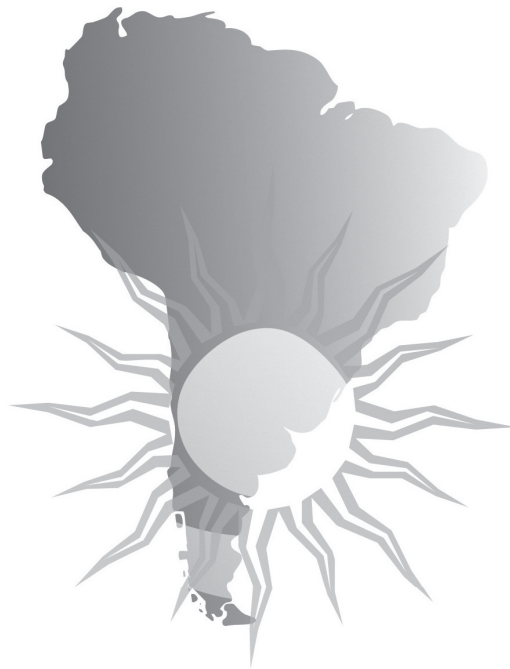


Vol. 5, nº 1 Junio 2016 ISSN: 1688-8375 ISSN en línea: 2393-6606

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 se encuentra indexada en:



Se puede acceder a través de los siguientes portales:



La revista es miembro fundador de la Asociación Uruguaya de Revistas Académicas



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

**Enfermería:
Cuidados Humanizados**

Vol. 5, n° 1 Junio 2016
ISSN: 1688-8375
ISSN en línea: 2393-6606

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

Directora:

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

Editor responsable:

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

Consejo Editorial:

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

Traducción:

Prof. Marta Rodríguez.
PhD(c). Sebastián Griscti.

Asesor bibliográfico

Mag. Gabriela Cabrera.

Producción Editorial:

GRUPO MAGRO EDITORES
Abayuba 2694 Apto. 101
Tel: 099.419.050 / 2202.09.31
E-mail: info@grupomagro.com
www.grupomagro.com
Montevideo - Uruguay

Dep. Legal Nº 367.703 / 15
Edición amparada en el decreto 218/996
(Comisión del Papel)

Periodicidad semestral

Junio - Diciembre

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

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

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

Título-clave:

Enfermería (Montevideo)

Título-clave abreviado:

Enfermería (Montev.)

Registro ante el MEC: 2395/2012.

Diseño figura de tapa:

Lic. Hernán Pereira



EDITORIAL

Comienzo este número agradeciendo a la saliente editora Mag. Teresa Delgado de Purtscher, quien ha hecho una labor monumental desde el primer número de la revista. Teresa me ha dado una calurosa bienvenida desde mi incorporación en la misma compartiendo su pasión, conocimiento y trayectoria. A partir de este número tomo con mucho entusiasmo el rol de editor reconociendo el camino que se ha forjado y con una mirada de compromiso hacia el futuro del trabajo científico en la salud. También quisiera darle las gracias a la Br. María José Enriquez y a la Lic. Estefanía Lens por su colaboración en los números anteriores. Aprovecho también para agradecer y darle formalmente la bienvenida a la Mag. Gabriela Cabrera que desde su trabajo en la Biblioteca de la Universidad ha sido un invaluable apoyo para la consolidación de la revista. Por último también quisiera destacar el compromiso y la confianza de la Directora, Dra. Natalie Figueredo, con quien hemos conformamos un sólido equipo de trabajo.

Comparto con mucha alegría que el trabajo de gestión del último año ha dado sus frutos. La revista se encuentra indexada en nuevas bases de datos: CUIDEN de la Fundación INDEX, en LILACS, en la Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), en la Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico (REBID), y se puede encontrar en los portales de TIMBÓ y DOAJ. Todas estas incorporaciones dan cuenta del avance en la calidad de las publicaciones y nos exigen profundizar en el camino de la producción científica comprometida con los cuidados humanizados. Esto continúa proyectando el alcance de la Revista a nivel nacional y regional, lo cual se ve reflejado nuevamente con la publicación de artículos procedentes de diferentes países iberoamericanos.

Contamos en este número con un artículo en portugués desde Brasil: una reflexión acerca del significado de cartas terapéuticas por familias de niños con discapacidad mental. Desde España publicamos un análisis acerca del manejo y conocimiento sobre hemoderivados de un grupo de profesionales en un hospital en Madrid. También publicamos un artículo de nutrición que estudia la prevalencia de malnutrición en un grupo de estudiantes de un liceo privado en Montevideo. Desde Chile tenemos un análisis acerca de la percepción de las habilidades para el cuidado humanizado de estudiantes de Enfermería. Desde Uruguay se analiza la interacción de la emisión láser de baja potencia en vendaje neuromuscular y sus consecuencias en la clínica. Y por último, contamos con una actualización que organiza el proceder de la comunicación y divulgación científica. De esta manera, tenemos artículos de cuatro países, en dos idiomas y con temáticas que incluyen la Enfermería, la Psicología, la Nutrición, la Fisioterapia y la escritura académica.

Sin más saludamos cordialmente a nuestros lectores invitándolos a continuar y profundizar el intercambio académico y profesional.

Sebastián Griscti
Editor responsable

EDITORIAL

Gostaria de começar este número agradecendo à editora Mag. Teresa Delgado de Purtscher, que finaliza seu trabalho, após ter realizado uma tarefa monumental desde o primeiro número da revista. Teresa me recebeu calorosamente na minha incorporação à revista, compartilhando sua paixão, conhecimento e trajetória.

A partir desse número, irei desempenhar com muito entusiasmo o papel de editor, reconhecendo o caminho transcorrido, e com o olhar de compromisso com o futuro do trabalho científico na saúde. Também gostaria de expressar minha gratidão à Br. María José Enriquez e à Lic. Estefanía Lens pela sua colaboração nos números precedentes. Aproveito, também, para agradecer e dar formalmente as boas-vindas à Mag. Gabriela Cabrera, que com o seu trabalho na Biblioteca da Universidade tem dado inestimável apoio para a consolidação da revista. Por último, também gostaria de destacar o compromisso e a confiança da Diretora, Dra. Natalie Figueredo, com quem conformamos uma sólida equipe de trabalho.

Com muita alegria, compartilho os frutos alcançados no último ano de gestão: a revista foi indexada a novas bases de dados –CUIDEM, da Fundação INDEX; LILACS; Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Rede Ibero-Americana de Inovação e Conhecimento Científico (REBID)– e pode ser encontrada nos portais de TIMBÓ e DOAJ. Todas essas incorporações demonstram o avanço na qualidade das publicações e nos exigem aprofundar o caminho da produção científica comprometida com os cuidados humanizados. Isto continua projetando o alcance da Revista no âmbito nacional e regional, o que se vê refletido novamente na publicação de artigos procedentes de diferentes países ibero-americanos.

Contamos neste número com o primeiro artigo em português, proveniente do Brasil: uma reflexão sobre o significado das cartas terapêuticas para as famílias de crianças com deficiência mental. Da Espanha, publicamos uma análise sobre o manejo e conhecimento dos hemoderivados em um grupo de profissionais, em um hospital de Madri. Também, publicamos um artigo de nutrição, que estuda a prevalência da má nutrição em um grupo de estudantes de um colégio particular do Ensino Médio, em Montevidéu. Do Chile, temos uma análise sobre a percepção das habilidades para o cuidado humanizado dos estudantes de Enfermagem. No Uruguai, é analisada a interação da emissão laser de baixa potência em terapia neuromuscular e suas consequências na clínica. E, por último, contamos com uma atualização que organiza o procedimento da comunicação e divulgação científica. Dessa maneira, contamos novamente com artigos de quatro países, em dois idiomas e com temáticas que incluem Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e produção acadêmica.

Aproveitamos para cumprimentar cordialmente os nossos leitores e convidá-los para continuar e aprofundar o intercâmbio acadêmico e profissional.

Sebastián Griscti
Editor Responsável

EDITORIAL

I want to begin this number by thanking the outgoing publisher Mag. Teresa Delgado de Purtscher, who has made an amazing work from the first issue of the journal. Teresa has given me a warm welcome since I joined the journal by sharing her passion, knowledge and experience. From this number onwards I enthusiastically take on the role of editor acknowledging the path to be walked with a deep commitment to the future of scientific work on health issues. I would also like to thank Br. María José Enriquez and Lic. Estefanía Lens for their help in the previous numbers. I also take this opportunity to formally thank and welcome the Mag. Gabriela Cabrera whose work with us from the University Library, has been of outmost importance for the consolidation of our journal. Finally, I would also like to highlight the commitment and support of the Director, Dr. Natalie Figueredo, with whom we have consolidated a solid teamwork.

I share with great joy that the work of last year has paid off. *Enfermería: Cuidados Humanizados* is now indexed in new databases: CUIDEN of the INDEX Foundation, in LILACS, in the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), the Latin American Network of Innovation and Scientific Knowledge (REBID), and can be found in TIMBÓ and DOAJ. This improvement has been reflected in the quality of publications, which guide us to deepen the path of scientific production committed to humanized care. This continues projecting the scope of our journal at a national and regional level, which is reflected again in this issue with articles coming from various different countries.

In this issue we have the first article in Portuguese from Brazil: a reflection on the meaning of therapeutic letters by families of children with mental disabilities. From Spain we published an analysis of management and knowledge of blood products from a group of professionals in a hospital in Madrid. We also published an article on nutrition studying the prevalence of malnutrition in a group of students from a private high school in Montevideo. From Chile we have an analysis of the perception of the skills of nursing students in providing humanized care. From Uruguay we publish a study of the interaction of laser emission in Kinesio-taping and its consequences in clinical analyzes. And finally, we have an update in the organization of scientific reporting. Thus, we count again with work from four countries in two languages, with issues that include Nursing, Psychology, Nutrition, Physiotherapy and academic writing.

We now say farewell and invite our readers to continue and to deepen the academic and professional exchange.

Sebastian Griscti
Editor



Universidad
Católica del
Uruguay

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

AUTORIDADES INSTITUCIONALES

Cardenal Daniel Sturla Berhouet SDB
Gran Canciller

P. Alejandro Tilve SJ
Vice Gran Canciller

P. Dr. 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
Secretaría General y Asesora Jurídica

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

La Revista Enfermería: Cuidados Humanizados es la 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. Its purpose is to contribute to scientific development, promoting a space for communication throughout Uruguay and the region.

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

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

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

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

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

The guidelines for the authors are published in the magazine and on the website 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 envuelta 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 expreso 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 del Uruguay regularmente, a cada seis meses, Junho-Dezembro.

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

COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL E INTERNACIONAL

COMITÉ CIENTIFICO NACIONAL

Prof. Dra. Zoraida Fort.

Gerente de RRHH del Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

Prof. Lic. María del Carmen Ferreiro.

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

Prof. Lic. Álvaro Fernández.

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

Prof. Emérita Lic. Soledad Sánchez,

Uruguay.

Prof. Mag. Teresa Menoni.

Universidad de la República Oriental del Uruguay, Uruguay.

Prof. Lic. Maira Castro.

Administración de Servicios de Salud del Estado, Uruguay.

Prof. Mag. Rosana Tessa.

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

Prof. Dra. Adriana Misa.

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

Prof. Dr. Augusto Ferreira.

Universidad Católica del Uruguay, Uruguay.

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Prof. Dra. Beatrice Goodwin.

Universidad de Nueva York, EEUU.

Prof. Dra. Luz Angélica Muñoz.

Universidad de Enfermería Andrés Bello, Chile.

Prof. Mag. Ana María Vásquez.

Universidad de la Serena, Chile.

Prof. Mag. Alicia Reyes Vidal.

Facultad de Enfermería Universidad Andrés Bello, Chile.

Prof. Mag. Carmen Falconí.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador.

Prof. Dra. Olivia Sanhueza.

Universidad de Concepción, Chile.

Prof. Lic. María Virginia Hernández

Alonso. Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, México.

Prof. Dra. Adelaida Zabalegui.

Hospital Clínico de Barcelona, España.

Prof. Dra. M^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. Sebastián Griscti

_____ pág. 3

SECCIÓN 1: ARTÍCULOS ORIGINALES

CARTAS TERAPÊUTICAS À FAMÍLIA DA CRIANÇA/ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA:
INTERVENÇÃO COM FAMÍLIA

CARTAS TERAPÉUTICAS A LA FAMILIA DEL NIÑO/JOVEN DISCAPACITADO:
INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA
THERAPEUTIC LETTERS TO THE FAMILY OF A DISABLED CHILD/ADOLESCENT:
INTERVENTION WITH FAMILY

María Angélica Marcheti y Myriam Aparecida Mandetta

_____ pág. 12

MANEJO Y CONOCIMIENTOS SOBRE HEMODERIVADOS DE UN GRUPO DE PROFESIONALES
DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA DE MADRID.

MANAGEMENT AND KNOWLEDGE ABOUT BLOOD PRODUCTS OF A GROUP
OF PROFESSIONAL NURSING AT A HOSPITAL IN MADRID.
GESTÃO DO CONHECIMENTO E PRODUTOS DERIVADOS DO SANGUE UM GRUPO
DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL PROFISSIONAL DE MADRID.

Rafael Muñoz Cruz, María Rodríguez Mármol y Nuria Romero Iglesias

_____ pág. 18

PREVALENCIA DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO ENTRE LOS ADOLESCENTES
DE LOS LICEOS PRIVADOS DE MONTEVIDEO

PREVALENCE OF OVERWEIGHT AMONG ADOLESCENTS
OF PRIVATE HIGH SCHOOLS OF MONTEVIDEO
PREVALÊNCIA DE MÁ NUTRIÇÃO POR EXCESSO ENTRE OS ADOLESCENTES
DE COLÉGIOS PARTICULARES DE MONTEVIDÉU

Isabel Pereyra y Carolina de León

_____ pág. 23

HABILIDADES PARA EL CUIDADO HUMANIZADO DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

SKILLS REQUIRED BY NURSING STUDENTS TO PROVIDE HUMANIZED CARE
HABILIDADES DE ATENDIMENTO HUMANIZADO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Azucena Landman Navarro, Rose Marie del Alcazar Pabst, Yesenia Madrid Zamorano, Leticia Pais Veliz,
Eitel Rosenkranz Moreno e Ivonne Vivanco Lobato

_____ pág. 29

VARIACIÓN EN LA EMISIÓN LÁSER DE BAJA POTENCIA A TRAVÉS DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR

VARIATION IN LOW POWER LASER EMISSIONS PASSING THROUGH KINESIO TAPING
VARIAÇÃO NA EMISSÃO LASER DE BAIXA INTENSIDADE ATRAVÉS DA BANDAGEM NEUROMUSCULAR

Ernesto Benítez y Rodrigo DaCunda

_____ pág. 35

SECCIÓN 2: ACTUALIZACIONES

COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN CIENTÍFICA:

Algunos aportes para la presentación de informes de investigación

SCIENTIFIC COMMUNICATION AND DIFFUSION:
Some contributions for research reporting

COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA:

Algumas contribuições para o relato de pesquisas

Augusto Ferreira Umpiérrez

_____ pág. 40

SECCIÓN 3: EVENTOS ACADÉMICOS

_____ pág. 47



SECCIÓN 1

Artículos originales

CARTAS TERAPÊUTICAS À FAMÍLIA DA CRIANÇA/ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA: INTERVENÇÃO COM FAMÍLIA

CARTAS TERAPÉUTICAS A LA FAMILIA DEL NIÑO/JOVEN DISCAPACITADO: INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

THERAPEUTIC LETTERS TO THE FAMILY OF A DISABLED CHILD/ADOLESCENT: INTERVENTION WITH FAMILY

María Angélica Marcheti

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Brasil.

mamarcheti@gmail.com

Myriam Aparecida Mandetta

Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil.

Recibido: 15/04/2016

Acceptado: 23/05/2016

RESUMO

O presente estudo buscou compreender o significado atribuído pela família da criança com deficiência mental às cartas terapêuticas recebidas durante a sua participação no Programa de Intervenção com Famílias de Criança com Deficiência Mental (PIFCDM) desenvolvido no Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista no ano de 2010 com seis famílias, e a Análise Qualitativa de Conteúdo segundo Morse guiou a análise. A categoria “sendo uma referência para a família” exprime o significado da carta terapêutica para a família. Trata-se de uma experiência nova, nunca vivenciada pela família, que se surpreende de maneira prazerosa, permitindo o despertar de sentimentos positivos e de consideração por sua história. A leitura das cartas amplia a compreensão sobre a situação vivida, possibilitando à família modificar o manejo das situações, fazendo emergir um sentido de empoderamento de suas capacidades e de pertença à sua história. As cartas terapêuticas mostraram que podem ser intervenções valiosas no cuidado da família da criança com deficiência.

Palavras-chave: Enfermagem Familiar, Crianças com Deficiência, Cuidados de Enfermagem, Família.

RESUMEN

Este estudio busca comprender el significado atribuido por las familias de niños con discapacidad mental a las cartas terapéuticas que recibieron durante su participación en el Programa Intervención con Familias de Criança com Deficiência Mental (PIFCDM) desarrollado en Brasil. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas a seis familias, en 2010. El análisis cualitativo de contenido, según Morse, guió el análisis. La categoría “ser una referencia para la familia” expresa el significado atribuido por las familias a las cartas terapéuticas. Las cartas resultaron una

nueva experiencia para la familia, que se sorprendió de una manera agradable, permitiendo el despertar de sentimientos positivos hacia su historia. La lectura de las cartas amplía la comprensión de la situación que vive la familia, lo que permite modificar el manejo de situaciones, dando lugar a una sensación de poder en sus capacidades y de pertenencia respecto a su historia. Las cartas terapéuticas pueden resultar intervenciones valiosas para el cuidado familiar.

Palabras clave: Enfermería de la Familia, Niños con Discapacidad, Atención de Enfermería, Familia.

ABSTRACT

The main goal of this study was to understand the meaning given by the disabled child's family to the therapeutic letters that they received during their participation in the Intervention Program with Mental Disabled Child's Families (PIFCDM). Data collection was conducted in May 2010 interviewing six families. The qualitative analysis of content, according to Morse, led the research. The category of “being a reference to the family” expresses the meaning of the therapeutic letters to the families. This is a new experience for the families, who were pleasantly surprised, allowing the awakening of positive feelings and considerations to their history. Reading the letters widens the understanding of the situation experienced, enabling the family to modify the way that they handle the situations, giving rise to a sense of empowerment of their capabilities in their history with the disabled child. The therapeutic letters showed that they can be valuable interventions in the disabled child's family care.

Keywords: Family Nursing, Disabled Children, Nursing Care, Family.

INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança com deficiência fragmenta a sensação de capacidade e confiabilidade dos pais, causando uma lenta e profunda ferida que demora a se recuperar e que leva à família a enfrentar uma situação desafiadora, na qual afloram sentimentos ambíguos frente à criança (1-2), com uma profunda desilusão, quase sempre acompanhada de sofrimento emocional, exigindo um período de luto, um tempo durante o qual a dor e o sentimento de perda possam ser elaborados (3). A maneira pela qual os pais lidam com suas emoções pode ser diferente. Há os que se voltam para dentro de si, outros expressam abertamente seus sentimentos, alguns buscam ativamente informações; enquanto outros esperam que as pessoas em torno deles tomem a iniciativa da situação. Pode ocorrer ainda de recobrem um sentido normal de si mesmos, e retornar às suas rotinas, meses após o conhecimento da deficiência no filho (4). A família necessita de ajuda, face às situações vivenciadas com o contexto da deficiência, ao longo de sua história de vida, para o seu bem-estar, funcionamento e desenvolvimento enquanto unidade de relações (5-6).

Em nossa prática clínica com famílias de crianças com deficiência, desenvolvida em uma Unidade da Pestalozzi, em Campo Grande, MS, Brasil, como parte do projeto *“Cuidando da família da criança com deficiência: uma proposta de intervenção para fortalecer a resiliência”* e do Programa de Intervenção com Família no Contexto da Deficiência Mental (PIFCDM), uma intervenção que tem sido realizada é o envio de cartas terapêuticas às famílias, a fim de proporcionar momentos de reflexão e de aproximação com o sistema familiar. As cartas ressaltam as forças da família, reforçam as mudanças efetuadas por ela e oferecem uma revisão dos esforços familiares e das ideias ou intervenções sugeridas pelo enfermeiro para o manejo de situações conflitantes (7).

No Modelo de Intervenção na Família (MICF) proposto por Wright e Leahey, o envio de cartas terapêuticas é indicado durante o desenvolvimento do trabalho clínico do enfermeiro com as famílias e na sua finalização (7). A equipe do *Family Nursing Unit* (FNU), na Universidade de Calgary, tem incorporado o uso da carta terapêutica na prática clínica com famílias há mais de 20 anos, e observam que cartas criam oportunidades de relações mais colaborativas e transparentes com a família (8-10). Por meio das cartas, a equipe oferece elogios ou confirmações dos pontos fortes da família. As cartas enfatizam também as ideias sugeridas nas sessões e oferecem novos questionamentos que ampliam o desafio para mudança, apresentando ideias diferentes e convidando a família para novas reflexões. Na literatura internacional, as cartas terapêuticas têm sido muito utilizadas na prática com famílias, representando uma excelente intervenção de enfermagem. Entretanto, na literatura brasileira ainda são poucos os estudos que investigaram sua utilização, assim como a experiência da família com esse tipo de intervenção (8-16).

Temos realizado um programa de intervenções com família (PIFCDM) em que as famílias são encaminhadas por

profissionais da saúde de uma escola especial ou elas próprias solicitam a sua inclusão diretamente com a enfermeira responsável pelo atendimento. O programa é realizado por meio de encontros terapêuticos. No primeiro encontro, é firmado um contrato entre o enfermeiro e a família, que assina um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após receber explicações sobre a sua participação. Neste momento, é realizada a avaliação da família, segundo o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), com identificação das forças, fraquezas e hipóteses do sofrimento vivenciado pela família. No encontro posterior é realizada a validação das hipóteses do sofrimento da família e são sugeridas intervenções para atingir os domínios afetivos, cognitivos e comportamentais, de acordo com o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MICF) (7). Em média, dez sessões são realizadas com a família, e intervenções, como ouvir atentamente, elogiar as forças, aconselhar a família e dar informações são promovidas com a família em cada encontro terapêutico realizado. Questionamos como é para a família receber uma carta terapêutica, como atribui significado e interage com essa experiência. Desta forma, nosso objetivo foi compreender o significado atribuído pela família da criança com deficiência inserida no programa de intervenção de enfermagem às cartas terapêuticas.

CAMINHO METODOLÓGICO

Pesquisa de abordagem qualitativa realizada com seis famílias atendidas no *Programa de Intervenção com Família no Contexto da Deficiência Mental* (PIFCDM), um programa estruturado que propõe intervenções para o fortalecimento da resiliência da família, realizado na Associação Pestalozzi de Campo Grande/MS, aprovada pelo Comitê de Ética da Instituição.

Dentre as intervenções de enfermagem neste programa destacam-se as cartas terapêuticas, objeto desta pesquisa, que são enviadas no decorrer dos encontros terapêuticos, conforme as necessidades da família, e na finalização dos encontros com a família no programa. Em 2010, foram atendidas nove famílias no programa. Foram encaminhadas em média doze cartas terapêuticas e realizados dois telefonemas terapêuticos. Para coleta de dados utilizamos a entrevista semiestruturada com seis famílias que receberam alta do programa, com média de duração de 30 minutos, com a participação de seis mães, um pai, um padrasto, uma avó e três irmãos. Cinco entrevistas foram realizadas na instituição e uma na residência da família. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas pelo pesquisador, logo após sua realização. Foi utilizada a Análise Qualitativa de Conteúdo, segundo Morse, para guiar a análise dos dados (17).

RESULTADOS

A Análise Qualitativa realizada nos permitiu avançar na compreensão do significado das cartas terapêuticas para a família da criança com deficiência. A categoria *“Sendo uma referência para a família”* exprime o significado da carta

terapêutica para a família. Trata-se de uma experiência nova, muitas vezes nunca vivenciada pela família, e que a surpreende de maneira prazerosa, permitindo o despertar de sentimentos positivos. A partir do recebimento da carta, a família, sentindo-se confortada e considerada, realiza algumas ações no sentido de divulgá-la junto aos seus entes significativos e de mantê-la sob sua guarda como algo muito valioso. Como consequência, a família percebe que a leitura da carta a torna mais envolvida com a situação vivenciada e amplia sua compreensão sobre a mesma, tornando-se um momento rico de reflexão e aprendizagem para todos. Há maior interação entre os membros da família, pois todos se sentem ajudados e desta forma se unem na leitura e discussão do que estão vivenciando, possibilitando a construção conjunta de estratégias que resultam em uma modificação na maneira como manejam a situação.

As subcategorias que compõem são apresentadas a seguir.

Valorização e respeito

Ao receber as cartas terapêuticas a família revela sentir-se valorizada e respeitada pela enfermeira, de maneira nunca antes vivenciada, porque percebe a disponibilidade desse profissional em relação aos seus problemas e desafios, elevando sua autoestima e despertando sentimentos de felicidade *“As cartas..., me senti muito bem..., eu nunca recebi carta de ninguém, fiquei muito feliz..., comentei... ‘que bom, nem nas férias a A. (enfermeira) se esqueceu da gente’. Nossa, nós ficamos tão felizes..., adorei..., o H. também lia junto e gostou” (Narrativa da família 1 –F1).*

A família se percebe importante na relação com o profissional, que demonstra por meio da carta valorizar sua experiência, ouvindo-a e registrando sua história. Perceber-se sendo respeitada também é evidenciado quando outros membros da família reconhecem a importância daquele que recebe as cartas, ou que é mencionado em um trecho da mesma, e que por isso tem sua individualidade valorizada. Narrativas ilustrativas da experiência da família: *“Ah eu me senti importante, respeitada..., ouvida...” (F4).* *“A gente se sente importante, porque é uma coisa, assim, que a gente não recebe de ninguém e a gente viu que, tipo assim..., é uma preocupação..., eu me senti muito importante..., eu falei: ‘nossa é difícil achar alguém assim, que se preocupe, né...?’” (F3).* *“Nossa, receber as cartas, nossa..., meu marido falou: ‘nossa, hein, você tá, hein...’ E ele leu primeiro, porque mandou no nome dele, ele viu que era pra ele, né? Daí ele ficou todo, todo... Nossa, ele disse: ‘você tá muito solicitada..., recebendo carta, que importante...’ (Risos)” (F6).*

Saber que o profissional mantém todos os arquivos das conversas terapêuticas realizadas nos encontros e que depois se preocupa em enviar-lhe uma carta é muito significativo e demonstra o cuidado e a preocupação desse profissional. Cartas terapêuticas transmitem à família um sentido de disponibilidade em termos de tempo e postura comprometida do profissional, assim como de sua capacidade de escuta

atenta. Ao perceber a disponibilidade do profissional, a família sente-se mais próxima dele. As cartas têm o potencial de construir um elo profundamente respeitoso entre o enfermeiro e a família da criança com deficiência. *“E saber, assim, que a conversa fica guardada, tudinho, pra depois passar pra gente..., que não passou de uma conversa..., sabe, tipo..., não foi só um momento, mas que foi um momento que ficará registrado..., está registrado..., tá ali no papel.” (F4).* Em encontros subsequentes, a família narra como a carta recebida fez bem a todos os seus membros, e abre-se com maior receptividade ao profissional.

Suporte

As cartas terapêuticas tornam-se uma fonte de suporte para a família, que se percebe sendo ajudada e apoiada, tanto em situações difíceis de relacionamento com os membros da família, como para ampliar seu conhecimento sobre a deficiência e o manejo das adversidades advindas do contexto dela. O reconhecimento e a validação das suas crenças e sentimentos, em relação ao sofrimento vivenciado durante todos os anos transcorridos, ajuda a família a relembrar situações de superação e possibilita a ela a elaboração de novas maneiras de enfrentamento. Desta forma, as cartas terapêuticas tornam-se um instrumento valioso para a família ampliar sua compreensão sobre o que está sendo vivido. As leituras repetidas, assim como os conselhos, os textos dirigidos para cada situação particular e a indicação de filmes, nos encontros terapêuticos, são excelentes recursos reconhecidos pela família para aprofundar seu conhecimento e dar suporte para a tomada de decisões necessárias ao enfrentamento dos desafios. Por apresentar um forte impacto sobre a família, esses recursos tornam-se elementos fundamentais para a reflexão e realização de mudanças relacionais e comportamentais com o filho deficiente e com os demais membros da família. *“Os textos me ajudaram a entender bastante em como lidar, sabe..., entendi bastante, e é sobre aquilo lá que foi os ensinamentos que eu aprendi... Então, hoje tá superado tudo, as cartas eu lia bastante..., lia e relia, pra mim entender o que que tava ali né... Então, me ajudou bastante e tá me ajudando e vai me ajudar...” (F6).* *As cartas, os textos e o filme me ajudou..., você tem que ter fé, não desanimar diante das..., que nem, muitas vezes eu tentei me matar..., eu não queria mais viver, não... Então, eu me sinto ajudada, a gente, por mais que tenha problema, tem força e fé também. Então, o filme pra mim, e as cartas..., deu suporte.” (F5).*

Interação familiar

A família percebe que as cartas terapêuticas propiciam encontro entre os membros da família, que se unem na leitura e nas discussões sobre os assuntos nelas ponderados. A leitura conjunta e as conversas geradas entre os membros da família proporcionam intimidade relacional na família, podendo contribuir para melhorar o relacionamento entre todos. *“As cartas ajudaram bastante, ele (o pai) lia pra mim e nós conversamos mais..., e ele deita e fica lendo...” (F2).*

Recurso

A família revela que não consegue esquecer as cartas e que as lê várias vezes, mesmo transcorrido um tempo entre o recebimento, pois lhe ajuda a lembrar de tudo o que conversou e vivenciou nos encontros do programa. Revela que sempre recorre às cartas, principalmente quando tem uma dificuldade ou para buscar uma referência que a ajude em momentos mais tensos, ou simplesmente porque lhe provoca uma sensação de bem-estar. As cartas tornam-se um apoio substancial à família, que reconhece sua experiência e forças nas expressões escritas. A família guarda todas as cartas e textos recebidos com muito zelo, com o objetivo de tê-las sempre consigo para lhe ajudar a relembrar de suas experiências e ser uma fonte de estímulo para recarregar as forças e enfrentar as adversidades que encontra em sua trajetória com o filho. *“As cartas que vinham, nossa..., estão todas guardadinhas..., adoro ler e releer, são coisas assim que a gente não se esquece... É lindo... A gente fica lembrando, aqui a gente conversou tal dia... Ontem mesmo, eu tava mexendo pra guardar aquela lá, e li tudo de novo... Quando eu preciso, eu sempre leio as cartas... (Risos). Porque, nossa, só me ajudou..., foi muito bom. Foi uma ajuda muito grande, assim, pra gente, né...?” (F4).* Também, a família divulga e mostra para os demais profissionais da entidade e inclusive oferece as cartas para eles lerem, demonstrando seu valor e o contentamento provocado por ter recebido algo relevante para sua trajetória. Tal fato tem impacto entre os demais profissionais da instituição, que percebem a família mais empoderada e confiante em suas capacidades para o manejo da situação vivenciada.

DISCUSSÃO

As cartas terapêuticas são referências para a família da criança com deficiência, pois lhe permite refletir sobre a situação vivida e representam importante suporte para que ela compreenda melhor a sua experiência e se fortaleça para os enfrentamentos cotidianos. Receber as cartas significou para a família ser valorizada e respeitada em sua narrativa de vida com a criança e proporcionou momentos de interação familiar, sendo um recurso que a família recorre quando necessita. A família manifesta sua satisfação em perceber a predisposição do profissional que se preocupou em ajudá-la em sua experiência e desafios de vida. Essa predisposição abre possibilidades para a família compartilhar o sofrimento experienciado em sua história com a criança e com o impacto da deficiência na família, e para receber apoio e cuidado. Em um estudo (18), em que o autor buscou compreender o significado que os clientes atribuíam às cartas terapêuticas recebidas de conselheiros, observamos elementos comuns aos deste estudo, em que as famílias apreciaram a sensação de ter alguém que de fato se preocupa com elas, mesmo fora das sessões terapêuticas, transmitindo um sentido de disponibilidade do profissional e de sua capacidade de ouvir. Evidências de outro estudo em que o autor analisou o impacto da carta terapêutica na relação do profissional com o cliente, mostraram que os clientes sentiam-se valorizados, pois percebiam que o profissional não poupou

seu tempo para sentar e escrever uma carta (19). Os clientes mostraram satisfação por perceberem uma relação menos distante e mais pessoal do profissional. Desta maneira, as cartas terapêuticas parecem manter uma ligação entre a família e o profissional, apesar da passagem do tempo entre os encontros, e dão um sentido de suporte e compromisso do profissional. O sentimento de valorização e respeito, e a disponibilidade do profissional percebida pela família ao receber a carta terapêutica parecem ter importância na construção da relação terapêutica entre o profissional e a família.

Moules ao analisar cartas terapêuticas utilizadas como intervenção com famílias atendidas em sessões terapêuticas, evidenciou que cartas contribuíram para preservar e conservar na memória do cliente o momento vivido e o evento de sofrimento e cura (15). Esse fato vem ao encontro do sentido atribuído pelas famílias deste estudo, que guardam as cartas terapêuticas recebidas, pois as mesmas as ajudam a relembrar suas experiências, suas forças na superação das adversidades, e servem de referência e estímulo para enfrentar futuros desafios com o filho. Cartas terapêuticas parecem proporcionar intimidade relacional com potencial de cura na família, podendo melhorar o relacionamento entre os membros e entre o enfermeiro e a família. Encontramos na literatura, que elas têm o potencial para curar, para convidar a família à reflexão e à mudança na maneira como o sofrimento é percebido pelos membros da família (20-21).

O uso de cartas como intervenção terapêutica pode ajudar a família a resgatar sentimentos de pertença e de respeito a si mesma. As cartas parecem ter o potencial de fazer emergir na família um sentido de empoderamento de sua história de vida com a criança deficiente, em que ela se identifica como família e vê em sua trajetória, possibilidades de continuar vivendo e superando os desafios que a situação de deficiência do filho lhe trouxe. Mamede utilizou principalmente cartas e fotografias no trabalho com internas em tratamento psiquiátrico, evidenciando que as cartas podem ajudar no resgate da dignidade, da auto-imagem e da constituição do *self* (22).

Assim, cartas terapêuticas ajudam a família a conservar na memória o que poderia ser esquecido e a ajuda a refletir sobre como manejou as situações difíceis enfrentadas com o filho deficiente, abrindo perspectivas otimistas para o enfrentamento presente e para um futuro de possibilidades. Elas parecem ampliar os limites da compreensão da família, que incorpora mais da sua experiência vivida, e torna-a mais facilmente elaborada e aceita. Escrever cartas com intenção terapêutica exige do profissional o cuidado de pensar o que irá escrever, em como a família interpretará os escritos e o impacto que ela trará. O conteúdo de uma carta terapêutica deve facilitar a compreensão da família e ser cuidadosamente redigido, delicadamente apresentado e intencionalmente posicionado. As cartas favorecem a confiança da família e o fortalecimento de vínculo com o enfermeiro, que ao testemunhar sua história de vida e seu potencial de superação das adversidades, demonstra compromisso com ela. O relacionamento da família e do enfermeiro é estendido por meio da carta terapêutica,

configurando-se como uma intervenção terapêutica. Cartas podem facilitar e preservar a integridade da relação do enfermeiro com o cliente (20).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo nos levou a refletir sobre o significado que as famílias de crianças com deficiência atribuem às cartas terapêuticas recebidas durante sua participação no programa de intervenção. As cartas terapêuticas utilizadas neste programa não tiveram como objetivo substituir os encontros terapêuticos da enfermeira com a família, mas foram encaminhadas durante os encontros e na finalização dos mesmos.

Os resultados deste estudo levam-nos a sugerir que cartas terapêuticas legitimam as crenças e os sentimentos da família no momento do seu sofrimento, reativam a memória delas com relação às situações adversas já enfrentadas com o filho, e apresentam possibilidades de enfrentamento da situação atual, fortalecendo o potencial delas para a superação ou alívio do sofrimento. Cartas terapêuticas são fontes de inspiração para a família rever seus relacionamentos e o modo de cuidar do filho com deficiência. A preocupação com pesquisas de intervenção com a família é recente na enfermagem, cabendo destacar que ainda são poucos os estudos que têm como foco de interesse tal aspecto, o que motiva a busca por uma maior compreensão deste fenômeno e de sua aplicabilidade prática.

O enfermeiro tem uma importante função junto às famílias que experienciam a situação de ter um filho com deficiência, podendo ajudá-las nessa situação. Todavia, é preciso que o profissional esteja instrumentalizado para identificar o potencial e os elementos fundamentais no funcionamento da família, a fim de ajudá-la a ter suas capacidades fortalecidas. O Programa de Intervenção com Família no Contexto da Deficiência Mental (PIFCDM) é fundamentado no marco teórico constituído pelo Interacionismo Simbólico, pelo Modelo de Vulnerabilidade da Família e Modelo de Resiliência Familiar, e oferece uma estrutura organizada que direciona a intervenção do enfermeiro para uma prática avançada com família na experiência da deficiência (23-25). O enfermeiro pode identificar habilidades na família que possibilitem o planejamento de intervenções visando ao suporte e ao fortalecimento das competências familiares, e buscar evidenciar o potencial de cada família para reestruturação e promoção do seu funcionamento saudável. Acreditamos que as cartas terapêuticas mostraram ser intervenções valiosas nesse processo. Embora a literatura e os resultados desse estudo sejam encorajadores e mostrem os benefícios da utilização de cartas terapêuticas como intervenção com famílias que vivenciam o sofrimento advindo da situação de doença, deficiência, perda e luto, é fundamental a ampliação de estudos sobre a temática, para ser consolidada como intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Levorlino SA. Estudo das percepções, sentimentos e concepções para entender o luto de familiares de portadores da síndrome de Down da cidade de Sobral – Ceará. [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005.
2. Leal EN. A criança com síndrome de Down: expectativa da família quanto ao processo de inclusão escolar. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2006.
3. Franco V, Apolônio AM. Desenvolvimento, resiliência e necessidades das famílias com crianças deficientes. *Revista Ciência Psicológica*. 2002; 8:40-54.
4. Holanda ER, Collet N, Costa SFG da. Crianças com Síndrome de Down: o significado do cuidar na percepção de mães. *Online Brazilian Journal of Nursing [Internet]*. 2008 [Acesso em: 09 ago 2010]; 7(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1443/347>
5. Barbosa MAM, Chaud MN, Gomes MMF. [Vivências de mães com um filho deficiente: um estudo fenomenológico]. *Acta Paul Enfermagem* 2008; 21(1):46-52.
6. Barbosa MAM, Pettengill MAM, Farias TL, Lemos LC. Cuidado da criança com deficiência: Suporte social acessado pelas mães. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(3):406-12.
7. Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 5ª Ed. São Paulo: Roca; 2012.
8. Wright LM, Simpson P. A systemic belief approach to epileptic seizures: a case of being spellbound. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*. 1991; 13(2): 165-80.
9. Wright LM, Watson WL. Systemic family therapy and family development. In: Falicov CJ. *Family transitions: Continuity and change over the life cycle*. New York: Guilford; 1988.
10. Wright LM, Watson WL, Bell JM. *Beliefs: The heart of healing in families and illness*. New York: Basic Books; 1996.
11. Levac AM, McLean S, Wright LM, Bell JM, “Ann, & Fred. A Reader’s Theatre” intervention to managing grief: Post-therapy reflections by a family and a clinical team. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1998; 24(1): 81-94.
12. Moules NJ. *Nursing on paper: The art and mystery of therapeutic letters in clinical work with families experiencing illness [Unpublished doctoral thesis]*. Alberta (Canada): University of Calgary; 2000.
13. Moules NJ. Nursing on paper: Therapeutic letters in nursing practice. *Nursing Inquiry*. 2002; 9(2): 104-13.
14. Moules NJ. Therapy on paper: Therapeutic letters and the tone of relationship. *Journal of Systemic Therapies*. 2003; 22(1): 33-49.
15. Moules NJ. Therapeutic letters in nursing: Examining the character and influence of the written word in clinical

- work with families experiencing illness. *Journal of Family Nursing*. 2009; 15(1): 31-49.
16. Moules NJ, Thirsk LM, Bell JM. A Christmas without memories: Beliefs about grief and mothering – A clinical case analysis. *Journal of Family Nursing*. 2006; 12(4): 426-41.
 17. Morse JM, Field PA. *Qualitative research methods for health professionals*. 2ª ed. Thousand Oaks: Sage; 1995.
 18. Pyle RN. Therapeutic letters as relationally responsive practice. *Journal of Family Nursing*. 2009; 15(1): 65-82.
 19. Rodgers N. Therapeutic letters: a challenge to conventional notions of boundary. *Journal of Family Nursing*. 2009; 15(1):50-64.
 20. Bell JM, Moules NJ, Wright LM. Therapeutic letters and the Family Nursing Unit: a legacy of advanced nursing practice. *Journal of Family Nursing*. 2009; 15(1):6-30.
 21. Moules NJ. The past and future of therapeutic letters: family suffering and healing words. *Journal of Family Nursing*. 2009; 15(1): 102-11.
 22. Mamede MC. *Cartas e retratos: uma clínica em direção à ética*. [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia; 2002.
 23. Marchetti MA. (2012). Programa de intervenção na família no contexto da deficiência mental: um espaço para promover mudanças. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
 24. Pettengill MAM, Angelo M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(6): 982-8.
 25. Walsh F. (2005). *Fortalecendo a Resiliência Familiar*. São Paulo: Roca.

MANEJO Y CONOCIMIENTOS SOBRE HEMODERIVADOS DE UN GRUPO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA DE MADRID

MANAGEMENT AND KNOWLEDGE ABOUT BLOOD PRODUCTS OF A GROUP OF PROFESSIONAL NURSING AT A HOSPITAL IN MADRID

GESTÃO DO CONHECIMENTO E PRODUTOS DERIVADOS DO SANGUE UM GRUPO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL PROFISSIONAL DE MADRID

Rafael Muñoz Cruz

Hospital Ramón y Cajal. Madrid, España.
rafamunozcruz@gmail.com

Recibido: 05/04/2016

Aceptado: 15/05/2016

María Rodríguez Mármol

Hospital comarcal de Alcañiz. Teruel, España.

Nuria Romero Iglesias

Complejo hospitalario de Jaén. Jaén, España.

RESUMEN

La transfusión de sangre es una práctica frecuente en el ámbito hospitalario en la que el papel de Enfermería es fundamental, siendo necesarios conocimientos específicos para evitar riesgos y complicaciones. El objetivo de este trabajo fue estudiar los conocimientos y el manejo que tienen un grupo de enfermeras sobre productos hemoderivados. Para ello, se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario previamente validado, con 25 ítems y dos opciones de respuesta para cada pregunta. El cuestionario recogía cuestiones sobre conocimientos pre y post transfusionales, así como durante la técnica y en el caso de complicaciones. La media de edad de la muestra fue de 45,23 años, siendo el 45% hombres. El 44,4% trabajaba en turno rotatorio, el 68,3% tenía contrato eventual y el 22,8% tenía formación específica en hemoderivados. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, así como un análisis bivariante en el que se encontraron diferencias significativas en función del sexo, del tipo de contrato, de la experiencia profesional y de la formación específica. En general, los conocimientos sobre hemoderivados son aceptables, aunque existen algunas deficiencias que deberían de ser subsanadas.

Palabras Clave: Actitud, Conocimiento, Enfermería, Sangre, Transfusión Sanguínea.

ABSTRACT

Blood transfusion is a common practice in the hospital setting in which the role of nursing is essential, specific knowledge being necessary to avoid risks and complications. The aim of this work was to study the knowledge and management on blood products with a group of nurses on blood products. To do this, we conducted a cross-sectional study using a previously validated questionnaire with 25 items and two possible answers to each question. The questionnaire included questions on pre and post transfusion knowledge as well as several actions to take during the technique in the case of complica-

tions. The average age of the sample was 45.23 years, with 45% of them men. 44.4% worked in rotating shifts, 68.3% had temporary contracts and 22.8% had specific training in blood products. A descriptive analysis of the data was performed, and also a bivariate analysis that found significant differences based on gender, type of contract, professional experience and specific training. In general, knowledge of blood products is acceptable, although there are some shortcomings that should be remedied.

Keywords: Attitudes, Knowledge, Nursing, Blood, Blood Transfusion.

RESUMO

A transfusão de sangue é uma prática comum no ambiente hospitalar em que o papel da enfermagem é essencial o conhecimento, específica seja necessária para evitar riscos e complicações. O objetivo deste estudo foi o de estudar o conhecimento e gestão com um grupo de enfermeiros sobre produtos derivados do sangue. Para isso, foi realizado um estudo transversal, utilizando questionário previamente validado com 25 itens e duas respostas possíveis a cada pergunta. O questionário incluiu perguntas sobre pré e pós conhecimento transfusão, bem como durante a técnica e, no caso de complicações. A idade média da amostra foi de 45.23 anos, com 45% dos homens. 44,4% trabalhavam em Rota, 68,3% tinham contratos temporários e 22,8% tinham formação específica em produtos sanguíneos. A análise descritiva dos dados foi realizada, e uma análise bivariada que encontraram diferenças significativas com base no sexo, tipo de contrato, experiência profissional e formação específica. Em geral, o conhecimento de produtos sanguíneos são aceitáveis, embora existam algumas deficiências que devem ser colmatadas.

Palavras- chave: Atitudes, Conhecimentos, Enfermagem, Sangue, Transfusão de Sangue.

INTRODUCCIÓN

La sangre siempre ha sido considerada un factor relacionado con la salud y con la fuerza en el ser humano, de ahí que desde el siglo XVII se empiece a intentar realizar transfusiones sanguíneas (1). La transfusión de sangre es el proceso por el que se trasplanta un tejido, siendo en este caso un trasplante de sangre; es un proceso que está sujeto a una legislación rigurosa para establecer un indicador que garantice la seguridad y la calidad de la transfusión (2-4). Tanto la promoción de la donación como la transfusión de sangre es una parte fundamental en el actual sistema de atención sanitaria (5).

La terapia transfusional requiere de sólidos conocimientos para poder planear y ejecutar un plan de trabajo integral para lograr el bienestar de la persona que lo requiera, conocimientos que, según diversos estudios, son insuficientes por parte de los profesionales enfermeros (2, 6-8). El personal de Enfermería que desarrolla su profesión en aspectos relacionados con las transfusiones sanguíneas debe estar en una actualización continua de conocimientos, orientados a desarrollar nuevas técnicas y cuidados enfermeros en este campo, así como medidas de seguridad, ya que es esta categoría profesional la que más accidentes de tipo biológico sufre (9, 10). Por otro lado, la aplicación de un protocolo adecuado va a prevenir las serias complicaciones que puedan presentarse en una reacción; dichos protocolos deben estar basados en los principales principios bioéticos (11, 12).

La Enfermería cumple un rol fundamental para la recuperación del paciente, ya que es el miembro del equipo de salud que más posibilidad tiene de identificar posibles problemas relacionados con la transfusión (13). El grado de conocimiento del personal enfermero va a influir directamente en la seguridad de la transfusión, por lo que es conveniente la realización de capacitaciones que desarrollen conocimientos, habilidades y competencias, así como la aplicación de instrumentos de evaluación del conocimiento de forma periódica que eviten las causas más frecuentes de muerte relacionadas con la transfusión (14). Entre dichas causas se encuentran la lesión pulmonar aguda, las reacciones hemolíticas y la contaminación bacteriana (15).

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es identificar los conocimientos que un grupo de enfermeras y enfermeros que realizan su función asistencial en hospitalización tienen sobre el manejo de hemoderivados. De esta manera se podrán identificar posibles deficiencias y centrar la formación de estos profesionales en corregir dichas deficiencias en una práctica segura.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en el que se encuestaron a 180 profesionales de Enfermería que desarrollaban su profesión en la ciudad de Madrid. No hubo criterios de

exclusión, mientras que el único criterio de inclusión fue desarrollar su labor en servicios de hospitalización en dicha ciudad. El muestreo utilizado fue no probabilístico de conveniencia.

Los datos fueron recogidos durante los meses de noviembre de 2015 a enero de 2016 (ambos inclusive) a través de un instrumento autoadministrado para identificar el desempeño en el manejo y administración de hemoderivados, validado con un índice de kappa de 0,8 y extraído de un estudio previo (16). Consta de 25 ítems con dos opciones de respuesta. Además se recogieron variables sociodemográficas como la edad, el sexo, tipo de contrato, turnicidad, experiencia profesional, formación específica y si eran especialistas o generales. Todos los participantes fueron encuestados de forma anónima y voluntaria previo consentimiento informado.

Los datos obtenidos se procesaron con el paquete estadístico SPSS 15, realizándose cálculos descriptivos a través de media y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas, mientras que para las variables cualitativas se usaron porcentajes y frecuencias. Para el análisis bivalente se utilizó el estadístico Chi-cuadrado. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas cuando el valor de significación fue menor a 0,05. En aquellos casos donde las diferencias fueron significativas se llevó a cabo el cálculo del tamaño del efecto a través de la Odds Ratio y su intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS

La muestra estudiada fue de 180 enfermeros de los cuales el 45% (81) eran hombres y el 55% (99) fueron mujeres. La media de edad del total de la muestra fue de $45,23 \pm 10,664$. El 44,4% (80) trabajaban en turno rotatorio y el resto lo hacía en un turno fijo. El 31,7% (57) era personal fijo y el 68,3% (123) eran eventuales. El 78,3% tenían más de 5 años de experiencia profesional. El 22,8% (41) tenían formación específica en cuanto al manejo de hemoderivados y el 75,6% (136) eran enfermeros generales (Tabla 1).

Al analizar descriptivamente el cuestionario se obtuvieron los resultados expuestos en la siguiente tabla (Tabla 2).

Se llevó a cabo el análisis bivalente en función de las variables sociodemográficas que se consideraron en el cuestionario, y se obtuvieron las diferencias estadísticamente significativas (Tabla 3).

Tabla 3. Análisis bivalente en función del sexo, tipo de contrato, experiencia profesional y formación específica, a través de la Chi².

En función del turno que tenían los participantes no se obtuvo ninguna diferencia estadísticamente significativa, al igual que tampoco se encontraron en función de si eran enfermeros generales o especialistas.

		Hombres	Mujeres	Total
Sexo		45% (81)	55% (99)	100% (180)
Media de Edad		46,30±10,7	44,36±10,61	45,23±10,67
Turno	Rotatorio	38,3% (31)	49,5% (49)	44,4% (80)
	Fijo	61,7% (50)	50,5% (50)	55,6% (100)
Contrato	Fijo	37% (30)	27,3% (27)	31,7% (57)
	Eventual	63% (51)	72,7% (72)	68,3% (123)
Experiencia profesional	Más de 5 años	77,8% (63)	78,8% (78)	78,3% (141)
	Menos de 5 años	22,2% (18)	21,2% (21)	21,7% (39)
Formación específica	Sí	24,7% (20)	21,2% (21)	22,8% (41)
	No	75,3% (61)	78,8% (78)	77,2% (139)
Especialidad	Enf. General	79% (64)	72,7% (72)	75,6% (136)
	Especialista	21% (17)	27,3% (27)	24,4 % (44)

Tabla 1. Análisis demográfico segmentado por sexo.

PRE-ADMINISTRACIÓN DE LA TRANSFUSION	SI	NO
1. La enfermera revisa datos del paciente en la solicitud del producto sanguíneo.	90%(162)	10% (18)
2. La enfermera recibe y traslada el producto.	85% (153)	15% (27)
3. La enfermera verifica datos contenidos en la solicitud y etiqueta de la bolsa.	83,9% (151)	16,1% (29)
4. La enfermera revisa los datos del producto en el módulo de medicamentos.	83,9% (151)	16,1% (29)
5. Se lava las manos.	71,7% (129)	28,3% (51)
6. Informa sobre el procedimiento a realizar, observa su estado emocional.	63,3% (114)	36,7% (66)
7. Toma y registra signos vitales.	82,2% (148)	17,8% (32)
8. Observa y revisa el estado de la piel.	64,4% (116)	35,6% (64)
9. Revisa y valora el sitio de punción y calidad de la vía de infusión.	80,6% (145)	19,4% (35)
10. Realiza anotaciones iniciales en los documentos correspondientes.	73,9% (133)	26,1% (47)
11. Coteja nuevamente los datos del paciente y del hemoderivado.	66,1% (119)	33,9% (61)
TRAS ADMINISTRACION DE LA TRANSFUSION	SI	NO
12. Inicia la transfusión y permanece con el paciente los primeros 15 minutos.	60% (108)	40% (72)
13. Registra sus signos vitales.	71,1% (128)	28,9% (52)
14. Revisa la respuesta del paciente a la transfusión cada 30 minutos.	26,1% (47)	73,9% (133)
NO SE SUSPENDE POR COMPLICACIONES	SI	NO
15. Hace los registros en los formatos correspondientes.	69,4% (125)	30,6% (55)
16. Valora clínicamente el estado del paciente.	56,7% (102)	43,3% (78)
17. Envía tarjeta de control del producto sanguíneo al banco de sangre.	82,2% (148)	17,8% (32)
18. Evaluación del grado de satisfacción del paciente.	68,3% (123)	31,7% (57)
19. Logro del objetivo terapéutico.	87,8% (158)	12,2% (22)
SE SUSPENDE POR COMPLICACIONES	SI	NO
20. Reacciones adversas por la transfusión, suspender la transfusión.	94,4% (170)	5,6% (10)
21. Avisar al médico.	92,2% (166)	7,8% (14)
22. Registrar los signos vitales.	94,4% (170)	5,6% (10)
23. Observación y control de reacciones adversas.	82,8% (149)	17,2% (31)
24. Toma muestra sanguínea.	97,8% (176)	2,2% (4)
25. Hace registro en los formatos correspondientes.	-	100% (180)

Tabla 2. Frecuencias obtenidas en cada ítem.

En función del sexo			
	Valor de p	OR	IC 95%
Ítem 11	0,038	0,518	[0,27-0,96]
Ítem 14	0,036	0,476	[0,22-0,95]
Ítem 18	0,041	0,517	[0,27-0,97]
En función del tipo de contrato			
	Valor de p	OR	IC 95%
Ítem 11	0,003	0,380	[0,19-0,73]
Ítem 16	0,001	3,332	[1,65-6,70]
Ítem 18	0,000	0,285	[0,14-0,55]
En función de la experiencia profesional			
	Valor de p	OR	IC 95%
Ítem 3	0,035	0,228	[0,05-0,99]
Ítem 18	0,037	0,398	[0,16-0,96]
En función formación específica			
	Valor de p	OR	IC 95%
Ítem 2	0,016	0,355	[0,14-0,84]
Ítem 23	0,017	5,141	[1,17-22,55]

Nota: el contenido de los ítems se puede consultar en la Tabla 2.

DISCUSIÓN

Los resultados arrojados en el análisis descriptivo muestran datos llamativos como que casi el 30% de los encuestados no realiza lavado de manos previo a la transfusión de hemoderivados, que más del 35% no informa al paciente del proceso que se va a llevar a cabo, que el 40% no está observando al paciente durante los primeros 15 minutos de transfusión y que más del 70% no lo hace después. Estas acciones pueden ser derivadas de la falta de tiempo por parte del personal de Enfermería o por el desconocimiento sobre este tipo de prácticas. Es conveniente comparar los resultados obtenidos con los de Cando, Calle y Morales en 2014, donde el 81% de los sanitarios encuestados afirma realizar el lavado de manos antes de manejar hemoderivados; sin embargo, en el mismo estudio casi un 56% no observan la reacción del paciente durante los primeros 15 minutos (10). Respecto a la vigilancia después de la transfusión, en el estudio de Tigua del año 2014 un tercio de las enfermeras no la realizan, es decir, menos de la mitad que en el actual estudio (7). En el lado contrario, hay que decir que los conocimientos en el caso de que la transfusión se suspenda por complicaciones, los profesionales tienen un manejo adecuado, ya que la inmensa mayoría de los profesionales declaran hacer las actuaciones adecuadas, mostrando una actitud similar a la obtenida en la muestra de Mendoza, Moreno y Sequera (2).

En el análisis bivariante se hallaron diferencias significativas en función del sexo de los participantes, siendo las mujeres las que cotejan nuevamente los datos del paciente y del producto antes de la transfusión, revisan la respuesta del paciente y evalúan el grado de satisfacción después de la realización de la técnica. En función del tipo de contrato de las enfermeras, aquellos que tenían un contrato eventual fueron los que co-

teaban los datos de paciente y producto y evaluaban el grado de satisfacción en mayor proporción que aquellos con contrato fijo, siendo éstos los que valoraban, en mayor proporción, el estado del paciente tras la transfusión. No ocurre lo mismo en el estudio llevado a cabo por Flores-Torrecillas y cols. en 2014, donde el tipo de contrato no influye significativamente en los conocimientos de los profesionales (16).

Dependiendo de la experiencia laboral, aquellos que tenían menos de 5 años de experiencia fueron los que más verificaban el contenido de la petición, de la etiqueta de la bolsa y evaluaban el grado de satisfacción del paciente. El hecho de que los profesionales con más experiencia tengan un mejor manejo de los hemoderivados se afirma también en el estudio llevado a cabo en 2013 por Gómez, Quevedo y Calderón, donde se hace especial mención a los consejos de los profesionales a las personas antes de donar sangre (5). Por último, se encontraron diferencias en función de la formación específica, siendo aquellos que la tienen los que revisaban las reacciones adversas en mayor proporción que los que no, mientras que éstos se encargaban en mayor proporción de recibir y trasladar el producto. Resultados equiparables a los obtenidos por Lumenia, Barichello, de Mattia y Barbosa, donde el hecho de haber participado en un curso específico de formación mostró diferencias significativas hacia la mejora en los conocimientos sobre transfusiones sanguíneas (14).

A diferencia de los resultados obtenidos por Camacho en 2010, donde los profesionales que desarrollaban su labor en el turno de noche fueron los que presentaron menor nivel de conocimientos, en el presente estudio no se encontraron diferencias significativas en función del turno que desempeñaban los enfermeros, al igual que tampoco en función del hecho de tener

un título de especialista; respecto a este título, el estudio llevado a cabo por Velasco-Rodríguez, Osorio-Cruz, Peguero-Ortiz y Mora-Brambila en 2013 sí que encontró diferencias en función de la posesión de la especialidad (9, 15).

CONSIDERACIONES FINALES

Al tratarse de un estudio descriptivo transversal con un muestreo no probabilístico, no se puede medir temporalidad ni se pueden extrapolar los resultados a otras poblaciones. Se puede concluir afirmando que, en general, la muestra estudiada presenta un buen manejo en la transfusión de hemoderivados, aunque existen algunas deficiencias en determinadas prácticas, ya sea por desconocimiento o por falta de tiempo. Sería conveniente formar al profesional de Enfermería específicamente en el manejo de hemoderivados, ya que es una práctica habitual en el ámbito clínico, aunque también sería adecuado un incremento del personal enfermero; estas dos acciones disminuirían los posibles errores o complicaciones relacionados con esta práctica. Como propuesta de estudio para el futuro resultaría interesante utilizar este estudio como base para la realización de investigaciones que dispongan de más recursos y de una financiación que posibilite la generalización a otras poblaciones mayores, de manera que se pueda incidir en los aspectos en los que los profesionales tengan más deficiencias sobre el manejo y los conocimientos de hemoderivados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tovar D, Mejías M, Rodríguez L. Cuidados de enfermería a pacientes con falla multiorgánica que reciben hemoderivados. *Enfermería Global*. 2011;10(23): 41-52.
2. Mendoza L, Moreno J, Sequera J. Información que poseen los profesionales de Enfermería de atención directa sobre solicitud, transporte y administración de hemoderivados. Hospital materno infantil "Dr. José María Vargas" [tesis]. Valencia (estado Carabobo): Universidad Central de Venezuela; 2006.
3. Quevedo SS. Evaluación de los conocimientos en el manejo de los hemoderivados en las dicentes de tercer año de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil y propuesta de un manual de técnicas y procedimientos en la administración de hemoderivados [tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2014. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3780/1/TEISIS%20DE%20GRADO%20EVALUACION%20DE%20LOS%20CONOCIMIENTOS%20EN%20LA%20ADMINISTRACION%20DE%20LOS%20HEMODERIVADOS%20EN%20LAS%20D.pdf>
4. Velázquez D, Guerrero D. El recorrido de la sangre: enfermería de principio a fin. *Hygia*. 2009;16 (70):4 4-47.
5. Gómez DA, Quevedo LM, Calderón P. Conocimientos y prácticas en el proceso de donación de sangre, del personal de salud que labora en los bancos de sangre del departamento del Huila, para el periodo 2013-b [Internet]. 2013 [citado 21 Abr 2016]. Disponible en: <https://contenidos.usco.edu.co/images/documentos/grados/T.G.Enfermeria/226.T.G-Diego-Andres-Gomez,-Lina-Maria-Quevedo,-Paula-Calderon-Celis-2013.pdf>
6. Valderrama ML, Malpica FN, Franco KY. Cuidado de Enfermería en la administración de hemoderivados. *Revista Cuidarte*. 2015;6 (1): 955-963.
7. Tigua MC. Intervención de enfermería en la administración de hemocomponente en adulto obstétrico en el área de UCI del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de diciembre del 2013 al 30 mayo de 2014 [tesis]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2014.
8. López B. Análisis del conocimiento enfermero ante una transfusión sanguínea: revisión bibliográfica. *Recién*. 2015;10.
9. Velasco-Rodríguez R, Osorio-Cruz AD, Peguero-Ortiz RE, Mora-Brambila AB. Cumplimiento en el manejo de hemoderivados por personal de enfermería en un hospital de México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2013; 21(1):15-21.
10. Cando EK, Calle JA, Morales RF. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las normas de bioseguridad en el manejo y administración de sangre y hemoderivados por el personal de enfermería en el departamento de pediatría del Hospital "Vicente Corral Moscoso" [tesis]. Cuenca (Ecuador): Universidad de Cuenca; 2014. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20905/1/Tesis.pdf>
11. Merchán N, Rojo RM, Carrero A, Rodríguez-Arias CM, Blas MJ. Actuación de Enfermería ante una transfusión de sangre y derivados. Cáceres: Universidad de Extremadura; 1996. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/312/1996-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Abreu Y, Rodríguez H. Principios bioéticos aplicados por el profesional de enfermería en la administración de transfusiones sanguíneas y sus componentes en la unidad clínica de emergencia de adultos del Hospital "Dr. Domingo Luciani" en el primer semestre del año 2010 [tesis]. Caracas: Universidad central de Venezuela; 2015.
13. Valencia BM, Naranjo LE. Adherencias a las guías cateeterismo vesical y aplicación de hemoderivados por el personal de Enfermería. Medellín: Universidad del CES; 2012. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/291/2/Microsoft%20Word%20-%20TESIS.pdf>
14. Lumênia J, Barichello E, de Mattia AL, Barbosa MH. Factores asociados al conocimiento del equipo de enfermería sobre transfusión sanguínea en un hospital de enseñanza. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(4): 595-602.
15. Camacho T. Competencias profesionales de enfermería en la atención del paciente sometido a terapia transfusional [tesis]. San Nicolás de los Garza: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2010. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/5679/1/1080192147.PDF>
16. Flores-Torrecillas R, Carballo-Monreal MR, Alvarez-Villaseñor AS, Valdez-Márquez ML, González-Ojeda A, Fuentes-Orozco C. Manejo y administración de hemoderivados por personal de enfermería en un hospital de segundo nivel. *Enfermería universitaria*. 2014;11(3): 94-100.-

PREVALENCIA DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO ENTRE LOS ADOLESCENTES DE LOS LICEOS PRIVADOS DE MONTEVIDEO

PREVALENCE OF OVERWEIGHT AMONG ADOLESCENTS OF PRIVATE HIGH SCHOOLS OF MONTEVIDEO

PREVALÊNCIA DE MÁ NUTRIÇÃO POR EXCESSO ENTRE OS ADOLESCENTES DE COLÉGIOS PARTICULARES DE MONTEVIDÉU

Isabel, Pereyra

Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay.
ipereyra@ucu.edu.uy

Recibido: 15/04/2016
Aceptado: 27/05/2016

Carolina de León

Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud ha identificado el sobrepeso y la obesidad como el quinto factor de riesgo para la salud en una escala global. El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia actual de sobrepeso y obesidad entre los adolescentes escolarizados de 1º a 4º año de liceos privados de la ciudad de Montevideo. En cuanto a la metodología, se realizó la valoración del estado nutricional mediante la toma de peso y talla, con instrumentos acordes y calibrados. Los resultados arrojaron que del total de adolescentes 63% se clasifican como normopeso, 37% de los adolescentes presentó malnutrición por exceso y 0,4% emaciación. La obesidad fue mayor en los varones 13,7% contra 4,7 % de las mujeres, diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$). También existió asociación estadísticamente significativa entre el grado que cursa y el estado nutricional ($p=0,003$). La población de adolescentes de primer grado presentó una prevalencia de obesidad (16,7%) que duplica a la de cuarto (8,5%) y a su vez es 3 veces mayor que la de segundo (5,2%) y tercer grado (5,0%). El presente estudio demostró la elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad entre adolescentes escolarizados en los liceos privados de Montevideo. Cuando lo esperable para una población bien nutrida es que el 82% presente estado nutricional normal (IMC/Edad entre -2 DE a +1 DE) en el presente estudio solamente 63% estaban en esta situación.

Palabras clave: Adolescentes, Nutrición, Obesidad, Sobrepeso, Educación Primaria y Secundaria.

ABSTRACT

The World Health Organization has identified overweight and obesity as the fifth risk factor for health on a global scale. The aim of this study was to evaluate the prevalence of overweight and obesity among adolescents in high school from grade 1 to grade 4 of some private schools in Montevideo. The research assessed the nutritional status by measuring weight and height with calibrated instruments. It was found that 63% of the ado-

lescents are classified as having normal weight, 37% presented malnutrition by excess and 0.4% were severely underweight. Obesity was higher in males, 13.7 % against 4.7 % of the women, a statistically significant difference ($p=0.001$). There was also a statistically significant association between the degree course and the nutritional status ($p=0,003$). The population of teenagers of grade 1 presented a prevalence of obesity (16.7%) that duplicates that of grade 4 (8.5%) and is three times larger than that of grade 2 (5.2%) and grade 3 (5.0%). We found a high prevalence of overweight and obesity among adolescents in private high schools of Montevideo. When the expectation for a well-nourished population is that 82% will present a normal nutritional status (BMI/age between -2 to +1) in the present study only 63% were in this situation.

Keywords: Adolescents, Nutrition, Obesity, Overweight, Education, Primary and Secondary.

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde identificou o sobrepeso e a obesidade como o quinto fator de risco para a saúde, em uma escala global. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência atual do sobrepeso e a obesidade entre os adolescentes escolarizados do 1º ao 4º Ano do ensino médio de colégios particulares da cidade de Montevideo. Com relação à metodologia, foi realizada a avaliação do estado nutricional mediante o peso e o tamanho, com instrumentos adequados e calibrados. Os resultados determinaram que 63% do total de adolescentes são classificados como normopeso, 37% dos adolescentes apresentou má nutrição por excesso, e 0,4%, emacição. A obesidade foi maior no sexo masculino: 13,7% contra 4,7% no sexo feminino, diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$). Além disso, houve associação estatisticamente significativa entre o ano que cursa e o estado nutricional ($p=0,003$), a população adolescente do 1º Ano apresentou uma prevalência de obesidade (16,7%) que duplica à do 4º (8,5%) e, por outro lado, é três vezes maior que a do 2º (5,2%) e 3º Ano (5,0%). O presente estudo demonstrou a elevada prevalência do sobrepeso e da

obesidade entre adolescentes escolarizados de colégios particulares de Montevideo; enquanto era esperado, em uma população bem nutrida, que 82% apresentasse estado nutricional normal (IMC/idade entre -2 DE a +1 DE), no presente estudo, somente 63% estava nessa situação.

Palavras-chave: Adolescentes, Nutrição, Obesidade, Sobre peso, Ensino Fundamental a Médio.

INTRODUCCIÓN

El estudio del estado nutricional y crecimiento longitudinal de un adolescente o grupo es un marcador dinámico de su estado físico y de salud. La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo humano, es el periodo en el que se establecen los hábitos alimenticios, constituyendo la base del comportamiento alimentario para el resto de la vida. Los problemas alimenticios comunes en los adolescentes pueden conducir a trastornos tales como la bulimia, anorexia nerviosa, desnutrición, sobrepeso y obesidad; estos trastornos pueden ser causados por el sedentarismo, cambios en el estilo de vida y el autoconcepto que se refleja en la percepción errónea del cuerpo al querer parecerse a los arquetipos difundidos por los medios de comunicación.

El sobrepeso y la obesidad en todas las edades siguen aumentando en el comienzo de este nuevo milenio, no sólo en los países desarrollados sino también en los emergentes (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado el sobrepeso y la obesidad como el quinto factor de riesgo para la salud en una escala global (2). En los países altamente desarrollados el sobrepeso es el tercer factor de riesgo más importante para la salud, detrás del consumo de tabaco y la hipertensión (1). Unos años atrás el sobrepeso era el décimo factor de riesgo a nivel mundial y el quinto en los países altamente desarrollados, de ahí que la OMS ha llamado a la problemática de malnutrición por exceso actual como "Epidemia mundial" (3). La consecuencia de la pandemia de obesidad es la expansión mundial de las grandes enfermedades crónicas del siglo XXI: enfermedad vascular, diabetes II, cáncer y aumento de mortalidad global (4).

La prevalencia de obesidad varía entre diferentes etnias y países (5). La publicación del NHANES 1999-2000 devela que el ritmo de progresión de la obesidad se ha acelerado: 64% de los adultos en EEUU padecen sobrepeso u obesidad y 31% presentan un índice de masa corporal (IMC) >30,0 (6). Latinoamérica tampoco está ajena a la transición demográfica y nutricional. Las diferentes encuestas estiman que la prevalencia de sobrepeso es de 50% en las grandes urbes y la obesidad de 15% (7). Uruguay no escapa a la pandemia en la Primera y Segunda Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad (ENSO 1 y 2), se han detectado cifras muy altas: 54% de sobrepeso y obesidad (8). Los datos de la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo llevada a cabo por el Ministerio de Salud Pública, que toman como intervalo etario muestral 25-65 años, señalan también cifras epidémicas, 57% de sobrepeso y obesidad (9). Pero son

más alarmantes los datos recabados en la 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del año 2013 que muestran un aumento de 8 puntos porcentuales, lo que representa que el 64,7% de la población adulta en Uruguay presenta sobrepeso y obesidad (10).

A la vez, Uruguay presenta elevada morbilidad como consecuencia de las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. En 2013 el 38,7% presentó presión arterial elevada, mayor prevalencia respecto a 2006 (9, 10). La prevalencia de colesterol elevado disminuyó, de 29,2 % a 23,1% (no estadísticamente significativo) (9, 10). La diabetes o glucemia elevada aumentó de 5,3% en 2006 a 7,8%, en 2013 (9, 10). La inactividad física en 2006 fue de 35,1% y disminuyó significativamente en 2013 a 30,1% (9, 10). La prevalencia del consumo diario de verduras y hortalizas menor a la recomendación (5 porciones) aumentó de 84,9% a 90,8% en 2013 (9, 10). La obesidad es un grave problema de salud pública de la juventud de América, con tasas que se vienen más que triplicando en los últimos 30 años entre los adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 17 años. Para el caso de Uruguay, la Segunda Encuesta Nacional de Salud Adolescente, realizada en el año 2012, dio como resultado que el 27% de los adolescentes de entre 13 y 15 años presentaba sobrepeso y el 7% obesidad (11).

Los adolescentes obesos tienen un mayor riesgo en la edad adulta de padecer obesidad y los problemas de salud asociados, como el cardiovascular, hipertensión, resistencia a la insulina, diabetes, hígado graso, disfunción ortopédica y psicosocial (12). Por estas razones, el principal objetivo del presente trabajo consiste en evaluar la prevalencia actual de sobrepeso y obesidad entre los adolescentes escolarizados de 1º a 4º año de liceos privados de la ciudad de Montevideo.

METODOLOGÍA

El presente estudio es observacional de tipo transversal. Para su realización se utilizó una base de datos primaria. El marco muestral fue la población de adolescentes que asisten a liceos privados de la ciudad de Montevideo. Es pertinente aclarar que aproximadamente la mitad de la población del Uruguay vive en Montevideo, ciudad capital y el resto en los 18 departamentos del país. Se encuestó a 671 estudiantes, siendo esta muestra representativa. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional por conglomerados. La selección de los liceos se realizó con probabilidad proporcional a la cantidad de estudiantes que asisten al mismo. Luego, dentro del centro educativo se seleccionó un grupo de cada grado escolar, aplicándose un censo al interior de cada uno. Se trabajó sobre la base de información censal de la matrícula inicial del año 2011, según liceos de Montevideo, del Departamento de Estadística de Educación Secundaria. Las entrevistas fueron en los centros educativos, previa firma del consentimiento informado por los padres o responsables de los adolescentes. Se preservó el anonimato de los sujetos investigados, asignándoles un código automáticamente. Se realizó la valoración del estado nutricional mediante la toma de peso y talla, con instrumentos

acordes y calibrados. El registro de peso y talla se hizo sin calzado ni abrigo. La antropometría estuvo a cargo de Licenciados en Nutrición entrenados en las características del estudio. El trabajo de campo se llevó a cabo entre octubre de 2012 y mayo de 2013. La investigación se realizó bajo la responsabilidad de la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas (AUDYN). El financiamiento del proyecto estuvo a cargo de la empresa Bimbo- Uruguay.

En cuanto al análisis estadístico, el ingreso digital de datos se realizó a través de EPIDATA 3.0. Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS v. 22.0. Los datos antropométricos se procesaron con el software WHO AnthroPlus. Las mediciones antropométricas fueron evaluadas a través los indicadores Índice de Masa Corporal para la Edad (IMC/Edad) y Talla/Edad (T/Edad) y se compararon con el patrón de referencia de la OMS (13). Se clasificó Emaciado (IMC/Edad <-2DE), Normopeso (IMC/Edad >=-2DE y <=+1 DE). Para malnutrición por exceso se consideró sobrepeso (IMC/Edad>+1DE) y obesidad (IMC/Edad>+2DE). Los resultados se expresaron en proporciones de frecuencias y estadísticos de resumen y de dispersión. Para testear la existencia de diferencias significativas se utilizaron tests de comparación de medias y chi cuadrado. Se consideró significancia estadística cuando el valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

En cuanto a la descripción de la población estudiada, el total de adolescentes a los cuales se les realizó la valoración del Estado Nutricional (n: 671), 47% fueron mujeres y 53% varones. La mediana de edad fue 14 años y el rango intercuartílico (RIC) de 1 año. Según grado escolar, el 28,7% perteneció a primer año de secundaria, el 27,5% a segundo año, el 23,6% a tercer año y el 20,2% a cuarto año o primer año de bachillerato. Para el estado nutricional de los adolescentes se estudiaron los valores de peso, talla e IMC/Edad comparando los valores por sexo. No se observan diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres para IMC ($p=0,478$), pero sí para talla y para peso.

Tabla 1. Edad, peso, talla e IMC de los estudiantes de secundaria investigados

	Varones		Mujeres		Total		Valor p *
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Peso (kg)	59,00	13,15	54,73	10,00	56,67	11,29	0,001
Talla (m)	1,64	0,10	1,59	0,07	1,62	0,09	0,001
IMC	21,75	3,76	21,56	3,25	21,59	3,32	0,478

*Comparación de medias

Los varones son en promedio 5 cm más altos ($p=0,001$) y 2,3 kg más pesados que las mujeres ($p= 0,001$). Según el indicador IMC/Edad, se puede observar que el 63% de los adolescentes se clasifican como normopeso, 37% presentó malnutrición por exceso y 0,4% emaciación.

Tabla 2. Clasificación del estado nutricional de los adolescentes estudiados según IMC/Edad

	Varones		Mujeres		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Emaciado	3	0,6	0	0,0	3	0,4
Normal	204	58,3	216	67,9	420	62,6
Sobrepeso	97	27,4	87	27,4	184	27,5
Obesidad	49	13,7*	15	4,7*	64	9,5
Total	353	100,0	318	100,0	671	100,0

* $p=0,001$

De esta muestra representativa, quienes presentan malnutrición por exceso son 248 de un total de 671. Al analizar como se comporta la población estudiada respecto a la referencia OMS para el indicador IMC/Edad, se observa claramente una alta prevalencia de adolescentes con malnutrición por exceso (Gráfico 1).

Al estudiar las diferencias por sexo, el grupo de mujeres con estado nutricional normal supera en un 10% esta condición en los varones. La obesidad fue mayor en los varones en 13,7% contra un 4,7% de las mujeres, diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$) (ver Tabla 2). Este aspecto que se puede visualizar cuando se compara la población estudiada, diferenciada por sexo, con la referencia (Gráfico 2).

Un 40% de los adolescentes de menor edad (11 a 14 años) estuvieron distribuidos por encima de 1 DE, en cuanto a IMC/Edad. En cambio, de los mayores (15 a 17 años), 27% estaban en esa situación. La media del puntaje z de IMC/Edad fue de 0,74 para el grupo de 11 a 14 años y de 0,45 para el grupo de 15 a 17 años, siendo esta diferencia significativa ($p<0,001$). También existió asociación estadísticamente significativa entre el grado que cursa y el estado nutricional ($p=0,003$). La población de adolescentes de primer grado presentó una prevalencia de obesidad (16,7%) que duplica a la de cuarto (8,5%) y a su vez es 3 veces mayor que la de segundo (5,2%) y tercer grado (5,0%).

Tabla 3. Distribución porcentual de los adolescentes según grado escolar y prevalencia de obesidad

Grado escolar	Estado Nutricional		Total
	Sin Obesidad	Con Obesidad	
1º	83,3%	16,7%	100%
2º	94,8%	5,2%	100%
3º	95,0%	5,0%	100%
4º	91,5%	8,5%	100%
Todos	90,5%	9,5%	100%

La emaciación observada en el 0,4% de los estudiantes es inferior al porcentaje esperado (2,3%) en una población bien nutrida, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre sexos, ni edad. Respecto a la estatura, prácticamente todos los individuos (99%) presentaron una talla adecuada para

su edad y sexo, a partir de los criterios de la referencia de la OMS (Gráfico 3).

DISCUSIÓN

El presente estudio demostró la elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad entre adolescentes escolarizados en los liceos privados de Montevideo. Cuando lo esperable para una población bien nutrida es que el 82% presente normopeso, en el presente estudio solamente 63% estaban en esta situación. Esto significa que prácticamente 40% de los adolescentes escolarizados en los liceos privados de Montevideo presentan algún grado de exceso de peso.

Teniendo en cuenta lo anterior la situación es preocupante, porque se conoce que el 50% de los adolescentes que presentan obesidad serán obesos en la vida adulta y a su vez el sobrepeso y obesidad constituyen uno de los principales factores de riesgo para muchas de las Enfermedades no Transmisibles (ENT) (12). La constitución de la obesidad en edades tempranas como una verdadera pandemia mundial está recién comenzando a mostrar sus reales consecuencias a nivel de la salud integral. Aparecen cada vez más precozmente ENT y ya se observan prevalencias preocupantes desde la infancia temprana (14-15). En Uruguay, hay pocos datos representativos sobre la prevalencia de la obesidad en los adolescentes y los existentes no son todos comparables, porque se utilizaron diferentes definiciones de obesidad. La elevada prevalencia de exceso de peso encontrada en el presente estudio está acorde con los resultados de la II Encuesta Nacional de Salud Adolescente, de adolescentes escolarizados de 13 a 15 años de Liceos Públicos y Colegios Habilitados, del año 2012, en quienes el exceso de peso (IMC/Edad >+1DE) fue de 33,6% (11).

En el presente estudio los adolescentes varones presentaron mayor prevalencia de obesidad que las niñas. Estos resultados se diferencian de lo hallado en la II Encuesta Nacional de Salud Adolescente, donde no se encontraron que las diferencias fueran estadísticamente significativas en los porcentajes de estudiantes con sobrepeso y obesidad según sexo (11). Sin embargo, Moreno et al refiere que tanto en Europa como en Estados Unidos es sostenido el aumento del sobrepeso y la obesidad entre los adolescentes y se acompaña de una diferencia de género, siendo más prevalente en varones (16). El estudio AVENA también presenta claramente el problema de la prevalencia de la malnutrición por exceso en los adolescentes españoles. Al igual que en el presente estudio, son más afectados los varones que las niñas por esta problemática (25,6% y 19,1% respectivamente) (17). Otro estudio realizado en Florianópolis, Brasil, entre adolescentes de 11 a 14 años de edad, mostró que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 19,3% en el total, también con mayor prevalencia en varones (24,5% y 14,5% en niñas) (18). Según los rangos de edad, 40% de los adolescentes de menor edad presentaron sobrepeso y obesidad, en comparación con 27% en los adolescentes mayores. Lo mismo ocurre en la II Encuesta Nacional de Salud Adolescente, del año 2012, realizada a nivel nacional, donde los estudiantes mayores de 16

años muestran una prevalencia de sobrepeso menor respecto a los de 13 a 15 años (11). Esta situación puede explicarse porque la velocidad de crecimiento en talla que implica la pubertad pueda devenir en mejor relación del peso para la altura de los jóvenes. Por otra parte no se puede dejar de considerar que exista una tendencia al agravamiento de la situación de sobrepeso y obesidad desde edades más tempranas de la vida, sobre la que se hace imperioso actuar. Según Moreno et al, la tasa de cambio de la prevalencia de sobrepeso y obesidad ha aumentado en los últimos años, desde 0,8%/año (1985 a 1995) a 2,33%/año (1995 a 2000-2002) en varones y desde 0,5%/año (1985 a 1995) a 1,83%/año (1995 a 2000-2002) en mujeres, lo cual apunta a la existencia de una verdadera "epidemia" de obesidad en los adolescentes (16). Está demostrada la relación de sobrepeso y obesidad con factores de riesgo para ENT. Diferentes estudios han confirmado que en las últimas décadas se ha producido un alarmante incremento de la prevalencia de estos factores de riesgo en la población adolescente. Los estudios longitudinales han encontrado relación entre obesidad durante la adolescencia y la presencia de enfermedad cardiovascular y diabetes en la vida adulta (16).

CONSIDERACIONES FINALES

La mayoría de los estudios sobre el estado nutricional entre los adolescentes concluyen que son necesarias intervenciones para mejorar la nutrición y deben ir acompañadas de la promoción del aumento de la actividad física. La adolescencia es considerada una segunda ventana de oportunidad para intervenir, no sólo en aspectos sociales y del desarrollo sino también nutricionales. Las herramientas para intervención en salud de los adolescentes deberían focalizarse en poblaciones específicas según variables socio demográficas y económicas para aumentar la eficacia de estas intervenciones. La adolescencia es una etapa única en la vida por lo tanto se considera que la educación sanitaria de los adolescentes debe permitir al individuo comprender lo que es positivo en su persona para que pueda desarrollar otros aspectos al máximo. No se deben forzar modelos de comportamiento sino ofrecer y fomentar una cultura basada en estilos de vida "a realizar" en vez de estilos de vida "a evitar" (19). También existe consenso en que el instituto educativo es el lugar idóneo para realizar intervenciones de educación nutricional en que estén involucrados no sólo los adolescentes, sino también las familias y los docentes (20).

En Uruguay ha habido avances en cuanto a determinar los lineamientos sobre la venta de alimentos y bebidas en los centros educativos con énfasis en el control de densidad calórica, grasas, azúcares y sal. Esta estrategia podría contribuir a las acciones de intervención en el ambiente al que se exponen los adolescentes cotidianamente (21). Los resultados del presente estudio deben ser considerados a la luz de ciertas limitaciones. Primero, reconocer que es una debilidad no haber podido valorar el estado de desarrollo de los adolescentes con el objetivo de incluir este dato relativo al grado de maduración en la evaluación nutricional. Segundo, la naturaleza de ser un estudio

transversal no permite obtener relaciones de causalidad que pueden ser de gran utilidad a la hora de planificar acciones de prevención de malnutrición por exceso. A pesar de estas limitaciones, el presente estudio tiene fortalezas propias. La muestra, al ser representativa de los adolescentes de los liceos privados de la mayor concentración urbana del país y la amplia tasa de respuesta, permite generar resultados confiables. Además este estudio constituye un aporte al conocimiento del estado nutricional de los adolescentes del país debido a que hay escasas publicaciones sobre esta población con esta representatividad muestral.

CONFLICTO DE INTERESES

El proceso de realización del trabajo hasta el primer informe macro y de devolución a cada institución participante fue financiado por la Empresa Panificadora BIMBO del Uruguay SA a través de la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas. Las autoras declaran haber tenido independencia de la fuente de financiamiento y no tener conflictos de intereses relacionados con el contenido de esta publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Popkin BM, Gordon-Larsen P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28 Suppl 3: S2-9.
2. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genf: WHO; 2009
3. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series No. 894. Genf: WHO; 2000.
4. Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW. Body mass index and mortality in a prospective cohort of US adults. *N Engl J Med* 1999; 341: 1097-105.
5. Martínez JA, Moreno B, Martínez-González MA. Prevalence of obesity in Spain. *Obes Rev* 2004; 5: 171-2.
6. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA* 2002; 288 (14): 1723-7.
7. Uauy R, Albala C, Kain J. Obesity trends in Latin America: transiting from under-to overweight. *J Nutr* 2001; 131: 893-9.
8. Pisabarro R y cols. Segunda Encuesta Nacional de Sobre peso y Obesidad (ENSO 2) adultos (18-65 años o más). *Rev Med Urug* 2009; 25: 14-26
9. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Epidemiología. 1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Montevideo, 2009; 29-30
10. Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. 2013. [Internet]. [citado Jul 2015]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/segunda-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-de-enfermedades-cr%C3%B3nicas-no-transmisibles>
11. MSP. MIDES. JND. OPS. Segunda Encuesta Nacional de Salud Adolescente. Uruguay. 2012. [Internet]. [citado Jul 2015]. Disponible en www.msp.gub.uy/publicacion/adolescencias-un-mundo-de-preguntas-ii-encuesta-mundial-de-salud-adolescente-gshs-2012.
12. Baker JL, Olsen LW, Sorensen TI. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *New Engl J Med*. 2007; 357: 2329-37.
13. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo. Patrones de Crecimiento del Niño la OMS: Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Washington: OMS, 2008
14. MSP, MIDES, RUANDI, UNICEF. Bove I, et al. Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia en niños menores de dos años. 2011. [Internet]. [citado Ago 2015]. Disponible en: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/encuesta_lactancia_uruguay2011_web.pdf.
15. Pastén A, Peñalillo T, Navarro J. Diagnóstico nutricional de población escolar en una isla de la VIII región. *Rev Chil Pediatr* 2014; 85 (2): 183-187
16. Moreno LA et al. Assessing, understanding and modifying nutritional status, eating habits and physical activity in European adolescents: The HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutrition*; 2007. 11 (3), 288-99
17. Wärnberg J, Ruiz JR, Ortega FB, Romeo J, González-Gross M, Moreno LA et al Estudio AVENA* (alimentación y valoración del estado nutricional en adolescentes). Resultados obtenidos 2003-2006. [Internet]. [citado Mar 2015]. Disponible en: http://www.estudioavena.es/downloads/Publicaciones/WarnbergJ_2006PediatrInt.pdf.
18. Benedet J, de Assis MA, Calvo M, de Andrade D. Overweight in adolescents: exploring potential risk factors. *Rev Paul Pediatr* 2013; 31 (2): 172-81
19. The AVENA Group. Alimentación y valoración del estado nutricional de los adolescentes españoles. Evaluación de riesgos y propuestas de intervención. *Nutr Hosp* 2003; 18(1): 15-28
20. Macías Matos C, Días Sánchez ME et al. Estilos de Vida, sobrepeso y obesidad en adolescentes de enseñanza media de La Habana. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2012;16(2):45:53.
21. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Nutrición. Lineamientos para la venta y publicidad de alimentos en centros de enseñanza primaria y secundaria públicos y privados del país. Documento Técnico. Montevideo. Marzo 2014. [Internet]. [citado Dic 2014]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/lineamientos-para-la-venta-de-alimentos-y-bebidas-en-los-centros-educativos>.

Gráfico 1. Curva de IMC/Edad de la población estudiada comparada con la referencia de la OMS.

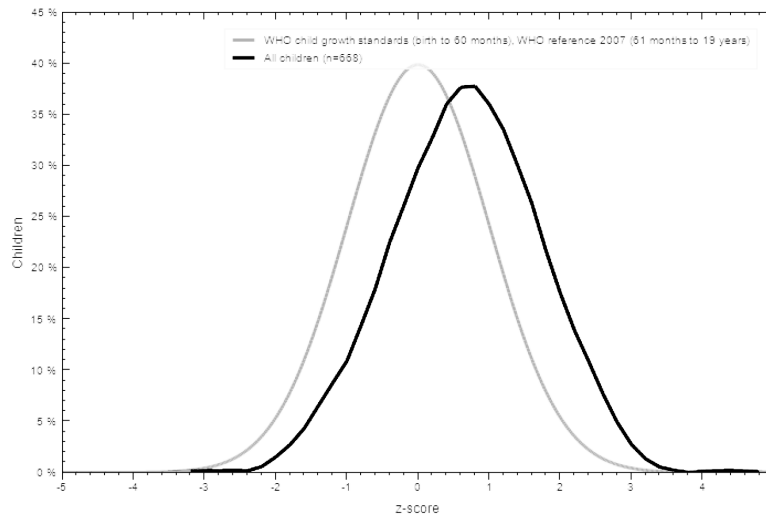


Gráfico 2. Curva de IMC/Edad de la población estudiada comparada con la referencia de la OMS, discriminada por sexo

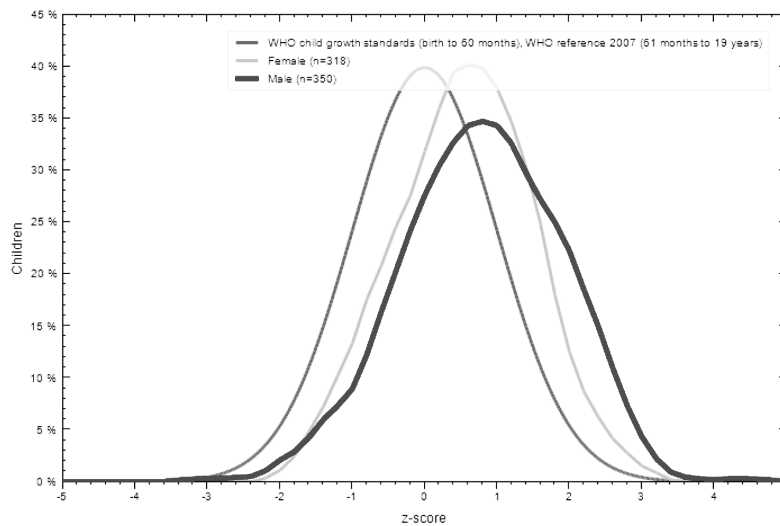
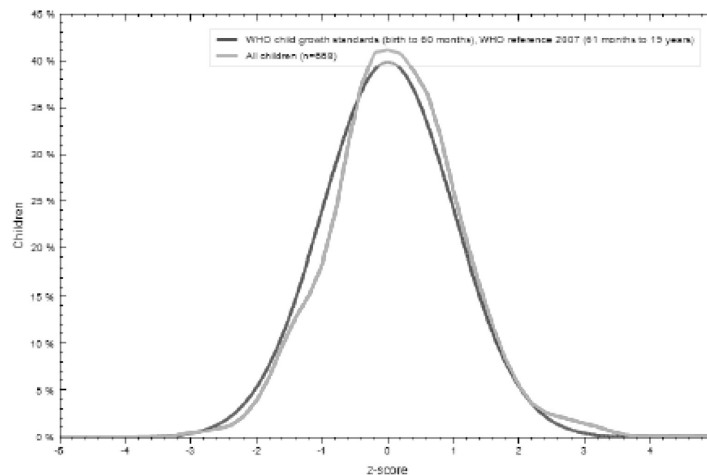


Gráfico 3. Talla/Edad de la población estudiada comparada con la referencia de la OMS



HABILIDADES PARA EL CUIDADO HUMANIZADO DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

SKILLS REQUIRED BY NURSING STUDENTS TO PROVIDE HUMANIZED CARE

HABILIDADES DE ATENDIMIENTO HUMANIZADO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Azucena Landman Navarro

Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

cecilia.landman@uv.cl

Rose Marie del Alcazar Pabst

Yesenia Madrid Zamorano

Leticia Pais Veliz

Eitel Rosenkranz Moreno

Ivonne Vivanco Lobato

Recibido: 15/01/2016

Aceptado: 05/04/2016

RESUMEN

La formación de estudiantes de enfermería debe potenciar sus habilidades para brindar cuidados adecuados, vinculando experiencias propias, conocimientos científicos, habilidades técnicas, valores y motivación para trabajar por y para otros. Existe riesgo de deshumanización debido a los modelos institucionales administrativos y técnicos de los centros de salud. El cuidado humanizado propende al desarrollo de una relación transpersonal, considera valores y necesidades superiores de personas que vivencian el proceso de salud, enfermedad y el bien morir. El objetivo de este trabajo fue identificar habilidades para brindar cuidado humanizado desde la perspectiva de estudiantes. Se trata de un estudio descriptivo y transversal con una población de 98 estudiantes de enfermería de 3° y 4° año ($n = 57$; 3° = 20; 4° = 37) a los que se les solicitó consentimiento informado así como también autorización a la coordinación de la carrera. Se utilizó como instrumento el Inventario de habilidades del cuidado, el cual mide las áreas de Conocimiento, Valor o Coraje y Paciencia correspondientes a un valor α de Cronbach de 0.74. Se utilizaron estadígrafos de distribución de frecuencias, media de datos agrupados, promedios y porcentajes (Software SPSS-15). Los resultados muestran que se obtuvo un resultado de 63% en Paciencia, un 35% en Conocimiento y sólo un 2% en Valor-Coraje. La Paciencia requiere del ejercicio de tolerancia, respeto y adaptación frente a la incertidumbre situacional, generándose un vínculo estrecho entre la persona y el estudiante; fue la habilidad mejor evaluada. El Conocimiento incluye autoconocimiento y conocimiento del otro; está menos desarrollado, provocando una brecha en el acto de cuidar. El bajo resultado en Valor-Coraje señala la dificultad para enfrentarse a lo desconocido y en la propia capacidad de cuidar, influyendo negativamente en el desarrollo de la fuerza necesaria para afrontar el cuidado adecuado. Estos resultados muestran la necesidad de fortalecer en estudiantes de enfermería habilidades de afrontamiento ante situaciones cotidianas emergentes, especialmente las dimensiones de Conocimiento y de Valor.

Palabras Clave: Educación, Empatía, Enfermería, Aptitud, Competencia Clínica.

ABSTRACT

Training of nursing students should enhance their skills to provide proper care, linking experience, scientific knowledge, technical skills, values and motivation to work with and for others. There is a risk of dehumanization due to administrative and technical health centers institutional models. Humanized care tends to develop a transpersonal relationship, considers values and higher needs of people who go through the process of health, disease and dignified death. The aim of this study was to identify skills to provide humanized care from the perspective of students. It is a descriptive cross-sectional study with a population of 98 nursing students of 3rd and 4th year ($n = 57$; 3rd = 20; 4th = 37) whose consent was requested, and also the authorization of the school authorities. The instrument used was the Care Ability Inventory (CAI), which measures the areas of Knowledge, Courage and Patience corresponding to a value of Cronbach α of 0.74. Statistics like frequency distribution, mean, average and percentages were used (Software SPSS-15). The results show a score of 63% in Patience, 35% Knowledge and only 2% in Courage. Patience requires the exercise of tolerance, respect and adaptation to situational uncertainty, generating a close link between the person and the student; this ability scored the highest. Knowledge includes self-knowledge and knowledge of others; it is less developed, causing a breach in the act of caring. The low value in Courage shows the difficulty in facing the unknown and in one's ability to care, negatively influencing the development of the necessary strength to face proper care. These results show the need to strengthen nursing students coping skills to everyday situations, especially the dimensions of Knowledge and Courage.

Keywords: Education, Empathy, Nursing, Clinical Competence.

RESUMO

A formação acadêmica deve potencializar habilidades para oferecer cuidados dos estudantes de enfermagem, vinculando experiências próprias, conhecimentos científicos, habilidades técnicas, valores, motivação para trabalhar por e para outros.

Existe risco de desumanização, devido aos modelos institucionais administrativos e técnicos dos centros de saúde. O cuidado humanizado busca o desenvolvimento de uma relação transpessoal, e considera os valores e necessidades superiores das pessoas que vivenciam o processo de saúde, doença e morrer. O objetivo foi identificar habilidades para oferecer cuidado humanizado, da perspectiva dos estudantes. Trata-se de um estudo descritivo e transversal com uma população de 98 estudantes de Enfermagem do 3º e 4º ano (n = 57; 3º = 20; 4º = 37), aos quais foi solicitado consentimento informado; também foi pedida autorização à Coordenação do curso. Utilizou-se o “instrumento inventário habilidades de cuidado”, que mede Conhecimento, Valor ou Coragem e Paciência correspondente a α de Cronbach 0,74. Foram utilizados estratigrafias de distribuição de frequências, média dos dados agrupados, médias, porcentagens (software: SPSS-15). Os resultados obtiveram Paciência 63%, e Conhecimento 35%; Valor só obteve 2%. Concluiu-se que Paciência requer o exercício da tolerância, respeito e adaptação diante da incerteza situacional, habilidade melhor avaliada, gerando um vínculo estreito entre a pessoa e o estudante. O conhecimento inclui autoconhecimento e conocimiento do outro; desenvolvida em menor escala, provocando uma lacuna no ato de cuidar. No desenvolvimento do valor ou coragem, indica dificuldade para enfrentar o desconhecido e à própria capacidade de cuidar, influyendo de forma negativa no desenvolvimento da força necessária face ao cuidado. Esses resultados mostram a necessidade de fortalecer nos estudantes de Enfermagem suas habilidades para enfrentar situações cotidianas emergentes, especialmente as dimensões de Conhecimento e Valor.

Palavras-chave: Educação, Empatia, Enfermagem, Aptidão, Competência Clínica.

INTRODUCCIÓN

En Chile las instituciones formadoras explicitan perfiles de egreso orientados a la consecución de un profesional generalista, crítico, reflexivo y humanista; diseñan planes de estudios y evaluaciones en distintas actividades curriculares. Sin embargo, se desconoce la perspectiva de los estudiantes de enfermería en cuanto al desarrollo de habilidades psicosociales, actitudinales y relacionales, necesarias para brindar un cuidado humanizado (1, 2). Por ello, este estudio tuvo como objetivo medir las propias habilidades de cuidado de estudiantes de tercer y cuarto nivel de enfermería, pertenecientes a una institución de educación superior, quienes han realizado diversas prácticas de cuidado durante el año 2014. El sentido de este estudio ha sido disponer de un diagnóstico de la formación de pregrado en Enfermería, haciendo más palpable la integración de las prácticas de cuidado y de la gestión con las bases teóricas del ser humano y el cuidado humanizado, a través de la relación transpersonal estudiante-paciente, según la teoría de Jean Watson (3, 4).

Para aproximarse al fenómeno de estudio, habilidades para el cuidado, es necesario reconocer primeramente el carácter sub-

jetivo del cuidado, que se desarrolla a través de una relación transpersonal, en interacción con un otro importante; sin embargo, en este caso se ha utilizado un instrumento cuantitativo, el Inventario de Habilidades de Cuidado (Care Ability Inventory, CAI) el cual mide algunos elementos teóricos del cuidado humanizado, el conocimiento, el valor o coraje y la paciencia, como una manera de concreción de un concepto abstracto y de disponer de evidencias del nivel de existencia como fenómeno investigativo (5, 6). El cuidado ha sido tema central de reflexión para diversas teoristas de enfermería y de la discusión filosófica, (4, 7, 8). Éstos señalan que el cuidado presupone una interacción entre seres humanos, que implica confianza básica, misericordia y expresión debida para cuidar a personas vulnerables; toma en cuenta sus intereses, abstrayéndose del individualismo y del relativismo ético (9, 10).

El cuidado como expresión de una cualidad humana se manifiesta en una disposición moral orientada hacia la ayuda y el compromiso. Es una experiencia que va más allá de atender un conjunto de desequilibrios biológicos de las personas, sino que considera las dimensiones psíquicas, socioculturales y espirituales (11-13). Uno de los aspectos relevantes de la formación es que todo estudiante de enfermería no sólo debiera demostrar conocimientos teóricos, habilidades y destrezas en el desarrollo de las actividades prácticas, sino que también debería brindar un cuidado integral, establecer relaciones de ayuda mutua, ser tolerante, tener sensibilidad, demostrar respeto y compasión, tratar con dignidad, generar confianza y demostrar amor a las personas (14-15).

El fundamento para realizar el estudio ha sido la existencia de elementos contextuales en la atención de salud que ponen en riesgo la humanización del cuidado, es decir, la pérdida de sus atributos y de la dignidad humana al interior de la relación entre el profesional de salud y el paciente (16-18). Estudios revisados muestran que tanto en Chile como en otros países de Latinoamérica el cuidado se desarrolla en un escenario dual entre un modelo biomédico, basado en las enfermedades, y un modelo humanista, cuyo foco está puesto en las respuestas humanas (19-21). Sin desconocer la relevancia del desarrollo científico y tecnológico, que beneficia la atención clínica de las personas, existe el riesgo de una mecanización involuntaria por parte del equipo de salud, descuidando el vínculo necesario entre la atención técnica y un cuidado humano holístico (22-24). Las personas que acuden a los centros de salud valoran más la calidez de los cuidados y la comunicación que la tecnología aplicada a éstos (25, 26).

Existen otros factores que ponen en riesgo la humanización del cuidado, tales como las condiciones laborales, la fragmentación de los procesos clínicos y de gestión, las remuneraciones, la sobrecarga de trabajo, las escasas instancias de discusión y de reflexión entre profesionales y las limitadas competencias del profesional para asumir una atención humanizada (27). Estudios realizados en Chile y en el extranjero abren la posibilidad de identificar las habilidades que los estudiantes señalan como necesarias para brindar cuidado, sin reducirlas sólo al área instrumental; deben contar con habilidades que forman

parte de su estructura psicosocial, que se reflejará de manera negativa o positiva en un actuar frente al paciente y familias (12, 14, 16). Tradicionalmente los programas de estudio no se organizan de manera integrada entre las ciencias humanas y las derivadas de las ciencias básicas, lo cual dificulta una comprensión de los procesos involucrados en la relación humana; junto con ello existe una mayor distribución de carga horaria hacia el logro de habilidades técnicas y una menor disposición para actividades de carácter humanístico y reflexivo (13, 15). En el contexto de la docencia en Enfermería, guiada por aspectos ontológicos, valóricos y epistemológicos del ser humano en interacción con otros, los estudiantes intentan construir la forma de brindar cuidados a través de sus experiencias formativas; es por ello que este estudio se ha planteado como objetivo identificar las habilidades para brindar cuidado humanizado desde la perspectiva de los estudiantes.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en una institución privada de educación superior de la ciudad de Valparaíso, Chile, en abril del año 2014. La población corresponde al universo de estudiantes de Enfermería de 3° y 4° nivel; N = 98. Se seleccionó una muestra condicionada a aceptación para participar y al cumplimiento de criterios de inclusión: ser estudiantes de 3° y 4° nivel y haber realizado prácticas de cuidado, correspondiendo al 58 % de la población, n = 57 (3° = 20; 4° = 37). Se obtuvo la autorización de la coordinación de carrera de Enfermería; firma, consentimiento informado, respetando compromiso, anonimato y confidencialidad de datos.

Se utilizó el Instrumento "Inventario de habilidades de cuidado", desarrollado por Ngozi Nkongho (Caring Ability Inventory, CAI) y la autorización de la Dra. Jean Watson para su utilización, traducción y modificación según el contexto cultural. El mismo consta de 37 preguntas, con respuestas medidas con Escala Likert 1-7; las puntuaciones más altas indican un mayor nivel de cuidado si el ítem está redactado de manera positiva; la puntuación se revierte si el ítem está redactado de forma negativa. El CAI permite medir, analizar y comprender las relaciones humanas, identificando las áreas de debilidad y potencialidad en el cuidado de una persona. Las variables son: Conocimiento, Valor o Coraje y Paciencia (Tabla N°1). La fase de validación CAI contó con la traducción y retro traducción por tres personas bilingües, con lengua materna español, usada en Chile. La versión resultante fue revisada por un traductor de lengua materna inglesa, quien desconocía la versión original. Esta nueva versión fue evaluada con técnica Delphi por ocho expertos enfermeros, docentes y clínicos. Al instrumento resultante de esta validación, se le hicieron los ajustes pertinentes, evaluando su utilidad, claridad y representación de cada dimensión. La validación facial de contenido y de criterio fue realizada por la autora del instrumento (5).

Se realizó una prueba piloto de comprensión aplicándose a una muestra de juicio a ocho estudiantes que no se consideraron en el estudio final (equivalente a 9% de la muestra) con evalua-

ción dirigida a la comprensión de cada ítem y la ambigüedad de los términos usados.

La consistencia interna del instrumento obtuvo una confiabilidad global, α Cronbach 0.74. Nunnally J. y Bernstein establecen que para estudios exploratorios dicho valor se considera de una fiabilidad aceptable, muy similar a la obtenida por Nkongho (5, 28).

Tabla N° 1: Variables medidas del instrumento (5)

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Valor	Habilidad para enfrentarse a lo desconocido. El valor para cuidar se obtiene de experiencias del pasado, siendo sensible y abriéndose a las necesidades del presente. Se debe confiar en el crecimiento del otro y en la propia capacidad de cuidar.
Conocimiento	Condición primordial para cuidar, incluye el autoconocimiento, el conocimiento del otro, sus fortalezas y limitaciones al igual que sus necesidades particulares; y el ritmo alternativo está relacionado con las fluctuaciones o cambios que se dan durante la experiencia del cuidado.
Paciencia	Tolerante en situaciones donde se representa cierto grado de confusión y de desorganización. Es la actitud que le permite a la persona poder soportar cualquier contratiempo y dificultad.

Para la determinación de los niveles de habilidad de cuidado se asignó valores de bajo, medio y alto, basada en el estudio Nkongho, ajustada por investigadores, como se muestra en la Tabla N° 2.

Tabla N° 2: Caring Ability Inventory. (5)
(Adaptación por investigadores del estudio, promediando valores, sin diferenciación de sexo)

VARIABLES / ESCALA	Bajo	Medio	Alto
Paciencia	< 55.7	55.7 – 63.5	> 63.5
Conocimiento	< 66.7	66.7 - 77.3	> 77.3
Valor o coraje	< 58.2	58.2 - 69.8	> 69.8

Junto con el CAI se aplicó encuesta de caracterización de la muestra, con las variables de edad, sexo, nivel, jornada y año de ingreso a la carrera. El procesamiento de datos se realizó con el programa SPSS versión 15 y los estadígrafos utilizados fueron distribución de frecuencias, media de datos agrupados, promedios, porcentajes.

RESULTADOS

Caracterización de los estudiantes: 86% mujeres; 65%, mayores de 25 años; 65%, pertenecen al 4° nivel de la carrera;

51% ingresó a la carrera entre los años 2011 y 2012; 40% entre 2009-2010; 60% corresponden a jornada diurna y 40% a jornada vespertina.

El resultado global de las habilidades de cuidado reporta un predominio de la variable Paciencia, siendo la segunda habilidad el Conocimiento; muy por debajo se ubica el Valor o Coraje (Gráfico N° 1).

Gráfico N° 1 Distribución habilidades globales.



No encontrándose diferencias por edad, sexo o niveles cursados (Gráficos N° 2, 3 y 4).

Gráfico N° 2: Distribución de habilidades de cuidado según edad.

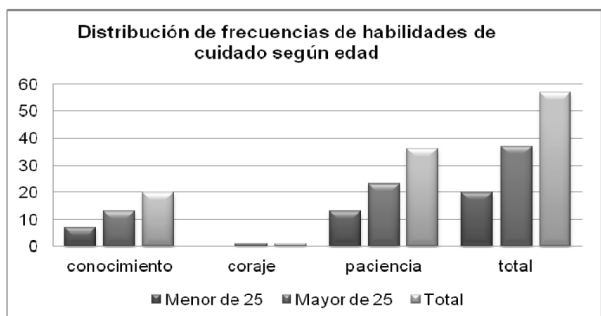
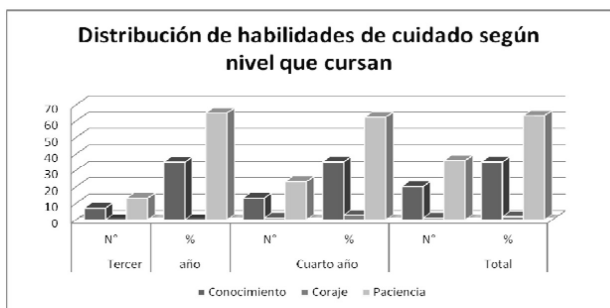


Gráfico N° 3: Distribución de habilidades de cuidado según nivel que cursan.



Se observó un incremento progresivo de habilidades de cuidado en las nuevas cohortes; los estudiantes de la jornada vespertina presentan valores más altos en cuanto a la variable Paciencia, no así en Conocimiento, que es mayor en la jornada diurna; sin embargo, ambos grupos coinciden en los bajos valores presentados en la variable Coraje.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los estudiantes que formaron parte de esta investigación son personas únicas, con habilidades y herramientas distintas y variadas, pero con un objetivo en común: entregar un cuidado de calidad y humanizado. Desde el origen de la humanidad, las prácticas humanas relacionadas con la salud y el cuidado de las personas se han considerado una actividad femenina; actualmente existen enfoques de género que critican esta posición y el rol social de la mujer, teniendo en cuenta que cada vez más se incrementa el ingreso de hombres a estudiar la carrera (29). La edad de los estudiantes en promedio es de 25 años, en una etapa de productividad y de reflexión propia de la adultez temprana, que tienen decidido su plan vital y profesional, con una madurez psicológica para el autoconocimiento de propias debilidades y potencialidades. Por estar en una etapa vital han desarrollado un sistema de valores, sentido de la autonomía, autocontrol y responsabilidad que los lo habilita para brindar cuidados de manera integral (30).

De manera global, las habilidades para el cuidado humanizado presentaron un predominio de la habilidad Paciencia, seguido del Conocimiento, siendo el Valor o Coraje una habilidad menos lograda. Al comparar los resultados de este estudio con los obtenidos por la autora del instrumento, los participantes estudiados presentarían un nivel medio de Paciencia, casi en el límite del nivel alto (5). En cuanto al Conocimiento se encontraría en un nivel bajo, siendo éste muy menor al estudio antes mencionado con valores < 66.7. Más notoria aún es la diferencia respecto al Valor, que se encuentra en niveles muy bajos, < 58.2. La Paciencia reportó un nivel medio, lo que significa buen nivel de tolerancia y comprensión de quien se cuida, aspectos de gran importancia para los estudiantes de enfermería, quienes poseen atributos para asumir una actitud que facilite una comunicación flexible, cálida, expectante, neutral, desprovista de comportamientos autoritarios y centrada en lo que acontece al otro, favoreciendo la cooperación del paciente y facilitando la relación intersubjetiva por parte de éste (4, 12,18). Al comparar con otro estudio realizado a enfermeras/os colombianas/os, los estudiantes encuestados mostraron mejor nivel, pudiéndose explicar que en su calidad de aprendices disponen de mayor tiempo para la comunicación, asumiendo un rol menos autoritario, en una relación más horizontal (18, 31). Esto implicaría un mayor ejercicio de la tolerancia y ajustes frente a la incertidumbre situacional, generándose un vínculo estrecho y gratificante entre la persona y el estudiante (3, 4, 19).

El Conocimiento propio y del otro se encuentra en un nivel medio bajo, lo cual podría limitar la relación interpersonal, ya que ésta se da en una relación dialógica entre el futuro profesional y el paciente (8, 18, 27). La formación, como un sistema de valores humanistas y altruistas que se aprenden precozmente, debe ser potenciada a través de modelos aprehendidos en la relación transpersonal con enfermeras/os clínicas y docentes, quienes por su experiencia han logrado mejores niveles en esta dimensión (18, 32). El aprendizaje transpersonal es una herramienta de significado para relacionarse de manera genuina con

las personas que requieren de información y conocimientos respecto a su estado de salud y cuidados necesarios (3, 18, 20).

En cuanto al Valor o Coraje, definido como una habilidad para enfrentarse a lo desconocido, confiando en el crecimiento del otro y en la propia capacidad de cuidar, en este estudio se lo observa como una habilidad ubicada mayoritariamente en los más bajos niveles, coincidiendo con estudios realizados a profesionales de enfermería y a cuidadores familiares, lo cual podría reflejar una actitud más bien pasiva, poco optimismo, temerosos y con algunas carencias para comprender el dolor ajeno (13, 33). El ejercicio del valor a través de la formación abre un campo al cual hay que poner atención, toda vez que este es fundamental para establecer una relación de ayuda (10, 18, 23).

Es necesario potenciar a través de la formación las habilidades de cuidado, preparando a los estudiantes para que desarrollen un genuino interés por los otros; que tengan el conocimiento necesario para que sus acciones sean eficaces y oportunas; que reconozcan sus propias limitaciones y puedan encontrar las herramientas psicoemocionales para la superación personal.

CONSIDERACIONES FINALES

El estudio permitió tener una visión particular del cuidado humanizado de acuerdo a la teoría de Jean Watson, reflexionar acerca de nuestras propias competencias docentes para enseñar el cuidado, focalizándose hacia el desarrollo personal y el autoconocimiento por parte de los de los estudiantes, que ejerce las cualidades del valor y coraje como preparación para un futuro desempeño como profesionales y que puedan asumir el cuidado en todas sus dimensiones.

Este estudio podría motivar a otros investigadores a realizar investigaciones con enfoque fenomenológico, identificar en profundidad el sentido y significado del cuidado, además de disponer de otras perspectivas del mismo, con la mirada del profesional que gestiona los cuidados, como "ser cuidador" y del paciente como "ser de cuidados".

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Casate J, Corrêa K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. Feb 2012 [citado 30 Abr 2016]; 46 (1): 219-226. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000100029&lng
2. Garavito A. La formación integral de estudiantes de enfermería. Investig. Enferm. Imagen Desarr. 2013;15(2):153-172.
3. Watson J. Human caring science: a theory of nursing. 2da ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning; 2012.
4. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. 2da ed. Boston: University Press of Colorado; 1985.
5. Watson J. Assessing and measuring caring in nursing and health science. 2da ed. New York: Springer Publishing; 2002.
6. Vélez C, Huber J. Epistemología del cuidado en enfermería: a la luz de la fenomenología. Cultura del cuidado Enfermería. 2011; (1): 52.
7. Levinas E. Humanismo del otro hombre. 6a ed. Madrid: Siglo XXI; 2006.
8. Leininger M. Caring: an essential human need. En: Proceedings of the Three National Caring Conference. Detroit: Michigan: Wayne State University; 1988.
9. Waldow V. Cuidado humano: La vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. Index de enfermería/cuarto trimestre 2014, vol. 23, N. 4
10. Rivera L, Triana Á. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. Actual Enferm. 2007;10(4):15-21.
11. García L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. Acta Bioethica 2015; 21 (2): 311-317
12. Beltrán O. Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. Index Enferm [Internet]. 2015 [citado 08 May 2016]; 24 (1-2): 49-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100011>.
13. Duarte M., Noro A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. Dic 2010 [citado 30 Abr 2016]; 31(4): 685-692. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000400011>.
14. Rivas E, Rivas A, Bustos L. Valores expresados en estudiantes de enfermería. Cienc Enferm. 2011; XVII (2): 65-75.
15. de Souza J. Lima R., Munari, D. Esperidião E. Ensino do cuidado humanizado: evolução e tendências da produção científica. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2008 [citada 30 Abr 2016]; 61(6): 878-882. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600014&lng
16. Rigon N., Junges J. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. Rev. Saúde Pública. [Internet]. Dec 2013 [citada 30 Abr 2016]; 47(6): 1186-1200. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000901186&lng=en.
17. Salgado J, Valenzuela S, Sanhueza O. Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de enfermería y receptores del cuidado. Cienc Enferm. 2015;1(XXI): 69-79.
18. Contreras A, et al. Habilidad de cuidado de los profesionales de enfermería de una institución prestadora de servicios de salud. Cultura del Cuidado Enfermería. 2011; 8(1): 17-23.
19. Arredondo C, Siles J. tecnología y humanización de los cuidados: una mirada desde la teoría de las relaciones interpersonales. Index Enferm. 2009 ;18(1):32-36.
20. Ceballos A. Desde los ámbitos de la enfermería analizando el cuidado humanizado. Cienc enferm. 2010;16(1): 31-35.
21. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm. 2007;20(4);4 99-503.

22. Hackspiel M. El cuidado de una vida humana. Cuadernos de Bioética. 1999; (37):160-167.
23. Neusa, C., Célia R. Humanização e trabalho na enfermagem. Rev. bras. enferm. [Internet]. Abr 2003 [citado 30 Abr 2016]; 56 (2): 189-192. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000200016&lng=pt.
24. Espinosa Á, Enríquez C, Leiva F, López M, Castañeda L. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería. Cienc. enferm. [Internet]. Ago 2015 [citado 08 May 2016]; 21 (2): 39-49. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200005>.
25. Bautista R. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Aquichán. 2008;8(1):74-84.
26. Landman C. et als. Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería. Cienc Enferm. 2015; 1(XXI):97-99.
27. Stein D, Santos M, Lorenzini A. Humanizando el cuidado a través de la valorización del ser humano: resignificación de los valores y principios por los profesionales de salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 [citado 09 Oct 2015]; 15(1): 34-41. Disponible en: <http://www.eerp.usp.br/rlae>.
28. Nunnally, J. y Bernstein, Y. Teoría psicométrica. 3ª ed. México: McGraw-Hill; 1995.
29. García A. Mª., Sainz A., Botella M. La enfermería vista desde el género. Index Enferm. [Internet]. Nov 2004 [citado 07 May 2016]; 13(46): 45-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200009&lng=es.
30. Papalia, D.; Wendkos, S. y Duskin, R. Desarrollo humano. Vol. XI ed. México: Mc Graw Hill. 2010. 422-423
31. Ayala R. Biopoder: el poder y la violencia en la formación de profesionales de enfermería. Educ. méd. [Internet]. Sep 2008 [citado 07 May 2016]; 11(3): 125-129. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132008000300004&lng=es.
32. González A, de Almeida M. Integralidade da saúde: nor-teando mudanças na graduação dos novos profissionais. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. May 2010 [citado 30 Abr 2016]; 15(3): 757-762. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300018&lng
33. Barrera L, et als. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Rev. Inv. & Educ. en Enf., vol. XXIV, núm. 1, marzo, 2006, pp. 36-46

VARIACIÓN EN LA EMISIÓN LÁSER DE BAJA POTENCIA A TRAVÉS DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR

VARIATION IN LOW POWER LASER EMISSIONS PASSING THROUGH KINESIO TAPING

VARIAÇÃO NA EMISSÃO LASER DE BAIXA INTENSIDADE ATRAVÉS DA BANDAGEM NEUROMUSCULAR

Ernesto Benítez

Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay.
ernesto.benitez@ucu.edu.uy

Rodrigo DaCunda

Biosistemas. Montevideo, Uruguay.

Recibido: 20/03/2016

Aceptado: 20/05/2016

RESUMEN

El vendaje neuromuscular es una técnica utilizada en la fisioterapia, donde se buscan objetivos terapéuticos con la aplicación de cintas elásticas con características especiales que se adhieren a la piel permaneciendo cinco días. Al ser estas aplicaciones tan duraderas pueden coexistir con otros tratamientos de agentes físicos y terapias manuales. La laserterapia de baja potencia es un tratamiento que brinda grandes beneficios en la regeneración tisular así como en procesos dolorosos. Consta de la aplicación sobre la piel de un haz de luz, con características definidas de longitud de onda, ubicándola en el punto de la lesión. Los efectos del láser se podrían sumar a los obtenidos mediante el vendaje neuromuscular, pero la falta de evidencia sobre la interacción de estos dos tratamientos y si realmente existe un pasaje de la emisión láser al paciente, es punto de partida para la realización del siguiente trabajo donde se cuantifica el pasaje de la luz a través del vendaje medido en mili watts. Los resultados muestran una gran caída de la energía que logra atravesar el vendaje, siendo variada, dependiendo del color y la tensión a la cual se aplica la cinta. La aplicación de láser sobre vendaje neuromuscular no tiene riesgos, pero la disminución de potencia que presentan los resultados es muy grande. Se concluye que se estaría aplicando dosis insuficientes y desgastando el equipo, con pocos efectos reales sobre el paciente. Por la falta de estudios sobre la combinación de estos dos agentes terapéuticos se recomienda seguir investigando sobre las interacciones entre las técnicas para justificar su uso y efectividad terapéutica.

Palabras Clave: Fisioterapia, Rayos Láser, Terapia por Luz de Baja Intensidad, Tono Muscular.

ABSTRACT

The Kinesio taping is a technique used in physical therapy, where therapy objectives are achieved by means of applying elastic tapes with special features that adhere to the skin and are not removed for five days. These applications may coexist

with other treatments, like physical agents and manual therapies. Low power laser therapy is a treatment that provides great benefits in tissue regeneration as well as in alleviating painful processes. It consists of the application on the skin of a light beam with special wavelength characteristics, right on the injured area. Laser effects could be added to those obtained by the Kinesio taping, but there is no information about the interaction of these two treatments, and whether or not there is an effective passage of the laser emission to the patient through the taping. This is the starting point for performing the following work, where the amount of laser light passing through the dressing is measured in mill watts. The results show a large drop in the energy that passes through the bandage, which depends on the color and the tension at which the tape is applied. The application of laser on Kinesio taping has no risk, but the power reduction shown in this work is significant. The conclusion is that insufficient doses are being applied, wearing out the equipment with few real effects on the patient. There are no studies on results when using these two therapeutic agents combined; therefore it is recommended to do further research on the interactions between these techniques to justify their use and their therapeutic effectiveness.

Keywords: Physical Therapy Specialty, Lasers, Low-Level Light Therapy, Muscle Tonus.

RESUMO

A bandagem neuromuscular é uma técnica utilizada na fisioterapia que busca objetivos terapêuticos com a aplicação de bandas elásticas com características especiais, as quais se aderem à pele e permanecem durante cinco dias. Essas aplicações, por serem tão duradouras, podem coexistir com outros tratamentos de agentes físicos e terapias manuais. A laserterapia de baixa potência é um tratamento que oferece grandes benefícios na regeneração tecidual, bem como em processos dolorosos. O procedimento é a aplicação sobre a pele de um feixe de luz, com características de longitude de onda definida, posicionada no ponto da lesão. Pode-se acrescentar os efeitos do laser

aos obtidos mediante a bandagem neuromuscular, mas a falta de evidência sobre a interação destes dois dos tratamentos e a existência real da passagem da emissão laser ao paciente é ponto de partida para a realização do presente trabalho, onde a passagem da luz através do curativo, medida em mil watts, é quantificada. Os resultados mostram uma grande queda da energia que consegue atravessar a banda, apresentando variações, conforme a cor e a tensão à qual a fita é aplicada. A aplicação de laser sobre a bandagem neuromuscular não apresenta riscos, mas a redução de potência que apresentam os resultados é muito grande. Conclui-se que estariam sendo aplicadas doses insuficientes, desgastando o aparelho, e com poucos efeitos reais sobre o paciente. Pela falta de estudos sobre a combinação desses dois agentes terapêuticos, é recomendado continuar pesquisando sobre as interações entre as técnicas para justificar seu uso e efetividade terapêutica.

Palabras-chave: Fisioterapia, Lasers, Terapia com Luz de Baixa Intensidade, Tono Muscular.

INTRODUCCIÓN

El vendaje neuromuscular es una técnica de origen oriental; los primeros registros indican que el pionero fue el doctor japonés Kenzo Kase en los años setenta. Las aplicaciones e indicaciones son muchas y las más utilizadas corresponden a las disfunciones osteoarticulares, musculotendinosas, linfáticas y vasculares (1, 2). La técnica es nueva en el ámbito científico, pero está comenzando a tener fuerte actividad con la publicación de artículos científicos en áreas que hasta el momento no tenían respaldo, como la neurológica y más específicamente en parálisis cerebral (3,4). Las cintas utilizadas son de características muy específicas. Su material de confección generalmente es algodón con un pegamento acrílico hipoalergénico, para disminuir el riesgo de reacciones alérgicas. La elasticidad es de hasta 140%, pretensadas en la base de papel a un 10% de tensión (1). La técnica consiste en colocar la cinta con la tensión correcta en la ubicación de la lesión respetando estructuras anatómicas como vasos sanguíneos y cadenas linfáticas; no alcanza con conocer el músculo que se quiere tratar. Existen distintas aplicaciones según el objetivo terapéutico y en alguna de estas se superponen varias capas de cinta; por ejemplo, en la técnica de “space” se busca disminuir la tensión en un punto específico sobre el cual se colocan cuatro tiras en forma entrecruzada donde el centro de cada tira pasa por el punto de la lesión (5). El vendaje por lo general se mantiene adherido a la piel sin ser retirado antes de los cinco días, que es el máximo tiempo que se puede mantener la piel cubierta. Esto lleva a que otras técnicas de fisioterapia tengan que coexistir con las cintas, y posiblemente se deban aplicar sobre ella sin conocer las interacciones entre esas técnicas. La laserterapia es una técnica bastante investigada en el ámbito científico pero aún no se llega a consensos sobre dosis utilizadas, profundidad de los efectos y parámetros de frecuencias y ciclos de trabajo (6).

El láser terapéutico o de baja potencia se encuentra dentro de la fototerapia, compartiendo su terreno con las radiaciones ul-

travioletas y LED, que son las más utilizadas actualmente (7). Se pueden encontrar emisores gaseosos como helio-neón (He-Ne) que se utilizan sobre todo para lesiones superficiales ya que su penetración es mínima y se absorbe rápidamente por tejidos como piel y mucosas. Su longitud de onda ronda los 630 nanómetros (nm) y se encuentra en el espectro visible (rojo). Los emisores de semiconductores como Arseniuro de Galio (As-Ga) son los más utilizados en el área de rehabilitación llegando a mayor profundidad y pudiendo abordar estructuras como músculos, tendones y fascia (8, 9).

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es conocer la variación de potencia al aplicar laserterapia sobre las cintas utilizadas para el vendaje neuromuscular y comprobar cuál es la emisión efectiva. Junto con lo anterior, observar qué medidas de dosificación variar para poder aplicarlo de forma efectiva y compensar la disminución de energía generada por la venda.

METODOLOGÍA:

En cuanto a los materiales, se utilizaron marcas de vendas importadas que se pueden adquirir en el mercado uruguayo de distintos orígenes de fabricación: Rehabtape, de origen suizo, color fucsia, azul y púrpura; y Sarasa, de origen japonés, color beige. Para medir la potencia del láser se utilizó un calibrador marca Coherent, modelo Laser Check de origen estadounidense y una consola de láser marca Ibramed de origen brasileño con dos punteras con distinta longitud de onda, una de 904 nm dentro del rango infrarrojo y una de 660 nm roja. El procedimiento consistió en realizar una calibración de las punteras sin ningún obstáculo entre el lente receptor y el emisor, comprobando la potencia de salida en cada una. Luego se midió la potencia recibida, interponiendo una capa de venda sin tensión sobre el lente del calibrador láser. Se analiza también la potencia con un 100% de tensión sobre la venda, y una superposición de cuatro capas al 100% de tensión, simulando la aplicación de un spacetape.

RESULTADOS:

Long. Onda nm	Potencia de salida mW	P. efectiva azul mW	P. efectiva beige mW	P. efectiva fucsia mW	P. efectiva púrpura mW
		Tensión	Tensión	Tensión	Tensión
		0% - 100%	0% - 100%	0% - 100%	0% - 100%
660	31,7	1,74 – 9,54	3,42 – 9,94	4,58 – 11,1	1,42 – 12,6
904	40	5,21 – 18,5	6,24 – 12,5	5,77 – 16,4	5,12 – 19,5

Tabla 1: comparativa de emisión de las distintas longitudes de onda sobre una capa de venda con tensión de 0% y luego de 100%.

Long. Onda nm	Potencia efectiva mW
660	1,16
904	3,11

Tabla 2: Emisión de láser sobre 4 capas de venda, de color beige con tensión del 100% buscando una similitud con la aplicación de spacetape.

Long. Onda nm	Potencia de salida %	P. efectiva azul %	P. efectiva beige %	P. efectiva fucsia %	P. efectiva púrpura %
660	100	6 - 30	11 - 31	15 - 35	5 - 40
904	100	13 - 46	16 - 31	14 - 41	13 - 50

Tabla 3: Porcentaje de las potencias efectivas para un estiramiento de 0% y luego 100% de la cinta con las diferentes longitudes de onda.

Long. Onda nm	Potencia efectiva %
660	4
904	8

Tabla 4: Porcentaje de las potencias efectivas sobre 4 capas de cinta con tensión del 100% para las distintas longitudes de onda.

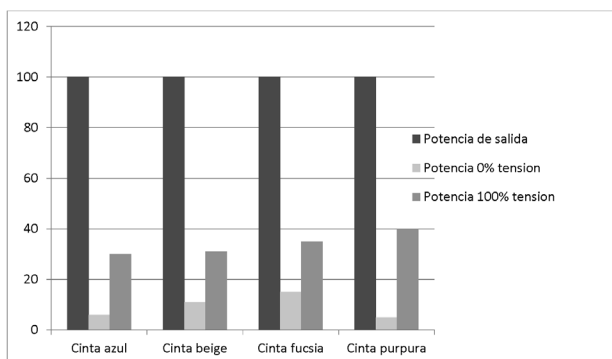


Gráfico 1: expresa los resultados de la tabla 3 con la longitud de onda de 660 nm. (Porcentaje de las potencias efectivas para un estiramiento de 0% y luego 100% de la cinta).

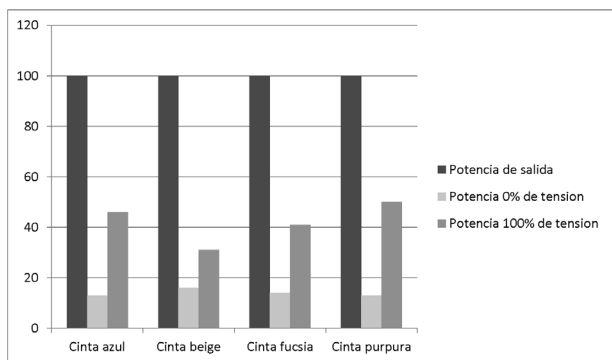


Gráfico 2: expresa los resultados de la tabla 3 con longitud de onda de 904 nm. (Porcentaje de las potencias efectivas para un estiramiento de 0% y luego 100% de la cinta)

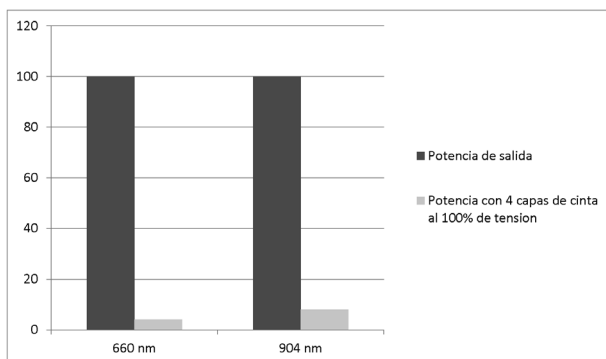


Gráfico 3: expresa los resultados de la tabla 4. (Porcentaje de las potencias efectivas sobre 4 capas de cinta con tensión del 100% para las distintas longitudes de onda)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Los datos obtenidos muestran una gran caída de los valores de la potencia de salida cuando se aplica el láser sobre el vendaje neuromuscular. Esto es difícil de calcular sin herramientas específicas como la utilizada en este experimento, ya que habitualmente no se encuentran en las clínicas de Fisioterapia. Para obtener dosis correctas se tiene que conocer la potencia media del láser, ya que depende de éste el tiempo que se tiene que mantener la emisión para depositar la energía adecuada al tratamiento. En los equipos modernos generalmente se ingresa el valor de energía que se quiere entregar, conocido como densidad de energía, que se mide en J/cm^2 y el equipo automáticamente calcula el tiempo que tarda en entregar esta energía. El valor utilizado por el equipo para realizar la ecuación y calcular el tiempo es el expresado por el fabricante y se toma con una emisión directa sin obstáculos entre el emisor y el receptor. Por ejemplo, si la dosis elegida para determinado tratamiento es $3 \text{ J}/\text{cm}^2$, el equipo dará el tiempo necesario para entregar esta cantidad, pero si se interpone una capa de venda se estaría bajando la potencia de emisión y ese tiempo que calculó el equipo sería muy inferior al que debería ser aplicado para mantener dicha emisión. Para lograr igualar las potencias de salida, se debería incrementar la densidad de energía en un 90 – 95% con tensiones de 0% y en un 50 – 70% sobre vendajes realizados al 100% de tensión con una sola capa. Para cuatro capas al 100% de tensión el incremento tiene que ser del 92 – 96%.

La aplicación de láser sobre vendaje neuromuscular no tiene riesgos, pero la disminución de potencia que presentan los resultados es muy grande. Se estaría aplicando dosis insuficientes y desgastando el equipo, con pocos efectos reales sobre el paciente. Se podría hacer una estimación para corregir la dosis pero no es recomendable ya que sería de forma aproximada, además de tener variaciones de la emisión dependiendo del color del vendaje y la marca. Por la falta de estudios sobre la combinación de estos dos agentes terapéuticos se recomienda seguir investigando sobre las interacciones entre las técnicas para justificar su uso y efectividad terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) L. Espejo, M.D. Apolo. Revisión bibliográfica de la efectividad del kinesiotaping. *Rehabilitación*. 2011;45 (2): 148 – 158.
- (2) Tsai H. et al. Could Kinesio tape replace the bandage in decongestive lymphatic therapy for breast-cancer-related lymphedema? A pilot study. *Support Care Cancer*; 2009: 17:1353–1360.
- (3) O. Kaya Kara, et al. The effects of Kinesio Taping on body functions and activity in unilateral spastic cerebral palsy: a single-blind randomized controlled trial. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2015, 57: 81–88.
- (4) Camerota F. et al. Neuromuscular taping for the upper limb in Cerebral Palsy: A case study in a patient with hemiplegia. *Dev Neurorehabil, Early Online*: 2013, 1–4.
- (5) Kumbrink B. K Taping-An Illustrated Guide. Berlin: Springer; 2012.
- (6) Melis M. et al. Low Level Laser Therapy for the Treatment of Temporomandibular Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Cranio* 2012; 30:304-12.
- (7) Leal E. et al. Adjunctive use of combination of super-pulsed laser and light-emitting diodes phototherapy on nonspecific knee pain: double-blinded randomized placebo-controlled trial. *Lasers Med Sci*; 2014: 29:1839–1847.
- (8) Nascimento D. Efeitos da irradiação com o laser hene 632.8nm sobre a cicatrização de feridas em ratos. *Marin-gá*; 2006: 5: (2): 229-235.
- (9) Gur A. et al. Efficacy of 904 nm Gallium Arsenide Low Level Laser Therapy in the Management of Chronic Myofascial Pain in the Neck: A Double-Blind and Randomized-Controlled Trial. *Lasers Surg Med*; 2004: 35:229–35.

SECCIÓN 2

Actualizaciones

COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN CIENTÍFICA: Algunos aportes para la presentación de informes de investigación

SCIENTIFIC COMMUNICATION AND DIFFUSION:

Some contributions for research reporting

COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA:

Algumas contribuições para o relato de pesquisas

Augusto Ferreira Umpiérrez

Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay.
auferre@ucu.edu.uy

Recibido: 19/04/2016

Aceptado: 06/05/2016

RESUMEN

En los últimos años, el avance en la generación de conocimientos, en todas las áreas de la ciencia, ha desembocado en una producción masiva de reportes e informes de investigación. Muchas veces, estos estudios provienen de tesis u otros estudios de diferentes niveles y brindan aportes realmente interesantes para la comunidad científica. Sin embargo, la forma en como se comunican y divulgan presenta debilidades, lo cual los hace vulnerables a la hora de su evaluación, publicación y difusión. En esa línea, el objetivo de este artículo es presentar algunos aportes para la presentación de informes de investigación bajo las normas de la comunicación y divulgación científica. La generación de conocimiento debe ser comunicada y divulgada bajo determinados estándares de calidad para poder ser aprovechada de mejor manera por la comunidad y mostrar su valor científico y social, condición *sine qua non* para el desarrollo de estudios de investigación.

Palabras claves: Comunicación y divulgación científica; Publicaciones científicas y técnicas; Investigación; Comunicación.

ABSTRACT

In recent years, progress in the generation of knowledge in all areas of science has led to a mass production of reports and research reports. Often, these studies come from thesis or researches done at different levels and provide really interesting contributions to the scientific community. However, the way they are communicated and reported presents weaknesses, which makes them vulnerable at the time of their evaluation, publication and dissemination. In that vein, the aim of this article is to present some contributions for the reporting of research

under the rules of scientific communication and dissemination. The generation of knowledge must be communicated and disclosed using certain quality standards in order to be better exploited by the community and to show its scientific and social value, condition *sine qua non* for the development of research studies.

Key words: Scientific Communication and Diffusion; Scientific and Technical Publications; Research; Communication.

RESUMO

Nos últimos anos, os avanços na produção de conhecimento, em todas as áreas da ciência, levaram a uma produção em massa de documentos e relatórios de pesquisa. Muitas vezes, esses estudos são originados em teses ou outros estudos de diferentes níveis e fornecem contribuições muito interessantes para a comunidade científica. No entanto, a forma como eles são comunicados e divulgados apresenta pontos fracos, tornando-os vulneráveis na sua avaliação, publicação e divulgação. Nesse sentido, o objetivo deste artigo é apresentar algumas contribuições para a elaboração dos relatórios de pesquisa, segundo as regras da comunicação e divulgação científicas. A produção de conhecimentos deve ser comunicada e divulgada de acordo com determinados padrões de qualidade, para ser aproveitada na melhor forma pela comunidade e mostrar seu valor científico e social, condição *sine qua non* para o desenvolvimento da pesquisa.

Palavras-chave: comunicação e divulgação científica; publicações científicas e técnicas; pesquisa; comunicação.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el avance en la generación de conocimientos, en todas las áreas de la ciencia, ha desembocado en una producción masiva de reportes e informes de investigación. Según datos del Banco Mundial, la producción científica en los últimos tres años ha sido de más de 2 millones de artículos en revistas de ciencia y tecnología, posicionándose China como uno de los países de mayor producción (1). A la vez, las tecnologías de la información y la comunicación han hecho que el acceso a diferentes tipos de estudios sea relativamente sencillo, dado que la actividad científica y su publicación están íntimamente relacionadas con otras prácticas de la sociedad si se considera que la ciencia es un fenómeno social (2, 3). El rol que cumple la generación del conocimiento, su importancia y su pertinencia, se evidencia al obtener resultados con impacto económico, social y/o medioambiental (4).

Buena parte de esa producción proviene de resultados de proyectos de investigación desarrollados en el marco de programas académicos, ya sea de nivel de grado, especialización, maestría o doctorado. Muchas veces, estos estudios brindan aportes realmente interesantes para la comunidad científica. Sin embargo, la forma en como se comunican y divulgan presenta debilidades, lo cual los hace vulnerables a la hora de su evaluación, publicación y difusión. La comunicación de estos estudios puede ser a través del informe final que constituirá la tesis, tesina o monografía, pero también puede ser a través de un artículo. El artículo científico es un informe escrito publicado, que da cuenta de los resultados de una investigación. Es también parte fundamental del proceso investigativo, por lo que se afirma que la investigación científica no está completa en tanto sus resultados no hayan sido publicados (5).

En base a lo expuesto, se percibe la necesidad de brindar algunos lineamientos a seguir a modo de guía concreta y sencilla para la elaboración de informes de investigación, ofreciendo sugerencias acordes a la bibliografía actual y con el rigor metodológico preciso para este tipo de estudios. En esa línea, el objetivo de este artículo es presentar algunos aportes para la presentación de informes de investigación bajo las normas de la comunicación y divulgación científica.

Generalidades sobre los informes de investigación.

El informe final se puede definir como un documento que muestra en forma ordenada, resumida y concisa los aspectos fundamentales de un estudio científico. De alguna manera, el informe final ofrece una respuesta al planteamiento del problema definido en torno al objeto del estudio y señala las estrategias para abordarlo, mostrando los datos recogidos, analizados e interpretados por el investigador, lo que conlleva a develar los principales hallazgos del estudio (6). Este informe debe ofrecer determinados niveles de calidad para dar cuenta realmente de la validez del estudio, la confiabilidad y las responsabilidades de los autores (7,8). La calidad en la comunica-

ción de la producción científica está dada, en gran parte, por la estructura y formas que distinguen el informe final, así como en la redacción y sus contenidos, los cuales deben ser especialmente seleccionados.

Para la redacción se debe utilizar siempre vocabulario técnico, de corte académico científico, construyendo frases cortas y concisas. Se debe recordar el uso adecuado de la puntuación, así como de otras reglas gramaticales y ortográficas básicas. Siempre que se recurra a siglas o abreviaturas, la primera vez que se utilizan en el texto deben escribirse las palabras completas y, entre paréntesis, colocar la sigla asignada. Luego de esto, se pueden usar las siglas a lo largo de todo el trabajo. En general, no está permitido el uso de siglas o abreviaturas en el resumen del trabajo (9).

Partes del informe.

Existen diferentes tipos de informes. Entre ellos se puede encontrar libros, trabajos de tesis, artículos, reportes técnicos, posters. Las partes del mismo dependerán del tipo de informe que se presente. En este apartado se brindarán lineamientos generales que usualmente se utilizan tanto para un informe completo, o en extenso, como para informes de tesis o reportes técnicos. En esa línea, entre las partes específicas de un informe de investigación se pueden destacar los siguientes puntos a tener en cuenta:

- a. **Título.** El título que se elija para el informe debe expresar la idea central del estudio que se ha realizado. Debe indicar, en general, el tema acotado, el contenido y el área del estudio. Se debe tener en cuenta “qué se hizo”, “en qué población”, “dónde se hizo”. Se sugiere que el título tenga entre 15 y 20 palabras (6).

Un ejemplo de esto podría ser:

TÍTULO.

Factores motivacionales que influyen en la satisfacción laboral del personal de salud del Hospital de San Juan

Un buen título oficia de puerta de entrada al trabajo y es la base para encontrar las mejores palabras claves o descriptores del mismo, a los cuales nos dedicaremos más adelante.

- b. **Resumen.** El resumen se coloca inmediatamente luego de la portada del trabajo y antes de la introducción. Debe contener una síntesis muy precisa del trabajo, detallando brevemente el problema, su justificación, los objetivos, la metodología, así como los principales resultados y conclusiones a las que arribó el estudio (5). No deben colocarse abreviaturas ni siglas. No lleva citas bibliográficas de ningún tipo. El resumen debe ser breve: se sugiere que no contenga más de 250 palabras, aunque esto puede depender de las normas para cada trabajo.

- c. *Palabras clave.* Las palabras clave o descriptores (aunque no sean términos exactamente sinónimos) suponen una herramienta imprescindible a la hora de realizar una búsqueda bibliográfica, permitiendo el acceso, en las grandes bases de datos, a los trabajos relacionados al tema. Identifican al trabajo, lo caracterizan y lo hacen más ubicable por parte de lectores interesados. Se recomienda emplear los descriptores del tesoro de la National Library of Medicine (en inglés Medical Subject Headings o MeSH, en español los Descriptores de Ciencias de la Salud o DeCS¹). Un bibliotecólogo es el técnico adecuado para ayudar a identificar las mejores palabras claves para un informe de investigación.
- d. *Índice.* Debe reflejar las partes más importantes del trabajo, distribuido por capítulos con su correspondiente título y subtítulos si corresponde. Si se desea, para elaborar el índice se puede optar por la función de “tabla de contenido” del programa *Word*.
- e. *Introducción.* La misma, si bien se ubica al principio del trabajo, se debe realizar luego de haber escrito todas las partes del estudio. Como la palabra lo indica, en este capítulo se introduce al trabajo, por lo tanto debe incluir los aspectos centrales del mismo, en forma breve y concisa (10). En la introducción, puede presentarse brevemente el marco en el cual se ubica el estudio (programa académico, área de trabajo, fondo de investigación al cual se presenta, etc.). Debe explicarse la necesidad de llevar a cabo el estudio y describir claramente el propósito principal de su realización (11). Además, se deben destacar los siguientes ítems:
1. Explicar el área y el tema central del que trata la investigación.
 2. Presentar brevemente el estado de la cuestión estudiada.
 3. Determinar claramente el problema de investigación y las inquietudes que generaron el estudio, en base a las cuales surgió la pregunta de investigación.
 4. Indicar brevemente la forma cómo se realizó el estudio, dónde y cuándo.
 5. Explicar para quienes puede resultar relevante el estudio y su fundamento en forma concisa, ya que más adelante habrá espacio para justificarlo en forma más detallada. Aunque también puede optarse por justificar en extenso el estudio en la introducción y prescindir de un capítulo para ello.
 6. Puede contener los objetivos del estudio, aunque se expondrán en un capítulo más adelante.
- f. *Justificación del estudio.* Este apartado puede hacerse en un capítulo por separado, o puede incluirse en la introducción del trabajo, pero no debe faltar en todo estudio de investigación. Es de extrema importancia presentar la fundamentación del tema estudiado, su valor social, su rele-

vancia para las mejoras de la práctica profesional y el aporte de los hallazgos para el conocimiento (6). En esta parte se necesita demostrar las implicaciones del problema y en qué colaborará su estudio, o sea por qué fue importante realizarlo. La contextualización, el escenario en donde el problema fue observado, es de fundamental importancia. Los argumentos precisan tener fundamentos sólidos y sustentables con bibliografía actualizada sobre el tema. Es esta una instancia para defender el trabajo, mostrando el valor científico y/o social del mismo (12). Se deben citar aquí algunos estudios que den sustentación teórica al trabajo.

- g. *Antecedentes.* En esta parte se presenta, en forma más extensa que en la introducción, el estado de la cuestión sobre el tema elegido para estudio. Es importante citar, con sus correspondientes referencias bibliográficas, estudios investigativos o trabajos de otro tipo que se hayan encontrado sobre el tema o relacionados con él, tanto en el ámbito nacional como internacional. Esta parte puede conformar un capítulo por sí sola o puede incluirse en otras partes como en la revisión de la literatura.
- h. *Objetivos.* En este capítulo se precisa indicar con claridad cuál fue la pretensión del autor con la investigación realizada. El objetivo u objetivos dan la dirección para los hallazgos y sirven de guía para todo el proceso metodológico. Cabe destacar que los objetivos del estudio se plantean a partir de la pregunta de investigación y deben mantener una coherencia con ella (13). Un objetivo, para ser bien formulado, al igual que como se hacía referencia en el título, precisa indicar “qué se hizo”, “con quién” y “dónde” se desarrolló el estudio. Puede también incluir el tiempo en que se realizó. Un cuidado importante al definir el objetivo está en considerar la intencionalidad del estudio y la posibilidad que el método proporcionará al investigador. Es de destacar que un estudio no necesariamente debe contener objetivos generales y específicos. En algunos casos, dependiendo del trabajo, sólo tendrá un objetivo general o más de uno. En el caso que el estudio contenga objetivos específicos, se debe recordar que éstos siempre deben colaborar para lograr el objetivo general y que no deben ser actividades propias de la investigación. Recuérdese también, que los hallazgos que tendrá el estudio precisan responder al objetivo trazado.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son los factores motivacionales que influyen en el personal de salud del Hospital de San Juan?

OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO (En base a la pregunta de investigación).

Identificar los factores motivacionales que influyen en el personal de salud del Hospital de San Juan.

- i. *Revisión de la literatura.* En este capítulo se trata de situar el problema a ser investigado en el cuadro teórico ya conocido o producido por la comunidad científica. Aunque no

1. Ver <http://decs.bvs.br>

hay un consenso establecido, los autores distinguen entre marco teórico, marco conceptual y marco de referencia, dependiendo del nivel de profundización del estudio (6). En cualquier forma, el tema se debe ir desarrollando de lo más amplio a lo más específico, siguiendo una secuencia lógica. La aproximación teórica ayuda al investigador a demostrar la importancia del tema y, especialmente, el vacío de conocimiento que justifica el estudio propuesto. Aquí el investigador precisa mostrar las controversias o polémicas sobre el tema, los diferentes puntos de vista de autores calificados, el conocimiento producido (14). Se debe realizar una revisión bibliográfica exhaustiva en diferentes tipos de materiales que estén debidamente editados como libros, revistas científicas arbitradas e indexadas e internet calificada. Cabe destacar que actualmente el mundo científico prioriza las publicaciones en revistas y bases de datos científicas, por lo que se sugiere que la mayor parte de la revisión de la literatura provenga de éstas y no de libros (15). También estas fuentes pueden ser documentos expedidos por organismos calificados, leyes, decretos, definiciones de diccionarios, entre otros. Es preciso tener en cuenta algunos aspectos importantes en este proceso como la calidad de las fuentes que se citen y la actualidad de las referencias bibliográficas. En general, se aconseja que la mayoría de las fuentes citadas no sean mayores a 5 años de la fecha en que se ha realizado el trabajo. También amerita un análisis el alcance de los estudios consultados (nacionales e internacionales) y la respetabilidad de los autores.

- j. *Diseño metodológico.* Este es un apartado crucial en un informe de investigación. En esta parte el investigador precisa responder a preguntas como: ¿Qué tipo de estudio es? ¿Con quién, dónde, cuándo y cómo se realizó el trabajo? ¿Cómo se recolectaron los datos y cómo se analizaron? ¿Cuáles fueron los aspectos éticos que se tuvieron en cuenta? En esa línea, debe decirse claramente quienes fueron los participantes del estudio (población y muestra), el lugar, los tiempos, las técnicas de recolección de los datos (presentando en anexos el tipo de instrumento que se utilizó, si corresponde), el método de tratamiento y análisis de los datos del estudio (6, 16). En la metodología se precisa también aclarar las cuestiones éticas que involucraron el estudio propuesto. En Uruguay, como en diversos países, existen reglamentaciones respecto al tema, como por ejemplo el decreto de ley para investigaciones que involucran a seres humanos (17). Además, no sólo se debe estar atento a las cuestiones ético-legales que orientan los estudios con seres humanos, sino también a aquellas inherentes a las relaciones humanas implicadas en ese proceso (18). Las cuestiones éticas incluyen el anonimato de los sujetos de estudio, el manejo adecuado y confidencial de los datos, el consentimiento libre e informado, la libertad de los sujetos de abandonar el estudio cuando lo deseen, entre otros. Así mismo, también un estudio tiene condiciones éticas si está justificado realizarlo, o sea si tiene valor social y científico para no malgastar recursos en trabajos que no ofrezcan resultados que colaboren

con la generación del conocimiento; si tiene proporción favorable de riesgo beneficio; si tiene validez científica por contener una metodología adecuada y transparente (12). Este apartado puede presentarse de diversas maneras dependiendo del tipo de estudio realizado, pero, de alguna u otra forma, no deben faltar los siguientes puntos:

1. Tipo de estudio.
2. Lugar.
3. Tiempo del estudio.
4. Población y muestra.
5. Método de recolección de los datos.
6. Procedimientos para la recolección de los datos.
7. Plan de análisis de los datos.
8. Cuestiones Éticas.

En esta parte, merece una mención especial la presentación del diseño metodológico dependiendo de si el estudio sigue un método cuantitativo o cualitativo. Existe diversidad de opiniones respecto al tema, pero lo cierto es que la selección de una u otra metodología habrá dependido del planteamiento del problema y de la pregunta de investigación, de si se busca determinar la magnitud (cuantitativa) o la naturaleza (cualitativa) de un fenómeno, de si se buscan generalidades (cuantitativa) o particularidades de vivencias, experiencias y percepciones (cualitativa).

En general, esta parte del informe busca resumir los aspectos técnicos de la investigación en forma comprensible y concisa. A su vez, se debe dar la información suficiente para que el lector pueda conocer en detalle cómo se realizó el estudio y, si es de interés, pueda replicarlo en otro contexto, siguiendo el mismo método.

- k. *Resultados.* En este capítulo se exponen los resultados del estudio que han sido arrojados por la información recolectada en el trabajo de campo. La forma de expresión de los resultados depende muchas veces del tipo de estudio que se ha realizado, pero en general los hallazgos deben redactarse en forma clara, concisa y objetiva (19). Se sugiere utilizar frases como “los datos muestran”, “según lo hallado”, “de acuerdo a lo encontrado”. Es aconsejable narrar los datos de manera de captar la atención del lector, sin generar distracciones innecesarias. Se deben colocar gráficos sólo si ayudan a la interpretación de un dato complejo; si no deben evitarse. Si se han conformado tablas complejas y extensas se sugiere ubicarlas en los anexos, haciendo referencia a ellas en el cuerpo del texto redactado.
- l. *Análisis y discusión.* Se deben analizar y discutir los datos contrastando lo encontrado en el estudio con lo que dice la literatura, agregando la interpretación del autor. En cualquier estudio es deber de los investigadores interpretar los datos planteando una explicación de lo encontrado. Esta es una de las partes más ricas del estudio, donde el autor debe tomar posición respecto a los hallazgos (6). Se analizan aquí las relaciones entre variables o categorías de estudio, se señalan los aspectos no resueltos, se discute

lo encontrado a la luz de la evidencia científica que existe sobre el tema. También se debe hacer un análisis de las posibles aplicaciones en otros contextos, así como las limitaciones del estudio. Toda investigación cuenta con logros, pero también con limitantes que aparecieron durante el proceso.

- m. **Conclusiones.** Por último, el cuerpo del trabajo se cierra evaluando el grado de logro de los objetivos del estudio. Se deben presentar los principales hallazgos, siempre en torno al problema de estudio y los objetivos planteados, explicando los avances del trabajo. Se debe presentar, además, el camino que se deja abierto para otros estudios, proponiendo nuevas interrogantes de investigación (6). Se debe cerrar el trabajo con la opinión, sugerencias, recomendaciones del autor, a la luz de las evidencias del estudio. En todo caso, las conclusiones deben ser concretas y concisas, debe ser un texto muy breve en el que el autor se expresa en sus palabras sin colocar referencias bibliográficas de ningún tipo.
- n. **Referencias bibliográficas.** Las referencias bibliográficas salvaguardan los derechos de autor, así como también dan mayor nivel al estudio, dado que un trabajo que contiene citas bibliográficas calificadas cobra mayor prestigio. Deben citarse sólo los autores que fueron mencionados en el cuerpo del trabajo, según corresponda, con estilo de normas Vancouver, APA o el que esté normatizado por el lugar donde se entregará el informe (20, 21). Las citas pueden ser textuales, las cuales expresan la idea con las mismas palabras que utilizó el autor y deben colocarse entre comillas; o pueden ser citas parafraseadas o por alusión, las cuales expresan la idea del autor original o aluden a él en las palabras de quien está escribiendo el trabajo, no debiendo colocarse entre comillas en este caso. Se destaca que las citas textuales se deben reservar sólo para casos en que sea imprescindible mantener tal cual las palabras de quien lo escribió. No se debe colocar bibliografía que se consultó pero no se citó en el cuerpo del estudio. En general, se aconseja que del listado de referencias una parte importante sea de fuentes de bases de datos científicas *on line*, dada la actualización constante de éstas. Como se expuso, la mayor parte de las referencias no deben ser de más de 5 años a la fecha de realizado el trabajo.
- o. **Anexos.** En esta parte se deben presentar aquellos aspectos adicionales que favorecen la comprensión del estudio pero que no es pertinente colocarlos en el cuerpo central del trabajo, en general porque distraen al lector. Es el lugar para presentar los instrumentos que se han utilizado en la investigación, las tablas de datos, el modelo de consentimiento informado, entre otros. Se deben colocar sólo aquellos documentos estrictamente necesarios.

Autocorrección del informe.

Antes de presentar el trabajo es aconsejable que el autor se plantee a sí mismo algunos cuestionamientos, realizando una autoevaluación (16). Las siguientes preguntas pueden orientar este trabajo:

- ¿El título del proyecto refleja el problema o tema central y está acotado en base a los alcances del trabajo?
- ¿La introducción expone brevemente el tema central de la investigación y el contenido general del estudio?
- ¿La problemática es significativa? ¿Tiene relevancia y está justificada?
- ¿Los objetivos están claros e informan la acción y el área de investigación? ¿Son coherentes con el problema de investigación?
- ¿La revisión de literatura presenta relación con el problema, demuestra su relevancia? ¿Está organizada de modo coherente y deja claro el desarrollo de las ideas con una secuencia lógica? ¿Es actualizada, amplia y suficiente para demostrar el estado de la cuestión del problema de investigación?
- ¿El diseño metodológico de la investigación está descrito claramente como para que otro investigador pueda replicarlo? ¿Es apropiado el método para el abordaje del problema?
- ¿Los sujetos que componen la población de estudio están identificados y descritos? ¿Son calificados para el estudio?
- ¿Las técnicas de recolección de datos están presentadas y son adecuadas al problema investigado?
- ¿Están descritos los procedimientos éticos del estudio? ¿Son apropiados?
- ¿Las referencias bibliográficas siguen las normas establecidas? ¿Están completas?
- ¿Los anexos son adecuados? ¿Son necesarios? ¿Están organizados y completos?
- ¿En general, el texto en su totalidad presenta continuidad de ideas, secuencia lógica, coherencia interna? ¿Contiene algo que no sea necesario presentar y haya que quitar?

Realizar una autoevaluación previo a la entrega del informe colaborará con la presentación de un documento de mejor calidad e influirá seguramente en el éxito obtenido.

REFLEXIONES FINALES

A lo largo de este artículo se ha logrado el objetivo propuesto de presentar algunos aportes para la presentación de informes de investigación bajo las normas de la comunicación y divulgación científica. La generación de conocimiento debe ser comunicada y divulgada bajo determinados estándares de calidad para poder ser aprovechada de mejor manera por la comunidad y mostrar su valor científico y social, condición *sine qua non* para el desarrollo de estudios de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Banco Mundial. World Development Indicators: Science and technology; 2014. [Internet]. [citado Abr 2016]. Disponible en: <http://wdi.worldbank.org/table/5.13#>
2. Toro-Huamanchumo C, Landa-Hernández F, Arce-Villalobos L, Ruiz-Pingo D, Díaz-Vélez C. Accesibilidad de publicación estudiantil en revistas de ciencias de la salud indexadas en SciELO. FEM (Ed. impresa) [Internet]. 2015 [citado Abr 2016]; 18 (5): 319-323. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322015000600005&lng=es.
3. González Ramos M, Sánchez Seijo Y, Alcaide Guardado Y, Vázquez Vega M, Arteaga Valdés B y Cece González L. Comportamiento de las publicaciones científicas. Educ Med Super [Internet]. 2015 Sep [citado Abr 2016]; 29 (3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000300008&lng=es.
4. García B. Universidad e innovación. Indicadores de patentes para su valoración. Innovación, tecnología y desarrollo regional. Costa Rica: Editorial Universidad Nacional (EUNA); 2010. p219-28.
5. Silva Hernández D. El resumen del artículo científico de investigación y recomendaciones para su redacción. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2010 Jun [citado Abr 2016]; 36 (2): 179-183. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200013&lng=es.
6. Pineda E, de Alvarado E. Metodología de la investigación. 3ª ed. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
7. Shaw DM, Erren TC. Ten Simple Rules for Protecting Research Integrity. Markel S, ed. PLoS Computational Biology. 2015; 11(10): e1004388. doi:10.1371/journal.pcbi.1004388.
8. Mazar N, Ariely D. Dishonesty in scientific research. J Clin Invest. 2015; 125 (11): 3993–3996. doi:10.1172/JCI84722.
9. Light RW. Research: Why and how to write a paper? Rev Clin Esp. 2015; 215 (7): 401-4
10. Arribalzaga, EB. Consejos para redactar un artículo científico. Revista Chilena de Cirugía. 2007; 59 (1) 66-74.
11. Bavdekar SB. Writing Introduction: Laying the Foundations of a Research Paper. J Assoc Physicians India. 2015; 63(7): 44-6.
12. Emanuel E. ¿Qué Hace Que la Investigación Clínica Sea Ética? Siete Requisitos Básicos. Investigación en Sujetos Humanos: Experiencia Internacional. Ed. Por A. Pellegrini Filho y R. Macklin. Programa Regional de Bioética. División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Serie Publicaciones 1999.
13. Rylski B. "How to write a perfect scientific manuscript." European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. 2015; 48 (2): 179-179.
14. Retamozo, M. ¿Cómo hacer un proyecto de tesis doctoral en Ciencias Sociales?. Ciencia, docencia y tecnología. 2014; (48); 173-202.
15. Gómez E, Fernando D, Aponte G, Betancourt L. Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. DYNA. 2014; 81(184): 158-163.
16. Prado M do, Souza M de, Carraro T. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. Washington D. C.: OPS; 2008.
17. Uruguay. Decreto de Ley N° 379/008. Investigaciones con seres humanos. Diario Oficial n° 4573 (08-12-2008).
18. Abad Gurumeta A, Calvo Vecino JM. Fraude científico en las publicaciones o el «juego de policías y ladrones». Rev Esp Anestesiol Reanim. 2015; 62(10): 549-550.
19. Hernández H, Bustabad S. 20 consejos prácticos para mejorar la escritura en español de un artículo científico. 2014; Emergencias (Sant Vicenç dels Horts); 26(5): 393-399.
20. International Committee of Medical Journal Editors. [Página principal en Internet]. Estados Unidos. 2016. [actualizado en 2 de abril de 2016; acceso 16 de enero de 2006]. Disponible en: <http://www.icmje.org>
21. American Psychological Association. [Página principal en Internet]. Washington DC. 2016. [actualizado el 10 de abril de 2016; acceso 16 de enero de 2006]. Disponible en: http://www.apastyle.org/index.aspx?_ga=1.61024554.744360397.1460863483



SECCIÓN 3

Eventos Académicos

EVENTOS DE INTERÉS ACADÉMICO

Los días 15 y 16 de junio la Asociación Uruguaya de Revistas Académicas de Uruguay realizará en coordinación con Latindex la jornada de capacitación “Revistas Científicas y Criterios de Calidad Latindex”. Por más información comunicarse a directiva@aura.org.uy

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/>

El 12 y 13 de agosto se impartirá el módulo I y el 16 y 17 de setiembre el módulo II del curso de “Flebología y Linfología” en el Departamento de Ciencias del Movimiento Humano de la FETS. En la Universidad Católica del Uruguay.

VII Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud se celebrará en la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona del 5 al 7 de setiembre de 2016.

Entre el 8 y el 9 de setiembre del 2016 se dará el V Congreso uruguayo de neonatología en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Por más información: <http://jalkiso.com/neonat/>

El 22 y 23 de setiembre será el III Coloquio uruguayo de Enfermería en Montevideo, Uruguay.

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/>

Del 3 al 7 de octubre se realizará el XV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería en la Ciudad de México, México. Por más información: <https://servimed.com.mx/coloquioenfermeria2016/lineamientos.php>

El 8 de noviembre se realizará el encuentro “Educación en Ciencias de la Salud: De lo Tradicional a lo Moderno en el Siglo XXI.” A cargo del Prof. Gerardo Guiter del Weill Cornell Medical College en la Universidad Católica del Uruguay.

Entre el 10 y 12 de noviembre se llevará a cabo el XIX Congreso uruguayo de Ortopedia y Traumatología en el hotel Radisson. Por más información: <http://www.sotu.org.uy/joomla/>

Entre el 28 y 30 de noviembre se desarrollará la XIII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica. Por más información: <http://atenea.com.uy/emergencia2016/>

Del 3 al 6 del 2017 setiembre se realizará el XXIV Congreso Latinoamericano y del Caribe de Trasplante (STALYC) y el Congreso uruguayo de Trasplante (SUT) 2017. Por más información: <http://www.stalyc2017.com/>

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 disciplina y ciencias afines a nivel nacional e internacional.

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

Formato de los trabajos

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

Normas para autores

Trabajos que se podrán presentar y normas exigidas:

Artículos de investigación

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

Otros trabajos a presentar

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

Guía de organización para trabajos de investigación

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

<p>Juan Pérez juanperez@correo.com <i>Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay.</i></p>

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

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

Palabras clave

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

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

Metodología: Definir: Diseño del estudio, lugar y tiempo en que se realizó, población estudiada y características relevantes para la interpretación de los resultados. Universo, selección y tipo de muestra, instrumentos, materiales y estrategia de recolección de la información, procedimientos. Si se utilizaron instrumentos de medición, se deberá especificar nombre del fabricante. Describir los sujetos o participantes, incluyendo elegibilidad y criterios de exclusión así como una descripción de la población de origen. Describir observaciones, métodos estadísticos empleados y el nivel de significación estadística

establecido previamente para atribuir a los resultados. Indicar tipo de análisis y software utilizado. Se explicará quién, cómo, cuándo y dónde compiló la información. Asimismo, se informará las dificultades halladas, se informará si hubieron colaboraciones. Señalar (si corresponde) la obtención del consentimiento informado de los participantes. Deberá presentar una declaración de aprobación del proyecto, o si está exonerado de la necesidad de una revisión por un Comité de Ética. De acuerdo a ello, se resolverá si es necesario la aprobación por parte de un CE o se incluye una declaración que indique que la investigación se realizó de acuerdo con los principios de la *Declaración de Helsinki*.

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

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

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

Referencias bibliográficas: Aportar las fuentes utilizadas para llevar a cabo el trabajo de investigación. Se sugiere no menos de 15 referencias. Todas las citas en el texto deben aparecer en la lista de referencias bibliográficas. Estas y la lista final se deben presentar utilizando el Estilo "de Vancouver", según el cual las referencias deben citarse en el texto con números arábigos consecutivos, entre paréntesis, de acuerdo a su aparición. Para ampliar más ejemplos de cómo escribir las referencias, se puede consultar la página de la National Library of Medicine (NLM): http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Modelos de citas y referencias

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

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

Libro:

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

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

Artículo de revista en papel:

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

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

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

Artículo de revista en internet:

Autor (Apellidos Inicial del nombre) del artículo. Título del artículo. Nombre abreviado de la revista [Internet]. Año [fecha de consulta]; Volumen (Número): [Extensión páginas/ pantallas]. Disponible en: Porter Lewallen L. Practical strategies for nursing education program evaluation. J Prof Nurs. [Internet]. 2015 Mar-Abr [citado 27 Abr 2015]; 31 (2): 133-140. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.proxy.timbo.org.uy:443/science/article/pii/S8755722314001550>

Página principal de un sitio web:

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

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

Base de datos:

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

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

Autoría

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

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

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

Sistema de Evaluación y Arbitraje

Puede otorgarse la aceptación de la investigación, la aceptación con cambios o el rechazo de los artículos. Los resultados deberán ser elaborados en la revisión por al menos dos pares evaluadores uno interno y otro externo a la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. Estos resultados serán informados oportunamente al autor principal, a través de una carta o email, de parte del editor responsable. El orden de las publicaciones queda a criterio del consejo editorial. En caso de existir conflictos de intereses entre los autores y determinados expertos nacionales o extranjeros, los autores adjuntarán una nota confidencial en un sobre sellado dirigido a los Editores de la Revista Enfermería: Cuidados Humanizados indicando el nombre de las personas que no se desea participen en el proceso arbitral. Esta información será manejada en forma estrictamente confidencial. Los trabajos seleccionados serán de propiedad de la revista y publicados, a menos que el autor principal remita por escrito la decisión de retirar el artículo para su publicación.

Consideraciones éticas

La Revista Enfermería: Cuidados Humanizados adhiere a los principios éticos universales como el contribuir al bien común con los aportes que la revista realice a la sociedad y en particular al conocimiento de las disciplinas, igualdad de oportunidades de publicar artículos en igualdad de condiciones que cumplan con la normativa establecida previamente. Rechaza cualquier tipo de discriminación individual o grupal, protege la discreción y confidencialidad al mantener en reserva el nombre

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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL AUTOR Y DERECHOS DE AUTOR

I) RESPONSABILIDAD DEL AUTOR

TÍTULO COMPLETO DEL ARTÍCULO EN ESPAÑOL, INGLÉS Y PORTUGUÉS

PALABRAS CLAVE – KEYWORDS – PALAVRAS CHAVE DEL ARTICULO

CATEGORÍA A LA QUE PERTENECE SU ARTÍCULO EN LA REVISTA
El (los) autor(es), que en la parte inferior de este documento firma(n), 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

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). _____

PUBLISHING GUIDELINES

The journal *Enfermería: Cuidados Humanizados* is the official publication of the Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud of the Universidad Católica del Uruguay. Its purpose is to broadcast the knowledge of this and other related disciplines at a national and international level.

This journal accepts original articles, reserving the exclusive rights to publish the selected papers. The authors will be responsible for the concepts and opinions expressed in their articles.

Format guidelines

The text must be written in CAMBRIA format size 12, 1.5 spaced, with margins of 30 mm. Annexes, tables and pictures will be placed along the body of work. The maximum length accepted is 12 pages for articles and reviews; 20 pages for researches; 10 pages for research advances, and 2 pages for other publications. The article will be emailed in Word format to ecuidadoshumanizados@ucu.edu.uy. In case of an interest of conflict, authors must inform it to the editor.

Author guidelines

The journal accepts the following types of manuscripts:

Research articles

Title and summary in Spanish, English and Portuguese; four keywords based in the Health Sciences Descriptors; introduction; material and method; results; discussion and conclusions or final considerations, and bibliographic references. Research articles related to Nursing and contributions from other fields related to the health-sickness care process will be also accepted.

Other articles accepted

Articles related to research process methods, research projects, intervention programs, reflections or analyses related to the process of scientific production will be accepted. Also research advances in process, news from conferences, colloquia, courses and other events related to investigation. Letters to the Director and short notes can be submitted, two pages long maximum, with opinions about published papers or comments related to the journal.

Research papers guidelines

Authors: Authors will be published with their name and last name without academic titles and their academic filiation naming only their University or Institution with the country and city. The first author will be accompanied by their email. As an example:

Juan Pérez

juanperez@correo.com

Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay.

Title: In the first page, must be specific and reflect the article contents, in capital letters (Spanish, English and Portuguese), no more than 15 words including the descriptors.

Abstract: Abstracts and titles must be written in Spanish, English and Portuguese, and should contain the thesis, methodology, results, conclusions, and four keywords. It should be up to 900 characters and 250- word limit single space.

Keywords: At the end of the summary at least four keywords must follow. Those keywords must be included in the Medical Subject Headings and their Spanish translation in the "Descriptores de Ciencias de Salud".

Introduction: The introduction must contain A) The work's thesis and the methodology, B) Background information, and proper acknowledgment of the previous work on which you are building, and C) Explanation of the scope of your work, and the specific issue to be studied.

Methods: This section should be a description of your material, procedures and theoretical frame of work. It specifies the population and/or objects to be studied as well as the limitations, assumptions and range of validity. It also describes the product's manufacture and the kind of software that was used. Finally, the methods section should include an account that the research was approved or exempted from an ethics committee. Otherwise, the paper should be conducted according to the principles of the Declaration of Helsinki.

Results: The results are presented in a logical order and should have a statistic analysis if necessary. Tables and graphics should capture important information, which is presented in a brief explanation, and must be in black and white.

Conclusions: Based on the goals and the results, conclusions should reflect the level of achievement of the article. Specify the new data and its analysis, as well as the limitations of your work. If possible, elaborate a new hypothesis or generalizations based on your research.

Bibliographical References: Authors must provide direct bibliographical references used in the paper (It is recommended to cite at least 15 references). The reference list should appear at the end of your work following Vancouver style, which should be cited in the text, and numbered consecutively in order of appearance in the text, which are defined by Arabic numerals in parenthesis. We follow the norms provided by the U.S National Library of Medicine. Please follow this link: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html (**see model for more examples**)

Authorship

Authorship is defined as the individual(s) who conducted the research and are responsible for its content. Manuscripts are to be sent with a declaration of responsibility, which states that the piece is unpublished. Manuscripts cannot be submitted elsewhere during the evaluation process. Starting with the number of December 2016 we are suggesting authors to be register in Orcid. For more information visit: <http://orcid.org/> This journal promotes and supports the movement towards open knowledge as a common good access, so it provides free access to its content and its editions have no charge for the author nor the reader. This goes under the principle that the journal offers its academic production without restrictions and contributes to the exchange of global knowledge.

Evaluation process

The paper could be accepted for publication without any further changes, with some revisions or it could be rejected. The decision process involves at least two evaluators: one internal from our faculty, and one external. The author will receive a decision letter from the editor, and the order of publication will be according to the editorial needs. In case of a conflict with one of the evaluators, the author has the right to send a confidential note addressed to the editors explaining their position, which will be taken into consideration in a confidential manner. The selected pieces will be published unless authors request otherwise.

Ethical Principles

Revista Enfermería: Cuidados Humanizados adheres to universal ethical principles, and contributes to a universal humanistic knowledge, as well as the society's well being.

DECLARATION OF AUTHORSHIP

1) Author's responsibility.
(Complete title in Spanish, English and Portuguese).
(Palabras claves - Keywords – Palavras chave del articulo)
(Category of your article)

I / We (please write name/s) declare that this paper and the work presented it is my/our own, and that is the result of my/our original research. I/We also declare that we are the rightful authors of this paper, and that we comply with the definition of authorship stated above.

The editorial committee is not responsible for its content.

Signed:

Date:

2) Transference of authorship's rights

I/We declare that upon approval of my article, I transfer my/our authorship's rights to the *Revista Enfermería: Cuidados Humanizados*, so that approval is needed to publish my work elsewhere

Signed. Date: _____

NORMAS EDITORIAIS

A revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* é editada como publicação oficial da Faculdade de Enfermagem e Tecnologias da Saúde, da Universidade Católica do Uruguai, para fins de difusão do conhecimento da disciplina e das ciências afins, no plano nacional e internacional.

A revista considerará para sua publicação artigos inéditos, reservando-se os direitos exclusivos de publicação dos trabalhos selecionados. Os conceitos, apreciações e opiniões contidos nos artigos serão responsabilidade dos autores.

Formato dos trabalhos

Os artigos serão realizados utilizando fonte Cambria, em corpo 12, com espaçamento entre linhas de 1,5 e margens de 3 cm, na página toda. Os anexos, tabelas, fotos ou outras figuras irão ao final do corpo do trabalho. A extensão do texto terá, no máximo, 12 páginas, no caso de artigos e resenhas, 20 páginas, para investigações, dez páginas, para avanços de investigação em andamento, e duas páginas, para outras publicações.

O trabalho será submetido aos avaliadores via correio eletrônico a ecuidadoshumanizados@ucu.edu.uy, em formato Word, para a revisão.

Se houver algum tipo de conflito de interesse, os autores deverão comunicá-lo ao editor da Revista.

Normas para autores

Trabalhos que poderão ser submetidos e normas exigidas:

Artigos de pesquisa

Estarão conformados por título e resumo em espanhol, inglês e português; quatro palavras-chave baseadas nos Descritores em Ciências da Saúde; introdução; material e método; resultados; discussão e conclusões ou considerações finais; referências bibliográficas. Serão aceitos trabalhos de pesquisa vinculados à Enfermagem e às contribuições de outras profissões que tenham relação com cuidados no processo saúde-doença.

Outros trabalhos a serem submetidos

Podem ser publicados artigos relacionados aos aspectos metodológicos do processo de pesquisa, projetos de pesquisa, programas de intervenção, reflexões ou análises relacionadas ao processo de produção científica. Também serão aceitos avanços de pesquisa em andamento, novidades de congressos, colóquios, cursos e outros eventos relacionados com pesquisa. Podem enviar cartas ao Diretor e notas curtas de, no máximo, duas páginas, que contenham opiniões sobre trabalhos publicados ou comentários relacionados à revista.

Guia de organização para trabalhos de pesquisa

Autores: Os autores serão publicados com nome e sobrenome, sem títulos acadêmicos, e com sua filiação acadêmica, mencionando somente a Universidade ou Instituição, acompanhada da cidade e do país. O primeiro autor irá acompanhado de seu correio eletrônico.

Juan Pérez

juanperez@correo.com

Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay.

Título: deve estar colocado na primeira página, ser conciso, refletir o conteúdo do trabalho, com letra maiúscula (em espanhol, inglês e português), e não ter mais de 15 palavras, nas quais estarão incluídos os descritores.

Resumo: será enviado em idioma espanhol, inglês e português. Deve conter Objetivos, Metodologia, Resultados e Conclusões, com quatro palavras-chave. Não deverá exceder 900 caracteres ou 250 palavras escritas com espaçamento simples.

Os trabalhos podem estar escritos na língua materna, mas o título e o resumo irão nos três idiomas mencionados.

Palavras-chave: No final do resumo deverão ser especificadas, no mínimo, 4 palavras-chave que identifiquem o conteúdo do trabalho. É necessário empregar termos do tesouro MeSH (*Medical Subject Headings*), bem como consultar uma edição em espanhol do MeSH elaborada por Bireme, Descritores em Ciências da Saúde (DeSC). O monitoramento de palavras permitirá introduzi-las em bases de dados nacionais e internacionais.

Introdução: deve conter, no mínimo: a) Problema específico de estudo na pesquisa e a forma como será abordado. Formulação de *o quê* e *o porquê* da pesquisa; b) Revisão dos antecedentes que justificam o trabalho de pesquisa, com as citações onde se faz o reconhecimento de estudos anteriores especificamente relacionados com o trabalho; c) Objetivos ou enunciado formal do fim procurado: deve enunciar de forma inequívoca aquilo que o investigador tenta observar e medir, redigido de forma afirmativa.

Método: expor o desenho do estudo, local e tempo em que foi realizado, população estudada e características relevantes para a interpretação dos resultados. Universo, seleção e tipo de amostra, instrumentos, materiais e estratégia de coleta de informação, procedimentos. Se foram utilizados instrumentos de medição, deverá especificar nome do fabricante. Descrever os sujeitos ou participantes, incluindo elegibilidade e critérios de exclusão, bem como uma descrição da população de origem. Descrever observações, métodos estatísticos empregados e o nível de significância estatística estabelecido previamente para atribuir aos resultados. Indicar tipo de análise e software utilizado. Deverá especificar-se quem, como, quando e onde coletou a informação. Da mesma forma, serão informadas as dificuldades encontradas e se houve colaborações. Assinalar (caso corresponda) a obtenção do consentimento informado dos participantes. Deverá apresentar uma declaração de aprovação do projeto ou se está exonerado da necessidade de uma revisão por um Comitê de Ética. Em função disso se resolverá se é necessária a aprovação por parte de um CE ou se será in-

cluída uma declaração para indicar que a pesquisa foi realizada de acordo com os princípios da Declaração de Helsinki.

Resultados: deverão apresentar-se em sequência lógica e ter uma análise estatística satisfatória (caso corresponda). Incluirá as tabelas ou gráficos, numeradas e tituladas de forma a expressar concisa e claramente seu conteúdo. Os gráficos devem estar em preto e branco. No texto, só destaque ou sintetize as observações importantes.

Discussão: à luz dos resultados e segundo os antecedentes e conceitos estabelecidos, realizar um diálogo que interprete e compare os fenômenos e dados encontrados previamente mencionados em outros estudos (antecedentes).

Conclusões, sugestões e recomendações: com base nos objetivos, nas Conclusões se apreciará a abrangência e o grau de cumprimento dos mesmos, em todo o processo. Discuta os aspectos novos e limitações que o estudo apresenta, elaborando projeções ou novas hipóteses, caso considere importante. Estabeleça algum grau de generalização e recomendações, se forem pertinentes.

Referências bibliográficas: mencionar as fontes utilizadas para realizar o trabalho de pesquisa. É recomendável fazer não menos de 15 referências.

Todas as citações no texto devem aparecer na lista de referências bibliográficas. Essas citações e a lista final devem apresentar-se utilizando o padrão do "Estilo Vancouver", segundo o qual as referências devem estar citadas no texto com números arábicos consecutivos, entre parênteses, na medida em que vão aparecendo. Para obter mais exemplos de como escrever as referências poderá consultar-se o site da National Library of Medicine (NLM):

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Modelos de citações e referências

As referências no texto são apresentadas na ordem em que aparecem e são citadas com um parêntese no final da oração, antes do ponto.

Livro:

Autor(es) (Sobrenome Prenome abreviado). Título do livro. Edição. Local de publicação: editora; ano.
Marriner-Tomey A, Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.

Artigo de revista em papel:

Mencionar os seis primeiros autores, seguidos de "et al."

Os nomes das revistas devem ser abreviados conforme o estilo utilizado pelo catálogo de revistas, na base de dados da National Library of Medicine:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Autor(es) (Sobrenome Prenome abreviado). Título do artigo. Abreviação internacional da revista. Ano; Volume (número): página inicial e final do artigo.

Artigo de revista em internet:

Autor(es) do artigo (Sobrenome Prenome abreviado). Título do artigo.

Nome abreviado da revista [Internet]. Ano [data de consulta]; volume (número): [paginação/telas]. Disponível em: <>

Página principal de site:

Autor (Sobrenome Prenome abreviado). Título do site [Internet]. Local de publicação: editor; data de publicação [data de atualização; data de acesso]. Disponível em: <>

Base de dados:

Instituição/Autor. Título [Internet]. Local de publicação: editor; data de criação [data de atualização; data de consulta]. Disponível em: <>

Autoria

Devem apenas constar como autores aqueles que tenham participado no trabalho de maneira suficiente a se responsabilizarem publicamente pelo conteúdo. Além disso, todos os autores deverão estar qualificados para isso. Quando for submetido um manuscrito, deve-se juntar o Termo de Responsabilidade do autor e direitos autorais que confirmem tratar-se de trabalho inédito, não publicado previamente em formato impresso ou eletrônico e que não está em processo de ser apresentado a outro meio antes de conhecida a decisão da revista, além da transferência dos direitos autorais à revista *Enfermería: Cuidados Humanizados*.

A partir do número de dezembro 2016, solicita-se que os autores façam parte do registro de identificação Orcid, que garante a identidade dos autores. Mais informação em: <http://orcid.org>

Enfermagem: Cuidados Humanizados, promove e apoia o movimento de acesso aberto ao conhecimento, como bem comum; portanto, a revista fornece acesso livre e imediato ao seu conteúdo e suas edições, sem ônus para o autor ou para o leitor, de acordo com o princípio relativo a oferecer à sociedade em geral a produção científica e acadêmica, sem restrições, para contribuir a um maior intercâmbio do conhecimento global.

Sistema de Avaliação e Arbitragem

Poderá ser outorgada aceitação da pesquisa, aceitação com sugestões ou a rejeição dos artigos. Os resultados deverão ser elaborados, na revisão, pelo menos por dois pares de referees –um interno e outro externo à Faculdade de Enfermagem e Tecnologias da Saúde–. Estes resultados serão comunicados oportunamente ao autor principal por meio de uma carta ou e-mail enviado pelo Editor Responsável. A ordem de publicação fica a critério do Conselho Editorial. Caso exista conflito de interesses entre os autores e determinados especialistas nacionais ou estrangeiros, os autores devem anexar uma nota confidencial, em envelope fechado, endereçada aos Editores da revista *Enfermería: Cuidados Humanizados*, indicando o nome das

pessoas que não desejam que participem do processo de julgamento. Esta informação será manejada de modo estritamente confidencial. Os trabalhos escolhidos serão de propriedade da revista e publicados, a menos que o autor principal remita por escrito sua decisão de retirar o artigo para sua publicação.

Considerações éticas

A revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* adere aos princípios éticos universais tais como colaborar para o bem comum através das contribuições que a revista realiza à sociedade e, particularmente, ao conhecimento da disciplina, e das idênticas oportunidades para publicar artigos em igualdade de condições, cumprindo com a normativa estabelecida previamente. Rejeita qualquer tipo de discriminação individual ou grupal, protege o sigilo e a confidencialidade ao manter em reserva o nome dos autores dos trabalhos recepcionados, o nome dos pares e dos artigos selecionados para publicação, pela veracidade da informação fornecida e a transparência em todas as etapas do processo de seleção e publicação dos artigos escolhidos. A revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* assume que cada pesquisa a ser publicada cumpriu previamente o requisito de ter sido avaliada pelo respectivo Comitê de Ética; dessa forma, deixa claramente estipulado o procedimento utilizado na obtenção do consentimento informado. Assim, existe constância de que se garantiu o anonimato e a confidencialidade das pessoas envolvidas na pesquisa.

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO AUTOR E DIREITOS AUTORAIS

I) RESPONSABILIDADE DO AUTOR

TÍTULO COMPLETO DO ARTIGO, EM ESPANHOL, INGLÊS E PORTUGUÊS PALAVRAS-CHAVE DO ARTIGO – *PALABRAS CLAVE* – *KEYWORDS* CATEGORIA À QUAL PERTENCE SEU ARTIGO NA REVISTA.

O(s) autor(es) abaixo assinado(s), DECLARA(M):

O conteúdo é original, não foi publicado nem está sendo avaliado para ser publicado por outra revista ou veículo de comunicação, seja em papel ou em formato eletrônico.

O(s) autor(es) cumpre(m) os requisitos de AUTORIA mencionados nesse documento.

O Comitê Editorial não assume nenhuma responsabilidade pela informação contida no artigo.

Assinatura(s) do(s) autor(es).

Assinatura – Nome – Data.

II) TERMO DE TRANSFERÊNCIA DOS DIREITOS AUTORAIS

DECLARO que se o artigo for aceito concordo em transferir todos os direitos autorais à revista *Enfermería: Cuidados Humanizados*; em consequência, não se autoriza a reprodução total ou parcial por qualquer meio de divulgação impresso ou eletrônico, sem prévia autorização.

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