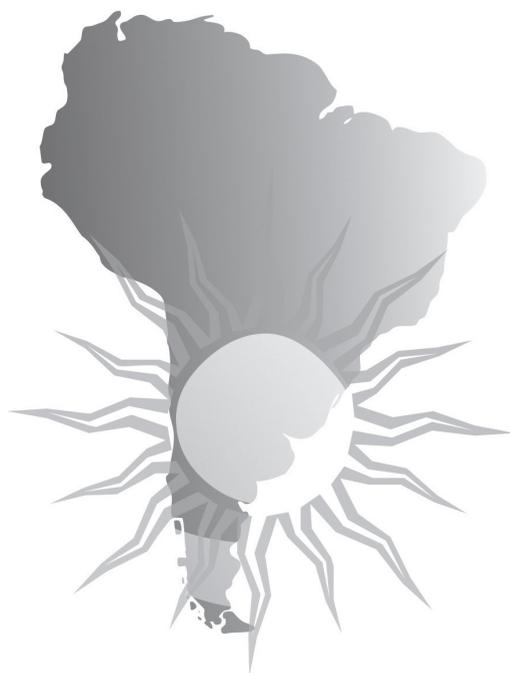


Enfermería:

Cuidados Humanizados

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



Universidad
Católica del
Uruguay

Licenciatura en Enfermería

Carrera acreditada a nivel del Mercosur

Carreras de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud

Enfermería | Profesionalización de Auxiliares de Enfermería
Fisioterapia | Nutrición | Psicomotricidad

Más Información > Tel. 2487 9308 | enfermeria@ucu.edu.uy



Universidad
Católica del
Uruguay

Saber que inspira futuros

ucu.edu.uy

LÍNEA DE SEGURIDAD

Introcán Safety®

Catéteres de seguridad con activación pasiva

- Protegen al profesional sanitario de los pinchazos accidentales



Nuevo
diseño



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

Enfermería: Cuidados humanizados

Vol. 1 n° 3 junio 2013
ISSN: 1688-8375

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

Director:

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

Editor responsable:

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

Consejo Editorial:

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

Secretario:

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

Responsable de Marketing:

Lic. Paula Borges.

Colaboradores:

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

Diseño gráfico:

Rossana Dagnino.

Imprenta: Taller Gráfico.

Periodicidad semestral

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

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

ISSN: 1688-8375

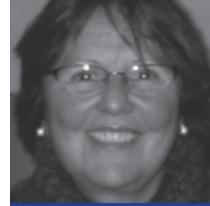
Título-clave:
Enfermería (Montevideo)
Título-clave abreviado:
Enfermería (Montev.)
Registro ante el MEC: 2395/2012.

Tapa:

Autor:
Hernán Pereira.



EDITORIAL



Nos encontramos en la tercera edición de "Enfermería: Cuidados Humanizados"; hemos apostado a la excelencia, orientados por los estándares de la base SciELO Uruguay (Scientific Electronic Library Online) y el portal Latindex (sistema regional de información online para revistas científicas de América Latina, España y Portugal). A este último, hemos ingresado en el directorio para su evaluación.

Los artículos publicados están relacionados con investigaciones aplicadas y con proyectos de gestión; las áreas predominantes han sido la salud comunitaria y la educación en la disciplina enfermera. Podemos destacar: salud infantil y adolescente, legislación, cuidados en personas con alteraciones metabólicas, gestión de cuidados, salud rural, cuidados a personas con enfermedades oncológicas, captación de mujeres embarazadas, adultos con alteraciones de la presión arterial, enseñanza del proceso enfermero, y articulación teórica - práctica en la enseñanza de la enfermería.

Enfermería: Cuidados Humanizados ha apostado a divulgar la especificidad del cuidado enfermero que es único y epistemológicamente fundado para ser brindado por enfermeros y enfermeras profesionales, como un sistema de ayuda a la persona, familia y comunidad, con un enfoque holístico y humanizado.

La revista ha reafirmado el valor de la interdisciplinariedad con la integración de ciencias afines en investigaciones conjuntas que abordan a la persona y su familia, en las dimensiones biológica, psicológica, social, espiritual y axiológica.

Esperamos que los artículos que se difunden, aporten al conocimiento enfermero y de la salud en su sentido más amplio. La Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, toma la responsabilidad de unir, a través de la investigación, a la academia y la asistencia. Esta articulación nos permite sistematizar evidencias y conformar una masa crítica de conocimientos que fundamenta los cuidados a las personas.

Felicitemos a los autores que con gran vocación, en su tiempo extra laboral, investigan y estudian casos relevantes y problemáticos, para mejorar los cuidados y la enseñanza de la disciplina. Destacamos la invaluable tarea de los árbitros que en tiempo, forma y profesionalidad responden a nuestras solicitudes con gran expertez y responsabilidad.

Teresa Delgado de Purtscher
Editora Responsable



Universidad Católica del Uruguay

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

AUTORIDADES

Mons. Dr. Nicolás Cotugno Fanizzi, SDB.
Gran canciller

P. Alejandro Tilve, SJ.
Vice Gran canciller

P. Eduardo Casarotti, SJ.
Rector

Dr. Ariel Cuadro
Vicerrector Académico

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

P. Álvaro Pacheco, SJ.
Vicerrector del Medio Universitario

Dra. Sandra Segredo
Secretaria General

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

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

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

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.

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 de la Universidad Católica del Uruguay that is engaged in development of the discipline of communication fostering an environment for Nursing Uruguay and the region.

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

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

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

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

It is published in the Catholic University of Uruguay regularly, every six months.

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

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

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

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

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

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

É publicado na Universidade Católica do Uruguai regularmente, a cada seis meses.

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. Zoraida Fort.

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

Prof. Natalie Figueredo.

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

Prof. Patricia Prada.

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

Prof. Miriam Costabel.

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

Prof. Patricia Techera.

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

Prof. María del Carmen Ferreiro.

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

Prof. Álvaro Fernández.

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

Prof. Emérita Soledad Sánchez

Lic. en Enfermería, historiadora, ex directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, Uruguay.

Prof. Teresa Menoni.

Mag. en el Primer nivel de Atención en Salud. Lic. en Enfermería, Esp. en Enfermería Comunitaria. Prof. Agregada Facultad de Enfermería Universidad de la República, Uruguay.

Prof. Maira Castro.

Lic. en Enfermería, Esp. en Políticas de Salud. Directora del Departamento de Educación y Salud Comunitaria de la Universidad Católica del Uruguay.

Prof. Rossana Tessa.

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

COMITÉ CIENTIFICO INTERNACIONAL

Prof. Beatrice Goodwin.

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

Prof. Luz Angélica Muñoz.

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

Prof. Ana María Vásquez.

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

Prof. Alicia Reyes Vidal.

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

Prof. Carmen Falconí.

Mag. en Administración, Lic. en Enfermería. Profesora Investigadora principal de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Vicepresidenta (S) de la ALADEFE Región Andina.

Prof. Olivia Sanhueza.

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

Prof. María Virginia Hernández Alonso.

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

Prof. Adelaida Zabalegui.

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

Prof. M^a Dolores Bardallo.

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

Prof. Verónica Behn.

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

Prof. Sandra Valenzuela.

Dra. en Enfermería. Profesora titular Dpto. de Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile.

Prof. Alina María de Almeida Souza.

Dra. en Enfermería. Technical Advisor, Investigadora. Coordinadora del Proyecto CIPE Integrante del Consejo General de Enfermería de España, Gabinete de Estudio, España.

Prof. Erica Caballero.

Mag. en Diseño Instruccional, Especialista en Enfermería del Recién Nacido de Alto Riesgo, Enfermera Matrona. Directora del Centro de Informática en Salud de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile. Vicepresidenta de Asuntos internacionales del Colegio de Enfermeras de Chile.

CONTENIDOS

EDITORIAL

Teresa Delgado de Purtscher.

pág. 153

SECCIÓN I - Artículos originales

pág. 161

¿Existe la integración docente asistencial en Enfermería?

¿Nursing: is there a relationship between healthcare and teaching activities?.

¿Existe a integração docencia-servico?.

Garnica, Lía. Ballistreri, Martha. Vitola, Domíngua. Tria, Mónica. Pippino, Mónica. Meza, Hugo. Ruiz Brok, Mónica. Bantle, Alma. Ballerini, Alejandra. Guarda, Lorena. Vidal, María Cristina. Velasco, Sonia.

Adherencia al tratamiento en adolescentes con diabetes tipo 1: un enfoque desde la perspectiva de los actores.

Treatment adherence in adolescents with diabetes type 1: approach from the perspective of actors.

Adesão ao tratamento em adolescentes com diabetes tipo 1: abordagem na perspectiva de atores.

Camacho Barcia, Lucía. Lucero Vázquez, Lucía. Agazzi, Beatriz. Fernández, Alvaro. Ferreira, Augusto.

pág. 169

Prevalencia de factores de riesgo para la salud de estudiantes adolescentes del Liceo Jubilar Juan Pablo II.

Risk factors prevalence in adolescents health Liceo Jubilar Juan Pablo II.

Prevalência de fatores de risco para a saúde de estudantes adolescentes do Liceu Jubilar – Juan Pablo II.

Castro, Maira. Portos, Adriana. Ferreira, María del Carmen.

pág. 181

Fomento de salud para poblaciones rurales basado en la prevención de riesgos ambientales por agroquímicos.

Health promotion for rural populations based on prevention of environmental risks caused by agrochemicals.

Fomento de saúde para populações rurais baseado na prevenção de riscos ambientais por agroquímicos.

Lestido, Valentina. Techera, Patricia.

pág. 187

Captación de niños que asisten a una policlínica de barrios de contexto crítico. Riesgo de contaminación con plomo.

Attract children who attend to a critical context health care centre. Lead contamination risk.

Captação de crianças atendidas na policlínica de bairro em situação de emergência. Risco de contaminação por chumbo.

Sosa, Marbel. Cristiani, Natali. García, Ana María. Techera, Patricia. Rodríguez, Flor de Liz.

pág. 195

SECCIÓN II - Actualizaciones

Guía protocolizada de atención de Enfermería para usuarios con Colostomías o Ileostomías (Pre y Post Operatorio).

Lestido, Valentina.

pág. 207

Escenarios para la gestión del cuidado: Desafíos para un enfoque de calidad.

Ferreira Umpiérrez, Augusto. Fort Fort, Zoraida. Chiminelli Tomás, Virginia.

pág. 211

SECCIÓN III - Comentarios y eventos

XII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería.

Las redes sociales: ¿Herramienta de difusión del conocimiento enfermero?.

Barbieri, Analía. Ferreira, M^a del Carmen. Rodríguez, Carolina.

pág. 219

XIII Congreso Uruguayo de Medicina Intensiva 2013.

IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva 2013.

pág. 225

pág. 229

NORMAS EDITORIALES

SECCIÓN I

Artículos originales

¿EXISTE LA INTEGRACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL EN ENFERMERÍA?

¿NURSING: IS THERE A RELATIONSHIP BETWEEN HEALTHCARE AND TEACHING ACTIVITIES?.

¿EXISTE A INTEGRAÇÃO DOCENCIA-SERVICO?.

Autores: Garnica, Lía¹. Ballistreri, Martha². Vítola, Dominga³. Triá, Mónica⁴. Pippino, Mónica⁵. Meza, Hugo⁶. Ruiz Brok, Mónica⁷. Bantle, Alma⁸. Ballerini, Alejandra⁹. Guarda, Lorena¹⁰. Vidal, María Cristina¹¹. Velasco, Sonia¹².

RESUMEN

Objetivo general: Comprender la perspectiva sobre la Integración Docente Asistencial que tienen los docentes de asignaturas del área profesional del Primer Ciclo de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Santiago del Estero, y la de los enfermeros de Servicios del Hospital Independencia, donde se llevan a cabo las experiencias prácticas de enseñanza de los estudiantes.

Método: Estudio exploratorio, descriptivo, transversal con enfoque cualitativo. Las técnicas para la obtención de la información fueron: entrevistas a informantes claves y entrevistas semi-estructuradas con ejes temáticos.

Resultados preliminares: Los enfermeros del servicio creen que hay integración "a pesar de la escasez de recursos y personal, nos comunicamos, trabajamos lo mejor posible." "Hay respeto entre las instituciones" En franca oposición, otros enfermeros opinaron "no hay integración, los docentes solo enseñan teóricamente sin ver la realidad de los servicios." Los docentes "hay predisposición de los servicios, pero eso no es integración," "2debería haber un convenio." Los enfermeros reconocieron como beneficios "la buena predisposición de los estudiantes, aportan actualización, investigan en internet." Los docentes "predisposición del personal, de

Recibido: 30/03/2013

Aceptado: 04/06/2013

las autoridades, facilitan la tarea." Obstáculos que reconoce el personal de servicio: "falta de experiencia del estudiante que retrasa el trabajo, recursos materiales escasos, falta de docentes." Los docentes "escasez de personal, personal contratado y pocos docentes".

Expectativas: Enfermeros "lograr mayor coordinación docentes y jefes de servicio," "no nos gusta que nos traten como si todavía fuéramos alumnos." Docentes: "institucionalizar el trabajo conjunto, planificar actividades, investigar en forma conjunta".

Conclusiones: Investigación aún en proceso.

Palabras clave: Enfermería, Docencia, Servicio, Integración.

ABSTRACT

General objective: To understand the perspective on the relationship between healthcare and teaching activities among the teachers of the nurse discipline from the first three years of the bachelor's degree in nursing of the National University of Santiago del Estero (Universidad Nacional de Santiago del Estero) and of those nurses from the Independence Hospital (Hospital Independencia) where the students learn the practical approach of the degree course.

¹ Lic. en Enfermería, Especialista en Docencia Universitaria, Profesora adjunta, Universidad Nacional de Santiago del Estero Argentina, liagarnica@yahoo.com.ar

² Lic. en Enfermería, Especialista en Investigación sobre el fenómeno de las drogas. Profesora Titular, Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina, bmartha4@hotmail.com

³ Lic. en Enfermería, Doctora en Enfermería, Profesora Adjunta, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina dvitola@fmedic.unr.edu.ar

⁴ Lic. en Enfermería, Magister en Sistemas Ambientales Humanos, Profesora Adjunta Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina paula_zaza@hotmail.com

⁵ Lic. en Enfermería, Jefe de Trabajos Prácticos Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina, monicapippino@hotmail.com

⁶ Lic. en Enfermería, Jefe de Trabajos Prácticos, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina, hameza44@hotmail.com

⁷ Lic. en Enfermería, Profesora Adjunta, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina mmr3@gmail.com

⁸ Lic. en Enfermería, Profesora Adjunta Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina, almabantle@hotmail.com

⁹ Psicóloga, Jefe de Trabajos Prácticos, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina, ballerinialejandra@gmail.com

¹⁰ Lic. en Enfermería, Profesora Asociada, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina. lorenaguarda@hotmail.com

¹¹ Bioquímica, Doctora en Bioquímica, Universidad Nacional de Rosario, mvidal@unr.edu.ar

¹² Lic. en Enfermería, Jefe de Trabajos Prácticos, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina, svopiskisonia@hotmail.com

Progress report: An exploratory study with qualitative methodology. Information gathering techniques: Key informants and semi structured interviews with directed questions.

Preliminary results: On the one hand, some nurses believe there is integration *"in spite of staff and resources shortages. We communicate with each other and we try to work in the best way possible"*. *"There is respect between the institutions"*. On the other hand, other nurses said that *"there is no integration and that nurse teachers just impart theoretical knowledge without taking into consideration the reality of hospitals"*. Nurse teachers said that *"there is good predisposition from hospital nurses but that cannot be considered integration"* *"there should be an agreement"*. The nurses admitted that *"the good predisposition of students is very beneficial since they are constantly updating themselves and looking for information on the internet"*. Nurse teachers believe that *"it is beneficial the staff and authorities good predisposition because that makes our job easier"*. As regards the staff from the hospital, they say that *"the lack of experience of students hold up the work as well as the shortage of resources and staff"*. The obstacles, say the nurse teachers, are *"staff shortages and few teachers"*.

Expectations: The nurses said they hope to *"achieve greater organization between teachers and the chiefs of the hospitals"*; *"we do not like to be treated as if we were still students"*. Nurse teachers hope to *"institutionalize joint work and research and to plan activities"*.

Conclusion: Investigation still in progress.

Keywords: Nursing, Teaching, Hospital, Integration.

RESUMO

Objetivo geral: Compreender a perspectiva da integração que têm os professores de docente de disciplinas área profissional do primeiro ciclo do grau de bacharel em enfermagem da Universidade Nacional de Santiago del Estero, e as enfermeiras do Hospital Serviços Independência, onde é realizado pela experiência prática de ensino a os estudantes.

Relatório de Progresso: Um estudo exploratório com metodologia qualitativa. Obter informações técnicas: entrevistas com informantes-chave e entrevistas semi-estruturadas com eixos temáticos.

Resultados preliminares: Serviço de enfermeiras acreditam que há integração *"apesar da escassez de recursos e de pessoal, comunicamos, estamos a fazer o nosso melhor possível"*. *"Não há respeito entre as instituições"*. Em oposição frontal, outros enfermeiros sentiu-se *"não há nenhuma integração, os professores só ensinam teoricamente sem ver os serviços reais"*. Os professores

sentiram: *"existe a predisposição dos serviços, mas que não é integração"*, *"não deve ser uma convenção"*. Os benefícios dos enfermeiros reconhecida como *"a vontade dos estudantes, contribuem actualização, pesquisam em internet"*. Os docentes: *"predisposición do pessoal, das autoridades, facilitam a tarefa"*.

Obstáculos que reconhece o pessoal de serviço: *"falta de experiência do estudante que atrasa o trabalho, recursos materiais escassos, falta de docentes"*. Os docentes: *"escassez de pessoal, pessoal contratado e poucos docentes"*.

Expectativas: Enfermeiros *"conseguir maior coordenação docentes e chefes de serviço"*; *"não gostamos que nos tratem como se ainda fôssemos de alunos"*. Docentes: *"institucionalizar o trabalho conjunto, planificar actividades, pesquisar em forma conjunta"*.

Conclusões: Investigação ainda em processo.

Palavras chave: Enfermagem, Ensino, Serviço, Integração.

Tipo de experiencia: resultados preliminares de una investigación.

Lugar de dependencia del Proyecto: Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Rosario, con extensión del mismo en la Carrera de Enfermería, Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud, Universidad Nacional de Santiago del Estero.

INTRODUCCIÓN

La integración de la teoría y la práctica en la formación académica es una de las mayores preocupaciones de las instituciones docentes¹. Si bien el estudiante es el que debe desplegar los medios a su alcance para integrar teoría y práctica de una manera dinámica, desde el punto de vista docente se debe intentar sostener una coherencia entre la formación teórica y la práctica, evitando así que se genere una discordancia entre cómo se viene estudiando, que deben ser las cosas y cómo se dan en la realidad².

Los docentes que trabajamos con las experiencias en campo, en los hospitales y centros de salud, somos los que tenemos la experiencia de ver como, lo que debería ser una unidad de encuentro entre teórica-práctica (docencia-servicio) con el objetivo común de brindar la mejor calidad de atención para la persona enferma y su familia, suele no ser tal. Al contrario, en muchos casos se trata de un encuentro de confrontación, de conflictos de ver quién es el que sobresale, quien puede lograr o demostrar sus saberes y finalmente quién manda en ese terreno.

Por un lado están docentes y estudiantes con la valija de sus saberes adquiridos en la universidad y por el otro, el Servicio y los enfermeros con su relación directa con la persona enferma - familia, con el control que implica esta situación.

Encontrar la manera adecuada de aproximarnos y de lograr una integración docencia-servicio, nos lleva a realizar esta investigación, para conocer concretamente lo que visualiza cada sector involucrado, sobre su significado.

Soto Fuentes y García, sostienen que la Integración Docente Asistencial [IDA] es definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la unión de esfuerzos, en un proceso de creciente articulación, entre instituciones de servicios de salud y de educación para contribuir a mejorar las condiciones de vida de la colectividad, mediante la prestación de servicios adecuados a las necesidades reales de la población, la producción de conocimientos y la formación de recursos humanos necesarios en un determinado contexto de la práctica de servicios de salud y de enseñanza. Es una búsqueda de mecanismos de coordinación entre la formación del personal de salud y las necesidades de los servicios que, a su vez, respondan a las necesidades de la población³.

Se evidencia, entonces, la importancia de una estrecha colaboración entre enfermeras docentes, estudiantes y enfermeras de servicio para poder brindar a los estudiantes el bagaje imprescindible de abordajes teóricos, habilidades clínicas y académicas, las competencias que necesitan desarrollar para estar en condiciones de satisfacer las necesidades de cuidados de la salud de las personas y familias, y así poder garantizar la articulación entre el conocimiento teórico y la práctica clínica³.

Esta articulación que llamamos entre teoría y práctica, involucra necesariamente a tres actores: el estudiante, el docente y la enfermera clínica⁴. Obviamente no se trata de una tarea sencilla, son muchos los obstáculos que se deben sortear. Para los enfermeros asistenciales la presencia de los estudiantes suele ser registrada como una carga adicional en su trabajo cotidiano, y aún como una dificultad, ya que en los lugares de trabajo no se toma en consideración el tiempo que las enfermeras asistenciales dedican a la docencia. Además, en general las enfermeras asistenciales no tienen capacitación docente ni se les facilita y apoya para su educación continua, por lo cual la coordinación con los docentes, la planificación y todo lo que implica la inserción de los estudiantes en el espacio de la práctica concreta constituyen tareas adicionales. A esta situación se suma que el número de estudiantes que son aceptados en las instituciones de salud, en muchos casos, resulta excesivo.

Por otra parte, de acuerdo a los diferentes convenios o acuerdos entre la universidad y las instituciones de salud, es frecuente que los enfermeros asistenciales no reciban un reconocimiento ni como docentes, o facilitadores docentes, ni bajo la forma de un estímulo económico. En esas circunstancias es poco el incentivo que los enfermeros asistenciales encuentran para realizar un buen trabajo.

Por tal motivo, los cambios organizativos en los servicios de salud generalmente se planifican de acuerdo a las ne-

cesidades asistenciales y/o personales, dificultando o perjudicando el proceso de integración entre la docencia y servicio³.

De acuerdo a la mayoría de los estudios sobre el tema, las debilidades en la integración docente asistencial se pueden sintetizar en: una deficiente coordinación docente asistencial (no es permanente ni formal), falta de proyectos de desarrollo conjunto de los servicios de salud y los departamentos de Enfermería, déficit en las relaciones humanas que incide en el clima laboral; insuficiente utilización de los recursos y posibilidades de la Universidad, falta o desconocimiento de programas, normas y protocolos clínicos; escasa investigación conjunta; deficiencia de recursos (espacios físicos inadecuados, falta de material de apoyo a la docencia y falta política de renovación y mantención de equipamiento de gabinete y de aporte de insumos); insuficiente personal clínico docente y de elementos de apoyo diagnóstico. Además, pareciera que ninguna de las áreas reconoce sus deficiencias y/o limitaciones, proyectando las culpas sutilmente entre ambas⁵.

A pesar de todos estos obstáculos, la IDA es esencial porque conforma el espacio propicio donde aprehender el ejercicio disciplinar, donde verdaderamente se despliegan las competencias del hacer enfermero. Es un espacio donde efectivamente los enfermeros pueden desplegar las acciones que le permitan cumplir con su objetivo principal que es el cuidar. Para Enfermería, la IDA, como decíamos más arriba, es el punto de articulación entre lo desarrollado en la universidad y la práctica concreta, constituyéndose en una parte esencial del proceso de aprendizaje.

Para la universidad lo fundamental es desarrollar en los estudiantes las competencias necesarias para su ejercicio profesional y por eso las actividades que se desarrollan en los servicios de salud constituyen un "vehículo fundamental para formar los profesionales de Enfermería, siendo ésta una disciplina que se caracteriza por su complejidad, interdisciplinariedad e interdependencia..."⁵.

Es en la actividad práctica donde se pueden lograr los objetivos de la formación, por ser esta relación teoría-práctica la expresión de la consolidación de conocimientos, habilidades y destrezas, desarrollar la creatividad, el pensamiento reflexivo y la toma de decisiones, de acuerdo con las características de los problemas que se les presentan⁶.

En la actividad asistencial se utiliza el método científico como base para los procedimientos; se despliegan diferentes formas de pensar y de resolver las situaciones, pero no se trata de la mera aplicación instrumentalizada de lo que el estudiante aprende en el aula sino que se trata de "en una visión mucho más amplia de la labor de enfermería, en la que cada problema es único, inmerso en una realidad determinada, y cuya resolución radica en la acción desde la reflexión. Desde este punto de vista, las prácticas clínicas toman gran relevancia y

la necesidad de que el aprendizaje en este ámbito sea riguroso se convierte en algo irrenunciable"².

La enseñanza del método científico y el modelo teórico disciplinar elegido por la carrera para guiar la práctica y los sustentos pedagógicos de los docentes, los pilares que la docencia aporta a la formación de los futuros profesionales, se ponen en juego en la experiencia misma del estudiante en los servicios.

Destacamos que la observación y la entrevista son las herramientas básicas de Enfermería, constituyen el recurso que sitúa al estudiante en contacto con el sujeto de atención y el medio ambiente de la clínica⁵. Es allí donde se pone en evidencia la formación recibida por el estudiante, en el encuentro con el grupo de profesionales, con la realidad del servicio. Y comienza así, el reto de la Integración Docencia-Servicio.

La mayoría de los autores de este proyecto, trabajadores de la educación del recurso humano en Enfermería, reconocemos diferentes señales, diferentes conceptos, múltiples debates, entre colegas docentes, entre profesionales de enfermería y no profesionales de los servicios acerca de este proceso de construcción de la IDA que les hacen dudar de la viabilidad de la misma. Esto reafirma aún más que para entender la problemática percibida, el punto de partida tiene que ser la perspectiva de los involucrados para lograr una explicación y, por ende, una comprensión de lo que nos está pasando^{2,5,7,8,9,12}.

Esta investigación se desarrolla en dos lugares de la Argentina: en la ciudad de Rosario, Universidad Nacional de Rosario y en la ciudad de Santiago del Estero, Universidad Nacional de Santiago del Estero. La finalidad no es comparar la información lograda en un lugar y el otro, sino poder comprender lo que los actores sociales (docentes y enfermeros asistenciales) dicen, sin hacer énfasis o poner el foco en quién lo dice.

Los resultados que se presentan en este artículo se generaron en Santiago del Estero, desde la perspectiva de los docentes que se desempeñan en la Universidad Nacional de esa provincia y los enfermeros asistenciales que trabajan en un hospital público, el Hospital Independencia de la ciudad.

Objetivo General: Comprender la perspectiva que sobre la Integración Docente Asistencial tienen los docentes de las asignaturas del área profesional del Primer Ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Santiago del Estero, (U.N.S.E.) y la de los enfermeros de los Servicios de Internación del Hospital Independencia, donde se llevan a cabo las experiencias prácticas de enseñanza de los estudiantes.

Objetivos Específicos:

- Explorar las representaciones acerca de la integra-

ción docente asistencial que tienen los distintos actores involucrados.

- Identificar cuáles son las expectativas que tienen respecto de la integración docente-asistencial.
- Indagar acerca de los facilitadores y obstaculizadores que reconocen en el proceso de integración docente-asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es una investigación exploratoria donde se utiliza un enfoque cualitativo con estrategias de trabajo de campo y con entrevistas a informantes claves y entrevistas semi-estructuradas con ejes temáticos. Los referentes empíricos son docentes (adjuntos, jefes de trabajos prácticos) de las distintas asignaturas profesionales del Primer Ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Santiago del Estero y también los profesionales enfermeros de los Servicios de Internación (jefes de unidad de internación, enfermeros asistenciales) del Hospital Independencia, de Santiago del Estero, donde se llevan a cabo las experiencias prácticas de enseñanza y aprendizaje de los estudiantes. La finalidad del proyecto consiste en la comprensión de la visión que sobre la integración docente asistencial tienen los actores involucrados y como la ponen en práctica. Se recurrió a un enfoque cualitativo porque permite captar el sentido que los actores atribuyen a sus propias conductas y a los fenómenos que los rodean, explorando como son vividos, sentidos y pensados. Todo el proceso investigativo tuvo y tiene una direccionalidad en busca de una práctica teórica que permita comprender la realidad que se presenta inacabada y en permanente cambio. Desde una perspectiva crítica de las ciencias de la salud, se buscó tensar paradigmas, teorías, prácticas y saberes de los profesionales en enfermería que se desempeñan en el campo de la enseñanza y en el campo de la asistencia.

Como técnicas de obtención de la información se realizaron entrevistas a informantes claves considerando como tal, desde la docencia, a todos los profesionales que cumplían funciones de profesor adjunto o titular de las asignaturas del primer ciclo de la carrera y en el servicio, y a los enfermeros jefes de Unidad del Hospital Independencia donde concurrían docentes y alumnos.

Otros informantes fueron los enfermeros asistenciales (servicio) y jefes de trabajos prácticos (docencia) a quienes en forma individual o bien en forma grupal se les realizaron entrevistas semi estructuradas con ejes puntuales, ya que la guía previa de preguntas descriptivas permitió la construcción de contextos discursivos o marcos interpretativos de referencia en términos del informante, según el contexto del universo significativo de los sujetos. En todos los casos las entrevistas fueron grabadas o registradas, intentando lograr en todo el trabajo de campo la mayor textualidad posible. La recolección de la información se realizó durante Junio a Agosto

del 2012. Se realizaron treinta entrevistas, correspondientes a todos los docentes y enfermeros del servicio vinculados al primer ciclo de la carrera, teniendo como principal dificultad la falta de tiempo para concertar un encuentro.

Se consideraron los cuidados éticos propios de la metodología a través del formulario de consentimiento libre e informado previo a toda entrevista y la protección de los datos obtenidos según los alcances de la ley 25326 de protección de los datos personales y el resguardo del uso abusivo del poder en la relación entre investigadores y participantes.

Dado que el estudio pretendía una comprensión del fenómeno en estudio, las técnicas que se utilizaron fueron las propias del método comparativo constante, con registros, comentarios y análisis que generaron dialécticamente y en espiral el conocimiento.

El análisis de la información implicó un proceso en continuo progreso, acompañando, a cada instancia de recolección de la información, el análisis subsiguiente. Este método permitió el descubrimiento en progreso, a través de examinar la información de todas las formas posibles, buscando pistas, intuiciones, interpretaciones e ideas, rescatando temas emergentes, elaborando esquemas de clasificación, desarrollando conceptos, y proposiciones teóricas, y revisando el material bibliográfico¹³.

RESULTADOS PRELIMINARES

En relación a la IDA la mayoría del personal de servicio cree que hay una integración. A pesar de que los recursos humanos en enfermería son escasos, tanto en docencia y servicio, se comunican y trabajan en conjunto lo mejor que pueden. Lo que caracteriza a esta integración es el respeto entre las dos instituciones. Piensan que compartir los objetivos propuestos por los docentes hacen que comprendan mejor a los estudiantes y la colaboración surja espontáneamente entre ambos.

Sin embargo, aparece una mirada parcial sobre este proceso, ya que solo se hace referencia a la instancia de trabajo en servicio, obviando todo lo previo y posterior que exige esta integración. Algunas expresiones fueron:

“La supervisión de Enfermería del hospital nos abre las puertas ampliamente y creemos que por eso se puede dar esta integración.”

“Todo se hace más fácil cuando sabemos y nos informan cuando vienen los estudiantes y qué van a hacer.”

Aparecieron también respuestas divergentes entre los enfermeros de servicio, ya que consideraron que no

existe la tan ansiada integración, considerando que la responsabilidad de tal situación es de ambos, de los docentes y de los enfermeros asistenciales:

“No hay integración, los docentes sólo enseñan teóricamente sin ver la realidad de los servicios.”

“En realidad nosotros (servicio) somos pocos para involucrarnos.”

Indagados los docentes, sostuvieron que existe predisposición en los servicios, aunque no significa que haya integración. En todas las entrevistas realizadas a los docentes, apareció que es necesaria la integración para buscar soluciones conjuntas a los problemas de la docencia y del servicio.

“La única manera que tenemos para lograr la verdadera integración, es que haya un convenio entre la Carrera y el Hospital en donde se establezcan las funciones de cada sector y las actividades conjuntas.”

“Siempre hablo con el jefe del servicio antes que empiecen los estudiantes, ya que esto me facilita la tarea más adelante.”

Los enfermeros del servicio mencionaron que siempre la presencia de los estudiantes “moviliza” de algún modo al servicio. Reconocieron como beneficioso en este proceso las actitudes y predisposición de los estudiantes.

“La predisposición de los estudiantes es muy buena.”

“Traen material actualizado de algunos temas, se meten en internet ya que nosotros no tenemos tiempo.”

“Intentan aportar soluciones.”

“Participan de los cursos o charlas programadas por el servicio.”

“Nos ayudan a actualizarnos.”

Los docentes reconocieron como aspectos positivos o beneficiosos:

“Siempre hay predisposición de las autoridades, del personal y de los enfermos para facilitarnos que podamos cumplir nuestros objetivos.”

“Intercambiamos experiencias.”

“Siempre disponemos de un espacio físico para la posclínica.”

“Estar en el hospital nos permite conocer la verdadera realidad de los campos de práctica.”

En cuanto a los obstáculos, los enfermeros del servicio manifestaron:

“La falta de personal hace que cuando hay que colaborar con los estudiantes u observarlos, se nos atrasa la tarea.” “La falta de experiencia de los alumnos nos demora el trabajo.” “Debería haber más docentes para atender a los estudiantes, ya que nuestra obligación es no desentendernos de ellos y esto nos demora en el turno.”

Los docentes también manifestaron obstáculos, tales como: *“Falta de estructura física para un vestuario, gabinete.”*

Una particularidad aparece con el personal de los servicios contratados, que se refiere a los estudiantes con expresiones tales como: *“Tienen que pagar el derecho de piso, que aprendan viendo y no interrumpen.”*

En cuanto a las expectativas sobre la IDA el personal de los servicios manifestó:

“Espero que haya una mayor coordinación de los docentes con los jefes de unidad.”

“Tendrían que reconocernos (los docentes) la experiencia.” “Lo que yo quiero es que me informen que van a hacer los estudiantes durante las pasantías.”

Las expectativas docentes recayeron en: *“Lograr institucionalizar el trabajo y planificar acciones conjuntas para que el personal contribuya y facilite el aprendizaje.” “Realizar investigaciones conjuntas, ya que hoy cuando se realizan investigaciones de los estudiantes de universidad solo se entera el personal afectado.”*

“Un cierre final con todos los que participaron del proceso de aprendizaje de los estudiantes.”

DISCUSIÓN

En la formación de los enfermeros, y en general de los profesionales del área de la salud, es imprescindible la interacción entre las instituciones educativas y las instituciones prestadoras de servicios. Esta relación no es sencilla en ningún escenario^{5,10}. Es una interacción caracterizada por situaciones que pueden derivar en conflictos, desencuentros y eventualmente en confrontación. Los requerimientos académicos y las exigencias propias del proceso de atención, los actores involucrados en ambos, y las circunstancias en las que se da la interacción, constituyen un contexto que en muchos casos favorece el deterioro de las relaciones entre las instituciones e impacta de manera especial en los procesos formativos¹¹.

Los resultados obtenidos hasta el momento nos permiten plantear algunas consideraciones.

Respecto a si existe o no IDA, coinciden en que si bien hay predisposición no siempre se logra. Las falencias que se plantearon con mayor frecuencia serían: la falta de información, sobre todo por parte de las enfermeras asistenciales, y el poco reconocimiento de la tarea que realizan. Estos resultados coinciden con los planteados por otros estudios, donde se expone la insatisfacción respecto de la IDA por la falta de reconocimiento^{2,3}, o bien sobre las dificultades que se generan⁵ por el desarrollo desigual de las áreas de docencia y asistencial⁷.

En la perspectiva de los enfermeros asistenciales se detecta un sesgo negativo respecto del *“lugar de la teoría”* en la formación de los estudiantes. En relación a esto, se torna indispensable problematizar la naturaleza de las concepciones implícitas en la práctica de la Enfermería y las dificultades que se generan en el proceso de enseñanza-aprendizaje¹². Una posibilidad para achicar la brecha entre la teoría y la práctica estaría dada por la *“integración de las funciones docente-asistencial-administrativas y de investigación del docente de enfermería, con el contexto donde se desarrollan las prácticas educativas”*¹³.

La mayoría de los trabajos consultados coinciden en que integración entre la docencia y los servicios constituye una necesidad pero que la iniciativa es de la academia³. Entre las propuestas coinciden en un *“buen diseño de objetivos que incluya conocimientos, destrezas o habilidades y actitudes, así como buscar canales de información eficaces, que garanticen que la información de los objetivos llegue a sus destinatarios...”*³

Para que todo esto sea posible es imprescindible que exista una coherencia entre el proyecto educativo y la realidad de los servicios, coherencia que debe transversalizar las dimensiones políticas, técnicas y metodológicas y que requiere que el compromiso y la decisión de formar parte del proceso sean institucionales y no solamente de actores aislados¹⁴.

CONCLUSIONES

Lo presentado es solo un primer avance de la investigación en la Universidad Nacional de Santiago del Estero. Al mismo tiempo el equipo está logrando información sobre la temática en la Universidad Nacional de Rosario. Aún no tenemos conclusiones finales que nos permitan dar respuesta al título propuesto de este documento.

Seguiremos todo este año, investigando en especial sobre aquellos puntos donde los dichos de los referentes entran en franca colisión para poder comprender e iluminar este complejo proceso que es la Integración entre la Docencia y el Servicio en Enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Úbeda Bonet J, Pujol Ribó G, Olivé Ferrer C, Álvarez Miró R, Segura Óliver MS. Opinión de las enfermeras sobre las experiencias clínicas docente. *Enferm Clin.* 1993 :11-15.
2. Perez Andres, C., Alameda Cuesta, Al., Albeniz Lizarraga, C. La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la comunidad de la Madrid: opinión de los alumnos y de los profesores asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión *Rev. Esp. Salud Pública* [en línea] 2002 [acceso 27 de abril de 2013]; 76 (5): 517-530 . Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/resp/v76n5/original3.pdf>
3. Soto Fuentes, P., García, M.A. Impacto de un modelo de integración docente asistencial en la formación profesional y el campo clínico. *Cienc. Enferm.* [revista en línea] 2011. [acceso 24 de abril de 2013]; 17 (3): 51-68. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art06.pdf>
4. Dos Santos, M. F., Barbosa Merighi, M., Muñoz, L. La enfermería clínica y las relaciones con los estudiantes de enfermería: un estudio fenomenológico *Texto Contexto Enferm* 2010 [acceso 27 de abril de 2013]; 19(1): 112-119. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a13.pdf>
5. Brevis-Urrutia I, Sanhueza-Alvarado O. Integración docente asistencial en enfermería: problemas en su construcción? *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. [acceso 09 de mayo de 2013]; 21 2008;10(2):367-73. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a08.htm>
6. Arteaga Herrera J., Chávez Lazo, E. (2000). Integración docente- asistencial integración docente – asistencial – investigativa NTE-GRACIÓN DOCENTE-ASISTENCIAL-INVESTIGATIVA (IDAI). *Rev Cubana Educ Med Super.* [revista en línea] 2000 [acceso 24 de abril de 2013]; 14 (2): 184-195. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol14_2_00/ems08200.htm
7. Arteaga García, A., Álvarez Blanco, A., Cabrera Cruz N., Toledo Fernández, (2010) La integración docente, asistencial e investigativa en la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2010 [acceso 27 de abril de 2013]; 26 (2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200015&lng=es
8. Agramante del Sol, A., Melón Rodríguez R, Peña Fernández A. Propuesta de guía metodológica para la formación de valores en los estudiantes de enfermería. *Revista Cubana Enfermería* [revista en línea] 2005 [acceso 27 de abril de 2013]; 21(2) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21_2_05/enf07205.htm
9. Albi García, J. Caamaño Vaz, M. D., García López, F., Abad Bernardo, M., Fernández Vaca, M. Benavente Sanguino, M.J. Desarrollo de un instrumento de evaluación de las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica.* 2003. 13: 146-53
10. Cuñado Barrio A, Sánchez Vicario F, Muñoz Lobo MJ, Rodríguez Gonzalo A, Gómez García I. Valoración de los estudiantes de enfermería sobre las prácticas clínicas hospitalarias. *Nure Inv.* [revista en internet] 2011 [acceso 24 de abril de 2013]; 8 (52) Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE52_original_valoracestu.pdf
11. Programa de apoyo a la reforma de la salud. Modelo de evaluación de la relación docencia-servicio. Criterios básicos de calidad para centros de práctico formativos. Bogotá: Ministerio de la Protección Social : OPS/OMS: Programa de Recursos Humanos; 2004
12. Delgado, T., Bentancur, L. Dificultad de la enseñanza del proceso enfermero en una Universidad Privada de la ciudad de Montevideo. *Enfermería: Cuidados Humanizados.* [revista en línea] 2012, [acceso 14 de abril de 2013]; 1 (2): 103-112. Disponible en: <http://enfermeriacuidadoshumanizados.uca.edu.uy/inicio/item/35-revista-de-enfermeria%3%ADa-vol1-n%C2%BA2-agosto-2012.html>
13. Palencia E. Reflexión sobre el ejercicio docente de enfermería en nuestros días. *Invest. educ. enferm.* [revista en internet] 2006 [14 de abril de 2013]; (24) 2: 130-134. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n2/v24n2a14.pdf>
14. Pereira, J.G., Fracolli, L. La contribución de la articulación enseñanza y servicio para la construcción de la vigilancia de la salud: la perspectiva de los docentes. *Rev Latino-am Enfermagem.* [revista en línea]. 2009. [acceso 9 de abril de 2013]; 17 (2): 167-173 . Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_05.pdf
15. Taylor S. J., Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. España: Paidós Ibérica; 2000.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1: UN ENFOQUE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES.

TREATMENT ADHERENCE IN ADOLESCENTS WITH DIABETES TYPE 1: APPROACH FROM THE PERSPECTIVE OF ACTORS.

ADESÃO AO TRATAMENTO EM ADOLESCENTES COM DIABETES TIPO 1: ABORDAGEM NA PERSPECTIVA DE ATORES.

Autores: Camacho Barcia, Lucía¹. Lucero Vázquez, Lucía². Agazzi, Beatriz³. Fernández, Alvaro⁴. Ferreira, Augusto⁵.

Enviado: 01/01/2013

Aceptado: 24/04/2013

RESUMEN

Objetivo: Conocer los factores que inciden en la adherencia al tratamiento desde la perspectiva de adolescentes con Diabetes tipo 1.

Metodología: Se trata de un estudio cualitativo, del tipo exploratorio descriptivo. Se entrevistaron 25 adolescentes de edades comprendidas entre 10 y 19 años en Montevideo y Maldonado, Uruguay. Las técnicas de recolección de datos utilizadas fueron la entrevista en profundidad, notas de campo interpretativas y la revisión de la historia clínica o carné del adolescente.

Resultados: Se encontraron factores incidentes en la adherencia al tratamiento asociados a todos los pilares del mismo, incluyendo los aspectos psicosociales y de automonitoreo. Los jóvenes destacaron el efecto positivo que ejerce el apoyo recibido por parte de sus familiares, de sus amigos y del equipo de salud.

Conclusiones: A través de lo relatado por los jóvenes pudimos concluir que, en el grupo estudiado, no solo los factores personales tienen incidencia en la adherencia al tratamiento, sino que también influyen aquellos relacionados con la familia, el entorno social y medioambiental. Se pudo identificar que las principales dificultades que los jóvenes percibieron fueron aquellas asociadas a la alimentación.

Palabras claves: Adolescente, Diabetes Mellitus tipo 1, Investigación Cualitativa, Adhesión al Tratamiento.

ABSTRACT

Objective: To know the factors that influence adherence from the perspective of adolescents with type 1 diabetes.

Methodology: Qualitative study, exploratory-descriptive. We interviewed 25 adolescents aged between 10 and 19 years from Montevideo and Maldonado, Uruguay. The data collection techniques used were in-depth interviews, field interpretative notes and the review of the medical history or adolescent carnet.

Results: There were factors which affect treatment adherence associated with all the pillars thereof, including psychosocial aspects of self-monitoring. Among these factors, young people highlighted the positive effect exerted by the support received from their families, friends and health team.

Conclusions: Through what is told by the young could conclude that not only personal factors have an impact on adherence, but also influence those related to family, society and the environment. We could identify the main difficulties that young people perceived were those related to food.

Keywords: Adolescents, Diabetes Mellitus type 1, Qualitative Research, Adherence to Treatment.

RESUMO

Objetivo: Conhecer os fatores que incidem na aderência ao tratamento desde a perspectiva de adolescentes com Diabetes tipo 1.

Metodologia: É Um estudo qualitativo, do tipo exploratório descriptivo. Foram entrevistados 25 adolescentes entre 10 e 19 anos de Montevideu e Maldonado, Uruguai. As técnicas de recopilación de dados foram notas do campo interpretativo e a revisão da historia clínica do adolescente.

¹ Lic. en Nutrición. Universidad Católica del Uruguay. Uruguay, Montevideo. luciacamacho@hotmail.com

² Lic. en Nutrición. Universidad Católica del Uruguay. Uruguay, Montevideo. lucia.lucero@hotmail.es

³ Mag. en Nutrición. Universidad Católica del Uruguay. Uruguay, Montevideo.

⁴ Lic. en Educación. Universidad Católica del Uruguay. Uruguay.

⁵ Doctor en Enfermería. Universidad Católica del Uruguay. Uruguay.

Resultados: Se acharam fatores incidentes na aderência ao tratamento associados a todos, incluindo os aspectos psicossociais e de automonitoreio. Dentro de estes fatores, os jovens destacaram positivamente o apoio do seus familiares, dos seus amigos e da equipe medica.

Conclusões: Através do relato dos jovens se conclui que não só os fatores pessoais incidem na aderência ao tratamento senão que também influem aqueles relacionados com as famílias, o entorno social e meio ambiente. Se identificou que as principais dificuldades dos jovens foram aquelas associadas a alimentação.

Palavras chave: Adolescentes, Diabetes Mellitus tipo 1, Investigação qualitativa, adesão ao tratamento.

INTRODUCCIÓN

Para que exista adhesión al tratamiento es necesario que se produzca¹: **a)** La aceptación convenida del tratamiento entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos. **b)** El cumplimiento del tratamiento. Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones indicadas por el terapeuta. **c)** La participación activa en el cumplimiento. Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento. **d)** El carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones. Diversos estudios han demostrado que un 50% de los adolescentes con patologías crónicas no adhiere a los tratamientos^{2 y 3}.

Otra investigación indica que los pacientes crónicos que no poseen riesgo inmediato son aquellos que menos adhieren⁴. Los bajos niveles de adherencia constituyen un grave problema ya que determinarán la falta de eficacia en los tratamientos. La no adherencia a los tratamientos debe ser considerada un problema de salud pública⁵. La falta de cuidados y de seguimiento de las indicaciones:

a) Disminuye los resultados de los tratamientos, lo que acelera la progresión de la enfermedad a través de la aparición temprana de complicaciones como enfermedades micro y macrovasculares⁶.

b) Incrementa los costos sanitarios, ya que aumentan el número de hospitalizaciones por complicaciones y por lo tanto la utilización de recursos. Los tratamientos se hacen cada vez más intensificados, las enfermedades se agravan lo que aumenta cada vez más las necesidades de recursos¹.

Diabetes en Uruguay En nuestro país un 8% de la población está diagnosticada como diabética⁷. Cabe destacar

que uno de cada dos diabéticos ignora que lo es⁷. No se ha accedido a estudios realizados en nuestro medio acerca de la tasa de incidencia de la adhesión de los enfermos crónicos a sus tratamientos nutricionales, ni de los factores que contribuyen o dificultan el cumplimiento de los mismos.

La Diabetes Mellitus tipo 1 constituye una de las afecciones endócrinas más frecuentes en la niñez y la adolescencia⁸. El adolescente con Diabetes debe no sólo adaptarse y asumir los cambios emocionales y físicos que se producen en esta etapa evolutiva, sino que además debe seguir conductas propias del tratamiento como dieta, ejercicio, insulino terapia, y controles diarios de glicemia entre otras⁹. Los adolescentes no suelen pensar más allá del tiempo presente lo que puede hacerlos sentirse invulnerables frente a las complicaciones a largo plazo de la enfermedad, hecho que los lleva a incumplimientos terapéuticos con el consecuente mal control metabólico^{6 y 10}.

Un 25% de los adolescentes diabéticos tienen errores al realizar las inyecciones de insulina o no realizan los controles diarios de glucosa ya que no lo consideran necesario¹¹. La búsqueda de la independencia que caracteriza esta etapa interfiere negativamente en la adhesión por parte del adolescente. De acuerdo a estudios realizados se ha comprobado que aquellos adolescentes que se hacen cargo desde demasiado temprano del manejo de la Diabetes, sin la implicancia y el apoyo de sus padres; cometen más fallas en el tratamiento y tienen peor control metabólico que los adolescentes cuyos padres permanecen implicados durante más tiempo en el manejo de la patología¹². Las tasas de mortalidad de adolescentes diabéticos son superiores a las de adolescentes sin esta patología¹³. Los causantes de estas muertes son en su mayoría las complicaciones agudas sobre todo cetoacidosis ya sea en el debut o luego del mismo¹⁴.

En el caso de los adolescentes con Diabetes tipo 1 resulta importante identificar los factores que favorecen o dificultan la adherencia al tratamiento, ya que para llevar un buen control de la enfermedad el tratamiento debe estar integrado al estilo de vida. Por lo expuesto, los objetivos de esta investigación se han definido como: conocer los factores que inciden en la adherencia al tratamiento desde la perspectiva de adolescentes con Diabetes tipo 1. Comprender sus principales motivaciones y conocer los factores personales, sociales, familiares y medioambientales que tienen incidencia en la adherencia al tratamiento. A su vez, conocer cuáles son las dificultades que enfrentan los adolescentes en su proceso de adherencia y como logran superarlas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo, del tipo exploratorio descriptivo. El enfoque cualitativo determinó que los fenómenos fueran estudiados en su contexto, buscando

encontrar el sentido o la interpretación de los mismos partiendo de los significados que los adolescentes les concedieron^{15 y 16}.

Durante la planificación del trabajo de investigación se plantearon una serie de aspectos a estudiar. El carácter flexible y emergente de la investigación cualitativa determinó que durante el proceso de análisis surgieran, si-

tuaciones nuevas e inesperadas vinculadas con el tema de estudio. Estas determinaron la creación de nuevas categorías de análisis (tabla N° 1). El surgimiento de las mismas contribuyó a dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas y al cumplimiento de los objetivos del trabajo. De esta manera las particularidades emergentes se sumaron a las cuestiones planteadas inicialmente enriqueciendo así el trabajo final.

TABLA N° 1

Categorías de análisis.

	CATEGORÍAS PREVIAS	CATEGORÍAS EMERGENTES
ASPECTOS PERSONALES	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Edad - Estado nutricional - Hemoglobina glicosilada - Escolaridad - Actitud del adolescente hacia la alimentación - Motivación para seguir el tratamiento - Actitud del adolescente hacia la enfermedad - Ejercicio físico - Edad del debut de la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> - Malnutrición por exceso - Malnutrición por déficit - Actitud positiva hacia la alimentación - Dificultades en la alimentación percibidas por el adolescente - Mitos y planes muy restrictivos - Comidas fuera de casa - Comida rápida - Comidas en los centros educativos - Dificultades en el manejo de la - Diabetes durante la actividad física - Mitos sobre el ejercicio físico
ASPECTOS FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> - Constitución Familiar - Actitud Familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo familiar - Rol materno
ASPECTOS SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud social - Actitud del adolescente frente a actividades sociales/recreativas 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo social - Falta de apoyo social - Apoyo institucional - Educación en ADU y FDU
ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades al momento de realizar el tratamiento - Tratamiento insulínico - Frecuencia de los controles de glicemia y actitud hacia los mismos - Existencia de vínculo profesional – paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades al momento de inyectarse - Sin controles - Controles como parte de la rutina cotidiana - Glicemias fuera de casa - Reacciones frente a las hiperglicemias - Registro de controles - Apoyo de los profesionales de la salud - Educación por parte de los profesionales y las instituciones de salud
ASPECTOS MEDIOAMBIENTALES	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a alimentos indicados en el tratamiento - Disponibilidad de alimentos indicados en el tratamiento: - Acceso y disponibilidad de aparatos de medición de glicemia, tirillas e insulina 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades en la disponibilidad de insulina y tirillas

Camacho, Lucero y cols. 2012.

La población a estudiar fueron adolescentes con Diabetes tipo 1. El muestreo se realizó en forma de redes o cadena, lo cual consiste en identificar individuos u organizaciones que funcionaran como nexo con posibles candidatos a participar en la investigación¹⁷.

De esta manera se contactaron adolescentes a través de la policlínica de referencia del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), a través de la Asociación de Diabéticos del Uruguay (ADU), de la Fundación Diabetes Uruguay (FDU) y por medio de contactos personales. Se utilizaron los siguientes criterios de selección:

a) Adolescentes con edad entre 10 y 19 años.

b) Diagnosticados con Diabetes tipo 1 por un tiempo mayor a 1 año.

De esta forma se aseguró que se cumpla con el período de adaptación a la enfermedad⁶. Para determinar el tamaño de la muestra se consideró la naturaleza cualitativa de la investigación en la cual se estudia un fenómeno en profundidad buscando la comprensión holística del mismo. Para ello se estudia un grupo de pocos casos seleccionados en forma intencionada que permita utilizar métodos de estudio intensos, como la entrevista en profundidad, y obtener de esta manera un enfoque integral. El número final de la muestra en este estudio fue de 25 participantes, el cual se determinó por saturación. La descripción de la misma se muestra en la [tabla N° 2](#).

Para la recolección de los datos se realizaron entrevistas en profundidad en forma semiestructurada, adaptándose de tal manera que se pudiera obtener la mayor cantidad de información¹⁷. También se revisaron las historias clínicas de los adolescentes que se asisten en el CHPR y se les pidió el carné del adolescente al resto de los jóvenes de la muestra con la finalidad de recabar otros datos relevantes. Se realizaron notas de campo interpretativas con el fin de recolectar las impresiones del investigador mientras se realizaban las entrevistas¹⁷.

Las entrevistas fueron grabadas y sus transcripciones se realizaron completas y de forma literal. Se utilizaron matrices para organizar la información y para poder comparar las categorías entre las diferentes respuestas obtenidas. A partir de los datos ordenados en la matriz se buscaron elementos y significados emergentes de los cuales surgieron las diferentes categorías de análisis. Todo esto orientó a la búsqueda de elementos teóricos que apoyaron el análisis y la interpretación de la información¹⁸.

Se utilizó una carta de consentimiento informado para la participación en la investigación. La misma fue firmada y fechada por el entrevistado, su padre, madre o tutor legal y el investigador responsable.

TABLA N° 2

Descripción de la muestra.

SEXO	- 13 del sexo femenino. - 12 del masculino.
EDAD	Entre 10 y 19 años - 19 jóvenes menores de 15 años. - 6 jóvenes entre 15 y 19 años.
AÑOS DE EVOLUCIÓN	- 19 jóvenes con tiempo de evolución mayor a 5 años (8 con tiempo de evolución mayor a 10 años). - 6 jóvenes con tiempo de evolución menor a 5 años.
ESTADO NUTRICIONAL	5 jóvenes presentaron malnutrición: - 4 malnutrición por exceso. - 1 malnutrición por déficit. Solo 4 de los jóvenes entrevistados presentan valores adecuados de hemoglobina glicosilada para la edad.
CONTROL METABÓLICO (ÚLTIMO VALOR DE HBAC1) UTILIZANDO LAS METAS DE AMERICAN DIABETES ASSOCIATION	- 4 presentan valores adecuados para la edad. - 21 presentan valores por encima de lo recomendado para la edad.
PLAN DE INSULINIZACIÓN	El total de los jóvenes cuenta con un plan de insulinización. - 17 de ellos utilizan un esquema convencional. - 8 utilizan un esquema intensificado.
ESCOLARIDAD	Todos los jóvenes entrevistados estaban insertos en el sistema educativo.

RESULTADOS

Plan de Alimentación.

Cuando se les preguntó a los jóvenes acerca del papel que tiene la alimentación en sus vidas, varios de ellos mostraron una actitud positiva hacia esta. Una joven relata que la alimentación es: *"lo común que tenés que hacer..."*, comparándolo con el tener que inyectarse insulina diariamente. Otros reconocen la importancia y los beneficios de seguir una alimentación saludable, y admiten que le prestan mayor atención desde que debutaron con la enfermedad.

La principal dificultad referida a la alimentación que perciben los jóvenes es la restricción de las preparaciones dulces, golosinas y chocolates. Otra dificultad que a algunos se les plantea es la rigidez en el plan de alimentación, que se ve asociada a los dichos de un joven cuando relata: *"Los domingos vienen familiares de visita al hogar y traen comida rica y como yo no puedo comer me voy al cuarto para no verla."* Los vegetales suelen ser rechazados por los jóvenes, como uno de ellos relata: *"...no me gustan las verduras, son un asco y tengo que comer todos los días..."*. También se identificaron dificultades con las porciones y los horarios. Un joven relata: *"...no puedo comer lo que quiero a la hora que quiero..."*.

La merienda en el centro educativo se identificó como otra dificultad frecuente asociada a la alimentación. Algunos jóvenes relataron sentir vergüenza al momento de merendar en el centro, y que por este motivo optan por no hacer esta colación. La mayoría de los adolescentes contaron que cuando disponen de dinero para comprar su merienda en el centro educativo optan por los snacks.

Al indagar sobre las actividades sociales, la mayor inquietud de los jóvenes se relaciona con la alimentación. Aún así, frente a este tema en común reaccionan de diferente forma. Algunos optan por flexibilizar su alimentación durante una salida o reunión y comentan: *"Si vamos McDonald's como lo mismo, hamburguesa y eso. Y después me doy la insulina y ya está"*. *"Cuando voy a un cumpleaños como torta. Llevo la Novorapid (insulina Análoga de acción ultrarrápida), y me agrego más insulina..."*. *"Yo a las reuniones no me llevo nada y como. Si igual salgo una vez a la semana. Tipo, no me lo planteo, digo ta, es esto lo que hay y ahí elijo"*.

Ejercicio Físico.

Algunos adolescentes presentan dificultades al momento de realizar actividad física. Uno de ellos realiza varias horas seguidas de actividad en las cuales nota una oscilación en sus glicemias que describe como un problema. Además relata complicaciones al momento de adquirir las tirillas, lo que complica aún más su situación.

Tratamiento insulínico.

La dificultad que encuentran estos jóvenes al inyectarse la insulina es el dolor que sienten al momento de inyectarse. Un joven que no rota los lugares de inyección dice: *"...ahora sólo me doy en los brazos y los tengo hecho carozo."* Lo mismo otro joven: *"...siempre me inyecto yo en este brazo y tipo tengo los brazos re hinchados..."*

Automonitoreo.

Dentro del grupo de jóvenes entrevistados solo un caso no realiza controles de forma rutinaria, controlándose de acuerdo a cómo se siente en el momento. Relata que antes realizaba los controles estrictamente y llevaba un registro de los mismos. Sin embargo cuenta que luego de un tiempo comenzó a aburrirse y dejó de hacerlos: *"...te embolás, pasan los años y tipo te pudre."* La gran mayoría de los adolescentes se controla entre tres y cuatro veces diarias, y únicamente dos realizan cinco o más controles. Algunos casos manifestaron su dificultad al momento de tener que controlarse cuando están fuera de su casa. Uno de ellos relató que cuando sale con sus amigos, prefiere irse al baño y no controlarse frente a ellos. Otros expresaron dificultades para realizarse los controles en el centro educativo.

Apoyo Psicoemocional.

La mayoría jóvenes entrevistados sienten que toda su familia los apoya constantemente. La situación principal sobre la cual se materializa este apoyo es en la alimentación. Algunos adolescentes expresan: *"Me dicen que me cuide, que me controle y las cosas que tengo que comer..."*. *"Mis padres los dos me ayudan mucho con la comida..."* Varios adolescentes comentan la importancia de que en el hogar todos coman lo mismo, sintiendo de esa manera un apoyo especial. *"Mi familia me ayuda con las comidas (...) me apoya comen lo mismo que yo a veces..."*. *"En mi casa hacemos una bandeja grande y comemos todos..."*

Se pudo reconocer el rol fundamental que ocupa la madre apoyando continuamente a sus hijos sobre todo durante los primeros años de la adolescencia. En general la primera persona que se nombra es: *"mi madre"*. Varios de los jóvenes entrevistados expresaron que sus madres son las que se encargan de todas las tareas referentes a su tratamiento. *"Mi madre me pide todos los controles, me lleva..."*; *"Mi madre me apoya siempre..."*

En cuanto a la actitud que toma la sociedad hacia la enfermedad de estos jóvenes, ellos en su mayoría destacaron el apoyo que sienten por parte de sus pares, de sus docentes y personas cercanas a su entorno. Algunos relatan: *"mis amigas están ahí, todas saben y me re cuidan, si me ven media mal todo el tiempo me pregunta si estoy bien."* *"Todos mis compañeros me súper apoyaron y aprendieron todos sobre Diabetes"*. *"Algunos compañeros en el liceo si me ven comiendo algo que saben que no puedo me dicen que me cuide, que no"*

coma eso porque me va a hacer mal.” “...mis mejores amigos siempre que me ven con algo dulce me ven con cara mala y ta yo se que lo hacen por mi bien así que nos entendemos. Igual a veces jode un poco, pero ta.”

En el ámbito educativo los jóvenes sintieron contención por parte de los docentes y referentes de la institución. Describen experiencias tales como: *“Mis profesores de gimnasia también saben todo (...) ellos se re informaron.” “...la profesora me apoyó muchísimo...”* En reuniones sociales, como cumpleaños o fiestas, algunos de los adolescentes expresaron que su entorno trató de integrarlos a las mismas, teniendo disponibles bebidas y alimentos sin azúcar.

En otros casos los adolescentes se sintieron diferentes, excluidos, tratados de forma distinta. Algunos percibieron la falta de apoyo cuando asistían a reuniones sociales y no contaban con alimentos o bebidas sin azúcar, una joven relata: *“Cuando era chica en los cumpleaños que se olvidaban que yo era diabética y no compraban coca light terminaba tomando agua...”* Una adolescente cuenta una experiencia con sus amigas que *“la marcó”* cuando dejaron de invitarla a una reunión donde cocinarían panqueques con dulce de leche. *“...me enteré y las llame re enojada, porque no me habían invitado. Y me dijeron: ‘lo que pasa que vamos a hacer panqueques con dulce de leche, y vos no podés.’ Eso me marcó.”*

Las diferentes agrupaciones de personas con Diabetes como ADU y FDU fueron percibidos por los jóvenes como fuentes de apoyo y contención. La mayoría destaca la importancia de conocer cómo otros viven la enfermedad. Cuentan: *“aprendes como lo viven otras personas”, “Me gusta estar con alguien así, que tenga la misma enfermedad que yo.”*

En cuanto a la percepción de los jóvenes sobre su relación paciente-profesional, se resaltaron actitudes de los profesionales tratantes como la capacidad de poder escuchar, de explicar con claridad las cuestiones referidas al tratamiento y de sentir empatía; *“...con la doctora llegamos a acuerdos en el tratamiento, me es muy fácil.”* Aunque otra parte de los adolescentes expresó tener una mala relación con sus médicos tratantes. A partir de lo que ellos cuentan se aprecian problemas en la comunicación con los profesionales. Algunos de los jóvenes comentan los *“rezongos”* recibidos por parte de sus médicos y su malestar respecto a estos. Uno relata: *“Voy a una diabetóloga, no me llevo muy bien... Esa vieja, sabés qué... Es una vieja loca, me rezonga mucho.”*

Educación en Diabetes.

Algunos de los jóvenes entrevistados relataron que uno de los principales beneficios que encontraban asistiendo a su centro de salud, era la educación que allí les brindaban. De esta manera relatan: *“Me hace bien venir porque siempre me enseñan algo nuevo”, “Aprendo co-*

sas, como inyectarme la insulina, como poner la aguja, donde inyectarme...”

Actitud hacia la enfermedad.

Muchos de los jóvenes entrevistados relataron que vivir con Diabetes es *“algo normal”*. Cabe destacar que la mayoría debutó durante su niñez y esto contribuyó a que muchos sintieran estar *“acostumbrados”* a convivir con la enfermedad, como lo destacan en sus respuestas: *“Yo debuté muy chiquita entonces estoy re acostumbrada a vivir con Diabetes...”* *“Bueno, para mí es normal, es algo que está en mi vida desde chiquita y ya estoy acostumbrada.”*

Solo un caso describió vivir con Diabetes como algo *“horrible”* y expresó: *“...es difícil. Cuando sos chico igual, no podes ni ir a la casa de tu tía si no te pueden dar la insulina o algo.”*

Motivación para seguir el tratamiento.

Lo que motiva a seguir el tratamiento a la mayoría de los jóvenes entrevistados es que sienten bienestar al cumplir con las indicaciones, *“...que si sé que estoy bien es por eso (seguir el tratamiento), sé que si no lo haría no me sentiría bien todo el tiempo.”* Otros comentan que les motiva seguir el tratamiento para no sentirse mal, *“Me motiva saber que si no hago bien el tratamiento se me sube el azúcar y me voy a sentir mal...”* Algunos de los adolescentes comparan la Diabetes con otras enfermedades y se motivan al pensar que su situación no es tan desfavorable como muchas veces la perciben. Este joven relata: *“...hay cosas mucho peores, enfermedades más feas. No te priva de nada esto.”*

Gran parte le teme a las complicaciones que puedan surgir como *“quedar ciego”* o *“perder un miembro”*. Se repite mucho la palabra miedo en las respuestas como: *“miedo a morirme”, “miedo a sentirme mal y estar solo”*. En tres de los casos se menciona la posibilidad de poder curarse. Dos de los jóvenes están convencidos de ello, *“Vivo el día a día sabiendo que en el futuro no lo voy a tener.”* *“Me voy a cuidar porque sé que tengo posibilidad de curarme.”*

DISCUSIÓN

A pesar de ser un componente esencial para tener buenos resultados en el autocontrol, el plan de alimentación representa uno de los aspectos más complicados del cuidado de esta patología¹⁹. El mismo tiene un rol relevante, no solo por la etapa de crecimiento y desarrollo que representa la adolescencia, sino también por su relación directa con la prevención de las complicaciones tanto agudas como crónicas.

Un plan de alimentación adecuado para un joven con Diabetes es muy similar al de un joven sano, por lo tanto la dieta no debería representar una dificultad en el tratamiento. Muchas personas con Diabetes disfrutan

de las comidas sin que esto modifique en forma negativa el control de sus niveles de glucosa en sangre. Un estudio muestra que los problemas para seguir el plan de alimentación son frecuentes dentro de la población diabética ya que se estima que solamente un 30% de ellos tiene una dieta adecuada y equilibrada¹⁹.

Resulta importante recordar que el plan de alimentación debe ser variado, flexible y adaptado a los gustos y necesidades del joven; evitando el concepto negativo de excesiva rigidez asociado a los planes para diabéticos. Es sumamente desfavorable la asociación que realiza un joven cuando se refiere a la comida que él no puede comer como "*comida rica*"; y la actitud que toma aislándose para no consumir estos alimentos. Considerando las características de un plan de alimentación para diabéticos, sería posible que el adolescente consumiera alguno de estos alimentos "*ricos*" y no dejara de compartir el momento con sus allegados. Cuidar la alimentación es importante, pero esta nunca debe estar considerada una medicina. Los alimentos y preparaciones indicadas deben ser sabrosos y atractivos, si solamente se seleccionan "*comidas sanas*" al extremo de dejar de lado todo lo demás se perderá el disfrute por comer⁶.

Otra dificultad observada fue el rechazo hacia las frutas y las verduras. Sin embargo estos son alimentos ideales para incluir en el plan de una persona con Diabetes debido a su baja cantidad de hidratos de carbono y su alto aporte de fibra dietética⁶. De hecho, las frutas y verduras son el único alimento cuyo consumo por parte de la población en general tiene un factor protector contra enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Se debe fomentar el consumo de frutas y verduras mostrando la gran variedad que existe en nuestro medio y brindando las distintas posibilidades de prepararlas, elaborando platos ricos y atractivos. Tratar de ampliar la visión que tienen la mayoría de las personas, que cuando piensan en verdura solo visualizan "*la ensalada de lechuga y tomate*".

La rigidez en los horarios suele representar la parte más difícil del tratamiento para los adolescentes⁶. La mayoría de las veces se planifican los horarios de las comidas con el objetivo de facilitar la adherencia a los planes y así adaptar el plan de alimentación con las dosis de insulina. Igualmente estos horarios pueden ser modificados teniendo los cuidados correspondientes con la administración de la insulina⁶. Las personas con Diabetes no necesitan mantener un patrón rígido de alimentación, pero sí tener un amplio conocimiento de la calidad nutricional de los alimentos de manera que puedan planificar su plan a partir de los alimentos disponibles en su medio.

En relación a las comidas fuera de casa, resulta beneficioso que los adolescentes puedan elegir en ocasiones especiales los mismos alimentos que sus pares, además de disfrutar de las preparaciones que forman parte del

festejo. Si se sigue una alimentación saludable la mayor parte del tiempo, es posible hacer algunas excepciones en ciertas ocasiones. Se debe de igual forma controlar las porciones y mantener cierto criterio en la selección de los alimentos. No es aconsejable que el adolescente lleve su comida diferente a reuniones sociales. Esto aumentará la percepción que tienen la mayoría de los jóvenes con Diabetes de ser diferentes.

Es importante que el adolescente cuente con momentos en los cuales pueda relacionarse libremente con sus pares, que pueda salir a comer con ellos y poder elegir los mismos alimentos. Como ya es sabido por la gran mayoría de la población, la comida rápida no posee un buen valor nutricional. Su consumo no debe estar en la dieta habitual de los jóvenes, independientemente de que tengan Diabetes o no; sin embargo el consumo esporádico de la misma no representa un problema. El cuidado especial que deben tener los que tienen Diabetes es en la dosis de insulina a administrarse cuando se consuman los mismos, que luego de un par de veces encontrarán la dosis apropiada para los alimentos que se elijan⁶. Los profesionales de la Nutrición deben encontrar un punto medio entre la prohibición y la recomendación usando la educación como herramienta principal.

La ingesta de la merienda en el centro educativo suele ser problemática. Pueden existir dificultades cuando el adolescente sienta que sus amigos no aprueban su merienda. Cuando los adolescentes se niegan a comer frutas u otros alimentos saludables frente a sus pares, aumentan las posibilidades de que opten por alimentos inadecuados como snacks²⁰. Por esta razón y por la falta de oferta de alimentos saludables en las escuelas y liceos, se debe desaconsejar que los padres brinden dinero a los jóvenes y evitar así el consumo de estos productos. Se debe fomentar el hábito de llevar una merienda desde casa y asegurar de esta manera el consumo de otro tipo de alimentos más saludable y aceptados por el joven.

Por otra parte, el ejercicio físico para jóvenes con Diabetes resulta sumamente beneficioso no solo por colaborar con el control metabólico y por prevenir una ganancia excesiva de peso, sino también por el impacto positivo que tiene sobre la salud mental y la autoestima²¹. Los adolescentes con Diabetes deberían contar con la educación necesaria para poder realizar actividad física de manera segura obteniendo así todos los beneficios que ella representa sin generar ningún tipo de riesgo. La actividad física debería estar contemplada por el médico tratante al momento de otorgar las tirillas, ya que el número de controles se ve incrementado. Resulta contradictorio que siendo el ejercicio uno de los pilares del tratamiento para la Diabetes, se recomiende en la consulta pero que no se brinden todas las herramientas necesarias para que los jóvenes puedan realizarla de forma segura.

En cuanto a las dificultades que se les plantean a estos jóvenes al momento de inyectarse la insulina, la educación en Diabetes debe incluir las distintas técnicas y zonas de inyección, así como la importancia de rotar entre ellas de manera de evitar dolor. Repetir el sitio de inyección puede provocar la aparición de lipohipertrofias. Los jóvenes tienden a inyectarse repetidamente en estas zonas ya que les provoca menos dolor. Este hecho puede representar un riesgo debido a que la absorción de insulina en esta zona es más lenta^{22 y 23}. Cada adolescente debe encontrar la técnica que más se adecue a sus necesidades. Reunirse con otros adolescentes con Diabetes y comparar las diferentes técnicas y lugares de inyección puede ser un intercambio valioso de información.

Los controles rutinarios de glicemia constituyen una parte importante en el tratamiento de la Diabetes. Conocer los valores permite ajustar las dosis de insulina asegurando un buen control metabólico⁶. Se recomienda que los jóvenes realicen un mínimo de dos controles diarios, siendo lo ideal de cuatro o cinco, uno antes de cada comida principal y uno antes de irse a dormir. Este número puede variar en situaciones especiales como en cambios en la dieta, ejercicio físico, enfermedad, situaciones de estrés. Después de cierto tiempo, el joven puede familiarizarse con la cantidad de insulina que necesita en distintas situaciones, y de esta manera monitorearse con menos controles⁶. De cualquier forma en ningún caso se recomienda omitir completamente los controles.

En cuanto a el apoyo psicoemocional, diversas investigaciones han demostrado que el apoyo de los compañeros y la familia en combinación, tienen un efecto beneficioso que se relaciona directamente con el comportamiento del joven integrando las tareas de cuidado personal de la Diabetes a sus hábitos diarios^{24, 25, 26 y 27}.

Un estudio chileno concluyó que los jóvenes que reciben apoyo de sus padres tienen una mejor valoración de sí mismos, lo que podría ejercer un efecto indirecto en el aumento de la autoeficiencia del adolescente, aspecto que se demostró tiene un efecto positivo en la adherencia⁹. Pudimos observar que la muestra de adolescentes seleccionada presenta como gran dificultad seguir el plan de alimentación, por lo tanto resulta sumamente beneficioso que ellos perciban que el principal apoyo que reciben de sus familias se focaliza en este tema. Tomar la decisión de realizar una alimentación igual para todos los miembros de la familia, genera un beneficio no solo para el joven con Diabetes, sino también para todos los integrantes de la misma. Para el adolescente con Diabetes es más fácil seguir un plan de alimentación cuando todo su entorno come los mismos alimentos y de forma contraria será más complicado cuando tenga que comer preparaciones especiales, distintas al resto de la familia. Es común que la madre tome el control total del manejo de la Diabetes de su hijo. Desde un punto de vista clínico se puede ver que en las familias que ambos padres están involucrados

con el joven y su Diabetes hay un mejor manejo de la enfermedad⁶. Durante la adolescencia los amigos, los compañeros, el grupo, son muy importantes. Desde el equipo de salud debe surgir motivación para que los adolescentes comenten con sus compañeros y amigos de qué se trata la Diabetes y cuáles son sus limitaciones. Puede ser beneficioso para el joven formar parte de una Asociación u Organización de diabéticos, donde pueda relacionarse con pares que también presenten Diabetes. Conocer así, que otros adolescentes comparten sus mismas preocupaciones. Esto lo ayudará a manejar su propia Diabetes con mayor experiencia y conocimiento⁶. En cuanto a la relación con el profesional de la salud, un estudio multicéntrico demostró que, una relación de colaboración entre el paciente y el profesional, al igual que un estilo participativo de decisiones, mejoran el cumplimiento y los resultados del tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas²⁸.

En otra investigación se observó que los pacientes con Diabetes tipo 1 demandan una relación más cercana con sus profesionales²⁹. Si existe una relación de colaboración con el profesional, el joven percibirá una mayor facilidad al momento de seguir el tratamiento. Cuando el joven participa de las decisiones que se toman en consulta, el profesional se está asegurando además que las indicaciones que se dan contemplan todos los aspectos relacionados con la vida del adolescente que él considere importantes. Otro estudio reflejó que la satisfacción del paciente con la comunicación interpersonal con su profesional influye en el cumplimiento del tratamiento de la Diabetes²⁹. Resulta importante destacar que durante la adolescencia es común que haya dificultades en el relacionamiento con los adultos, ya que durante esta etapa de desarrollo el joven está construyendo una identidad que le permita alcanzar la independencia y establecer una relación de igualdad con los adultos^{6 y 27}.

Los problemas de comunicación en la consulta constituyen un obstáculo para el tratamiento efectivo de la Diabetes²⁸. Es importante que se pueda encontrar un punto intermedio entre los límites y el rezongo. Se debería tomar en cuenta también la importancia que tiene para los jóvenes poder ser escuchados y que su opinión sea considerada. Sin lugar a dudas el comportamiento de los profesionales y la calidad de la relación que mantienen con sus pacientes son variables esenciales que tienen una gran influencia en el cumplimiento del tratamiento en pacientes con Diabetes²⁹.

Resulta favorable que los profesionales adquieran una actitud abierta, que muestren interés por el proceso y en la situación que las personas están viviendo. Evitar tomar una actitud enjuiciadora sobre actitudes, conductas y necesidades del paciente; escucharles sin prisas y flexibilizar los tratamientos en función de las circunstancias que está viviendo la persona²⁸.

La educación en diabetes constituye un pilar fundamental en el tratamiento de la enfermedad. Diversos estu-

dios observaron que genera mejores comportamientos en los cuidados personales y mejores resultados metabólicos y psicológicos^{9, 30 y 31}. Resulta importante que el equipo de salud que trata al joven con Diabetes reconozca la importancia y los beneficios que tiene la educación en el tratamiento. Un estudio demostró que los pacientes que no recibieron ningún tipo de educación en Diabetes presentaban un riesgo mayor de desarrollar complicaciones. Concluyó además que la intervención educativa respecto a las técnicas de administración de insulina, tenían un efecto protector sobre el riesgo de desarrollar complicaciones³².

En cuanto a la actitud que toman los jóvenes hacia la enfermedad, la situación ideal sería que de alguna forma el joven aprenda a convivir con ella, si siente odio o rechazo hacia su enfermedad, se volverá difícil continuar con una vida normal sin verse afectado de forma negativa⁶. Muchos jóvenes sienten la Diabetes como un enemigo con el cual tienen que luchar. Esta actitud puede ser adoptada por periodos de tiempo cortos o largos e incluso adoptarla por siempre. Algunos llegan a odiar su enfermedad a tal punto de oponerse a cualquier tipo de acuerdo en el tratamiento⁶. Se debe contribuir desde el entorno familiar, social y desde el equipo de salud a que el joven sea capaz de cambiar esta actitud y se anime a tomar el control de su enfermedad. La actitud más favorable de tomar frente a la enfermedad, pero a su vez la más complicada de adoptar, consiste en hacer de la Diabetes una parte natural de la vida cotidiana. Vivir de esta manera la enfermedad permite aceptarla, sin dejar que esta tome el control de la situación. Se logra cuando las tareas relacionadas con el cuidado de la Diabetes se adaptan y se integran a la rutina diaria sin pensar mucho en ello⁶.

Conocer las diferentes motivaciones de los jóvenes puede ayudar al equipo de salud tratante a reforzar aquellas que son positivas y desalentar aquellas que son negativas y que parten de conceptos erróneos o mitos. Por otra parte se deben derribar los miedos con educación, hacerles sentir lo suficientemente seguros en sí mismos y en su capacidad de seguir el tratamiento y tener re-

sultados exitosos. Educar acerca de las complicaciones y como evitarlas. Con respecto a aquellos que centran su motivación en la posibilidad de curarse, no es conveniente desmotivarlos diciéndoles únicamente la realidad de que esa cura no existe; sino mostrarles que si bien hoy en día no existe la tecnología sigue avanzando, y hoy aún sin cura es posible tener una buena calidad de vida. Siempre se debe motivar a que el joven tenga actitudes positivas hacia la enfermedad, si se enfoca el futuro de esta manera se evitan los sentimientos de angustia y ansiedad que tienen efectos negativos en el tratamiento de la misma²⁷.

A través de lo relatado por los jóvenes se puede concluir que no solo los factores personales tienen incidencia en la adherencia al tratamiento, sino que también influyen aquellos relacionados con la familia, el entorno social y medioambiental. Se destaca el efecto positivo que los adolescentes perciben que ejerce el apoyo recibido por sus familiares y amigos como un pilar fundamental para convivir con la enfermedad; así como la buena comunicación y el grado de cordialidad y empatía en el vínculo con los profesionales tratantes.

Como principales dificultades se identifican aquellas asociadas a la alimentación como las más problemáticas y complejas de superar. Por otra parte, las principales motivaciones que sienten estos jóvenes para cumplir con el tratamiento son el bienestar que sienten al seguir las indicaciones y el evitar las situaciones de malestar causadas por la enfermedad, así como también evitar las complicaciones a largo plazo.

Si bien debido a la naturaleza cualitativa de la presente investigación no se pretenden generalizar los resultados a poblaciones más amplias; a partir de los hallazgos de la misma puede surgir la recomendación hacia el equipo de salud de considerar todas las dimensiones del paciente adolescente al momento de planificar y ejecutar el tratamiento. Pueden surgir también nuevas líneas de investigación a partir de las inquietudes relacionadas con la alimentación que se manifestaron en los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Libertad, M. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en Internet]; 2004 [acceso 21 de Febrero del 2012] 30(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lang=pt
2. Adams, S.; Pill, R.; Jones, A. Metication, chronic illness and identity: the perspective of people with asthma. *Sos Sci Med* [revista en la Internet] 1997; [acceso 21 de Febrero del 2012] 45(2): 189-201. Disponible en: Base de datos Science Direct Portal Timbó UCU <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/15/4/423.full.pdf+html> Indexado en Medline
3. La Greca, A. Issues in adherence with pediatrics regiments. *J Pediatr Psychol* [revista en la Internet] 1990; [acceso 23 de Febrero del 2012] 15(4):423-436.
4. Libertad, M. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]; 2004 [acceso

23 de Febrero del 2012] 30(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lang=pt

5. Organización Panamericana de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [sitio web]. 2004 [acceso 28 de Febrero del 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
6. Hanas, R. Diabetes tipo 1 en niños, adolescentes y adultos jóvenes: cómo llegar a ser un experto en su propia Diabetes. 2ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2010
7. Ferrero Petean, R.; Gracia, M. Encuesta de prevalencia de la Diabetes en Uruguay. Primera fase: Montevideo. *Arch. med. Interna*. 2005; 27(1):7-12.
8. Kyngas, H. Compliance of adolescents with Diabetes. *International pediatrics nursing* [revista en la Internet] 2000; [acceso 21 de Febrero del 2012] 15 (4): 260-267. Disponible en: <http://www.pediatricnur>

sing.org/article/S0882-5963%2800%2913583-3/fulltext

9. Ortiz, M.; Ortiz, E. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. *Rev Med Chile [revista en Internet]* 2005 [acceso 28 de Febrero del 2012]; 133 :307-313. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n3/art06.pdf>

10. Martínez, M.; Lastra, I.; Luzuriaga, C. Perfil psicosocial de niños y adolescentes con Diabetes Mellitus. *Bol pediatri [revista en Internet]* 2002 [acceso 02 de Marzo del 2012] 42:114-119. Disponible en: http://www.sccalp.org/documents/0000/0879/BolPediatri2002_42_114-119.pdf

11. Kyngas, H; Henitinen, M; Barlow, J. Adolescents perceptions of physicians, nurses, parents and friends: help or hindrance in compliance with Diabetes self-care. *Journal of advanced nursing [revista en Internet]* 1998 [acceso 21 de Febrero del 2012] 27(4):760-769. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=8bce548d-321a-4940-b183-46dfc583db32%40sessionmgr14&hid=18> Indexado en Medline

12. Anderson, B.; Brackett, J.; Ho, J.; Laffel, L. An office-based intervention to maintain parent-adolescent teamwork in Diabetes management. Impact on parents involvement, family conflict and subsequent glycemic control. *Diabetes care [revista en Internet]* 1999 [acceso 28 de Febrero del 2012] 22(5):713-721 Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/22/5/713.full.pdf>

13. Brackenridge, R. *Medical selections of life risks*. 2ª ed. Nueva York: The National Press; 1985.

14. Lipton, R.; Good, G.; Mikhailov, T.; Freels, S.; Donoghue, E. Ethnic differences in mortality from insulin-dependent Diabetes mellitus among people less than 25 years of age. *Pediatrics [revista en Internet]* 1999 [acceso 28 de Febrero del 2012] 103: 952-956. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/103/5/952.abstract> Indexado en Medline

15. Denzin, M.; Lincoln, Y. *Entering the field of qualitative research*. Handbook of Qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994, p. 1-17

16. Ortí, A. La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis, 1999, p. 87-95.

17. Conde, F. Delgado, J., Gutiérrez, J. y cols. Procesos e instancias de reducción/formalización de la multidimensionalidad de lo real: procesos de institucionalización/reificación social en la praxis de la investigación social. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales, Madrid: Síntesis, 1999, p. 97-119.

18. Pineda, E.; De Alvarado, E. *Metodología de la investigación*. 3ª edición. Washington, OPS; 2008, p. 194.

19. Argente Oliver, J.; Muñoz Calvo, M.; Barrio Castellanos, R. Alimentación del niño con Diabetes Mellitus. En: Hernández Rodríguez, M.; Sastre Gallego, A. *Tratado de Nutrición*. Madrid: Díaz de Santos, 1999, p. 233-49

20. Waldron, S.; Swift, P.; Oliver, L.; Foote, D. *The nutritional management of children's Diabetes*. En: *Dietetic Management of Diabetes*. London: John Wileyon, 2003.

21. Cameron, F. Teenagers with Diabetes. *Manegement ghallenges. Austr fam phys [Revista en Internet]* 1998 [acceso 21 de Junio del 2012] 35 (8): 386-90. <http://www.racgp.org.au/afp/200606/8307>

22. Kolendorf, K.; Bojsen J.; Deckert, T. Clinical factors influencing the absorption of 125 INPH insuline in Diabetes patients. *Horm Metab Res* 1983;15: 274-8

23. Young R.; Hannan W.; Frier B.; Steel J. y cols. Diabetic lipohypertrophy delays insuline absorption. *Diabetes Care* 1984; 7 :478-80

24. Murillo Moreno, J. *Vivir con Diabetes*. 3ª ed. Madrid: Neoper-son; 2004.

25. Atkinson, M.; Maclaren, N. The pathogenesis of insulin-dependent Diabetes Mellitus. *N Engl J Med* 1994; 331:1428-1436.

26. Anderson, B. Laffel, L. Behavioral and psychosocial research with school-aged children with type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum [revista en Internet]* 1997; [acceso 18 de Septiembre del 2012] 10:277-81. Disponible en: <http://journal.diabetes.org/diabetesspectrum/97v10n4/pg277.htm>

27. Kahn, C.; Weir C.G. King, J. y cols. *Joslin's Diabetes Mellitus*. 14ª ed. Boston: Grafos; 2007.

28. Kaplan, S.; Greenfield, S.; Ware, J. Jr. Assessing the effects of Physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27suppl :110-127.

29. Escudero-Carretero, M.; Prieto Rodríguez, M.; Fernández Fernández, I. y cols. La relación médico-paciente en el tratamiento de la Diabetes tipo 1. Un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2006; 38(1):8-18.

30. Norris, S.; Lau, J.; Smith, S. y cols. Self-management education for adults with type 2 Diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care* 2002; 25: 1159-1171.

31. Rubin, R.; Peyrot, M.; Saudek, C.D. Differential effects of Diabetes education on self-regulation and lifestyle behaviors. *Diabetes Care* 1991; 14: 335-38.

32. Nicolucci, A.; Cavaliere, D.; Scorpiglione, N. y cols. A comprehensive assessment of the avoidability of long-term complications of Diabetes. *Diabetes Care* 1996; 19: 927-33.

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD DE ESTUDIANTES ADOLESCENTES DEL LICEO JUBILAR JUAN PABLO II.

RISK FACTORS PREVALENCE IN ADOLESCENTS HEALTH
LICEO JUBILAR JUAN PABLO II.

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA A SAÚDE DE
ESTUDANTES ADOLESCENTES DO LICEU JUBILAR –
JUAN PABLO II.

Autores: Castro, Maira¹. Portos, Adriana². Ferreiro, María del Carmen³.

Enviado: 29/03/2013

Aceptado: 06/06/2013

RESUMEN

El Liceo Jubilar Juan Pablo II es una institución de enseñanza media ubicado en uno de los barrios con niveles más altos de necesidades básicas insatisfechas.

El equipo director y docente desconocía los factores de riesgo para la salud de los estudiantes, de forma que les permitiera realizar actividades de promoción y prevención en forma eficiente. En el marco de los programas de Extensión y Responsabilidad Social Universitaria de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, se consideró de interés estudiar el tema.

Objetivo: Conocer la prevalencia de factores de riesgo para la salud de estudiantes adolescentes del Liceo Jubilar Juan Pablo II.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en 95 estudiantes, durante el mes de junio de 2008.

Resultados: Se estudió la presencia de factores de riesgo del entorno socioeconómico y de salud de los estudiantes.

Conclusiones: La prevalencia de los factores de riesgo estudiados fue alta para las enfermedades cardiovasculares. Por esto, al finalizar la investigación, se efectuó como intervención preventiva jornadas de capacitación dirigidas a estudiantes, docentes y personal administrativo.

Palabras clave: Prevalencia, Factores de riesgo, Adolescente, Salud escolar.

ABSTRACT

The High School named "Liceo Jubilar Juan Pablo II" is

¹ Lic. en Enfermería. Especialista en Gestión de Servicios de salud. Docente permanente Grado 3, Directora del Dpto. de Educación y Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. Universidad Católica. Montevideo, Uruguay. mairacas@ucu.edu.uy.

² Lic. en Enfermería. Docente permanente Grado 2, del Dpto. de Ciencias

located in a neighbourhood which has one of the highest level of unsatisfied basic needs.

Neither the board of directors nor the teaching team knew the health risk factors of the students, so they could not be able to develop any promotion or prevention activities efficiently. In the context of the Extension and Social Responsibility programs of the Universidad Católica del Uruguay (School of Nursing and Health Technologies), this problem was considered as an important subject to be studied.

Objective: Know the prevalence of, adolescent health risk factors from high school students Jubilar Juan Pablo II

Methodology: Cross sectional descriptive study in 95 students, during June 2008.

Results: Health and socioeconomical context risk factors were studied.

Conclusions: From the risk factors studied, cardiovascular diseases showed a high prevalence. Because of this reason, once the research was finished, preventive intervention of school days training for students, teachers and administrative staff were made.

Keywords: Prevalence, Risk factors, Adolescent, School health.

RESUMO

O colégio "Jubilar – Juan Pablo II" é uma instituição de Ensino Médio localizada em um dos bairros de maior nível de necessidades básicas insatisfeitas. As equipes

de la Enfermería de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. Universidad Católica. Montevideo, Uruguay. aportos@ucu.edu.uy.

³ Lic. en Enfermería. Docente permanente Grado 3, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. Universidad Católica. Montevideo, Uruguay. mferrei@ucu.edu.uy.

de direção e de professores nada sabiam dos fatores de risco para a saúde dos estudantes, para dessa forma permitirem a realização de atividades de promoção e prevenção de forma eficiente.

No marco dos programas de Extensão e Responsabilidade Social Universitária da Faculdade de Enfermagem e Tecnologias da Saúde, avaliou-se de interesse o estudo desse assunto.

Objetivo: Conhecer a prevalência de fatores de risco para a saúde de estudantes adolescentes do Liceo Jubilar Juan Pablo II.

Metodologia: Durante junho de 2008, foi feita uma pesquisa descritiva, de corte transversal, com 95 estudantes.

Resultados: Estudou-se a presença de fatores de risco para os estudantes, no seu meios ocioeconômico e de saúde.

Conclusões: Nas doenças cardiovasculares, foi alta a prevalência dos fatores de risco estudados. Por conseguinte, finalizada a pesquisa e como intervenção preventiva, foram feitas jornadas de formação para estudantes, professores e o pessoal administrativo.

Palavras chave: Prevalência, Fatores de risco, Adolescente, Saúde escolar.

INTRODUCCIÓN

El Departamento de Educación y Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud desarrolla proyectos y actividades de extensión universitaria. Las mismas también responden al desarrollo de la Responsabilidad Social Universitaria que la Universidad Católica tiene establecida¹.

Estos proyectos se evalúan en función de sus características, complejidad de los problemas planteados, población destinataria y el impacto esperado en la población u organización involucrada. Así mismo, se tiene en cuenta las propuestas de mejora que retroalimentan la planificación de las prácticas del estudiante².

En este marco, se seleccionó como población destinataria los estudiantes que asisten al Liceo Jubilar Juan Pablo II, ubicado en el Barrio Casavalle, uno de los que presenta niveles más altos de Necesidades Básicas Insatisfechas³.

El Liceo Jubilar es una institución habilitada, de enseñanza media, con orientación católica, cuya gestión es privada pero el acceso es gratuito. Surge en el año 2002 como necesidad sentida por la comunidad para dar respuesta a problemáticas educativas que se asociaban a problemas económicos y sociales. La iniciativa para su creación fue asumida en sus inicios por la Arquidióce-

sis, que a través de organismos Internacionales (Fundación Católica Holandesa Kirche in not) realizó gestiones que hicieron posible la construcción e implementación del local. Tiene una dependencia directa del Arzobispado de Montevideo⁴.

Actualmente, la institución se financia a través de “padrinos” (principal fuente de ingresos), donaciones, ventas de elaboraciones y producciones de los propios estudiantes y colaboración de las familias.

Cuenta con un equipo coordinador responsable de la Dirección General y con dos áreas principales, una académica (cuerpo docentes) y otra integrada por un equipo multidisciplinario y personal voluntario.

Si bien el liceo realizaba múltiples actividades para promover el desarrollo integral de los adolescentes y prevenir problemas de salud, el equipo manifestó la necesidad de conocer aspectos vinculados al estado de salud de los estudiantes, que permitan dirigir esas actividades en forma más eficiente.

Por este motivo se decidió realizar una investigación cuyo objetivo general fue:

- Conocer la prevalencia de factores de riesgo para la salud de estudiantes adolescentes del liceo Jubilar Juan Pablo II.

En base a los resultados obtenidos, posteriormente se implementó un programa de intervención de educación para la salud.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en una muestra no probabilística del liceo Jubilar Juan Pablo II, durante el mes de junio de 2008.

La población objeto de estudio fueron todos los estudiantes que se encontraban cursando el Ciclo Básico (de primero a tercer año de liceo), siendo un total de 102 estudiantes, de los cuales se obtuvo la información de 95 (93,1%).

La recolección de datos, previo consentimiento informado brindado por las familias, se realizó a través de la observación, efectuando la medición de la talla, peso y presión arterial (éstas mediciones se llevaron a cabo en condiciones estandarizadas, por dos licenciadas en enfermería) y de la entrevista en la que se interrogó sobre los factores de riesgo seleccionados.

El formulario utilizado fue diseñado en base a la Historia Clínica del Sistema Informático del Adolescente del Centro Latinoamericano de Perinatología - Salud de la Mujer y Reproductiva. (Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud⁵).

Los datos fueron procesados con el programa estadístico IBM SPSS, como frecuencias relativas.

RESULTADOS

El estudio tuvo un enfoque integral y multidisciplinario y, siguiendo los lineamientos de la Historia Clínica del Sistema Informático del Adolescente del Centro Latinoamericano de Perinatología, se presentan datos directos respecto a la salud y otros que se encuentran asociados.

El grupo de estudio estuvo integrado por 95 estudiantes (7 adolescentes no concurren el día de la recolección de datos) que tienen entre 12 y 15 años, de los cuales el 51,6% eran varones.

Las categorías del nivel educativo materno mostraron que un 27,4% tiene primaria completa como nivel máximo de instrucción, y solo el 11,6% tiene secundaria completa.

La categoría de ocupación del padre se distribuyó en forma similar entre los empleados (26,3%) y los trabajadores informales (24,2%).

En lo que respecta a los estudiantes, la gran mayoría solo estudia y no trabaja (92,6%).

La cobertura de la atención sanitaria se distribuyó en: sector público 61,1%, sector privado 25,3% y 13,7% correspondió a Sanidad Policial o Militar.

En lo que respecta a controles sanitarios:

- El 68,4% tuvo una consulta médica en un lapso menor a un año, siendo el motivo más frecuente el control de rutina.
- Un 92% se había realizado controles odontológicos.
- El 23,2% manifestó haber consultado o realizado tratamiento psicológico.

El 93,9% tenía el Certificado Esquema de Vacunación vigente.

En cuanto a estilos de vida y hábitos tóxicos:

- El 84,2% manifestó no fumar, 15,8% lo hizo en forma experimental.
- El 56,8% consumió alcohol en instancias ocasionales/sociales, 16,8% fue consumo experimental.
- El 96,8% expresó no consumir ni haber probado droga, el 2% manifestó consumo experimental.

Respecto a la salud sexual y reproductiva, sólo el 5,3% de los adolescentes manifestó haber tenido relaciones sexuales. Una amplia mayoría (98%) tenía información sobre métodos anticonceptivos, a predominio de anticonceptivos orales y preservativo (52,6%). Sin embar-

go, un 78% manifestó interés por recibir más información sobre el tema.

La situación psicoemocional se evaluó a través de:

- La percepción de la imagen corporal, sobre la cual el 78% de los adolescentes manifestó estar conforme.
- La autopercepción, en la que se percibieron alegres (40%), alegre y tímido (12,6%) y solo tímido (14,7%).
- El tener un proyecto futuro al finalizar el liceo, lo expresó un 91,6% (la mayoría dijo que seguirá estudiando).

La evaluación del estado nutricional (Índice de Masa Corporal) mostró que un 15% de la población era obesa, con un claro predominio masculino (22% en varones y 8% mujeres). El sobrepeso representó el 24%, (13% varones y 35% en mujeres). El 3% de los estudiantes presentó bajo peso y un 5% se encontró en el rango de desnutrición. Con respecto a la talla el 24% presentó talla baja leve.

Los datos de presión arterial, recabados en un único control, mostraron que un 24% presentó cifras iguales o mayores a 120/80 mm Hg.

DISCUSIÓN Y CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados del estudio mostraron factores de riesgo vinculados a la situación socioeconómica de la población además de factores propios de la salud de los estudiantes. Las limitaciones del estudio se relacionan con algunas características del instrumento que dificultaron el procesamiento de los datos.

En cuanto a los primeros, se pudo destacar que; es alta la proporción de madres con bajo nivel educativo (11,6% en la población estudiada alcanza ciclo básico como máximo nivel de instrucción, mientras que a nivel nacional representa el 56,3%)⁶. Este dato es considerado indicador del clima educativo del hogar. Según Katzman y Filgueira, esto genera un importante obstáculo para la adquisición de activos, así como también una limitación en el capital humano⁷.

También es oportuno señalar que una cuarta parte de los padres tenían trabajos informales, lo que hace a la inestabilidad económica del hogar y el riesgo de que los adolescentes tengan que dejar de estudiar para colaborar con los ingresos familiares.

Es por eso, que se destaca como aspecto positivo, que los estudiantes no trabajan y además manifiesten el deseo de continuar sus estudios, aspectos que son impulsados permanentemente por la institución.

Es conocido que la permanencia de los adolescentes en el sistema educativo es una de las estrategias más importantes para promover el desarrollo integral y mejorar la calidad de vida de esta población.

Más de la tercera parte de la población no concurre al control en salud de acuerdo a las pautas establecidas por la Organización Panamericana de la Salud (que recomiendan un control anual)⁸.

Cabe destacar que en nuestro país, el Programa Nacional de Salud Adolescente que pauta la frecuencia de los controles comenzó a implementarse en el año 2007⁹.

El 8,4% nunca tuvo control odontológico, en este aspecto las pautas del MSP, recomiendan una frecuencia semestral de control. Esto constituye un factor de riesgo, ya que por un lado, en esta etapa del ciclo vital se consolidan hábitos y comportamientos vinculados al autocuidado/cuidado de la salud, y por otro, es una etapa de grandes cambios y transformaciones, lo cual hace necesario el acompañamiento desde los servicios sanitarios, orientados a la prevención y promoción de salud.

En relación al consumo de tabaco los datos obtenidos se encuentran por debajo de los valores observados en estudios de carácter nacional, donde la experimentación alcanza el 32% en el ciclo básico.

Los datos de consumo ocasional/social de alcohol son acorde a los resultados encontrados en los estudios realizados por la Junta Nacional de Drogas en nuestro país, que muestran que es la droga más consumida (casi un 60% de los estudiantes de 2° de ciclo básico consume alcohol los fines de semana)¹⁰.

Cerca de un 60% es consumidor ocasional de alcohol, esto representa un factor de riesgo teniendo en cuenta que, las principales causas de morbimortalidad de esta población son las externas (en el período 2005-2009 la mortalidad por estas causas representó un 60%: accidentes de tránsito 22%, suicidio 18% y homicidios 12,9%)¹¹ y se asocian sinérgicamente con el consumo de alcohol.

A pesar de obtener un porcentaje importante de expresión de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, también se manifestaron la necesidad o deseo de recibir más información respecto este tema.

Como factores de riesgo específicos para las enfermedades cardiovasculares, se comprobó que los niveles de obesidad y sobrepeso¹² son mayores a los esperados, al igual que los niveles de presión arterial, dado que de acuerdo al Tercer Consenso Uruguayo de Hipertensión Arterial en el Niño y el Adolescente¹³, niveles de presión arterial iguales o mayores a 120/80 mmHg, son considerados como prehipertensión (según los criterios del The Seventh Report of The Joint National Comité on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure).

En base a los problemas y necesidades detectados, se plantea (en el marco del Programa de Salud del Adolescente) elaborar e implementar un Programa de Salud, que contribuya a mejorar la calidad de vida de la población estudiantil.

En ese sentido, el equipo de docentes e investigadores de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, realizaron jornadas de educación para la salud dirigidas al personal docente y administrativo, así como un ciclo de talleres de capacitación sobre la prevención de enfermedades cardiovasculares con los estudiantes.

Finalmente, en el ámbito escolar se destaca el rol de la Enfermería Comunitaria, con una visión integral y como integrante del equipo multidisciplinario, trabajando activamente a través de la promoción de aprendizajes facilitadores del autocuidado que se traducen en competencias para la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Extensión Universitaria. En: Universidad Católica del Uruguay [sitio web]. Montevideo: Universidad Católica del Uruguay, ca2012-. [actualizada s.f.; fecha de acceso 25 del abril de 2013]. Disponible en: <http://www.uca.edu.uy/Home/VidaUniversitaria/Extensi%C3%B3nUniversitaria/tabid/389/Default.aspx>
2. Aseguramiento de la calidad. En: Universidad Católica del Uruguay [sitio web] Montevideo: Universidad Católica del Uruguay, 2012. [actualizada s.f.; fecha de acceso 10 abril del 2013]. Disponible en: <http://www.uca.edu.uy/Home/VidaUniversitaria/Vicerrector%C3%ADadelMedioUniversitario/tabid/357/Default.aspx>
3. Tacurú. <http://www.tacuru.org.uy/instituci3n/barrios.asp>
4. Historia. En: Liceo Jubilar Juan Pablo II [sitio web]. Montevideo: Liceo Jubilar. 2013 [actualización s.f. ; acceso 15 de abril de 2013]. Disponible en <http://liceojubilar.edu.uy/historia>.
5. Belamendia, M., Belamendia M., Durán P., Penzo M., Martínez G., Bazano M., Maddaleno M. et al. Montevideo: CLAP/SMR. OPS/OMSSistema Informático del Adolescente. Historia clínica del adolescente y formularios complementarios: instrucciones de llenado y definición

de términos; 2010. Publicación científica: 1579.

6. Batthyány, K., Cabrera, M., Scuro, L. Perspectiva de Género. Encuesta nacional de hogares [en línea] Montevideo: INE, 2006.[acceso 8 de mayo de 2011] Informe temático. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/enha2006/Informe%20Genero%20final.pdf>
7. Katzman, R., Filgueira, F. Panorama de la infancia y la familia en Uruguay. Montevideo: UCU; 2003.
8. Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Centro de Estudios de Población (CENEP). Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva [en línea] 2000 [12 de marzo 2012]. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/Normasweb.pdf>
9. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población. Programa Nacional de Salud Adolescente. Montevideo: MSP; 2007.
10. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Observatorio Uruguayo de Drogas. Sobre ruidos y Nueces. Consumo de drogas

legales e ilegales en la adolescencia: julio 2011. Montevideo: Junta Nacional de Drogas-OUD; 2001.

11. Ministerio de Salud Pública. Programas de Salud. Programa Nacional de Atención a la Niñez. Comunicación y Salud. Jornada por la vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Causas y estrategias para reducir la mortalidad. [en línea]. [s.f.]. [acceso 15 de abril de 2013]. Informe sobre la mortalidad. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/uc_4162_1.html

12. Pisabarro, R., Recalde, A., Irrazábal, E., Chafare, Y. Enso niños 1: Primera encuesta nacional de sobrepeso y obesidad en niños uruguayos. Rev. Méd. Urug [revista en internet] 2002 [acceso 14 de diciembre de 2010], 18 (3): 244-250. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952002000300008&lng=es.

13. Caggiani M., Farré Y., Acosta V., Alfonso L., Charlín M.C., Dughahon P., Gambetta Arburúa J. C., et al. 3er Consenso Uruguayo de Hipertensión Arterial en el Niño y el Adolescente. En: Arch Pediatr Urug, 2006 77(3): 300-305.

FOMENTO DE SALUD PARA POBLACIONES RURALES BASADO EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS AMBIENTALES POR AGROQUÍMICOS.

HEALTH PROMOTION FOR RURAL POPULATIONS BASED ON PREVENTION OF ENVIRONMENTAL RISKS CAUSED BY AGROCHEMICALS.

FOMENTO DE SAÚDE PARA POPULAÇÕES RURAIS BASEADO NA PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS POR AGROQUÍMICOS.

Enviado: 13/03/2013

Aceptado: 02/06/2013

Autores: Lestido, Valentina¹. Techera, Patricia².

RESUMEN

El crecimiento de la agricultura y la consecuente explotación masiva de las tierras es una realidad actual del Uruguay, dejando a las poblaciones rurales expuestas a los plaguicidas de uso agrícola que pueden causar efectos nocivos en la salud humana.

Este trabajo se basa en la elaboración de un Proyecto de Gestión de Enfermería para ser aplicado en Policlínicas Rurales del Primer Nivel de Atención, en la línea de investigación del Plan Nacional de Salud Rural *“Diagnóstico de impacto ambiental y en la salud humana del uso de agrotóxicos en Uruguay”*, en base a los hallazgos surgidos de la revisión de 112 historias clínicas en la policlínica zonal.

La población rural de estudio en la cual tiene origen este trabajo es el Pueblo Colón, del Departamento de Lavalleja, Uruguay.

La gestión del cuidado en este proyecto se basa en procesos de atención de enfermería para promover y proteger la salud de las poblaciones y trabajadores rurales evitando así la intoxicación y contaminación por plaguicidas agrícolas.

El objetivo es empoderar a la población rural del Pueblo Colón sobre la manipulación y/o exposición de plaguicidas de uso agrícola.

Palabras clave: Enfermería en salud comunitaria, Población rural, Trabajadores rurales, Salud rural, Pesticidas, Agroquímicos.

ABSTRACT

The growth of agriculture and massive exploitation of farmland is taking place nowadays in Uruguay, so ru-

ral communities are exposed to agricultural pesticides, which can have harmful effects on human health.

This work is based on the elaboration of a Nursing Management Project to be enforced in rural health centers', under the Rural Health National Plan perspective, *“Environmental and human health impact diagnose by using agrichemicals in Uruguay”*; regarding research being done revising 112 health records in the area's health centre. These findings were the results of studying the population of Pueblo Colón in Lavalleja, Uruguay.

The care management in this project is based on nursing care plans so as to promote and protect rural workers and population health, avoiding this way, both contamination and intoxication due to agricultural pesticides. The aim is empowering Pueblo Colón inhabitants regarding exposure and or usage of agrochemicals.

Keywords: Community health nursing, Rural population, Rural workers, Rural health, Pesticides, Agrochemicals.

RESUMO

O crescimento da agricultura e a consequente exploração massiva de terras é uma realidade no Uruguai de hoje e deixa a população rural exposta aos agrotóxicos, causantes de possíveis efeitos nocivos à saúde humana. A base deste trabalho é a elaboração de um Projeto de Gestão de Enfermagem, para aplicação em Policlínicas Rurais do Primeiro Nível de Atenção, na linha de pesquisa do Plano Nacional de Saúde no Campo *“Relatório de impacto ambiental e para a saúde humana do uso de agrotóxicos no Uruguai”*, com base nas descobertas produzidas após revisão de 112 históricos clínicos na policlínica da zona.

¹ Lic. en Enfermería. Docente pasante en el Departamento de Educación y Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. Universidad Católica del Uruguay. valelestido@hotmail.com

² Doctorando por la UNAB, Especialista en Geriátrica y Gerontología, Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. Universidad Católica del Uruguay. ptechera@ucu.edu.uy

A população rural objeto de estudo, origem deste trabalho, é Pueblo Colón, no Departamento de Lavalleja, Uruguai.

Neste Projeto, a gestão do cuidado se baseia nos processos de atendimento de enfermagem que promovem e protegem a saúde das populações e dos trabalhadores rurais, para assim evitar a intoxicação e contaminação por defensivos agrícolas.

O objetivo é empoderar a população rural de Pueblo Colón no manuseio e/ou exposição a agrotóxicos usados no campo.

Palavras chave: Enfermagem em saúde comunitária, População rural, Trabalhadores rurais, Saúde rural, Pesticidas, Agrotóxicos.

INTRODUCCIÓN

Los últimos 50 años se caracterizan por una agricultura enmarcada en el modelo denominado "Revolución Verde"; este modelo se reconoce por "(...) la utilización de variedades de alto rendimiento, la expansión de monocultivos, la mecanización de las tareas agrícolas, y el uso de fertilizantes y otros insumos químicos (herbicidas, insecticidas y fungicidas)".¹ Sin duda estos avances han producido un rendimiento favorable en los cultivos, pero es evidente su impacto en la naturaleza incluyendo la salud humana y la de los animales.

Esta Revolución Verde ha generado consecuencias negativas a nivel ecológico y ambiental, modificando el suelo, contaminando aguas, acumulando residual de pesticidas en alimentos, perjudicando a la fauna natural¹. La OMS establece que "un pesticida o plaguicida es cualquier sustancia o mezclas de sustancias, de carácter orgánico o inorgánico, que está destinada a combatir insectos, ácaros, roedores y otras especies indeseables de plantas y animales que son perjudiciales para el hombre o que interfieren de cualquier otra forma en la producción, elaboración, almacenamiento, transporte o comercialización de alimentos, producción de alimentos, productos agrícolas, madera y productos de madera o alimentos, para animales, también aquellos que pueden administrarse a los animales para combatir insectos arácnidos u otras plagas en o sobre sus cuerpos"².

Antecedentes

En un estudio retrospectivo de Uruguay, realizado entre los años 1997 y 2002, se revisaron 107 historias clínicas, cuyo motivo de consulta fue la exposición a glifosato. El glifosato es uno de los herbicidas más utilizados a nivel nacional en una variedad de cultivos; existiendo comercialización de 35 productos registrados a base al mismo. Los resultados arrojaron que: 37 personas tuvieron una exposición accidental, 43 se intoxicaron efectuando la

aplicación a cultivos y 26 lo tomaron intencionalmente. En la exposición involuntaria, el pesticida se encontraba en envases inapropiados, como botellas de refresco, agua, aceite comestible, vino y jabón líquido. Las formas de ingreso del pesticida a las personas fueron: la digestiva o vía oral, 54 casos (comprendiendo todos los casos intencionales y parte de los accidentales), y 53 casos la vía cutáneo - mucosa e inhalatoria, incluyendo los expuestos laborales y algunos accidentales³.

Otro estudio a nivel internacional, realizado en Uppsala (Suecia), asocia al Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con la exposición a plaguicidas agrícolas. Sugiere que personas con altos niveles circulantes en sangre de contaminantes orgánicos persistentes producirán un mayor desarrollo de placas arterioscleróticas en la carótida, presentando como consecuencia un eventual IAM⁴.

Un proyecto realizado en la localidad Cinco Saltos de la provincia de Río Negro (Argentina), denominado "Prevención en salud ambiental para poblaciones expuestas a plaguicidas, entrevistas en comunidades rurales y taller educativo para agentes multiplicadores"⁵, que encuestado el personal de salud del Hospital de Cinco Saltos, reveló que: el 77% del personal de salud desconocía las propiedades de los plaguicidas utilizados en la zona, el 55% no conocía las vías de entrada de los plaguicidas al organismo. El 86% de estas personas era consciente de su rol en la prevención en relación a la utilización de estos agroquímicos⁵.

En Uruguay el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), presenta 15 prioridades de investigación; una de ellas es el diagnóstico de impacto ambiental y en la salud humana del uso de agrotóxicos en Uruguay, la cual será abordada en este proyecto de gestión⁶.

En esta línea de investigación del PNSR, se destaca que, según datos del Ministerio de Ganadería Agricultura y Pesca hay 1121 productos registrados en nuestro país sólo para uso agrícola². Los plaguicidas, "por sus características químicas (...) son generalmente bioacumulables y biomagnificables ya que esta sustancia traspasa de un organismo a otro en la cadena alimentaria, incluyendo al ser humano. Según las diferentes fórmulas químicas, estos compuestos también pueden persistir asociados a arcillas en el suelo, materia orgánica y hielo, y transportarse a grandes distancias por el aire o el agua, desde el sitio donde fue aplicado"⁷.

Los avances tecnológicos e industriales del área de la agronomía y la explotación masiva de las tierras están invadiendo los centros poblados de nuestro interior rural dejando a las poblaciones expuestas a estos cambios. Surge así como problemática, el daño causado

por el mal uso de los plaguicidas agrícolas en la salud humana.

Se plantea la necesidad de conocer los efectos que pueden haber producido estos productos en la población estudiada. Para ello se revisaron 112 historias clínicas del centro de salud de la administración de los servicios de salud del estado (ASSE) del pueblo Colón.

Los síntomas de la intoxicación por agroquímicos suelen ser de tipo inespecíficos entre los que se destacan: cefaleas, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, mareo, debilidad muscular, malestar, fatiga, prurito cutáneo, ardor, dermatitis, quemaduras, sialorrea, depresión respiratoria, convulsiones y pérdida de conciencia⁷.

En base a los resultados, de ser necesario, se realizarán instancias educativas a la población con intervenciones del equipo de salud que contribuyan a minimizar los riesgos, involucrando de esta forma el personal sanitario en esta problemática. Este proyecto tiene el objetivo de empoderar a la población rural del Pueblo Colón sobre la manipulación y/o exposición de plaguicidas de uso agrícola. Se denominan Fomento de la salud de la población rural en función de la prevención de riesgos sanitarios de tipo ambiental. Tiene 2 objetivos específicos que son: - Potenciar los conocimientos de la población rural mediante la educación en la consulta de enfermería; - Fomentar las capacidades y habilidades de los trabajadores rurales en el manejo de plaguicidas de uso agrícola.

MÉTODO

Se utilizó el método de resolución de problemas mediante la aplicación del Proceso Administrativo para el proyecto de intervención⁸.

El diseño para conocer la población que concurre a la policlínica y su aproximación diagnóstica de salud fue de carácter exploratorio, observacional, retrospectivo y de corte transversal.

Contexto:

El Pueblo Colón se ubica en el departamento de Lavalleja, al sur del Río Cebollatí. Se accede al Pueblo por un camino vecinal de aproximadamente 3,8 km que se origina en el km 202 de la Ruta Nacional No 8⁹.

Colón se encuentra rodeado por diversas plantaciones agrícolas, que se observan al ingresar al Pueblo. En algunos sectores, sólo un alambrado separa los cultivos de las viviendas de los habitantes. Cuenta con 180 habitantes de los cuales 94 son hombres y 86 son mujeres¹⁰. Presenta una extensión territorial de 179 has; las vivien-

das se distribuyen de forma ligeramente dispersas entre ellas, siendo en su mayoría casas de material, así como se observan pocas viviendas de techo de paja y chapa.

En el Pueblo hay luz eléctrica y agua corriente.

En relación a los recursos hídricos de la zona se cuenta con un arroyo que atraviesa los cultivos con un puente donde las personas acampan y se bañan en verano.

Con relación a la asistencia sanitaria del poblado, existe el primer nivel de atención en una Policlínica del Estado, que cuenta con un médico que concurre una vez por semana y una Auxiliar de Enfermería que reside ahí. Además un consultorio médico dependiente del sistema pre pago del Departamento de Lavalleja que no cuenta con personal de enfermería y dónde concurre una vez a la semana un médico. Ninguno de los dos prestadores de salud del Pueblo Colón cuenta con ambulancia.

El lugar del estudio fue la Policlínica rural de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). La elección de la misma fue porque allí se atienden más del 60 % de la población total.

La población de estudio y objetivo del proyecto, corresponde a todos los habitantes del Pueblo Colón y quienes residen en zonas aledañas en un radio de 50 km de distancia. Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: pobladores del Pueblo Colón; trabajador rural que realiza la aplicación del plaguicida de uso agrícola; trabajador rural que reside en zonas de cultivos agrícolas en un radio de 50 km de distancia al Pueblo Colón y de exclusión: pobladores que viven a una distancia mayor a 50 km del Pueblo Colón.

El pueblo Colón posee 180 habitantes. Se desconoce el número de habitantes de la zona circundante.

Muestra: la constituyen 112 personas, todas las que consultaron en ese período en la policlínica.

Técnica: se revisaron 112 Historias Clínicas, registrando datos en una planilla previamente diseñada. Los datos a recoger fueron: edad, sexo y motivos por el cual consultaron en el tiempo transcurrido entre el mes de febrero de 2000 y el mes de febrero de 2012.

La solicitud para acceder a la revisión de las historias clínicas, se realizó de manera formal a la Enfermera encargada y referente de la policlínica. Los datos no revelan identidad de los pacientes.

RESULTADOS

112 pacientes concurren a la consulta (febrero 2010-febrero-2012) en la policlínica. Su distribución por sexo y edad lo muestra la **tabla N° 1**.

TABLA N° 1

EDAD/AÑOS	SEXO (FA)		TOTAL
	Femenino	Masculino	
0 – 10	3	5	8
11 – 20	11	12	23
21 – 30	10	5	15
31 – 40	7	5	12
41 – 50	9	6	15
51 – 60	8	5	13
61 – 70	7	4	11
71 – 80	2	2	4
81 Y MÁS	6	3	9
SIN DATO	1	1	2
TOTAL	64	48	112

TABLA N° 2

Porcentajes de los motivos de consulta.

PATOLOGÍAS	CANTIDAD DE PACIENTES FR (%)
RESPIRATORIAS ALTAS	10,2
RESPIRATORIAS BAJAS	9,7
CARDIOVASCULARES	20
DIGESTIVAS	16,2
ENDOCRINOLÓGICAS	5,9
ONCOLÓGICAS	1,6
NEUROLÓGICAS	1,1
INFECCIONES VARIAS	1,1
URINARIAS/NEFROLÓGICAS	3,8
TRAUMATOLÓGICAS	6,5
DERMATOLÓGICAS	1,6
METABÓLICAS/NUTRICIONALES	6,5
PSIQUIÁTRICAS	5,4
OFTALMOLÓGICAS	2,7
GINECOLÓGICAS	5,4
OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS	1,1
OTRAS PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS	1,1

BREVE ANÁLISIS

Un 16% de las personas presentaron síntomas de alteraciones digestivas, este resultado preocupa y alerta sobre la forma como son manejados y almacenados estos productos tóxicos. Así lo expresa el estudio donde un porcentaje muy alto describe como acceso del producto al organismo, la vía oral³.

Las alteraciones cardiovasculares en un 20% de los casos por las cuales consultaron pueden estar vinculadas a los pesticidas como lo expresan los hallazgos en un estudio realizado en Uppsala (Suecia)⁴.

De los síntomas más comunes por intoxicación aguda descritos en la introducción, observamos que existe coincidencia con nuestro estudio en las afecciones respiratorias (20%).

De este análisis se desprende la hipótesis de que, lo antes mencionado, podría relacionarse a la exposición (aguda o crónica) a los plaguicidas de uso agrícola en la zona.

Este estudio descriptivo presenta sus limitantes por la población reducida en la que se realizó, no obstante es concluyente la bibliografía acerca de la toxicidad y contaminación ambiental de los pesticidas en muchos países.

PROYECTO DE GESTIÓN

Esta propuesta se enmarca en el Plan Nacional de Salud Rural, desde la visión de la Salud Pública por enfocarse en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad así como de la protección del ambiente, mediante la participación de la comunidad.

Si bien el proyecto se limita al Pueblo Colón puede aplicarse en otras poblaciones rurales donde se practique la agricultura, ya que el uso de agroquímicos es una realidad a nivel nacional. El plan de cuidados enfermeros, propuesto en este proyecto, intenta plantearse de forma universal para que pueda ser utilizado en cualquier departamento del país. Es importante la difusión del Manual de la Organización Mundial de la Salud (OMS): *“Prevención de los riesgos para la salud derivados del uso de plaguicidas en la agricultura”* el cual hace referencia a algunos aspectos en este proceso de atención de enfermería¹¹.

Como integrante del equipo de salud y sobre todo como principal nexo entre la comunidad rural y el Primer Nivel de Atención, el Licenciado en Enfermería, con perfil comunitario que desempeña su función en policlínicas rurales, debe estar preparado para afrontar esta problemática con el fin de reducir los riesgos de la contaminación y la intoxicación de las poblaciones rurales por agroquímicos.

La sistematización del Proyecto de Gestión consta de las siguientes normas:

- 1) El Licenciado en Enfermería de la Policlínica de Primer Nivel del Pueblo Colón trabajará con la población aplicando el Proyecto de Gestión mediante la promoción de salud.
- 2) Es responsable de la gestión del cuidado de la población a través de la implementación de planes de cuidado sobre prevención de contaminación y de intoxicación por plaguicidas de uso agrícola.
- 3) Debe considerar la participación de los agentes comunitarios.

Con relación al sistema de trabajo, el mismo será a través de la aplicación de protocolos de cuidados para la mencionada población, en la consulta de enfermería, la misma podrá ser coordinada o a demanda.

El proceso asistencial de la consulta de enfermería se compone de entradas (domicilio, trabajo o consulta médica) por las cuales el paciente llega a la consulta de enfermería; procesador (que corresponde a la instancia de la consulta enfermera) y salidas (emergencia del Hospital de Minas, consulta médica o domicilio, etc.).

Se seleccionaron dos grandes diagnósticos enfermeros de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) en base a los datos de las Historias Clínicas. *“Riesgo de Contaminación”* y *“Riesgo de Intoxicación”*¹²; para los cuales se describen las intervenciones de enfermería específicas. Mediante la aplicación de estos planes de cuidado se pretende promover la salud de la población rural evitando estos potenciales riesgos. Los recursos humanos necesarios para la implementación del Proyecto corresponden a una Licenciada en Enfermería y a un Auxiliar de Enfermería.

Diagnóstico: Riesgo de Contaminación: *“Acentuación del riesgo de exposición a contaminantes ambientales en dosis suficientes para causar efectos adversos para la salud”*¹²

Objetivo: Evitar el riesgo de exposición a contaminantes ambientales (plaguicidas de uso agrícola) para eliminar efectos adversos en la salud.

Intervenciones para Riesgo de Contaminación:

- Se observa la actividad laboral de los pobladores rurales; describiendo la cercanía y características de plantaciones agrícolas existentes en la zona.
- Se promueve la identificación correcta de los plaguicidas utilizando, etiquetas o carteles para advertir

a los trabajadores y pobladores sobre potenciales peligros de exposición a plaguicidas.

- Se explica y demuestra la higiene estricta de los alimentos naturales que tengan plantados en sus propias casas.
- Se advierte que tanto ellos como sus mascotas no deben entrar en campos en los cuales recientemente se hayan aplicado plaguicidas.
- Explicar al trabajador rural que no debe aplicar el plaguicida de uso agrícola en contra al viento¹¹.

Diagnóstico: Riesgo de Intoxicación: *“Aumento del riesgo de exposición o ingestión accidental de sustancias o productos peligrosos en dosis suficiente para originar una intoxicación”*¹².

Objetivo: Se pretende que la población rural así como los trabajadores rurales no presenten intoxicación por plaguicidas de uso agrícola.

Intervenciones para Riesgo de Intoxicación:

- El almacenamiento de los plaguicidas de uso agrícola debe ser con tranca de seguridad y fuera del alcance de los niños y de personas con potencial riesgo de intento de autoeliminación. No transportar los plaguicidas de uso agrícola próximo a alimentos o a personas.
- En caso que encuentren en el ambiente recipientes de plaguicidas agrícolas que hayan sido descartados indebidamente, constatar la situación a la policlínica de Colón donde se realizará la denuncia a la dirección nacional medio ambiente (DINAMA).
- Toda persona que haya manipulado plaguicidas agrícolas debe realizarse higiene personal al menos en el rostro y las manos; lavar (separada de la ropa de vestir) todo el equipo de aplicación de plaguicidas agrícolas y la ropa utilizada luego de dicha aplicación; guardar las prendas de trabajo, protección de la cabeza, de ojos y rostro, de vía respiratoria, guantes, botas y el equipo de vestir, en buen estado, en una habitación limpia, seca y bien ventilada, separada de otra ropa y del lugar de vivienda.
- Explicar al trabajador rural que deje de trabajar de forma inmediata si sospecha que ha habido una exposición peligrosa; no debe fumar o ingerir alimentos durante la aplicación de plaguicidas agrícolas para evitar de esta forma la intoxicación por ingesta desde las manos hasta la vía digestiva.
- Explicar a la población y a los trabajadores rurales que deben mantener siempre el plaguicida agrícola en su envase original y no deben utilizar el envase para otro fin luego de acabado el producto.

- Educar a la población y a los trabajadores rurales acerca de las principales vías de intoxicación por plaguicidas agrícolas como la vía cutánea, digestiva, respiratoria; los síntomas y signos de intoxicación por plaguicidas; la necesidad de consultar en la Policlínica de Colón de forma inmediata si presenta alguno de estos signos o síntomas luego de la exposición a plaguicidas de uso agrícola.

- Las medidas de primeros auxilios en caso de contacto directo con plaguicidas agrícolas son: trasladar a la persona a un lugar bien ventilado; si se desmaya ponerlo acostado de lado, con la cabeza vuelta hacia la izquierda y la lengua afuera de manera que cualquier vómito u otro fluido pueda salir de la boca sin dificultad; si la persona deja de respirar o tiene dificultades para hacerlo, volver su rostro hacia arriba y asegurarse de que la vía respiratoria no esté obstruida¹¹.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chiappe M, Carámbula M, Fernández E. El campo uruguayo: una mirada desde la sociología rural. Montevideo: Facultad de Agronomía; 2008; 35-39, 42, 43, 45-47, 279-281, 285-288.
2. Burger M, Pose Román D. Plaguicidas salud y ambiente: experiencia en Uruguay. Montevideo: UDELAR; 2012; 21, 22, 35, 40, 41, 43, 44, 45, 47, 49, 53.
3. Burger M, Fernández S. Exposición al herbicida glifosato: aspectos clínicos toxicológicos. Rev. Méd. Urug. [revista en Internet]. 2004 Dic [acceso 2012 Abr 02]; 20(3): 202-207. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952004000300006&lng=es.
4. Lind P M, Van Babel B, et. al. Circulating levels of Persistent Organic Pollutants (POPs) and carotid atherosclerosis in the elderly. Environmental Health Perspectives. [sitio web] 2012 Ene [acceso 2012 Jul 01]. Disponible en: <http://ehp03.niehs.nih.gov/article/info%3Adoi%2F10.1289%2Fehp.1103563>
5. Rovedatti M G, Trapassi J, Vela L, et al. Prevención en salud ambiental para poblaciones expuestas a plaguicidas: entrevistas en comunidades rurales y taller educativo para agentes multiplicadores. Acta toxicol. Argentina. [revista en Internet]. 2006 Jul [acceso 2012 Mar 31]. Disponible: <http://www.scielo.org.ar/pdf/ata/v14n1/v14n1a02.pdf>
6. MSP. Departamento de Programación Estratégica de Salud – Área de Promoción de la Salud y Prevención. PLAN NACIONAL DE SALUD RURAL. Montevideo; 2011; 5, 10, 12, 42-45, 102.
7. Neme C, Ríos M, et al. Aproximación a la normativa vigente sobre plaguicidas y sus impactos ambientales. Vida Silvestre, Uruguay; 2010; 11-17.
8. Marriner A. Guía de gestión y dirección en Enfermería. Barcelona Elsevier: 2009.
9. Intendencia de Lavalleja. Localidades: Colón [sitio web]. Minas: Lavalleja.gub.uy; [acceso 16 de Enero de 2012]. Disponible en: <http://www.lavalleja.gub.uy/web/lavalleja/121#colon>
10. Instituto Nacional de Estadística. Censo 2011. [sitio web] Montevideo: ine.gub.uy; 2012 [acceso 2012 Ago 18]. Disponible en: www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/lavalleja.html
11. Fait A, Iversen B, et al. Prevención de los riesgos para la salud derivados del uso de plaguicidas en la agricultura. [sitio web] who.int; 2004 [acceso 2012 Jun 30]; 8, 10, 12-14, 16, 18, 22, 24, 25, 28. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh1sp.pdf
12. Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificaciones. 2009-2011. Elsevier España S.L. Barcelona; 2010.

CAPTACIÓN DE NIÑOS QUE ASISTEN A UNA POLICLÍNICA DE BARRIO DE CONTEXTO CRÍTICO.

Riesgo de contaminación con plomo.

ATTRACT CHILDREN WHO ATTEND TO A CRITICAL CONTEXT HEALTH CARE CENTRE.
Lead Contamination Risk.

CAPTAÇÃO DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA POLICLÍNICA DE BAIRRO EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA.
Risco de contaminação por chumbo.

Autores: Sosa, Marbel¹. Cristiani, Natali². García, Ana María³. Techera, Patricia⁴. Rodríguez, Flor de Liz⁵.

Recibido: 10/05/2013

Aceptado: 07/06/2013

RESUMEN

El presente estudio se alinea en el Programa de Salud de la Niñez y Adolescencia de Uruguay. El objetivo es contribuir a captar y mejorar la calidad de vida en niños de 2 a 4 años que se atienden en la policlínica pediátrica del Centro de Salud Cerro, en el período comprendido entre el 1 de Septiembre al 30 de Noviembre de 2012 en la ciudad de Montevideo, Uruguay. En la consulta de enfermería se captaron niños en situación de riesgo respecto a la contaminación con plomo a quienes se les aplicó el cuestionario definido por la Unidad Pediátrica Ambiental de nuestro país.

Los resultados mostraron que 78 niños de entre 2 y 4 años presentaban "*Riesgo de Contaminación con plomo*" relacionado a la exposición con contaminantes ambientales.

Luego del diagnóstico, se brinda educación, se planifica el control y seguimiento de los niños y se promueve el trabajo en equipo, así como la coordinación de la enfermera con organismos nacionales abocados a este problema. La estimulación hacia el autocuidado de las familias fue el eje fundamental de las intervenciones. Estos niños pertenecen a familias de contexto críticos que viven en sitios con fábricas, sin saneamiento, con presencia de roedores, basurales y con hábitos de tabaquismo. El perfil social de los padres y/o cuidadores y su entorno fue de: 85 % de estos hogares tienen animales domésticos; 76 % no poseen saneamiento y refieren tener contacto con roedores; 45 % queman basura y/o cables. Respecto al nivel de instrucción un 64 % tienen primaria incompleta.

Palabras clave: Salud de la niñez, Riesgo de contaminación con plomo, Consulta de Enfermería, Captación de niños.

ABSTRACT

This study is designed within the context of the Childhood and Adolescent Uruguayan Health Program. The purpose is: contribute to improving quality life of children between 2 and 4 years old who were assisted in Cerro Health Centre, during September 1st to November 30th in 2012 in Montevideo, Uruguay. During nursing consultation, children with lead contamination risk were detected by the application of a questionnaire designed by the Uruguayan Pediatric Environmental Unit.

Results showed that there were seventy eight children between 2 and 4 years old with Risk of Lead Contamination in relation with the exposure to environmental pollutants. After the Lead Contamination Risk is diagnosed, the nurse provides information, plans patients monitoring, promotes teamwork as well as coordination with National Organizations involved in this subject. Families self-care stimulation was essential for the interventions.

These children belong to a critical context by living close to factories, with no sanitation, and in presence of rodents, rubbish dumps and smoking habits. The social profile of the parentes and or caregivers and of their context was the following: 85% of these homes had pets; 76% lacked of sanitation and admitted having contact with rodents; 45% of them burned rubbish and electric

¹ Interno de Enfermería.

² Interno de Enfermería.

³ Lic. en Enfermería. Especialista en Gestión de Servicios de Salud. Directora de la carrera Enfermería en Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. Coordinadora del Programa Internado. anagarcía@ucu.edu.uy

⁴ Lic. en Enfermería. Doctorando por la UNAB. Docente permanente en Departamento Ciencias de Enfermería en Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. Tutor Académico del Programa Internado en Primer Nivel. ptechera@ucu.edu.uy

⁵ Lic. en Enfermería. Especialista Enfermería Comunitaria. Jefe de Policlinicas dependiente del Centro de Salud Cerro. Montevideo. Uruguay

cables. Regarding education level, 64% of parents had not finished primary education.

Keywords: Child health, Lead poisoning, Nursing consultation, Attract children.

RESUMO

O presente estudo está em sintonia com o Programa de Saúde para a Infância e Adolescência que vigora no Uruguai; o objetivo dele é contribuir para a captação e melhora na qualidade de vida de crianças entre 2 e 4 anos, atendidas pela policlínica pediátrica do Centro de Saúde Cerro, no período comprendido entre o dia 1º de setembro e o dia 30 de novembro de 2012, em Montevideo, Uruguai.

É um estudo que propõe, através da consulta à enfermagem, resgatar e cuidar das crianças em situação de risco devido à contaminação por chumbo.

Na consulta à enfermagem, os quesitos aplicados foram definidos pela Unidade Pediátrica Ambiental do nosso país. Os resultados mostraram que 78 crianças, entre 2 e 4 anos, apresentaram Risco de Contaminação por Chumbo por exposição a poluentes ambientais.

Na intervenção da Enfermagem –após diagnóstico do problema quanto ao risco de contaminação por chumbo– é fornecida educação, planejamento do controle e acompanhamento das crianças, além de encorajar o trabalho em equipe, bem como a coordenação da Enfermeira com Organizações Nacionais voltadas para esta problemática. A estimulação do cuidado nas famílias foi o eixo fundamental das intervenções.

As crianças integram famílias em situações críticas, que moram em locais com fábricas, sem rede de esgoto e com presença de ratos e lixões, além de ter hábitos tabagistas.

Perfil social dos pais e/ou responsáveis, assim como do seu meio: Há animais domésticos em 85 % das casas; 76 % não possuem esgoto e referem contato com ratos; 45 % queimam lixo e/ou cabos. - Segundo o grau de instrução, 64 % têm Ensino Fundamental incompleto.

Palavras chave: Saúde da criança, Risco de contaminação por chumbo, Consulta de Enfermagem, Captação de crianças.

INTRODUCCIÓN

La Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, trabaja en los Programas definidos por el Ministerio de Salud Pública, con docentes y estudiantes en etapa de Internado (experiencia pre-profesional). En el marco del “Programa Nacional de la Niñez”, dos internos y sus tutores realizan un estudio sobre el riesgo de contami-

nación con plomo de niños/as de 2 a 4 años (rango de edad según delimitación del Programa Nacional de la Niñez) y plantean intervenciones posibles para su prevención y su mejor calidad de vida. Se elabora luego, un plan de gestión de cuidados dirigidos específicamente a este grupo etario que vive en un barrio de contexto crítico, expuesto a riesgos ambientales.

El objetivo fue contribuir a captar y mejorar la calidad de vida en niños de 2 a 4 años que se atienden en la policlínica pediátrica del Centro de Salud Cerro, en el período comprendido entre el 1 de Septiembre al 30 de Noviembre de 2012 en la ciudad de Montevideo, Uruguay.

El Programa Nacional tiene el propósito de promover una Infancia y adolescencia saludables para garantizar la sustentabilidad social, democrática y económica del país. Tiene como objetivo, promover el desarrollo de un Sistema Nacional de Protección Integral a la Infancia, acompañando, protegiendo y apoyando integralmente a todos los niños y niñas uruguayas, permitiendo su adecuado crecimiento y desarrollo.

El foco de acción es la familia, respetando la diversidad cultural, y desde la perspectiva de los derechos ciudadanos, de género y de equidad social. La atención de las embarazadas y de sus hijos desde las primeras etapas de gestación, así como la estimulación precoz, la vigilancia y promoción del desarrollo infantil se consideran también relevantes. Según este programa el 50% de los niños menores de 6 años se encuentran en hogares pobres; y debido a esto, se debe pensar en éste y otros indicadores para este problema, ya que la pobreza extrema conduce al auto exclusión, alteraciones en el desarrollo físico e intelectual del niño aumentando a su vez la morbi mortalidad infantil¹.

Los niños en sus primeras etapas de desarrollo pueden estar expuestos a diferentes tóxicos ambientales, que afectan su salud física y/o mental².

El plomo es un metal que está presente en las ciudades, que puede contaminar y dañar el cuerpo. La cantidad de plomo del ambiente es variable dependiendo del desarrollo industrial, la urbanización y las actividades que se realicen en el sitio; sin dejar de lado la contaminación presente en el humo del tabaco, ya que el plomo es uno de los componentes tóxicos de este.

Según el programa nacional al que hicimos mención, el control del niño de 2 a 4 años se rige por la pauta número 2.2: “Seguimiento del crecimiento y desarrollo, educación para la salud sistemática, individual y grupal a madres y familias, coordinación con instituciones de enseñanza e integración a redes”. En el punto 2.2.6 manifiesta: “Integrar la vigilancia de los tóxicos ambientales, en especial plomo para identificar situaciones de riesgo e implementar medidas de prevención y tratamiento”.¹

Antecedentes:

En una investigación realizada en el año 2001 por la Sociedad Uruguaya de Pediatría, se hace referencia al efecto de la exposición a contaminantes ambientales en las primeras etapas de la vida y se alerta sobre la importancia de la prevención. Es imperativo prevenir la intoxicación por plomo, dado que los efectos sobre el aprendizaje y el comportamiento en niños con intoxicación por plomo pueden ser permanentes a pesar del tratamiento. La primera regla es reducir la exposición al plomo. Los esfuerzos deben estar dirigidos a reconocer y eliminar las fuentes contaminantes de plomo³.

Otro estudio, realizado en Chile, enfatiza, además, que las exposiciones tóxicas (en este caso al plomo) son evitables y hay que trabajar sobre ello debido a la vulnerabilidad de los niños y los daños a largo plazo que provocan dichas exposiciones².

El plomo se encuentra en algunas industrias por ejemplo fábricas de baterías, pinturas, cables, plástico, cerámicas, y en actividades laborales con chatarras recuperación de fundición (quemado de cables, y reciclaje de baterías).

Un estudio descriptivo de corte transversal, realizado en Argentina en el año 2011, en siete niños, hermanos, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 3 y los 10 años, expuestos a una fuente contaminante definida (fábrica de batería en el terreno aledaño a sus viviendas) concluyó que: "El efecto de la exposición a contaminantes ambientales en las etapas tempranas de la vida tiene consecuencias en la salud, sobrevivencia y calidad de vida en años posteriores"⁴. Las baterías contienen metal- plomo que en desuso contaminan el suelo y el aire.

En un artículo publicado este año, los autores, citando a la Organización Mundial de la Salud (OMS) escriben: "en la Cumbre Mundial sobre desarrollo sostenible, la OMS destacó la importancia de que las naciones se involucren en el mejoramiento de la salud ambientales y en particular en el ambiente donde se desarrollan los niños"⁴.

Entre los contaminantes más nocivos para la salud se encuentra el plomo, considerado un neurotóxico debido a su acción en el sistema nervioso central, periférico y órganos de los sentidos².

En la 28ª conferencia sanitaria panamericana se resuelve a: "Instar a los estados miembros a promover y priorizar en los niveles más altos la ejecución de intervenciones eficaces, basadas en datos científicos, para prevenir la morbilidad y mortalidad de los niños y para lograr un desarrollo social óptimo"⁵.

La OMS considera la Salud Ambiental Infantil como uno de los principales desafíos sanitarios del siglo XXI y promueve el desarrollo de estrategias que permitan abordar, divulgar y resolver los problemas de salud ambientales.⁶ Ya en la conferencia de Alma Ata, en 1978 este proble-

ma fue la base de la Atención Primaria Ambiental (APA). De ahí en más se ha tratado de desarrollar estrategias y planes para el cuidado del medio ambiente, con un enfoque en la salud infantil ambiental⁶.

Cabe destacar que en este proyecto se trabajó con el programa prioritario de salud nacional, en coordinación con los lineamientos de la Unidad Pediátrica Ambiental (UPA) Nacional. Esta es una estructura con roles claramente definidos, ubicada en un establecimiento de salud (hospital, por ejemplo), que está especializada en enfermedades pediátricas relacionadas con el ambiente. Los antecedentes de la UPA se remontan al año 1998, en EEUU.

Estos centros proporcionan asesoramiento, información y tratamiento, promueven la investigación, educan a profesionales, al público e informan a las autoridades.⁶ En nuestro país contamos con una UPA, ubicada en el Hospital de Clínicas, con la cual se trabajó en conjunto aplicando un instrumento sistematizado a nivel nacional que hace referencia al análisis medio ambiental de los hogares; el mismo proporcionó un análisis exhaustivo sobre la aproximación diagnóstica de la zona.

MÉTODOS

Diseño: cuantitativo, observacional, transversal y descriptivo.

Población: 398 niños de 2 a 4 años que se asistieron en el centro en el período que se hizo el estudio.

Muestra: 78 niños.

Los criterios de inclusión fueron: todos los niños de 2 a 4 años que concurren a esa policlínica en el período que se llevó a cabo el estudio.

En la Consulta de Enfermería de la Policlínica Pediátrica se realizaron las encuestas a las madres o acompañantes del niño/a, en el período comprendido entre el 1 de Septiembre al 30 de Noviembre de 2012. El lugar físico de la captación como de la intervención estuvo constituido por las salas de espera y los consultorios.

El instrumento de recolección de datos fue el de la UPA, cuenta con 10 preguntas, con las siguientes pautas:

Pauta 1) cualquier pregunta del 1 al 10 respondidas con un sí, puede ser derivado a control en la unidad UPA y eventualmente a la visita domiciliaria.

Pauta 2) las respuestas sí, a las preguntas de 1 a 6 se deberá solicitar dosificación de plomo en sangre al niño y/o madre.

Pauta 3) si solamente la pregunta 9 y/o 10 es contestada sí, hacer intervención breve, entregar material de tabaquismo y orientar al tratamiento de cesación de tabaquismo.

Pauta 4) al finalizar el cuestionario, se pregunta si desea informarse sobre contaminantes del ambiente y anotar en el dorso del cuestionario su respuesta.

Cuestionario corto de Riesgos químicos ambientales (urbano).

	SI	NO
1. ¿Se enteró si existe problemas de contaminación en su barrio?.		
2. ¿Hay alguna persona en su hogar o barrio con plomo en sangre elevado?.		
3. ¿Queman basura, cables u otros materiales en el barrio?.		
4. ¿En dónde vive hay paredes, techos con pinturas descascaradas?.		
5. ¿Utilizan o guardan en su domicilio metales, chatarras, u otros materiales para reciclar o vender?.		
6. ¿Usted o alguien de su hogar trabaja con metales o productos químicos?.		
7. ¿Se quema leña, carbón, restos de vegetales u otros materiales para cocinar o calentar dentro del hogar?.		
8. ¿Ud. o alguien de su hogar usa o trabaja con plaguicidas (ejemplo venenos para combatir insectos para cuidar frutos o plantas)?.		
9. ¿Usted o algún otro integrante del hogar fuma?.		
10. ¿Fuma dentro del hogar?.		

El análisis de los datos se realizó en función de las respuestas encontradas en el instrumento UPA, y de los datos emergentes de la entrevista con las madres, mediante planilla informática Excel.

Se recogió el consentimiento informado de los adultos encuestados.

Contexto.

El Centro de Salud Cerro se ubica en la calle Carlos María Ramírez, 1724 en la ciudad de Montevideo, Uruguay. Es un efector de salud del primer nivel de atención, dependiente de la administración de seguros de salud del estado (ASSE). Su zona de influencia abarca los barrios: Casco del Cerro, Casabó, Pajas Blancas, Santa Catalina, Cerro Norte, La Boyada, Cerro Oeste y Zona Rural.

Esta zona, de influencia del policlínico se caracteriza por la presencia de basurales, animales sueltos (perro, gatos, caballos, roedores), así como asentamientos precarios. Otros factores contaminantes que representan un alto riesgo para el óptimo desarrollo del niño en sus primeras etapas, están dados por el arroyo Pantanoso en cuyas orillas se encuentran viviendas precarias, falta de saneamiento, agua estancada en cunetas y desagües.

Se observan también en la zona fábricas, plazas, espacios verdes y recreativos (cancha de fútbol, plazas de deportes), variedad de comercios y la refinería de Administración Nacional de Combustibles Alcoholes y Portland (ANCAP), el suelo del barrio es firme, inundable en algunas zonas (arroyo Pantanoso) con terrenos baldíos con basurales.

Las viviendas son en su mayoría de material y con rejas, excepto las que están sobre los asentamientos, las cuales están fabricadas con materiales precarios (chapa, madera, cartón). La mayoría cuenta con agua potable y luz eléctrica, aunque aún existen viviendas que no cuentan con saneamiento, luz ni agua potable.

Los objetivos específicos de este proyecto fueron; detectar las respuestas humanas positivas, problemas y riesgos para la salud de los usuarios; ofrecer cuidados de enfermería en relación a la prevención, fomento, recuperación y rehabilitación para mejorar la salud de los usuarios atendidos en la consulta; promover el autocuidado; promover la auto responsabilidad; fomentar la adaptación de la persona a su actual situación de salud, para favorecer el mayor bienestar y así prevenir complicaciones; aumentar el conocimiento del usuario de los servicios de salud, a través de la educación sanitaria del usuario y su familia.

RESULTADOS

De los 398 niños entre 2 y 4 años que concurrieron en el período del estudio se captaron 78, correspondiendo a un 19,6 %. A estos se le aplicó el protocolo de la UPA.

TABLA N° 1

Distribución según motivo por el cual concurren a la Policlínica los niños de 2 a 4 años.

MOTIVO POR EL CUAL CONCURREN AL CENTRO	F. R.
NIÑOS QUE VAN A CONTROL	51%
NIÑOS QUE VAN A CONSULTA	46%
NIÑOS/INGRESOS AL SISTEMA	3%

TABLA N° 2

Distribución según edad.

RANGO DE EDAD	F. R.
DE 2 A 3 AÑOS	52%
3 AÑOS Y 1 MES A 4 AÑOS	48%

TABLA N° 3

Distribución según Nivel de Instrucción padres/cuidadores.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	F. R.
PRIMARIA COMPLETA	64%
PRIMARIA INCOMPLETA	24%
CICLO BÁSICO COMPLETO	3%
CICLO BÁSICO INCOMPLETO	9%

TABLA N° 4

Distribución según factores de riesgos al hogar y alrededores.

FACTORES DE RIESGO	F. R.
ANIMALES DOMÉSTICOS	85%
CONTACTO C/ROEDORES	76%
SIN SANEAMIENTO	76%
BASURALES EN SU BARRIO	76%
FÁBRICAS EN ALREDEDORES	89%

Con respecto a las respuestas del instrumento UPA observamos los siguientes datos:

	SI	NO
1. ¿Se enteró si existe problemas de contaminación en su barrio?.	3%	97%
2. ¿Hay alguna persona en su hogar o barrio con plomo en sangre elevado?.	2%	98%
3. ¿Queman basura, cables u otros materiales en el barrio?.	44%	56%
4. ¿En dónde vive hay paredes, techos con pinturas descascaradas?.	17%	83%
5. ¿Utilizan o guardan en su domicilio metales, chatarras, u otros materiales para reciclar o vender?.	3%	97%
6. ¿Usted o alguien de su hogar trabaja con metales o productos químicos?.	3%	97%
7. ¿Se quema leña, carbón, restos de vegetales u otros materiales para cocinar o calentar dentro del hogar?.	5%	95%
8. ¿Ud. o alguien de su hogar usa o trabaja con plaguicidas (ejemplo venenos para combatir insectos para cuidar frutos o plantas)?.	5%	95%
9. ¿Usted o algún otro integrante del hogar fuma?.	78%	22%
10. ¿Fuma dentro del hogar?.	58%	42%

DISCUSIÓN

De la aproximación diagnóstica realizada para conocer el estado de salud ambiental de esta muestra, se recabaron datos relevantes centrados en el contexto habitacional; así como nivel de instrucción de padres y/o cuidadores.

Según las **pauta 1**, de derivación del formulario UPA, los 78 niños tienen criterios de ser derivados a la unidad UPA y eventualmente realizar la visita domiciliaria.

Según la **pauta 2**, a 55 niños de los 78, se les debe solicitar dosificación de plomo en sangre.

En la **pauta 3** se observa que 45 personas fuman dentro del hogar, 16 no lo hacen.

A la luz de estos resultados, los 78 niños de la muestra fueron derivados a pediatra, dejando en evidencia la necesidad de trabajar en la prevención y promoción de salud, dado que estos niños están constantemente amenazados por los riesgos ambientales. Esta derivación se hace según la normativa vigente del centro.

La Sociedad Uruguaya de Pediatría hace referencia a la importancia de la prevención sobre la intoxicación con plomo, a través de la educación, promoción, y prevención. Esta postura, potencia el cuidado que gestiona enfermería profesional hacia la familia, individuo y comunidad, contribuyendo a evitar complicaciones y a trabajar con los riesgos en forma sistematizada y continuada. Queda en evidencia que el cuidado, como esencia de la profesión enfermera, es relevante para contribuir al logro de cualquier objetivo planteado para mejorar la salud y la calidad de atención de los integrantes de una sociedad cualquiera.

Es determinante para la prevención de una intoxicación por plomo (en este caso) o de cualquier otra enfermedad, que el cuidado de los individuos y familias de la comunidad (en especial la geográfica abordada), sea gestionado por el profesional enfermero, trabajando en coordinación con otros profesionales principalmente identificando factores de riesgo. La intervención del interno de enfermería fue relevante por la organización, planificación, ejecución, evaluación y coordinación de las acciones dentro del equipo multidisciplinario y hacia la comunidad, desarrollando metas y objetivos previstos por Programa Nacional de la Niñez.

El problema medio ambiental en el que viven estas personas, se ha abordado de manera multidisciplinaria a nivel gubernamental, actualmente es tema en la agenda de gobierno, por lo que este estudio generará espacios de investigaciones futuras, en la cual la enfermera profesional no debe estar ausente (Ley 18.829, Plan Nacional de Integración socio/habitacional JUNTOS).

Intervención de acuerdo a los resultados.

La intervención específica realizada para la prevención de contaminación por plomo, fue la educación que se centró en: el lavado frecuente de manos y cara especialmente antes de comer y dormir de los niños; lavado

de frutas y verduras antes de consumirlas; realizar la higiene del hogar limpiando el polvo doméstico con paño húmedo; lavado con agua y jabón de juguetes así como chupetes si han permanecido en el suelo; evitar que el niño lleve a la boca tierra y resto de pinturas. Si el niño juega en el piso, debe estar limpio o colocar una manta, tela o cartón entre el piso y el niño; la ropa de trabajo para manipular plomo u otros metales debe de ser lavada aparte de la ropa de la familia; evitar dentro del hogar, baterías de vehículos en desuso o residuos peligrosos; no reciclar basura en el hogar así como quemar cables. Se realiza otra intervención con relación al hábito de fumar y sobre todo cuando lo hacen dentro del hogar. La misma consistió en vincular a las personas al programa de cesación de tabaquismo del centro, explicando a los involucrados que el cigarrillo tiene plomo en sus componentes. La entrega de folletos educativos amplió la información dada.

La gestión del cuidado se realizó en la consulta de enfermería y consistió en educación incidental a 398 acompañantes de los niños y niñas, y en consulta programada a 78 niños, a los cuales se le aplica el cuestionario UPA; también se aplican los protocolos de cuidados de enfermería frente a posible riesgos de contaminación e intoxicación por plomo.

CONSIDERACION FINALES

Si bien el Centro de Salud, cuenta con un equipo de salud comunitario, la experiencia de internado de enfermería, contribuyó a movilizar a las autoridades correspondientes para crear cargos de licenciados de enfermería con la finalidad de trabajar en el programa salud de la niñez y adolescente. Situación que dio como resultado la solicitud formal por parte de la dirección del centro de dichos profesionales.

El trabajo continuado del licenciado en enfermería contribuye a mejorar la calidad de atención de estos niños dando lugar a un desarrollo sostenible en cuanto a prevención, detección y eventual tratamiento de los niños con riesgo químicos ambientales. Se destacan las respuestas humanas positivas de la familia y comunidad con relación a los problemas y riesgos para la salud, dato que se extrae de la aplicación de un formulario de satisfacción diseñado para este fin.

También señalamos que a nivel gubernamental se están desarrollando planes de re alojamiento de familias expuestas a distintos tipos de contaminación ambiental, entre ellos plomo donde el centro de salud participa activamente (Ley 18.829).

Se favoreció el bienestar y la confianza en el profesional de enfermería por parte de los usuarios atendidos en la consulta; promoviendo el autocuidado; la auto responsabilidad, logrando que el usuario manifestara su satisfacción estando motivado a aumentar el conocimiento sobre la educación sanitaria y a convivir con los riesgos evitando la contaminación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población. Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez. Montevideo, 2006.
2. Tellerías L, París E. Impacto de los tóxicos en el neurodesarrollo. *Revista Chilena de Pediatría* [revista en internet] 2008 [acceso 15 de Octubre del 2012]; 79 (1) 55-63. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000700010&Ing=es. doi:10.4067/S0370-41062008000700010.
3. Selbst S. Envenenamiento por plomo en los niños. *Arch Pediatr Urug* [revista en internet] 2001 [acceso 15 de Octubre del 2012]; 72 (S) S38-S44. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S004058420010005000007&script=sci_arttext
4. Martínez N, Felman G, Granger S, Chain S, Soria N. Intoxicación con plomo: Evaluación Clínica y estudios complementarios en niños. *Revista Ciencias Salud* [revista en internet] 2012 [acceso 15 de Octubre del 2012]; 10 (Especial): 9 -15. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/plombemia.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud. 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 64ª sesión del Comité Nacional. Washington, EEUU; 2012.
6. Organización Panamericana de la Salud. *Salud Ambiental Infantil. Manual para enseñanza de grado en escuelas de medicina*. Buenos Aires, Argentina; 2011.
7. Frías Osuna, A. *Enfermería Comunitaria*. Barcelona: Masson; 2000.
8. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (Declaración de Montevideo) 46º Consejo directivo de la OPS, septiembre 2005.
9. Administración de los Servicios de salud del Estado [sitio web]. Montevideo [acceso 15 de octubre de 2012]. Disponible en: http://www.asse.com.uy/uc_2371_1.html
10. Zurro M, Cano Pérez, J.F. *Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica*. 6ª Ed. España, Elsevier; 2008.
11. Organización Panamericana de la Salud. *Saneamiento y Salud Rural Guía para Acciones a Nivel Local*. Guatemala; 2009.
12. Hall, J; Redding, B. *Enfermería en Salud Comunitaria: Un enfoque de sistema*. Primera Edición en español. Ediciones Paltex .Niveles de prevención. Cap 16. Pág 319
13. Ramos W, Munive L. Intoxicación plúmbica crónica: una revisión de la problemática ambiental en el Perú. *Revista Peruana de Epidemiología* [revista en internet] 2009 [acceso 20 de Octubre del 2012]; 13 (2). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n6/a04v23n6.pdf>
14. Domínguez R, Crisolito J. Aspectos radiológicos de la intoxicación por plomo. *Arch Pediatr Urug* [revista en internet] 2001 [acceso 15 de Octubre del 2012]; 72 (2) 140-144.

SECCIÓN II

Actualizaciones

GUÍA PROTOCOLIZADA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA USUARIOS CON COLOSTOMÍAS O ILEOSTOMÍAS (PRE Y POST OPERATORIO).

Autor: Lestido, Valentina¹.

RESUMEN

Esta guía protocolizada de atención al paciente con colostomía e ileostomía, pretende por un lado, sistematizar el procedimiento a realizar por el personal de enfermería profesional y auxiliar, y por otro, preparar al futuro portador de la ostomía, lo que significará un gran cambio en las actividades de la vida diaria.

Se toman dos momentos importantes, enfatizando en las actividades que le compete realizar al personal enfermero para un cuidado integral y seguro: la etapa preoperatoria y la etapa postoperatoria, explicando las técnicas para el cambio de los dispositivos de ostomía.

En todos los casos se describen las actividades recomendadas, los materiales, el personal necesario en ambas etapas y finalmente se realizan algunas recomendaciones básicas de alimentación para promover una mejor calidad de vida del paciente ostomizado.

En la actualidad, en el Uruguay, el cáncer colo-rectal presenta una elevada incidencia tanto en hombres como en mujeres. Es el tercer sitio de localización más frecuente de cáncer en el sexo masculino ocupando el segundo lugar en el femenino. Los últimos datos registrados por la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (Registro Nacional de Cáncer) durante el período 2005-2009, muestran que la incidencia de cáncer colo-rectal en Uruguay es de 4297 nuevos casos de hombres y 4388 nuevos casos diagnosticados en mujeres.

Estos alarmantes datos justifican la necesidad de capacitar al personal de enfermería en los cuidados pre y postoperatorios de los usuarios ostomizados, ya que muchas veces la resección total o parcial del colon es una opción de tratamiento.

ETAPA PREOPERATORIA

PASOS A SEGUIR:

1. Atención en la consulta de enfermería programada al usuario y su familia.

2. Conocer la intervención quirúrgica a realizar y ubicar la localización del abocamiento previsto.

3. Entrevista con contención y educación sobre los cuidados al que deberá enfrentarse, entregando folletería con material informativo, permitiendo al usuario y familiares evacuar dudas.

4. Si la consulta es en el domicilio del paciente se aplican los pasos de los ítems 2 y 3 y además se valora la situación socio-económica-cultural y el entorno familiar.

5. Buscar un referente del cuidado para el postoperatorio.

6. Examinar el abdomen del usuario en busca de alteraciones o anomalías.

7. Tener en cuenta generalidades sobre piel y aparato digestivo, en función de la ostomía que se le realizará.

8. Mostrar al usuario y familiares los distintos dispositivos que necesitará para los cuidados del estoma. Simular su colocación en el abdomen del usuario.

9. Marcar sitio de abocación considerando la cirugía a realizar.

10. Educar sobre los alimentos recomendados para evitar incomodidad en la eliminación y el estoma.

11. Describir la vida futura como ostomizado y explicar que podrá continuar con las actividades habituales.

12. Aplicar cuestionario de evaluación o evaluar los conocimientos adquiridos por el usuario y sus familiares de forma verbal.

ETAPA POSTOPERATORIA

CAMBIOS DE DISPOSITIVOS DE DOS PIEZAS Y CUIDADOS DEL ESTOMA

Objetivo: Realizar cambios de dispositivos colectores de ostomías digestivas y cuidados del estoma.

¹ Lic. en Enfermería en Clínica de Radioterapia Oncológica Dres. Leborgne Docente Pasante en la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay. valelestido@hotmail.com

RRHH: - 1 Lic. en Enfermería ó 1 Aux. de Enfermería.

- RRMM:**
- Bolsa de ostomía y aro del mismo tamaño.
 - Sistema de cierre de la bolsa tipo pinza.
 - Recipiente con agua limpia y tibia.
 - Jabón neutro.
 - Esponja en cubitos desechables, torundas de algodón o gasas limpias.
 - Guantes de higiene.
 - Bolsa de residuos.
 - Tijera limpia.
 - Pasta o polvo adhesivo-protector.
 - Toalla o paño descartable.
 - Cinta o faja de ostomía (opcional).
 - Plantilla de medición de estomas.

PASOS A SEGUIR:

1. Lavarse las manos.
2. Reunir el material.
3. Explicar al usuario el procedimiento y brindar intimidad.
4. Colocarse guantes.
5. Colocar al usuario en decúbito dorsal, sentado o parado y dejar al descubierto el abdomen.
6. Observar si hay pérdidas a nivel del aro y de la bolsa.
7. Colocar toalla o paño descartable debajo del paciente para proteger la ropa de cama.
8. Retirar cuidadosamente la bolsa de ostomía.
9. Retirar suavemente el aro, ayudándose con una torunda húmeda con agua tibia. No utilizar líquidos solventes como éter, disán u otros.
10. Valorar características del estoma. Normalmente el estoma debe estar húmedo, de color rosa-rojizo y puede encontrarse nivelado a la piel o protruir discretamente en el abdomen.
11. Valorar características de la piel periestomal.
12. Observar características de la materia fecal.
13. Limpiar la zona periestomal con cubitos de esponja, torundas de algodón o gasas humedecidas en agua tibia y con jabón neutro. Luego enjuagar con torundas embebidas en agua.
14. Secar la piel periestomal con toques suaves, sin frotar.
15. Medir el diámetro del estoma ayudándose con una plantilla de medición de estomas.
16. Recortar el aro, con tijera, según la medida correspondiente.
17. Aplicar pasta o polvo protector, en piel periestomal, si hay lesiones de piel o problemas de adherencia.
18. Despegar el papel protector del adhesivo del aro y colocar el aro ajustándolo al estoma y presionando con los dedos por unos segundos para asegurarse que se adhiera adecuadamente.

19. Colocar la bolsa ajustándola al aro por presión y cerrarla con pinza en el extremo inferior. Valorar que el sistema haya quedado hermético

20. Descartar el material y registrar en HC el procedimiento realizado, el estado del estoma y el funcionamiento de la ostomía.

RECOMENDACIONES PARA EL USUARIO OSTOMIZADO

- En cuanto al olor, los dispositivos disponibles en el mercado actualmente, evitan su salida, por lo que solo se percibiría durante el cambio.
- El usuario ostomizado no necesita seguir una dieta especial, salvo indicación médica por alteraciones asociadas, pero se recomienda realizar consulta con Lic. en Nutrición para orientación en el post operatorio mediato en el plan de alta.
- Luego de ser ostomizado, al retomar la vía oral debe masticar adecuadamente lo ingerido, e ir agregando gradualmente y en pequeñas cantidades, nuevo alimentos y evaluar la tolerancia a los mismos, hasta establecer una dieta normal. Siempre orientarse en la dieta con las indicaciones del médico tratante.
- Evitar ayunas y saltar comidas. Omitirlas aumenta la incidencia de evacuaciones acuosas y de gases.
- Beber líquidos (2 a 3 lts diarios) para mantenerse hidratado.

Alimentos que aumentan los gases y el mal olor:

- Legumbres.
- Cebolla y ajo.
- Coliflor, rabanito, pepino, brócoli.
- Frutos secos.

Alimentos que inhiben el olor:

- Manteca.
- Yogurt.
- Queso fresco.
- Cítricos.

Alimentos aconsejados:

- Frutas y verduras.
- Pescados y aves.
- Pastas y arroz.
- Leche y derivados.

BIBLIOGRAFÍA

Barrios E, Vassallo J.A, et. al. III Atlas de incidencia de cáncer en el Uruguay. Registro Nacional de Cáncer. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer [sitio web] Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer; 2010. [actualizado en Mayo 2013; acceso 9 de Mayo de 2013]. Disponible en: http://www.urucan.org.uy/uiilayer/ve/Atlas_Inc_2002_2006.pdf

Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Registro Nacional de Cáncer. Cáncer de Colo-Recto en Uruguay. Montevideo; período 2005-2009.

Ferreira, A. Proceso de atención al paciente ostomizado. Gestión de cuidados integrales. Estomas digestivos y urinarios. Montevideo: Psicolibros; 2011.

Bachelet V. The training of stomatherapy nurses. *Rev Infirm.* 2012; (181): 29.

Alvarenga P, Neide A. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(2):322-7.

Bachelet V, Collet G, Ribal A. The role of the stoma therapy nurse in the preoperative period. *Rev. Infirm.* 2012; (181): 25-6.

ESCENARIOS PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO: DESAFÍOS PARA UN ENFOQUE DE CALIDAD

Autores: Ferreira Umpiérrez, Augusto¹. Fort Fort, Zoraida².
Chiminelli Tomás, Virginia³.

I – Introduciendo a la temática.

La finalidad del cuidado de enfermería se ha adaptado a los requerimientos sociales y epidemiológicos, desde la atención a las alteraciones de salud de las personas, hasta la gestión del cuidado de los individuos, familias y comunidades.

En este sentido, Meleis plantea que la enfermera interactúa en la situación de cuidado de la salud con el ser humano. Las interacciones del cliente-enfermera están organizadas alrededor de algún propósito y la enfermera utiliza acciones deliberadas para causar o facilitar la situación de salud¹.

Cuidar en salud es el resultado de una construcción propia de cada situación, identificando alteraciones y necesidades, reales o potenciales, que tienen lugar en el proceso de salud-enfermedad de las personas destinatarias del cuidado.

Para Ortiz, cuidar es tratar de ayudar al ejercicio de la libertad, es crear un nuevo orden, un nuevo marco referencial, donde el sujeto vulnerable se reencontre y sepa a qué atenerse; porque, en definitiva, dejarse cuidar es un acto de confianza². En trabajos de Sanhueza, el cuidado es en la actualidad la idea que mejor nos interpreta y por lo que muchos decidimos estudiar esta profesión³.

Morse, Pepin, Benner y Krouac, citados por Zárate Grajales, afirman que el cuidado comprende una serie de aspectos que van desde lo afectivo, relacionado a la actitud y al compromiso, hasta lo técnico. Estos dos ámbitos no pueden ser separados para otorgar cuidados⁴.

Es necesario identificar la significación del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta perseguida. Además se afirma que “la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el qué del cuidado y el cómo de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de

creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones. Desde esta perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud”⁴.

Entonces, según lo expuesto, la práctica de la enfermería supone instrumentar un cuidado que sea contextualizado, desde una concepción enfermera, y orientado hacia lo que se realiza con la persona o en nombre de ella, más que lo que se hace a la persona (por ejemplo: una técnica) o para ella (por ejemplo: dar un medicamento). Desde esa óptica, el cuidado supone establecer una relación entre sujetos, en el cual alguien brinda el cuidado y el otro no solo lo recibe sino que también participa de él, dejando de lado un modelo de relación entre sujeto – objeto, para pasar a una relación sujeto-sujeto.

En el siglo XIX, Florence Nightingale realiza el primer intento de sistematización de la noción del cuidado. Establece que cuidar es un arte y una ciencia que exige una formación formal, siendo el papel de la enfermera poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él¹. En la década de los años cincuenta, Virginia Henderson desarrolla un modelo con el objetivo de definir la función de la enfermera, abordando un análisis histórico sobre el plan del cuidado de enfermería. Orem enuncia la teoría general del autocuidado, definiendo el cuidado como una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas¹.

Leninger, en los setenta, aborda el cuidado cultural, y Watson trabaja la filosofía y ciencia del cuidado destacándolo como el elemento central unificador de la práctica de enfermería: la esencia de enfermería¹. Es así que, a lo largo de los años, el cuidado se torna un constructo eje para la profesión.

¹ Doctor en Enfermería. Profesor Titular Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay. aufferrei@ucu.edu.uy

² Doctora en Enfermería. Profesora Agregada Facultad de Enfermería y

Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay.

³ Lic. En Enfermería. Profesora Adjunta Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay.

Cuidar a una persona, una familia o una comunidad significa establecer una relación de ayuda donde se debe dar respuesta a un número determinado de necesidades de salud. Para dar respuestas oportunas, es necesario poder gestionar un plan de acción, organizando las actividades a realizar, con base y fundamento científico. En esa línea, el acrecentar las habilidades en la gestión de cuidados encuentra hoy un terreno especial que ofrece oportunidades, siempre y cuando las expectativas de los profesionales de enfermería sean altas y acordes al nuevo modelo de atención en salud, que enfatiza la promoción de actividades con una visión integral del ser humano⁵. Ese campo de acción, supone que los profesionales enfermeros asuman el cuidado con un enfoque holístico, integral e integrado, dejando atrás la práctica tradicional de la enfermería que, en algunos casos, se alineó al enfoque biomédico, desgastando su rol y perdiendo el poder profesional.

Es necesario, entonces, proyectarse y asumir los desafíos como colectivo, con un enfoque de calidad, para el empoderamiento del rol de los enfermeros como gestores de cuidados, lo cual tiene que ver con varios aspectos, tornándose multifactorial el desarrollo de esta responsabilidad y función propia de la enfermería, a lo cual nos aproximaremos a continuación.

II – La gestión y el cuidado.

El cuidado y su gestión es un tema ineludible de la agenda de investigación actual. El envejecimiento y las enfermedades crónicas originan discapacidades que afectan la autonomía del individuo, dando paso a un mayor número de adultos y ancianos dependientes de la atención y el cuidado de los otros. Ambos fenómenos han permitido la visibilidad del cuidado⁶.

La relación entre cuidados y gestión, la articulación de estos dos aspectos de la enfermería, hacen fundamental un análisis respectivo a roles, autonomía, competencias y otros, que son abordados por autores como Marriner⁷.

El término gestión se relaciona con la idea no solo de administrar, sino también de conducir y diligenciar acciones con un fin predeterminado, tornándose un concepto más amplio. No alcanza con administrar sino que también hay que gestionar los cuidados, o sea, liderar, accionar, tomar parte, conducir. Esto supone poseer condiciones para enfrentar el esfuerzo que significa liderar a grupos heterogéneos, contar con experiencia profesional, ser creativo y ejercer el liderazgo, buscando siempre la actualización⁸.

Kérouac define la gestión del cuidado de enfermería como un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona. El rol de la enfermera gestora de cuidados consiste en dirigir

y dar apoyo a las personas que brindan los cuidados⁹.

Considerando lo anteriormente expuesto, encontramos entonces que una clara función del profesional de enfermería es administrar y diligenciar acciones para alcanzar el objetivo que busca la práctica de la enfermería. Este rol supone avanzar e interactuar en todas las etapas de un proceso administrativo - que comprende la planificación, la organización, la dirección y el control de los servicios - articulado con el proceso de enfermería, valorando, diagnosticando, planificando, ejecutando y evaluando los resultados¹⁰.

La dirección de los cuidados de enfermería debe tener una visión clara y explícita de la disciplina con el fin de contribuir de manera distinta a la solución de los problemas relativos a los cuidados, a los pacientes y su familia, y al personal de salud. Se tiene la responsabilidad de crear una cultura organizacional que favorezca su práctica, además de seleccionar prioridades, elaboración de políticas y selección del personal con las competencias necesarias. En ese sentido, gestionar cuidados significa ser responsable de proveer o encargarse de individuos que dependen de otros por sus condiciones o estado de salud².

La gestión, entonces, parece estar implícita en la definición del rol del profesional de enfermería y, desde esta área, se pueden abordar diferentes estrategias para articular aspectos relativos al desarrollo profesional. Pero la temática cobra especial importancia al lograr definir claramente las responsabilidades y autonomía que esto supone.

Gestionar los procesos del cuidado de enfermería supone la calidad en enfermería. Estos procesos son los que determinan que el cuidado de la salud se brinde de manera racional, oportuna, equitativa, eficiente; que minimice los riesgos al usuario y al equipo de salud, a la institución y a la comunidad; y que maximice el beneficio generado por la actividad integrada del equipo de enfermería y del equipo de salud en su conjunto⁵.

Lo expuesto implica considerar las dimensiones de calidad del cuidado que son: dimensión técnica (idoneidad profesional, procedimientos y equipos necesarios); seguridad (garantía de control de riesgos); servicio (humanización de la atención y características del lugar, accesibilidad, oportunidad, equidad y continuidad); dimensión ética. Además, supone tener en cuenta el uso racional de insumos propios de enfermería, el análisis de costos de los servicios producidos, y la satisfacción del usuario y del equipo de profesionales.

En su rol de gestor de cuidados, el profesional de enfermería definirá los procedimientos que deben ser empleados para brindar cuidados, las técnicas que utilizará para aprovechar y maximizar los recursos, además de evaluar los resultados esperados de la atención a los

usuarios. Se destaca que la gerencia del cuidado es el punto de equilibrio donde confluyen los conceptos, teorías, procesos, principios y elementos propios de cada área. Así mismo, articula la conducción del cuidado; la búsqueda de las posibles vías de acción para garantizar y proveer el cuidado y una concepción e internalización de los diferentes interrogantes que hacen que los enfermeros y enfermeras actúen, respondan y transformen la realidad en torno del proceso de salud-enfermedad⁵.

III – El contexto para la gestión del cuidado.

Parece ser relevante el rol como gestor de cuidados del profesional de enfermería, a la vez de quedar ciertamente claro que es una función inherente a su especificidad disciplinar. Sin embargo, estudios sobre el tema presentan visiones de la realidad no necesariamente articuladas entre la teoría y la práctica, lo cual supone un desafío profesional de relevancia para el colectivo.

En un estudio realizado en la ciudad de Curitiba, los autores concluyen que las enfermeras gestoras de cuidados de los centros investigados vivencian frustraciones e insatisfacciones en relación a sus funciones, especialmente porque no consiguen articular las actividades de gerenciamiento con las de cuidado directo. Las entrevistadas muestran tener algunos conocimientos teóricos sobre administración y gestión pero en la práctica no logran ejecutarlos. Además, el estudio destaca que las enfermeras sienten un conflicto entre lo que ellas idealizaban sobre su función y la que realmente desempeñan¹¹.

Ciertamente, existen factores que inciden en el desarrollo adecuado, competente y con independencia de la gestión del cuidado. Entre otros, se encuentran la formación profesional, el entorno o contexto donde las enfermeras ejercen sus funciones y las reflexiones sobre la autonomía profesional.

En cuanto a la formación de los enfermeros profesionales, Almeida afirma que la relación dialéctica entre educación, salud y enseñanza en enfermería, constituye un enlace que modela la formación del enfermero, cuyo conocimiento es imprescindible, tanto para los profesionales de la salud como para los de la enseñanza¹².

No obstante, el autor indica que en el diario desarrollo del proceso de enseñanza aprendizaje, tanto en la teoría como en la práctica, esta contextualización no siempre es efectiva debido a la resistencia dentro de la formación técnico-científica dirigida hacia el modelo bio-médico.

Según Martins, Nakao y Fávero, en la práctica profesional los enfermeros concentran la mayor parte de su tiempo en su función administrativa y se van distanciando del cuidado directo del paciente, donde parece ser que articular estas dimensiones es una tarea difícil.

Atribuyen que esa dificultad tal vez sea a consecuencia de la falta de preparación y a una manera desarticulada de la forma en que las instituciones de enseñanza abordan estos contenidos. En este estudio se buscó conocer las opiniones de un grupo realizando las entrevistas a recién egresados del curso de enfermería. Los resultados demostraron la dicotomía existente entre asistencia y gerencia en enfermería tanto en el mercado de trabajo como durante la formación profesional¹³.

Resck y Gomes dicen que la formación y la actuación de los profesionales de enfermería deben establecerse a través de procesos de trabajo en las dimensiones del cuidado, tanto gerencial como educativa e investigativa, construyendo caminos para el desarrollo de competencias, enfatizando una mayor interacción entre la enseñanza y el servicio. Los autores insisten en la necesidad de implementar la planificación conjunta de los sujetos involucrados en la formación y la praxis (estudiantes, docentes y enfermeras y enfermeros de los servicios de salud) integrando así la enseñanza y la actuación profesional. Se enfatiza en abordar estas dimensiones para poder asumir el rol de articulador del sistema, en los servicios y en la asistencia de salud¹⁴.

En esa línea, Do Santos, Merighi y Muñoz, concluyen un estudio sobre la experiencia de las enfermeras clínicas con estudiantes de enfermería, diciendo que la experiencia práctica es un proceso de relevancia y continuo de la formación de los estudiantes. La enfermera clínica, sus vivencias, sus puntos de vista, juegan un papel fundamental¹⁵.

Souza et al. perciben que el cuidado de enfermería está distanciado de la práctica profesional, dado que los enfermeros no siempre consiguen viabilizar acciones de enfermería en relación al cuidado individualizado de los pacientes. El énfasis en los procedimientos técnicos y de corte administrativo, mediante el cumplimiento de reglas y normas, tornan la actividad de enfermería como una actividad complementaria de otras profesiones¹⁶.

En relación a la formación permanente, Ferreira y Kurgant concluyen que son escasas las instituciones con una política formalizada de capacitación, entre otras áreas, la formación permanente para gerenciar sus equipos. En estos tiempos, parece ser imprescindible que las instituciones tengan planes de capacitación de sus recursos, por medio de una educación reflexiva y participativa. Sin embargo, no se encuentra aún una incorporación de esta prioridad en los contextos hospitalarios¹⁷.

Los profesionales de enfermería necesitan una formación adecuada para asumir las intervenciones relacionadas al proceso de gestión del cuidado y el proceso de enfermería, así como mayor implicación y responsabilidad en las acciones. Capacitarse podría permitir

asumir los roles con propiedad y fundamento, liderar y empoderarse como profesionales.

Se debe fortalecer la importancia del trabajo en equipos interdisciplinarios y apostar por la relación de ayuda como un proceso de crecimiento personal de los usuarios y profesionales, articulando mediante la gestión de los cuidados a todo el equipo, familia e institución¹⁸.

Esto puede facilitarse, o también obstaculizarse, dependiendo del sistema de salud y del modelo médico sanitario imperante, que condicionan el contexto donde se desarrolla el cuidado.

En cuanto al entorno, los contextos y ámbitos, donde los profesionales de enfermería desarrollan su rol como gestores de cuidados, son diversos; pero según algunos autores tienen elementos en común que afectan al desarrollo integral de esta competencia.

Las enfermeras responsables de la gestión del cuidado se enfrentan a grandes retos como el de ejercer su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos y, dentro de éste, resulta necesario buscar alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud.

La gestión de cuidados de enfermería está influenciada por los múltiples factores del entorno en el que se sitúa la acción de gestión y de las personas que otorgan cuidados. Es indudable que, con los cambios en la organización de la salud y los procesos de reforma en el sector, las instituciones sanitarias se han vuelto más complejas. Las restricciones financieras, el déficit de profesionales de enfermería, los altos costos, las condiciones de la práctica, la normatividad excesiva, la legislación, las exigencias de los usuarios con mayor educación e información, así como los cambios demográficos y epidemiológicos en salud, caracterizan hoy el entorno en el que se otorgan los cuidados.

En esa línea, el espacio en el cual ocurre la relación del profesional de enfermería con el usuario, con otros profesionales y con la organización, constituye e imprime determinadas características en el proceso de trabajo de enfermería y afecta a una de sus áreas fundamentales, la gestión del cuidado. En general, las intervenciones de enfermería llevan un tiempo mayor que las de otros profesionales sanitarios, para lo cual las instituciones no siempre brindan el espacio y tiempo adecuados.

Al recorrer estas conceptualizaciones, con una mirada global analizando los contextos regionales más cercanos y otros de carácter internacional más alejados, logramos una aproximación acerca de la profesión enfermería y el rol de gestor de cuidados, desarrollado en contextos particulares.

Por lo expuesto, observamos que la gestión del cuidado implica favorecer una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona en donde la enfermera desarrolla un papel fundamental, un rol que le genera expectativas en cuanto su función, área de trabajo, autonomía e identidad profesional.

IV – Algunas estrategias a modo de conclusión.

Las reflexiones expuestas sobre la gestión del cuidado y su abordaje desde la teoría y la práctica, muestran las dificultades que aún se presentan en este campo, presentándose algunos desafíos y proyecciones para abordarlas. Algunas propuestas para empoderar el ejercicio profesional pueden estar en la línea de:

- Discutir con el personal los valores, los conceptos y los objetivos de los cuidados.
- Promover entre los otros profesionales, pacientes y familiares la comprensión de las contribuciones de la enfermería para mejorar la salud individual y colectiva, a través de la investigación y la aplicación en la práctica.
- Explicar y comprobar que la intervención terapéutica de enfermería requiere utilizar más tiempo que las intervenciones de otros profesionales sanitarios.
- Mostrar que la enfermera utiliza la interacción, la relación de ayuda y sus recursos personales, evalúa integralmente al paciente con un enfoque diferente al del modelo biomédico.
- Centrar la gestión del cuidado en la salud más que en la enfermedad.
- Colaborar con la modificación de los sistemas de prestación de cuidados, latentes en varios países.

En numerosos eventos es frecuente escuchar que sin las enfermeras y enfermeros los sistemas de salud no operarían. Sin embargo, y pese a las evidencias del importante trabajo de la enfermería en beneficio de la salud, las instituciones, los pacientes y sus familias no siempre perciben el cuidado de enfermería como útil.

Mejorar el sistema de cuidados y atender a la calidad de los procesos supone necesariamente contar con dotaciones de personal de enfermería adecuadas. Si sucede lo contrario, no solo se afecta la calidad de los servicios, sino que también se pone en riesgo un componente esencial de la calidad: la seguridad de los pacientes.

Es imprescindible realizar investigaciones sobre los aportes de la profesión y desarrollar la gestión del cuidado a fin de asegurar propuestas basadas en evidencia científica. Elaborar estudios en donde se pueda mostrar cómo los servicios de enfermería profesional pueden incidir en indicadores de morbilidad y mortalidad,

tiempo de estancia hospitalaria, egresos, infecciones intrahospitalarias, satisfacción de usuarios, entre otros, es de relevancia para dar a conocer la rentabilidad social de la gestión del cuidado.

Para lograrlo, un desafío es dejar en el pasado los espacios tradicionales de la práctica, transformarla y saber regular las actividades rutinarias y la excesiva carga administrativa que alejan a la profesión de los cuidados.

Es importante destacar que las enfermeras sin lugar a dudas, pueden contribuir para modificar esta situación, dejando en evidencia la fuerza de trabajo de enfermería que, a pesar de las necesidades de dotación de personal profesional, trabaja y cuida muchas veces en escenarios complejos. Es soporte del sistema, brindando cuidados, mostrando efectividad en el trabajo diario, asumiendo o delegando el trabajo cuando las necesidades de personal lo imponen, gestionando estos procesos.

En nuestro contexto, impregnado del paradigma biomédico que se arraiga en el concepto de cura tomando al ser humano como objeto de sus acciones, el cuidado de enfermería no encuentra su sentido epistemológico más profundo. El alcance de metas emancipadoras de la profesión y el impacto sanitario social de las acciones, encuentra su lugar de desarrollo tomando como su esencia al cuidado y la interacción enfermera/o-paciente, enfermera/o-familia, enfermera/o-comunidad, res-

catando el cuidado humano. Para este rescate se hace necesario que comprendamos e interioricemos la intersubjetividad que se da en la relación entre quien brinda el cuidado y quien lo recibe y participa de él. En esta relación de sujetos, el gestor de cuidados debe entablar un proceso de crecimiento y aprendizaje para ambos, a la vez de expresar su sensibilidad, respeto por los valores y empatía, además de sus competencias técnico científicas, lo cual evidencia que no solo alcanza con estas últimas.

En ese contexto, el cuidado deja de ser una mera intervención indicada, para ser una relación de ayuda, interactuada en forma profesional, humana, más amplia, holística, dejando lugar a la creatividad, inscrita en el mundo de las relaciones sociales. Esta línea de acción es fundamental para que la profesión obtenga el poder del cuidado. El poder profesional será atribuido, entre otras cosas, por la capacidad de desarrollar estas competencias en la práctica, poder de conocimiento especializado y de relación terapéutica, que permitirá reorientar el ejercicio de la enfermería, atendiendo al desarrollo de la autonomía, tomando decisiones concernientes a su área de dominio. Este campo de dominio disciplinar debe integrarse a nuevos estilos de pensamiento, que se fundamenten en las interacciones humanas e interdisciplinarias, en el cual el trabajo colectivo, lejos de eliminar lo individual, lo redimensiona, atribuyéndole un valor inconmensurable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. 6ª ed. Barcelona: Mosby Doyma; 2007.
- Oritz, L. El acto del cuidar, profesión enfermera. Cultura de Cuidados. 2003; 18 (2): 92-8.
- Sanhuesa O. El cuidado: necesidad de investigar en Enfermería. Cienc. Enferm. 2001; 7(1): 13-22.
- Zarate Grajales R. La gestión del cuidado de Enfermería. IndexEnferm. 2004; 13(44-45): 42-6.
- Ibarra Mendoza X. Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. Cultura de Cuidados. 2006; 20 (8): 74-82.
- Robles Silva L. La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos: Un estudio cualitativo. Madrid: Ed. Universitaria; 2007.
- Marriner A. Guía de gestión y dirección en Enfermería. Barcelona: Elsevier; 2009.
- Balderas, M. Administración de los servicios de Enfermería. 4ªed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2005.
- Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
- Soto M. Papel de la enfermera en el hospital. En Administración Hospitalaria. 3ª ed. Colombia: Editorial Panamericana; 2008.
- Willi M, Lenardt M, Trentini M. Gerenciamento e cuidado em unidades de hemodiálise. Rev. Bras. Enferm. 2006; 59(2): 177-82.
- Almeida M. A enfermagem e as políticas de saúde. Revista Latino-Am. Enfermagem. 2004; 1(1): 53-62.
- Martins V, Nakao J, Fávero N. Atuação gerencial do enfermeiro na perspectiva dos recémegressos do curso de enfermagem. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2006; 10 (1): 101-08.
- Resck Z, Gomes E. La formación y la práctica gerencial del enfermero: caminos para una praxis transformadora. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008; 16(1): 71-7.
- Santos M do, Merighi MA, Muñoz LA. La experiencia de las enfermeras clínicas con estudiantes de enfermería: un análisis fenomenológico. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009; 43(3): 528-34.
- Souza A de, Muniz F, Silva L, Monteiro A, Fialho A. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. Rev. Bras. Enferm. 2006; 59(6): 805-07.
- Ferreira J, Kurcgart P. Capacitação profissional do enfermeiro de um complexo hospitalar de ensinonavição de seus gestores. Acta Paul. Enferm. 2009; 22(1): 31-36.
- Ferrer Pardávila M et al. Plan de cuidados y relación de ayuda. Cultura de Cuidados. 2004; 5(13): 132-42.

SECCIÓN III

Comentarios y Eventos

XII CONFERENCIA IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

9 AL 13 DE SETIEMBRE DE 2013

LAS REDES SOCIALES: ¿HERRAMIENTA DE DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO?

Autores: Barbieri, Analía¹. Ferreiro, M^a del Carmen². Rodriguez, Carolina³.

INTRODUCCIÓN

La XII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería es un evento de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) que reúne a cientos de enfermeros y enfermeras de diversos países. Se realizará en Montevideo, del 9 al 13 de setiembre, siendo la primera vez que nuestro país oficia como organizador de dicho evento.

ALADEFE fue fundada en el año 1986 constituida como una asociación integradora de intereses y propósitos solidarios la cual se plantea "como un recurso permanente para representantes de los países en la búsqueda de una integración funcional del desarrollo del personal de enfermería que promueva un diálogo permanente, tendiente a asegurar la colaboración y coordinación eficaz entre los distintos sectores, asociándolos para la planificación, toma y gestión de decisiones orientadas al desarrollo de los servicios y de los recursos humanos en salud." (ALADEFE, 2013).

El evento cuenta con una página oficial <http://www.aladefe2013conferencia.org/>, que tiene toda la información que se estima necesaria para los participantes.

Para la organización, se crearon varias comisiones de apoyo, una de ellas es la Comisión de Documentación y Audiovisuales integrada por las autoras de este artículo, que entre otras actividades definieron promover la difusión del evento.

En ese sentido, decidimos utilizar como herramienta de comunicación y difusión las conocidas y más utilizadas redes sociales: Facebook y Twitter.

Sin embargo, es conocida la controversia que se ha generado en cuanto al uso de estas redes con fines científicos.

En este artículo, la Comisión se propone como objetivo mostrar su experiencia, como ejemplo del alcance positivo que estas comunidades virtuales tienen, permitiendo la interacción entre la comunidad científica, los profesionales del área de la salud y eventualmente la sociedad en general.

FUNDAMENTOS

Hace años a nivel internacional y específicamente en América Latina se vive un proceso de cambios relacionados a los nuevos paradigmas de aprendizaje y producción del conocimiento.

Se jerarquizan los procesos de aprendizaje sobre los de enseñanza; incorporando Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), centrandose en la flexibilidad los modelos de cambio estructural del proceso de enseñanza y de aprendizaje y priorizando la difusión del conocimiento y el trabajo colaborativo.

En el proceso de formación continua y a lo largo de toda la vida se intentan reconstruir los ámbitos de libertad, responsabilidad, confianza y autonomía de los individuos. Esta flexibilidad está vinculada a cambios de diversa índole como ser económicos, científicos, tecnológicos, sociales, políticos, culturales contemporáneos, en sintonía con su realidad social, ya que las características de la región impulsan a los individuos a cumplir múltiples funciones al unísono, lo que conlleva a no poder dedicarse en exclusividad a una actividad.

El cambio de las características de los individuos impulsa un necesario cambio de las modalidades educativas, potenciando el estudio no dependiente, como plantea el constructivismo. La oferta educativa y de producción del conocimiento debe adaptarse a las características

¹ Unidad de Enseñanza Virtual de Aprendizaje, Facultad de Enfermería. Universidad de la República.

² Comisión de Investigación, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la

Salud. Universidad Católica.

³ Unidad de Enseñanza Virtual de Aprendizaje, Facultad de Enfermería. Universidad de la República.

y tiempos de los individuos, buscando desarrollar las herramientas que lo favorezcan y donde los individuos se encuentran e interactúan.

El área de la salud no escapa a estos cambios y en particular la enfermería. Múltiples son los artículos científicos en los últimos años sobre la aplicación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) a nivel asistencial por profesionales enfermeros y los mismos van en aumento. Se destaca en ellos los beneficios en previsión de servicios de salud a la población como herramientas de mejora en procesos de gestión del conocimiento y comunicación.

Como expresan Tejada y Ruiz, en su artículo Aplicaciones de Enfermería basadas en TIC, Hacia un nuevo Modelo de Gestión *“En este nuevo contexto, la prestación de servicios sanitarios a distancia mediante el uso de las tecnologías de la información y la comunicación por parte de los profesionales de enfermería comienza a ser clave en las políticas de mejora de la calidad del cuidado enfermero, en la comunicación y difusión de información entre los distintos profesionales, en la gestión del conocimiento e investigación y en una utilización más eficaz de los recursos humanos y de salud”*.

La innovación tecnológica en la educación puede renovar la capacidad de respuesta frente al cambio. La introducción de las tecnologías en la educación puede gestionar el conocimiento, mejorando las condiciones de comprensión de contenidos nuevos, asociados a los conocimientos previos de las personas.

Las redes sociales desarrollan competencias cognitivas especializadas y como expresa Jordi Adell (2012) ofrecen la oportunidad de generar nuevas formas de comunicación y relación, fundamentales en el mundo laboral y de participación.

Las redes sociales nos permiten comunicarnos con un contacto bidireccional, realizar comentarios, conocer, publicar y difundir.

Los usuarios de redes al inicio estaban acostumbrados a utilizarlas con fines de ocio. Es cada vez mayor el uso que se les da para el ámbito educativo y de difusión del conocimiento a nivel internacional.

Debemos aprender a acercarnos de una forma diferente a las redes e integrarlas a nuestros hábitos de aprendizaje y de acceso a la información.

Es por lo antes expresado que pretendemos difundir el conocimiento enfermero con base a este nuevo paradigma utilizando las redes sociales para ello.

METODOLOGÍA

Se generaron los espacios en las redes sociales men-

cionadas, siendo la dirección de Facebook: <http://www.facebook.com/ALADEFE2013> y el usuario de Twitter: @aladefe2013.

Para la creación se realizó un diseño utilizando las imágenes características de la conferencia y de nuestro país, para darle un contexto a la Conferencia en Uruguay.

Se incorporó en ambos sitios información de la XII Conferencia de ALADEFE, como han sido la bienvenida, el programa, los requisitos para la presentación de trabajos científicos, información de los seminarios y simposios, información de los auspiciantes, fotografías relacionadas al lanzamiento del evento y de los tours que los visitantes pueden realizar, entre otros temas relacionados.

La Comisión es responsable de generar nuevos materiales, responder mensajes y posteos de los usuarios.

Para evaluar la efectividad de ambas redes, se revisaron los datos estadísticos que las mismas proporcionan.

En el caso de la red de Facebook, la revisión se hizo a cuatro semanas de su apertura y por un período de una semana.

En cuanto a la cuenta de Twitter, su difusión fue más tardía y la evaluación corresponde a un periodo de treinta días.

RESULTADOS

A una semana de creada la página web en Facebook se contó con más de 60 seguidores que han escrito publicaciones y han compartido los contenidos con sus “amigos”.

A dos semanas, son 75, con un potencial de alcance de más de 400 en la semana, como se puede observar en la **Imagen N° 1**. Al hablar de potencial de alcance nos referimos al número de usuarios que han accedido a la información de la página de forma indirecta. En general lo observan a partir de la publicación de un usuario que es su amigo y sigue la página.

En la **Imagen N° 2** se observa la distribución demográfica de los “Me gusta”, según las variables sexo, edad y procedencia.

De estos datos, se destaca que un 85% de los seguidores son de sexo femenino y la mayoría se encuentran comprendidos en la franja etaria entre 25 y 54 años.

La procedencia, según países, es mayoritariamente de Uruguay.

En cuanto al alcance en el período de un mes, según los datos de la **Imagen N° 3**, se observa la misma tendencia en cuanto a que predomina el sexo femenino y el mismo grupo de edad.

IMAGEN N° 1

Resumen de datos de los usuarios.

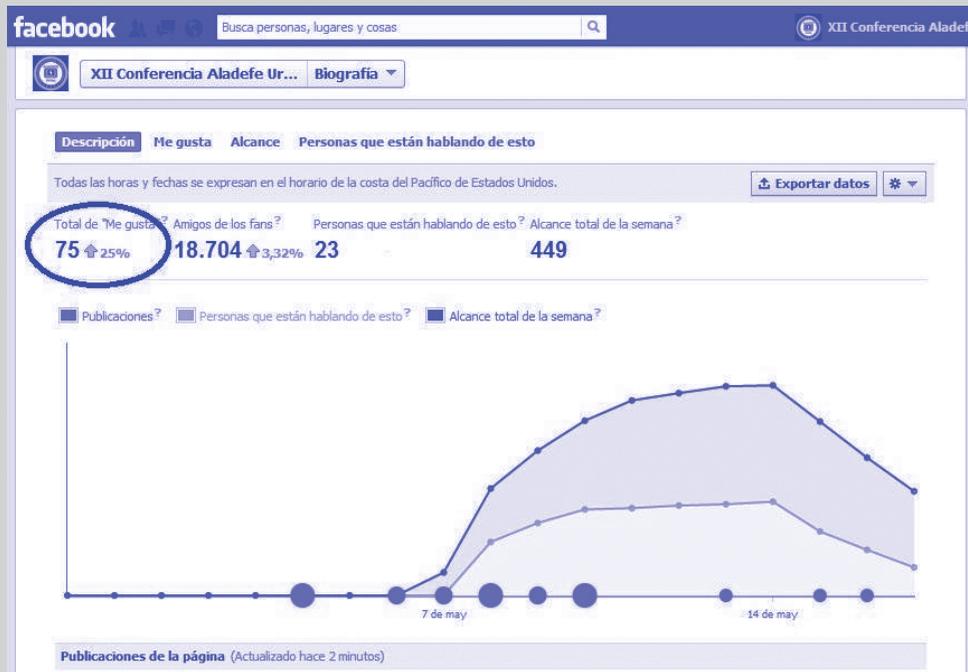


IMAGEN N° 2

Distribución de los "Me gusta".



IMAGEN Nº 3



En la **Tabla N° 1**, se puede observar los países de procedencia del alcance y la frecuencia del mismo, donde es de destacar el alcance en España, Brasil, Argentina, luego de Uruguay, que tiene la mayor cantidad de alcance.

Con respecto a Twitter, se cuenta con un total de ocho seguidores y se siguen a 48 usuarios de la red.

Se publicaron 12 tuits y se ha mencionado en cuatro por parte de los seguidores.

Se han retuiteado (compartir enlace o noticia que considera interesante) tres de los 12 tuits, y se hicieron cinco interacciones. Esto significa que los seguidores han comenzado difundir la información publicada e interactuaron con el usuario de ALADEFE.

CONCLUSIONES

De la evaluación realizada, podemos concluir que esta experiencia ha sido positiva en su principal objetivo, dado que en el breve plazo analizado se comprueba la alta adhesión de usuarios y la buena interacción con los mismos.

Se espera que, con el paso de los días y más aún, cuando se acerquen las fechas de la Conferencia, la sumatoria de "Me gusta" en Facebook, irá en aumento.

En cuanto a Twitter, la experiencia de otros eventos científicos da la certeza que también irá sumando a más seguidores. El mayor auge de la cuenta de Twitter será una vez que comience el evento propiamente dicho ya que se actualizará permanentemente durante la misma. Es una de sus principales funcionalidades, logrando transmitir las novedades y generando un vínculo de comunicación más estrecho con los usuarios.

TABLA N° 1

Alcance de usuarios según país de procedencia.

PAÍS	USUARIOS
URUGUAY	386
ESPAÑA	14
BRASIL	14
ARGENTINA	10
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA	6
MÉXICO	5
ITALIA	2
AUSTRALIA	2
NICARAGUA	1
VENEZUELA	1
IRAK	1
CANADÁ	1
EL SALVADOR	1
PERÚ	1
NIGERIA	1

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería <http://www.aladefe.org/> visto: 23/05/2013 9:49hs
 Rodríguez, C. (2011). TIC y la disciplina enfermera. Ponencia Congreso Uruguayo de Pediatría. Montevideo.
 Rodríguez, C. (2012). Redes sociales para el uso de la educación en

enfermería. Ponencia 63° Congreso de Cirugía Uruguay. disponible en <http://prezi.com/ypljpm0y-xvm/redes-sociales-para-el-uso-de-la-educacion-en-enfermeria/?kw=view-ypljpm0y-xvm&rc=ref-16371420>
 Tejeda, Ruiz. (2010). Aplicaciones de Enfermería basadas en TIC. Hacia un nuevo Modelo de Gestión. ENE, Revista de Enfermería 4(2):10-18

XIII CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA 2013.

IX CONGRESO URUGUAYO DE ENFERMERIA EN MEDICINA INTENSIVA 2013.

Se llevará a cabo los días 23 al 26 de Octubre de 2013 en el hotel Radisson Victoria Plaza, en la ciudad de Montevideo - Uruguay. El Programa Científico propone el abordaje de diferentes ejes temáticos: Bioética, Seguridad de Paciente, Infecciones en las Áreas Críticas, entre otros. Conjuntamente con estos temas queremos poner especial énfasis en los avances en la Enfermería en Cuidados Intensivos, contando con prestigiosos invitados extranjeros. El Comité Organizador invita a este encuentro, como participante y/o como expositor de trabajos científicos, en sus diferentes modalidades: tema libre, mesa redonda, posters.

Contactos:

Secretaría:

Lic. Enf. Esp. Silvana Larrude, slarrude@gmail.com

Secretaría Administrativa:

Atenea Eventos srl; Av. 8 de Octubre 2254 of. 405

Telefax: ++ 598 2 400 5444

E-mail: medicinaintensiva2013@atenea.com.uy

Web: www.atenea.com.uy

Montevideo – Uruguay

NORMAS

Editoriales

NORMAS EDITORIALES

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

La Revista solo acepta para su publicación artículos inéditos, reservándose los derechos exclusivos para la publicación de los trabajos seleccionados.

Los conceptos, juicios y opiniones contenidos en los artículos serán de responsabilidad de los autores.

Formato y envío de los trabajos

- Los escritos se realizarán en letra CAMBRIA tamaño 12, interlineado 1,5, con margen de 3 cm. en toda la página. Los anexos, las tablas, fotos u otras figuras, irán al final del cuerpo del trabajo.

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

- Se enviará el trabajo al Consejo Editorial de la Revista al correo electrónico enfciudadoshumanizados@ucu.edu.uy, en formato Word, para la revisión del mismo a doble ciego.

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

Normas para autores

Trabajos que se podrán presentar y normas exigidas:

- Artículos originales

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

- Otros trabajos a presentar

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

Pueden enviarse cartas al Director y notas cortas con un máximo de 2 páginas en las que se viertan opiniones sobre trabajos publicados o comentarios que se relacionen con la Revista.

Guía de organización para trabajos de investigación

- Cada sesión irá en hoja separada.

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

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

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

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

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

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

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

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

http://library.vcc.ca/downloads/VCC_VancouverStyle-Guide.pdf

Modelo de citas en el texto

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

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

Ejemplo:

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

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

Ejemplo:

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

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

d) Materiales de Internet:

Ejemplo de Revistas de Internet:

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

Ejemplo de Bases de Datos:

Cuiden [base de datos en internet]. Granada: Fundación

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

Ejemplo de Ley:

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

Ejemplo de un Organismo:

Consejo Internacional de Enfermeras. Modelos para el siglo XXI. Ginebra; 2002.

e) Fuentes inéditas, resúmenes, trabajos presentados en conferencias, congresos o simposios, no se consideran referencias apropiadas por lo que, si es absolutamente necesario citar fuentes inéditas difíciles de conseguir, se pueden citar en el texto entre paréntesis o como notas a pie de página.

Cualquier duda sobre la forma de presentar las referencias en el texto y la lista final de referencias consultar en: International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal: writing and editing for biomedical publication en: www.icmje.org

Autoría

Sólo deben constatar como autores quienes hayan tomado parte en el trabajo de manera suficiente como para responsabilizarse públicamente del contenido.

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

Sistema de Evaluación y Arbitraje

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

Consideraciones éticas

La Revista Enfermería: Cuidados Humanizados adhiere a los principios éticos universales como el contribuir al bien común con los aportes que la revista realice a la sociedad y en particular al conocimiento de la discipli-

na, igualdad de oportunidades de publicar artículos en igualdad de condiciones que cumplan con la normativa establecida previamente.

Rechaza cualquier tipo de discriminación individual o grupal, protege la discreción y confidencialidad al mantener en reserva el nombre de los autores de los trabajos recibidos, el nombre de los pares y los artículos seleccionados para la publicación, veracidad de la información otorgada y transparencia en todas las etapas

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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL AUTOR Y DERECHOS DE AUTOR

I) RESPONSABILIDAD DEL AUTOR

TÍTULO COMPLETO DEL ARTÍCULO EN LA LENGUA EN QUE HA SIDO ESCRITO

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

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

Firma del (los) autor(es)

Firma _____ Nombre _____ Fecha _____

Firma _____ Nombre _____ Fecha _____

Firma _____ Nombre _____ Fecha _____

II) TRANSFERENCIA DE DERECHOS DE AUTOR

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

Firma del (os) autor (es).

Fecha:

EDITORIAL GUIDELINES

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

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

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

Manuscript requirements

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

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

- Ships work to the Editorial Board of the Journal to email enfciudadoshumanizados@ucu.edu.uy, in Word format, to the revision of the double-blind.

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

Guidelines for authors

The journal accepts the following types of manuscripts:

- Original articles

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

- Other works to present

They can also publish articles related to methodological aspects of the research process, intervention projects, application of research findings, reflections or analyzes that relate to the process of scientific, research advances in process, updates on a topic of interest to the professional group, news of events related to the area of interest of the journal. Letters may be sent to the Director and short notes with a maximum of two pages that are discharged published reviews or comments that relate to the Journal.

Guide for research organization

- Each session will be on a separate sheet.

- **Title:** Must be placed on the first page, it must reflect what is in concrete work, in capital letters (in English, Spanish and Portuguese), with no more than 15 words, which preferably include descriptors. Full name of author / s. In the footer and numbers should be placed: profession, academic degrees and institutional organization to which they belong, country, city and email.

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

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

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

- **Results:** should be presented in a logical order and have a satisfactory statistical analysis (if applicable). The analysis of the data should be related to the problem, the objective variables and assumptions of the study. If you include tables or graphs should be attached on separate sheets, numbered and titled concise and clearly expressing its content, including them only if justified to clarify the data exposure.

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

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

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

according to their emergence. For more information see the document on the website:

http://library.vcc.ca/downloads/VCC_VancouverStyle-Guide.pdf

Model of citations in the text

Carry out the references at the end, as follows:

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

Example:

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

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

Example:

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

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

d) Internet Materials:

Internet Magazines Example:

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

Database Example:

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

Example of Law:

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

Example of an Agency:

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

e) Unpublished, abstracts, conference papers, conferences and symposia, are not considered appropriate refer-

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

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

Authorship

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

When sending a manuscript is required to be attached sheet Statement of the author and copyright confirming that the work is original, has not been published previously in print or electronic format and will not be submitted to another medium before meeting the decision of the magazine. In addition to the transfer of copyright to the Journal Enfermería: Cuidados Humanizados.

Evaluation System and Arbitration

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

Ethical Considerations

The Journal Enfermería: Cuidados Humanizados adheres to universal ethical principles as contribute to the common good with the contributions made to the magazine society and in particular the knowledge of the discipline, equal opportunities to publish articles on equal terms that meet predetermined rules.

Rejects any individual or group discrimination, protects the confidentiality and discretion withhold the names of the authors of the papers received, the name of the couple and the articles selected for publication, accuracy of the information provided and transparency in all stages of the selection process and publication of selected articles. Magazine Nursing: Care Humanized research assumes that each post after fulfilling the requirement to be evaluated by the appropriate ethics committee, being so clearly stipulated the procedure for obtaining informed consent. Thus there is evidence that ensured the anonymity and confidentiality of the people involved in the investigation.

RESPONSIBILITY STATEMENT OF THE AUTHOR AND COPYRIGHT

I) RESPONSIBILITY OF THE AUTHOR

FULL TITLE OF ARTICLE IN THE LANGUAGE IT WAS WRITTEN

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

- The content is original, has not been published or is being considered for publication in another journal, either in paper or electronic format.
- The author (s) (s) meet (s) the criteria for authorship mentioned herein.
- The editorial board has no liability for the information in this article.

Signature _____ Name _____ Date _____

Signature _____ Name _____ Date _____

Signature _____ Name _____ Date _____

II) TRANSFER OF COPYRIGHT

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

Signature of author (s).

Date:

NORMAS EDITORIAIS

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

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

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

Formato dos trabalhos

- A letra escrita CAMBRIA será no tamanho 12, espaçamento entre linhas 1,5, margens de 3 cm. através da página. Os anexos, tabelas, figuras ou outras figuras, aparecem no final do corpo de trabalho.

- O texto não deve ter mais de 12 páginas por atualizações de artigos e resenhas, 20 páginas para a pesquisa, 10 páginas para os avanços das pesquisas atuais e duas páginas para outras publicações.

- Enviado trabalhar para o Conselho Editorial do Jornal de enviar e-mail enfciudadoshumanizados@ucu.edu.uy, em formato Word, para a revisão do duplo-cego.

- Se houver conflitos de interesse de todos os autores devem notificar as autoridades do Jornal.

Normas para autores

Trabalhos que podem ser apresentados e exigidos padrões:

- Artigos Originais

Eles consistem de título e resumo em Inglês, Espanhol e Português, com base em palavras-chave quatro Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>) introdução, material e métodos, resultados; discussão, conclusões, referências.

- Outros trabalhos para apresentar

Eles também podem publicar artigos relacionados a aspectos metodológicos do processo de pesquisa, projetos de intervenção, a aplicação dos resultados da investigação, reflexões e análises que se relacionam com o processo de avanços científicos, pesquisas em processo, atualizações sobre um tema de interesse para o grupo profissional, notícias de eventos relacionados com a área de interesse da revista. Cartas podem ser enviadas para o director e notas curtas com um máximo de duas

páginas que são descarregadas comentários publicados ou comentários relacionados com o jornal.

Guia para organização de pesquisa

- Cada sessão será em uma folha separada.

- **Título:** deve ser colocado na primeira página, deve refletir o que é no trabalho concreto, em letras maiúsculas (em Inglês, Espanhol e Português), com não mais de 15 palavras, que de preferência incluem descritores. Nome completo do autor / s. No rodapé e números devem ser colocados: profissão, graus acadêmicos e organização institucional a que pertencem, país, cidade e e-mail.

- **Resumo:** Navios em Espanhol, Inglês e Português. Ele deve conter objetivos, metodologia, resultados, conclusões e palavras-chave, em um máximo de 250 palavras escritas.

- **Introdução:** Deve conter pelo menos: **a)** um problema que descreve os problemas específicos de pesquisa e estudo e serão abordados. Formulação da verificação de antecedentes que eo porquê de pesquisa, **b)**, o que justifica a pesquisa, com citações que dão reconhecimento a estudos anteriores, que se referem especificamente ao trabalho; **c)** Os objetivos, a declaração formal da finalidade .

- **Métodos:** paradigma que se encaixa no universo de pesquisa, de seleção de amostra, instrumentos e procedimentos utilizados, o processo de coleta e análise de dados, descibíéndolos precisão. Quando a pesquisa envolvendo seres humanos, indicar se autorizações foram obtidas e os padrões éticos estabelecidos por um comitê de ética.

- Os **resultados** devem ser apresentados em uma ordem lógica e ter uma análise estatística satisfatória (se aplicável). A análise dos dados deve ser relacionado para o problema, as variáveis objetivas e premissas do estudo. Se você incluir tabelas ou gráficos devem ser anexadas em folhas separadas, numeradas e intitulado de forma concisa e expressando claramente o seu conteúdo, incluindo-os somente se justifica para esclarecer a exposição dos dados.

- **Discussão:** enfrenta com base nos objetivos e resultados e comparados com a evidência existente sobre o assunto. Adicionar especialmente os novos aspectos que emergem do estudo.

- **Conclusão:** Deve expressar o nível de realização dos objetivos, a generalização, limitações do estudo e as recomendações ou projeções.

- **Referências:** Só que referência citada no corpo do artigo. Sugerimos nada menos que 15 referências, a maioria com mais de cinco anos de publicação. Você deve usar o estilo "Vancouver", em que as referências devem ser citadas no texto por números consecutivos entre parênteses de acordo com a sua emergência. Para mais informações, consulte o documento no site:

http://library.vcc.ca/downloads/VCC_VancouverStyle-Guide.pdf

Modelo de citações no texto

Efectuar as referências no final, como se segue:

a) Os artigos de autores individuais. Eles escrevem os nomes e iniciais dos primeiros seis autores e se mais é adicionado à expressão ... "et al."

Exemplo:

Medrano MJ, Cerrato E, R Boix, Delgado-Rodriguez M. Fatores de risco cardiovascular na população espanhola: metanálise de estudos transversais. *Med Clin (BARC)*. 2005, 124 (16): 606-12.

b) Livros. Deve incluir os sobrenomes e iniciais de todos os autores (editores, compiladores, etc.) Ou um nome da entidade, título, número da edição, local de publicação, editora e ano. Números de volume possivelmente adicionados e páginas vistas, número e número de série.

Exemplo:

Balderas, M. *Serviços de administração de enfermagem*. 4th ed. México: American Mc Graw Hill, 2005.

c) Outros materiais, siga as indicações para citar um livro, especificando fonte (autor ou instituição), título, descrição do material, preparação ou emissão e data.

d) Materiais de Internet:

Internet Revistas Exemplo:

Francês I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Psicocognoscitiva estimulação na demência. Em *Sisa. Sanit. Navar*. [Online revista] Setembro-Dezembro de 2003 [acessado em 19 de Outubro de 2005], 26 de março. Disponível em: [ttp://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis.html](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis.html)

Exemplo de banco de dados:

Tome cuidado [banco de dados on-line]. Granada: Índice Fundação [atualizado em abril de 2004, Dezembro de acesso 19, 2005]. Disponível em: <http://www.doc6.es/index>

Exemplo de Direito:

Colômbia. Lei n° 266, de 25 de janeiro de 1996. Regulamentação da profissão de enfermagem na Colômbia. *Diário Oficial* n° 42.710, 5 de fevereiro de 1996.

Exemplo de uma agência:

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

e) não publicados, resumos, textos de conferências, congressos e simpósios, não são consideradas referências apropriadas então se você absolutamente deve citar fontes inéditas difíceis de encontrar, podem ser citados no texto entre colchetes ou notas de rodapé página.

Quaisquer dúvidas sobre a forma de apresentar as referências no texto ea lista final de referências em: Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos. Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a *Jornal Biomédica*: escrevendo e editando para publicações biomédicas em: www.icmje.org

Autoria

Deve-se observar como os autores que participaram suficientemente do trabalho de publicamente assumir a responsabilidade pelo conteúdo.

Ao enviar um manuscrito é necessário para ser Declaração folha anexa do autor e direitos de autor, confirmando que o trabalho é original, não foi publicado anteriormente em formato impresso ou eletrônico e não vai ser submetido a outro meio antes de reunião a decisão da revista. Além da transferência de direitos autorais para a Enfermagem: cuidado humanizado.

Sistema de Avaliação e Arbitragem

O Conselho Editorial da Revista recebe trabalhos de autores, a avaliação dos processos que atendam às mesmas exigências de arquivamento formais descritos acima. Em seguida, enviá-los a pelo menos dois revisores, um nacional e um internacional. Pode ser concedida a aceitação da pesquisa, com sugestões de aceitação ou rejeição de artigos. Estes resultados serão comunicados imediatamente ao autor principal, através de um e-mail, a partir do editor.

Considerações éticas

Enfermagem Magazine: adere cuidado humanizado para princípios éticos universais como contribuir para o bem comum com as contribuições para a sociedade de revista e em particular o conhecimento da disciplina, igualdade de oportunidades para publicar artigos em igualdade de condições que atendam predeterminado regras.

Rejeita qualquer indivíduo ou grupo discriminação, protege a confidencialidade e descrição reter os nomes dos autores dos trabalhos recebidos, o nome do casal e os artigos selecionados para publicação precisão, as informações fornecidas e transparência em todas etapas do

processo de seleção e publicação de artigos selecionados. Enfermagem revista: pesquisa Atenção Humanizada assume que cada post depois de cumprir a exigência de ser avaliado pela comissão de ética adequada,

sendo tão claramente estipulado o procedimento para a obtenção do consentimento informado. Assim, não há evidência de que assegurado o anonimato e confidencialidade das pessoas envolvidas na investigação.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO AUTOR E DIREITOS AUTORAIS

I) RESPONSABILIDADE DO AUTOR

TÍTULO COMPLETO DO ARTIGO NO IDIOMA EM QUE FOI ESCRITO

O (s) autor (es), que, na parte inferior deste documento assinatura (n) indica

- O conteúdo é original, não foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, seja em papel ou em formato electrónico.
- O autor do (s) (s) cumprir (s) os critérios de autoria aqui mencionados.
- O conselho editorial não tem responsabilidade pelas informações contidas neste artigo.

Assinatura (s) autor (es)

Assinatura _____ Nome _____ Data _____

Assinatura _____ Nome _____ Data _____

Assinatura _____ Nome _____ Data _____

II) TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Declaro que em caso de aceitação do artigo, concordo que os direitos autorais são transferidos para a Enfermagem: Atenção Humanizada, portanto, não reproduzida no todo ou em parte, em qualquer forma ou meio de divulgação impressa ou eletrônica sem autorização prévia.

Assinatura do (s) autor (es).

Data:

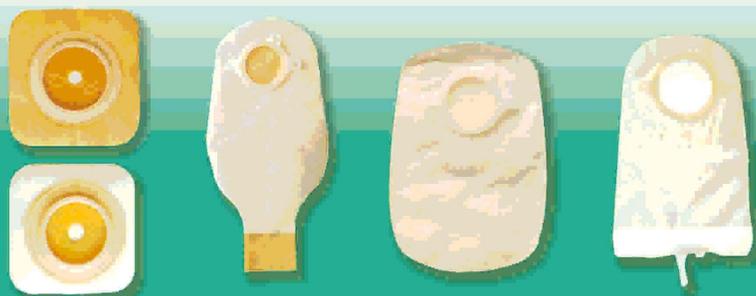
No es fácil decirle
a una persona
que su vida
va a cambiar...

Sur-Fit® Plus

hace la diferencia

Sistema que ofrece:

- Alta gama de dispositivos para el cuidado de las ostomias en 2 piezas
- Ajuste hermético entre bolsa y aro
- Cómoda adaptación a estomas de difícil manejo
- Fácil aplicación y remoción
- Protege al estoma y evita la irritación de la piel
- **Mejor relación costo-beneficio**



Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud

Carreras de grado

Licenciatura en Enfermería
Licenciatura en Psicomotricidad
Licenciatura en Nutrición
Licenciatura en Fisioterapia

Diplomas

Lactancia Materna y Alimentación del Niño Pequeño
Procesos de Desarrollo Psicomotor Infantil

Postgrados de Especialización

Enfermería en Block Quirúrgico, Anestesia y Central de Esterilización
Enfermería en Cuidados Intensivos del Adulto
Enfermería en Urgencias y Emergencias Hospitalarias
Enfermería Geriátrica y Gerontológica
Enfermería Oncológica
Gestión de Servicios de Salud
Salud Comunitaria en el Marco de la Atención Primaria de Salud

Maestría

Atención Temprana