Inst. 2012; 30(1) :53–8.
- (11) Milà Villarreal R, Abellana Sangrà R, Padró Massaguer L, Farran Codina A. Assessment of food consumption, energy and protein intake in the meals offered in four Spanish nursing homes. Nutr Hosp. 2012;27 (3): 914–21.
- (12) Sánchez-Campillo M, Torralba C, López MÁ, Zamora S, Pérez-Llamas F. Strategies for improving nutritional value of the meals offered by public nursing homes for the elderly. Nutr Hosp. 2010;25 (6): 1014–9.
- (13) de Oliveira JP, Marcolino JF, de Andrade MS. A formação do cuidador de idosos institucionalizados: ênfase na rotina de alimentação. Estud Interdiscip Sobre O Envelhec [Internet]. 2011 [citado 10 Ago 2015];16 (2). Disponible en: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/12428/0>
- (14) Cibele Maria de Holanda Lira D, Fabiana Aguiar B, Katia Lima B, Luciane Soares L. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. Rev Bras Enferm. 2013; 1(6): 914.
- (15) Marinho LM, Vieira MA, Costa S de M, Andrade JMO. Degree of dependence of elderly residents in geriatric long-term care facilities in Montes Claros, MG. Rev Gaúcha Enferm EENFURGS. 2013;34(1):104–10.

SECCIÓN 2

Eventos Académicos

EVENTOS DE INTERÉS ACADÉMICO

Entre el 24 y 27 de febrero del 2016 tendrá lugar el Congreso Internacional de Alimentación y Nutrición Humana en la Universidad de Anioquia en Colombia.

Por más información: www.congresoalimentacionynutricionudea.com

Del 25 al 28 de febrero de 2016 se realizará el XII Congreso Colombiano de Neurología en Cali, Colombia,

Por más información: <http://www.acnweb.org/es/congreso-2016.html>

Entre el 8 y el 12 de marzo de 2016 será el XXI Congreso Ibero Latinoamericano de Cirugía Plástica y Reconstructiva en Punta del Este, Uruguay.

Por más información: <http://www.filacp2016.org/>

Del 8 al 15 de marzo del 2016 tendrá lugar el III Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería a través del aula virtual de la Fundación FUNCIDEN. Por más información: <http://www.campusfunciden.com/iii-congreso-internacional-virtual-ibero-americano-enfermeria/>

El 13, 14, 15 y 16 de abril del 2016 impartirá el Congreso Ortopediatria: Latinoamérica Sonríe al Mundo en Santa Marta, Colombia.

Por más información: <http://congresoalop.org/>

Del 14 al 16 de abril de 2016 se llevará a cabo el VIII Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos en la Ciudad de México, México.

Por más información: <http://cuidadospaliativos.org/viii-congreso>

Del 4 al 7 de mayo en Hannover, Alemania tendrá lugar el 3rd International Congress on Treatment of Dystonia. Por más información: www.3dystonia.org

Entre el 12 y el 14 de mayo de 2016 se realizará el XI Congreso Internacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos en Sevilla, España.

Por más información: <http://secpal2016sevilla.com/>

Del 22 al 24 de junio del 2016 se llevará a cabo las 1eras Jornadas Internacionales de Control de Infecciones Hospitalarias y las 1eras Jornadas Internacionales de Pacientes y Salas Quirúrgicas en el LATU en Montevideo, Uruguay.

Por más información: <http://www.panamericanoesterilizacion2016.com/>

Entre el 5 y el 8 de junio de 2015 tendrá lugar el Congreso Iberoamericano de Biotecnología en Salamanca, España.

Por más información: <http://bioiberoamerica2016.com/>

Del 26 al 30 de setiembre del 2016 se impartirá el XXIII Congreso Latinoamericano de Microbiología en Rosario, Argentina.

Por más información: <http://www.alam-cam2016.aam.org.ar/>

Si desea que agreguemos su evento envíelo con anticipación a
ecuidadoshumanizados@ucu.edu.uy

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 resecciones, 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, 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

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

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, 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

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

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, 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

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 Fundación [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

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:
