

Febrero de 2015 - Año 1 - Número 1

***Cuaderno
Electrónico
de
Enfermería***

**Universidad de la República
CENUR Litoral Norte
Regional Norte Salto
Facultad de Enfermería**

Con el apoyo de:

Asociación de Formación Online del Uruguay

Decana

Lic. Mercedes Pérez

Dirección Académica

Lic. Neris González

Responsables de edición:

Dra. María del Carmen Silva

Lic. Andrea Princisgh

Índice

<i>Presentación.....</i>	3
<i>Enfoque de la calidad en la administración. Didier Roascio.....</i>	4
<i>La relación asistencial como espacio interactivo de aprendizaje 2011 - 2012. Fase 1. Mag. Celia Cocco; Mag. Alice Zunini; Lic. Gladys Acuña; Lic. Ruth Díaz.....</i>	13
<i>Mitos y creencias de la lactancia materna en las puérperas. Servicio de Maternidad del Hospital Regional Salto. Año 2012. Lic. Blanca Cerecetto; Lic. Liz Artuzamunoa; Lic. Ruth Díaz; Lic. Analía Ignatov; Lic. Laura Morales.....</i>	24
<i>Modelo de cuidados gerontológicos: aplicación y seguimiento a un grupo de mayores en comunidad. Lic. Shirley Teresita Ghizzoni; Lic. Elián Suhr; Lic. Raquel Díaz; Lic. Graciela Pérez.....</i>	32
<i>Normas para los autores.....</i>	39

Presentación

Es con satisfacción que anunciamos la publicación del primer número de la Serie de Cuadernos Electrónicos de Enfermería del CENUR Litoral Norte Regional Norte Salto, como un espacio académico que pretende difundir trabajos de enfermería, reflexiones e investigaciones sobre las labores vinculadas a la enseñanza, investigación y extensión.

Ha sido nuestro propósito poner a disposición del colectivo y así someternos a su juicio las experiencias académicas y producción de la Licenciatura en Salto, es así que publicamos en el año 2008 “A diez años de la Licenciatura en Salto” un compendio académico que registra antecedentes y desarrollo y contribuye a comprender la descentralización como herramienta fundamental para la gestión universitaria.

En el año 2011 la publicación “Experiencia de innovación universitaria en el desarrollo de la Licenciatura de Enfermería -Modulo Enlace Complementario Online” describe la inclusión de tecnologías y dispositivos digitales aplicados a la enseñanza, los alcances de la misma y la reflexión de los actores implicados; estudiantes y docentes. Estamos finalizando la edición de la Segunda Publicación que da cuenta del Componente III de enseñanza complementada por innovación en tecnologías de la Información y Recursos Educativos Abiertos.

Lanzar un primer Cuaderno nos llena de satisfacción y promover la publicación semestral de los mismos es un desafío que asume con gusto este colectivo docente comprometido y consciente de la responsabilidad social que conlleva la función en general y en particular en la formación de profesionales para el cuidado de la salud.

Lic. Neris González



Enfoque de calidad en la Administración



Lic. Didier Roascio Mirasson

Enfoque de calidad en la Administración

Resumen

Las exigencias de los procesos de modernización y reformas del estado introducen en la gerencia hospitalaria la dimensión de la eficiencia de la gestión como complemento de la eficacia y efectividad clínicas y como requisito de la política de equidad.

El nuevo paradigma en la gerencia de las empresas prestadoras de asistencia se orienta a cumplir con las políticas públicas de salud, maximizar la efectividad de la atención y la satisfacción de los usuarios, con los menores costos financieros posibles que les permitan ser rentables y puedan alcanzar los objetivos y las metas de producción con calidad.

Palabras clave: calidad, equidad, administración, cliente, sanidad

Concepto de calidad

Distintos autores han definido el concepto de calidad; para el Dr. Ishikawa “es desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto o servicio que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor”.

Implica el proceso conciente y deliberado de iniciar e ir desarrollando el producto o servicio que se ajuste a lo que el cliente quiere, para satisfacer sus necesidades. Pero no basta con el diseño sino que hay que llevarlo a la práctica.

Feigenbaum dice que “Es un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo, mantenimiento y mejoramiento de la Calidad realizado por los diferentes grupos de una organización, de modo que sea posible producir Bienes y Servicios a los niveles más económicos y que sean compatibles con la plena satisfacción de los clientes.

La definición de este autor tiene similitudes con la de Ishikawa, pero pone de manifiesto que la calidad es un esfuerzo que deben realizar los distintos grupos de una organización. Si analizamos la estructura de las instituciones de salud encontramos tres niveles de administración.

El nivel Estratégico es donde se encuentran los directivos de la institución, que puede estar representado por un cuerpo colegiado de gobierno y administración. Tiene a su cargo la gestión de la institución de manera que pueda cumplir por un lado, con la función social para la cual fue creada, que es a lo que se dedica la empresa y por otro lado a la función económica que es la de ser eficiente en el manejo de los recursos financieros y rentable para sus inversores.

En este nivel se definen las políticas de la institución, que son las líneas hacia donde se orienta la empresa; se establecen los planes que se llevarán adelante y se trazan las estrategias para conseguirlo.

El nivel táctico es el nivel de gestión medio, está representado por los jefes de servicios, su función es hacer que se hagan efectivas las decisiones que se toman en el nivel estratégico.

El nivel operativo es donde se llevan a cabo las actividades concretas que caracterizan a la empresa en el ámbito de su competencia. En el caso de los servicios de salud es la prestación de asistencia a la salud de los usuarios.

Feigenbaum entiende que la calidad se desarrolla en cada uno de esos niveles y en cada uno de esos grupos y que no es algo externo que se compra o se trae de otras instituciones y se implanta.

La calidad se diseña y se hace a la medida del cliente al cual van dirigidos los servicios; es una filosofía de actuación que debe impregnar la empresa desde el nivel estratégico hasta el nivel operativo. Podríamos decir que cada persona, no importa en qué nivel de administración se encuentre ni la función que cumple, hace la calidad.

Principios de la calidad

Equidad - es un principio de justicia distributiva; en el acceso a los beneficios que ofrece la institución prestadora de asistencia. Pero también que la asistencia que se presta al usuario sea la que él necesita. Para lo cual es necesario que los recursos que la institución pone a disposición de la atención deben ser acordes al nivel de calidad que la institución haya decidido brindar.

El recurso humano debe estar en cantidad y calidad de acuerdo a la complejidad y al nivel de dependencia del usuario.

Los recursos materiales, la infraestructura y la tecnología deben estar en cantidad y calidad acordes a los procesos que se quieren desarrollar.

Eficacia - Implica combinar y aplicar en condiciones ideales recursos humanos y tecnologías para producir un impacto en la situación de salud de un usuario o población.

Eficiencia - Se refiere a la aplicación de los recursos de tal manera que pueda obtenerse el mejor producto o resultado al menor costo posible. Por lo cual es necesario estudiar los diferentes procesos con el fin de establecer el costo-beneficio de las distintas actividades.

Satisfacción del cliente - Supone prestar servicios que produzcan la satisfacción del usuario y que sean compatibles con la dignidad humana y sus valores personales.

La calidad es un concepto complejo y podría desagregarse para su comprensión en una serie de dimensiones.

Dimensión técnica. Consiste en la mejor aplicación del conocimiento y la tecnología disponible a favor del usuario. Esta dimensión es fundamental ya que comprende al capital más importante que una empresa tiene, que son las personas que trabajan en la institución

y son las que tienen la capacidad intelectual para obtener y aplicar conocimientos y tecnología.

El primer paso para ello es que los profesionales, técnicos y auxiliares deben tener la competencia técnica necesaria (capacitación formal y experiencia) para ocupar los cargos y desempeñar las funciones inherentes a los mismos.

Segundo desarrollar el conocimiento mediante la formación continua a través de cursos de actualización o especialización y la investigación.

Tercero las personas deben estar actualizadas en cuanto a las últimas tecnologías que se encuentren disponibles para la prestación de asistencia y desarrollar habilidades en el manejo de esas tecnologías.

Esas son condiciones necesarias para poderlas aplicar adecuadamente al usuario de los servicios y hablar de calidad.

Dimensión de seguridad. Se mide por el riesgo que acarrearán los servicios ofrecidos al paciente. La seguridad del usuario no solo depende de su condición de salud, sino que esta fuertemente determinada por la dimensión técnica.

La seguridad está dada por la competencia técnica que tienen las personas, la estrategia elegida y la destreza con que se aplique, es decir como se combinan las personas y los medios materiales para llevarlas adelante y los resultados que se obtienen en la aplicación de las mismas (eficacia)

Dimensión del grado en que el servicio satisface las necesidades sentidas del usuario, se refiere al juicio valorativo que el usuario hace de la atención que recibe en relación a sus expectativas y valores personales. Comprende por un lado el trato, tiempo de espera, respeto por su intimidad; autores como Donabedian consideran que "la relación interpersonal con el paciente y las características del lugar en que se preste la atención deben reflejar respeto por el paciente y permitir privacidad y comodidad".

Por otro lado el usuario es capaz de percibir la calidad técnica, aún sin tener conocimientos en materia de salud, puede evaluar a quienes lo atienden desde su perspectiva, valores y contexto sociocultural al cual pertenece.

Eso lo percibe a través del nivel de profundidad en las explicaciones que recibe a sus preguntas, en el nivel de seguridad que observa en la realización de procedimientos y en las habilidades en el manejo de las técnicas y tecnologías de quienes lo atienden.

La última dimensión es la de costo relacional de la atención. Entendiendo su estrecha relación entre la utilización de recursos humanos y los medios materiales, infraestructura y tecnología con los beneficios y los riesgos que se derivan de ella.

Mejorar la calidad implica dotar de los recursos humanos y materiales que son necesarios y esta inversión puede redundar en un aumento de los costos.

El no contar con los recursos esenciales que deben estar presentes para llevar adelante las actividades, el uso innecesario o inadecuado de las personas y los medios materiales, aumentan los costos sin acrecentar la calidad, o incluso lo que es peor caemos en la no calidad, ineficiencia, ineficacia, insatisfacción del cliente no rentabilidad de la empresa.

La calidad es un concepto relativo que expresa las características que debe tener un determinado insumo (recurso humano y material), proceso o resultado.

Se entiende como proceso el ordenamiento de actividades en lugar y tiempo que tiene un principio con insumos y resultados claramente definidos para un determinado cliente.

Según Cuesta Gómez, la calidad de un producto o servicio es el grado de aproximación de cada una de sus características a las de su prototipo.

Para Juran, la calidad es “Hacer lo Correcto” “de la Manera Correcta”.

“*Hacer lo correcto*” mediante el desempeño de distintas actividades que realizan las personas y el uso de medios materiales que permiten dar respuestas a lo que necesita el cliente.

En las instituciones de salud se desarrollan tres tipos de actividades de las cuales depende la atención al usuario o cliente.

Actividades *sustantivas* son aquellas que se realizan directamente sobre el usuario o cliente y que caracterizan a la empresa. En el caso de los servicios de salud es la prestación de asistencia de enfermería y médica.

Actividades *de apoyo a las actividades sustantivas* son las que proveen de los insumos necesarios o servicios complementarios para la atención directa al cliente. Dentro de estas se encuentran el departamento de alimentación, laboratorio, imaginología, hemoterapia, fisioterapia, farmacia, lavadero, limpieza, mantenimiento entre otros.

Actividades *administrativas* son aquellas que dan soporte logístico a las dos anteriores. Aquí se encuentran admisión, archivo, estadísticas, compras, contaduría y las de gerencia. Para que los servicios de salud sean efectivos, es necesario que la cantidad y calidad de los recursos humanos y materiales con los que se cuenta para prestar la asistencia, sean los que necesita el cliente para resolver sus necesidades de salud.

“*De la manera correcta*” para ello se deben definir las mejores prácticas de atención, mediante normas de actuación técnica y administrativas con el aporte de cada uno y el consenso de todos los que participan en el proceso asistencial, por tanto la calidad se diseña.

Se hace definiendo *estándares de calidad* que son declaraciones escritas de los requisitos y exigencias previamente conocidos y aceptados, que expresan un consenso sobre la mejor manera de organizar y ejecutar las acciones que conduzcan a la obtención de resultados óptimos, con los cuales medimos los servicios que se prestan.

Se utilizan indicadores que son herramientas cuantitativas expresadas en porcentajes que permiten medir el desempeño en un momento dado, ver su tendencia en el tiempo o comparar los servicios con otras empresas.

Los *protocolos de atención* son exposiciones escritas donde se describe las acciones ordenadas que han de llevarse cabo en una serie de circunstancias determinadas, da directrices para la toma de decisiones y específica quien debe ejecutar las acciones.

Los *manuals de técnicas y procedimientos* son exposiciones escritas donde se detallan las tareas, los pasos a seguir, los recursos materiales a utilizar y como se deben hacer

La calidad de los servicios que presta la institución dependerá entonces de la coherencia que las actuaciones tengan con las definiciones hechas para el proceso asistencial al usuario en los manuales de calidad.

Para que esa coherencia pueda darse en los diferentes procesos que la institución lleva adelante, entre personas que desarrollan distintas actividades, con distintos niveles de preparación y desempeño de funciones, es necesario trabajar con valores.

Los valores son elecciones estratégicas con respecto a lo que es adecuado para conseguir los fines de la institución y que condicionan las actitudes de todos los que desarrollan actividades en la empresa.

Son una herramienta que permite simplificar y encauzar la complejidad, orientar hacia donde va la empresa en el futuro y desarrollar el compromiso por un rendimiento profesional de calidad en el día a día.

Los valores permiten dar forma humanizada al propósito estratégico básico de la empresa que es sobrevivir obteniendo los máximos beneficios económicos, generando compromiso colectivo.

Hay dos tipos de valores:

Los *valores finales* son los principios explícitos que orientan a la empresa y se expresan en su misión y visión.

La misión por un lado tiene que explicitar a que se dedica concretamente la empresa en la sociedad (finalidad social), es decir su razón de ser. Por otro lado su finalidad económica en cuanto a su eficiencia en el manejo de los recursos que se le asignan y la de ser rentable para sus inversionistas, si es una empresa privada.

La visión es la visualización colectiva del futuro al que se desea llegar. Crear una imagen mental colectiva de hacia dónde debe y quiere ir la empresa en un futuro a medio y largo plazo.

Los *valores operativos* son los principios explícitos de acción que regulan la conducta cotidiana de las personas durante la realización de las actividades propias de la empresa para llegar a conseguir los valores finales.

Hay calidad cuando hay *consenso y compromiso de toda la organización* en el desarrollo de esos valores y cuando *se demuestra que hay coherencia directiva* entre lo que se piensa y lo que se hace.

A la calidad no solo hay que diseñarla, sino que hay que garantizarla llevándola a la práctica a nivel operativo.

Existen mecanismos que permiten asegurarla.

Mecanismos de regulación externa de la calidad

Aquí encontramos la licencia o habilitación, la certificación y la acreditación.

Licencia o Habilitación- proceso mediante el cual una autoridad gubernamental otorga el permiso a un profesional o a una organización de salud para ejercer o prestar servicios de salud. Asegura que se cumpla con los estándares mínimos para proteger la salud y la seguridad pública. Es de carácter obligatorio.

Certificación- Proceso mediante el cual una organización gubernamental o no gubernamental (autorizada) evalúa o reconoce a una persona o institución porque cumple con los requisitos o criterios preestablecidos.

Si es una persona por haber realizado una capacitación adicional, si es una organización por tener o haber incorporado servicios, tecnología o capacidad adicionales a otros. Es de carácter voluntario puede certificarse toda la institución o parte de ella.

Acreditación- Proceso formal por medio del cual una organización reconocida, externa a la institución a ser acreditada, evalúa y reconoce que una organización de salud cumple con los estándares óptimos que han sido diseñados previamente y publicados. Es de carácter voluntario y periódico.

Mecanismos de gestión interna de la calidad

Se requieren acciones continuas de revisión de su sistema de atención pues ahí se encuentran los factores fundamentales de la buena o mala calidad.

Para ello se necesita realizar el control de calidad que es la medición del desempeño de un proceso por medio de indicadores que ayudan a:

1. Vigilar que los estándares o normas se cumplan según como están estipulados.
2. Verificar el logro de los objetivos
3. Desarrollar actividades de mejoramiento

El control de calidad se realiza por medio de la monitorización y la evaluación de los procesos.

Monitorización

A nivel estratégico - es verificar en forma periódica el cumplimiento de los estándares con macro indicadores que analizan los datos globales de la Institución como ingresos, altas, índice de ocupación de camas, actividad operatoria, balance económico financiero.

A nivel táctico - analiza en forma continua el desempeño de los procesos mediante indicadores que miden si los procesos se ajustan a las normas establecidas.

Evaluación

A nivel táctico y operativo. Se hace recabando datos de la atención, obteniendo información acerca de la existencia de brechas entre el desempeño ideal y el real, lo que permite identificar problemas y tomar decisiones para el mejoramiento de esos procesos.

En el pasado se creía que el mejoramiento de la calidad consistía en agregar cosas nuevas como incorporar una nueva máquina o tecnología, procedimientos, capacitación o suministros. Se consideraba que la disponibilidad de un mayor número de estos recursos mejoraría la calidad. Luego se comprendió que el aumento de los recursos no siempre asegura el mejoramiento de la atención.

También se creía que inspeccionando las actividades, aumentando el control del personal y culpando de los errores a las personas se mejoraba la calidad.

La actual filosofía de mejoramiento de la calidad examina la forma en que las actividades pueden cambiar para que las personas hagan mejor su trabajo.

A veces una persona puede no hacer bien su trabajo por falta de suministro, procesos ineficientes, capacitación insuficiente o guía insuficiente y no por falta de competencia.

El mejoramiento de la calidad de los procesos es un trabajo participativo basado en el análisis crítico y constructivo que conduzca a un claro entendimiento de los problemas, de sus posibles causas y posibles soluciones.

Existen metodologías que permiten realizar acciones de mejoramiento de la calidad:

Enfoque de Resolución Rápida de Problemas. Se utiliza cuando el problema es obvio, necesita una respuesta rápida y puede ser tratado por una sola persona no requiriendo el consenso del grupo para resolverlo.

Dentro del análisis que se debe hacer, hay que considerar rápidamente las posibles causas, confirmar la información por el diálogo o datos fácilmente disponibles.

Se deben generar soluciones sencillas obvias y factibles, validando las soluciones mediante el diálogo o datos fácilmente disponibles.

Inmediatamente se debe ejecutar la solución y por último estudiar los resultados. Quien este empleando esta metodología debe preguntarse si la solución implementada produjo mejoramiento y si este fue suficiente.

Enfoque de la Resolución de Problemas Basada en Equipos. Esta metodología se utiliza frente a problemas complejos, cuando están implicadas personas de distintas áreas de la institución, donde las causas del problema no son claras y no están claras las intervenciones a realizar. Para ello se crea un Equipo integrado por las personas que trabajan más cerca del problema, eligiendo a quienes lo conocen más a fondo y de todas las áreas que se relacionen con el proceso donde existe el problema. Ese equipo de estudio deberá analizar el proceso donde hay problema, identificar en que parte del proceso aparece el problema, buscar todas las posibles causas, generar soluciones, implantar las soluciones y finalmente medir los resultados.

Rediseño de Procesos. Es un enfoque metodológico de la gestión de procesos en la cual estos se modifican con el objetivo de satisfacer los requisitos y necesidades de los usuarios teniendo siempre en cuenta la calidad técnica

Esta metodología puede ser utilizada en distintas circunstancias:

- Cuando el nivel de desempeño del proceso se encuentra muy lejos del nivel deseado.
- Cuando el problema identificado revela un proceso que se realiza como resultado de modificaciones parciales acumuladas por conveniencias circunstanciales y no en respuesta a las necesidades claras de los usuarios internos y externos.
- Cuando se produce un cambio importante en el sistema organizativo de la institución debido a reducción de personal, introducción de nuevos profesionales, introducción de nuevas tecnologías, creación de nuevos servicios, cambios en las normativas en la prestación de servicios.

Etapas del Rediseño de Procesos:

- 1- Selección del proceso que se va a rediseñar.
- 2- Identificación de los usuarios externos e internos.
- 3- Identificación de los requerimientos de los usuarios.

- 4-Definición de la finalidad del nuevo diseño y forma de medir su cumplimiento.
- 5-Identificación de los elementos claves del nuevo diseño vinculándolos a los requerimientos de los usuarios
- 6- Creación de un diagrama de flujo del nuevo proceso.
- 7- Descripción escrita del nuevo diseño, siguiendo la secuencia de los bloques del proceso.
- 8- Evaluación en cada paso del proceso de lo que puede fallar y de las soluciones alternativas.
- 9-Planificación de la implantación e identificación de los recursos que se necesitan para poner en marcha el nuevo diseño.

Referencias bibliográficas

- Albuquerque, C. (coord.) (2001) La transformación de la Gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe.- O.P.S./O.M.S.
- Cabrera, A.; Santana S.; Gutiérrez, D.; Baez, T.; Marcolini, P.; Vitancourt, M. (2000) Manual de Estándares para la Acreditación de Servicios de Enfermería. Ediciones de Enfermería
- Cuesta Gómez, A.; Moreno Ruiz, J. A.; Gutiérrez Martí R. (1986) La Calidad de la Asistencia Hospitalaria. Ediciones Doyma



La relación asistencial como espacio interactivo de
aprendizaje
2011 - 2012. Fase 1



Mag. Celia Cocco; Mag. Alice Zunini;
Lic. Gladys Acuña; Lic. Ruth Díaz

La relación asistencial como espacio interactivo de aprendizaje

2011 - 2012. Fase 1

Resumen

A través de este trabajo nos hemos planteado a modo de objetivo general, identificar como contribuye la metodología de RA a la formación integral del estudiante de la Licenciatura en Enfermería. Al mismo tiempo nos enfocamos en *tres objetivos específicos*: caracterizar la población de estudiantes que asisten a los encuentros de RA durante el año 2011- 2012; -consignar el proceso de *construcción-deconstrucción-reconstrucción* de la práctica diaria del estudiante en el espacio de RA; sistematizar los registros docentes de los encuentros de RA en el año 2011- 2012.

Palabras clave: relación asistencial, educación, cuidado enfermero

Antecedentes históricos ^[1]

En las décadas de los 70 y 80 sufríamos una crisis del rol, nos interrogábamos acerca de nuestra identidad profesional y lamentábamos no ser reconocidas en la trascendencia que fluía de nuestra actividad laboral. Falta de valoración que percibíamos aun desde el interior de nuestro colectivo, pasando por integrantes del equipo interdisciplinario y también desde el ámbito de los pacientes. Por esos años se trabajó intensamente buscando definir el rol, explorando la crisis de la identidad profesional y se llegó a caracterizar el sufrimiento laboral, investigando los aspectos más significativos para enfermería respecto de las CYMAT. Fueron los años de los “Talleres de Relación Asistencial” para licenciadas en enfermería, que se hicieron en el Hospital Británico, Casa de Galicia, Hospital Italiano, AE1^a de SM, Hospital de Clínicas y de las posteriores investigaciones sobre el tema de la salud laboral.

En las década de los 90, se reafirman los esfuerzos a favor de la salud laboral a la vez que crece el campo de aplicación del modelo de gestión de calidad y se comienzan a percibir los devastadores efectos de las políticas económicas basadas en un modelo financiero cuyo fin lucrativo penetró en las vidas de las personas y sus familias, en el mundo del trabajo, en la educación a todos los niveles y por cierto en la salud.

Hemos llegado luego de varias investigaciones sobre salud-trabajo para enfermería, a que la calidad de los cuidados enfermeros y la calidad de la vida laboral del recurso humano de enfermería, van de la mano.

Desarrollos en la academia

Comenzamos a trabajar (1959) en base a la teoría de Hildegard Peplau *Nurse patient relationship* como eje en la atención de enfermería, tomando en cuenta que los estudiantes mantenían en su trabajo clínico un acercamiento con el paciente y su familia que le permitía conocer en un abordaje integral los componentes psicosociales que formaban parte del momento en el que se encontraban en el proceso salud enfermedad. De ahí que en el curso Principios y técnicas de enfermería en el primer año de la carrera (Plan 63) se incorpora una unidad temática llamada *Relaciones humanas* ^[2], en la cual se

enseñaba acerca de la “Relación enfermera-paciente”; “Comunicación”; “Mecanismos de defensa”.

Tanto en investigaciones como en la percepción del colectivo estaba presente la creciente *ansiedad y angustia* evidenciando situaciones de crisis que vivían nuestros estudiantes, lo que nos llevó a la propuesta de crear un modelo de enseñanza-aprendizaje basado en *el grupo operativo*.

A partir del grupo operativo surge la construcción de un conocimiento que toma de la experiencia clínica los aportes desde la singularidad de quién cuida y quién recibe los cuidados; todo esto en el marco del servicio de enfermería como parte integrante de la institución.

Cuando se retorna a la recomposición de la vida democrática (1984), se produce la reapertura de la *Escuela Universitaria de Enfermería*, creándose el departamento de Enfermería en Salud Mental^[3]. Es un momento de investigación, producción y presentación de trabajos científicos en diversos ámbitos nacionales y de la región.

Relación asistencial en Regional Norte: Licenciatura en Enfermería 1997 - 2012

Con este trabajo se pretende aproximarse a identificar como contribuye la metodología de RA a la formación integral del estudiante de la Licenciatura en Enfermería. Se caracteriza a la población de estudiantes que asisten a los encuentros de RA. en los años 2011- 2012. Se consigna el proceso de Construcción - Deconstrucción - Reconstrucción de la práctica diaria del estudiante en el espacio de RA. Se sistematizan los registros docentes de los encuentros de RA en los años 2011- 2012 y su análisis se realizará en la Fase II del trabajo.

La carrera de Licenciatura en Enfermería está conformada por Módulos anuales y semestrales, que conforman los 4 ciclos en que está segmentada la formación. En este proceso que hace el estudiante, experimenta en varios módulos los espacios de deconstrucción y construcción de la relación asistencial. Contemplando que estas etapas de formación estudiantil son sustanciales y estas instancias de RA fortalecen la reflexión crítica de las vivencias en los campos de práctica.

Definición y objetivos de Relación Asistencial

Los trabajadores de enfermería desarrollan sus funciones profesionales en diversos contextos y en todos ellos se existe un denominador común, que constituye una condición necesaria: el desarrollo de una relación emocionalmente significativa con los usuarios a los que van dirigidos los cuidados profesionales. Es partir del conocimiento de los aspectos psicosociales y afectivos que se ponen en juego en toda relación humana, que se podrán desarrollar los cuidados con un análisis profundo de las variables que intervienen en toda situación. En la metodología de talleres de Relación Asistencial (R. A.) se promueve trabajar con los estudiantes desde el sentir y pensar, lo relacionado con la particularidad del vínculo que se establece con los usuarios, familias, aspectos de la vida laboral, así como las relaciones que se establecen con los equipos de trabajo en los lugares de práctica.

Definimos Relación Asistencial como una experiencia de enseñanza y aprendizaje centrada en lo vincular, entendiendo ésta, como aquella relación que se da entre el estudiante de

enfermería con el usuario, familia, grupos y equipo asistencial en un determinado marco institucional.

Implica un enfoque antropológico del proceso salud - enfermedad que incluye el estudio de los aspectos psicosociales. ^[4]

Los objetivos de la metodología son que el estudiante: identifique, analice e integre la trama los componentes psicosociales que están en juego en el usuario y su entorno familiar y social; incluya las acciones de salud mental en los niveles de atención que tiendan a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación y trabaje los aspecto vinculares que surgen del encuentro con el usuario, familia, equipo e institución.

La metodología de Relación Asistencial es el trabajo en grupos de 18 estudiantes aproximadamente con una frecuencia semanal de una hora de duración, coordinados por una Licenciada en Enfermería y/o Licenciada en Psicología. Se utiliza el Grupo de Reflexión como dispositivo pedagógico. En el campo de la enseñanza, el grupo se dispone para aprender y esto sólo se logra en tanto se aprende, es decir, mientras se opera. El grupo operativo tiene propósitos, problemas, recursos y conflictos que deben ser estudiados y atendidos por el grupo mismo, a medida que van apareciendo.

Se trabaja a partir de lo vivencial que el estudiante trae de su experiencia práctica y se promueve concomitantemente considerar los aspectos conceptuales de la relación enfermera - usuario.

Visión holística y totalizadora del ser humano. El aporte de la Inteligencia emocional, de Daniel Goleman

La inteligencia emocional, constituye el vínculo entre los sentimientos, el carácter y los impulsos morales. No olvidemos, que el altruismo radica en la empatía, en la habilidad para comprender las emociones de los demás. Adherimos a la idea de que en nuestros días, necesita con urgencia el *autocontrol* para ejercer la enfermería en los contextos actuales. Estos aspectos se desarrollan en las aulas de la universidad, en los espacios de Relación Asistencial.

Cada vez más estudios señalan la influencia de las emociones y los comportamientos de las personas sobre el bienestar humano y consecuentemente sobre la salud y la enfermedad. Se hace necesario apelar a veces, dentro del contexto científico, a epistemologías positivistas para demostrar que las emociones existen, destacando la disociación (más ideológica que real) entre salud física y mental.

No cabe duda que nos encontramos ante un nuevo paradigma emergente, en el cual corresponde integrar tanto lo objetivo y cognitivo como lo subjetivo y emocional, para que los profesionales de la salud puedan afrontar las necesidades sanitarias de las personas que deben ser objeto de su atención. ^[5]

Enfermería establece un vínculo con el sujeto a través del cuidado enfermero y esto es parte del objeto de estudio, dado que los cuidados conllevan un acercamiento humano integral.

Pichón Rivière define vínculo como: *“una estructura compleja, que incluye un sujeto, un objeto y su mutua interrelación con procesos de comunicación y aprendizaje.”* En su

complejidad estructural hay interdependencia entre sus componentes “*el sujeto y el objeto interactúan realimentándose mutuamente*”.

El vínculo tiene dos dimensiones: intersubjetiva, de relación entre los sujetos e intrasubjetiva, lo que pasa dentro de cada uno, la noción de mundo interno^[6]. Trabajar incorporando lo emocional ayuda a la aceptación del otro y habilita actuaciones más empáticas.

La relación asistencial se caracteriza por una suma importante de emociones, que conciernen al que procesa los cuidados así como el que es sujeto de la atención, por lo que la formación de los profesionales de la salud y de enfermería en particular, se debe caracterizar por la incorporación a los aspectos objetivables, los elementos subjetivos, intrapsíquicos y fenomenológicos imprescindibles para una genuina formación integral y de calidad académica.

Según la concepción de Fenstermacher (1989), la buena enseñanza está ligada a la posibilidad del docente de determinar qué es epistemológicamente válido que sus alumnos conozcan, crean o entiendan.

El término **buena enseñanza**, en nuestro país, se ha difundido a partir del trabajo de Litwin (1996 - 1997) cuando define la nueva agenda didáctica (1996), y al trabajar sobre las configuraciones didácticas en la enseñanza universitaria (1997). Para este autor, centrarse en la buena enseñanza, requiere alinear los objetivos del currículo con los propósitos de la educación y crear las condiciones para apoyar a docentes y estudiantes en el logro de estos objetivos. Es crear las condiciones de posibilidad.

Para generar **oportunidades de aprendizaje** y desarrollo para todos los estudiantes, es necesario que el docente se involucre como persona, con sus deseos y afectos. En este sentido, la responsabilidad profesional conlleva a que el docente tome conciencia sobre las propias necesidades de aprendizaje, así como su compromiso y participación en el proyecto educativo de la Facultad y en las políticas nacionales de educación. Estudiar en profundidad cómo se concibe la buena enseñanza en Facultad de Enfermería, cobra singular relevancia por sus proyecciones en el ámbito educativo a través de las prácticas de enseñanza. Hoy surge la necesidad de explorar, estudiar y socializar los hallazgos, que se construyen de los aportes del colectivo docente.

Material y métodos

Es un estudio descriptivo en su Fase I con área de estudio en Licenciatura en Enfermería Regional Norte Salto, Plan de Estudios 93.

El universo está constituido por estudiantes de la Licenciatura que cursan Adulto y Anciano, Materno - Infantil, Niño, niña y Adolescente, y Crítico año 2012: 149 estudiantes.

A su vez, la muestra por conveniencia se define en 130 estudiantes que concurrieron a R. A. el día que se aplicó la encuesta y dieron su consentimiento a la misma.

Las variables de estudio: edad, sexo, procedencia, estado civil y trabajo.

Valoración de RA: satisfacción con la instancia RA; utilidad de la verbalización de los aspectos vinculares de la experiencia práctica; posibilidad de reflexionar de lo trabajado

en el grupo; metodología de RA como facilitadora de expresión de vivencias y aspectos emocionales de la experiencia práctica.

Se utilizó un Formulario encuesta confidencial y anónimo autoadministrado, contestado por lo alumnos que expresaron su consentimiento de participar, procesando los datos mediante el software - paquete estadístico "SPSS", exponiéndolos en tablas con frecuencias absolutas y relativas respectivamente.

Resultados y discusión

La población de estudio constituyó un total de 130 estudiantes, un 87,24% de los que cursaron ese año los diferentes Ciclos y Módulos.

En la misma predomina en un 82,3 % la población estudiantil femenina. Se mantiene la mayoría femenina en la matrícula estudiantil de enfermería con un leve incremento de los varones relacionado con los primeros años de la Licenciatura en Salto que se ubicaba en un 12% aproximadamente.

Las edades que predominan son de 18 a 23 años con un 67.7% y 24 a 29 con un 26.2% respectivamente.

Respecto a la procedencia de los estudiantes si bien hay un 36,9% de Salto, le siguen con un 11,5% Artigas, y 7% Paysandú respectivamente. Un 73,1% de los estudiantes que respondieron al cuestionario no trabaja y lo hace un 20,8%. El 81,5% son soltera/os. Un 87,7% de los estudiantes no tiene hijos.

Tabla N° 1. Satisfacción con la instancia de Relación Asistencial.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfactoria	37	28,5%
Satisfactoria	72	55,4%
Poco satisfactoria	19	14,6%
Insatisfactoria	1	0,8%
Sin dato	1	0,8%
Total	130	100,0%

Los estudiantes expresan aspectos satisfactorios (83,9%) relacionado con la metodología de R. A. de lo que se podría deducir que la instancia grupal se consideraría como una herramienta efectiva para reflexionar, analizar y repensar sus experiencias del cuidado de enfermería; explicitando y poniendo en palabras vivencias, emociones y conceptualizaciones, dimensionando los efectos que produce el comportamiento propio y de sus compañeros, teniendo en cuenta además los contextos institucionales, así como problemas éticos de la relación enfermera - usuario y con los equipos de atención de las instituciones en las que realizan sus prácticas. Facilitaría la formación en la atención de los usuarios y sus familias en su contexto vital.

La incorporación de aspectos subjetivos así como los elementos contratransferenciales del vínculo enfermera - usuario es un instrumento formativo, sobre todo si puede ser

verbalizado, facilitando o ayudando de manera flexible a una doble identificación: con el usuario y su familia en el sentido de una relación empática y comprender mejor lo que puede constituir la situación del proceso salud - enfermedad y en la construcción de su rol como futuro L.E. Se intenta que logre comprender los cuidados que desarrolla, no sólo desde lo racional sino además incluyendo los aspectos afectivos.

El grupo de reflexión constituiría un dispositivo pedagógico en el cual los docentes podrían apreciar vivencialmente que la intervención tiene consideraciones preventivas tanto para el usuario y su entorno como hacia sí mismo.

Tabla N ° 2: Utilidad de la verbalización de los aspectos vinculares de la experiencia práctica.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy útil	40	30,8%
Útil	69	53,1%
Poco útil	18	13,8%
Nada útil	3	2,3%
Total	130	100,0%

El considerar de utilidad en un 83,9% trabajar los aspectos vinculares permitiría suponer que al trabajar con personas, ponen en juego más aspectos propios de los que generalmente se piensa, sobre todo a nivel emocional.

Al constituir una relación humana está condicionada por todo lo que implica su componente vincular. Partimos de que Enfermería establece un vínculo con el sujeto a través del cuidado enfermero y esto es parte del objeto de estudio, dado que los cuidados conllevan un acercamiento humano integral, pues es la enfermera-persona que aporta los cuidados a través de su bagaje humano, técnico, científico, ético y estético. Estos cuidados tienen ciertas especificidades, ya que por una parte se hace lo que el sujeto no puede hacer por sí mismo; se “descubren” las capacidades que no se ejercen y se enseña a cómo cuidarse en la medida de las posibilidades manifiestas y latentes; y por otra parte, al ocupar ese sitio privilegiado de la cercanía física, social y afectiva con el sujeto de estudio y trabajo, se construyen conocimientos acerca de la enfermedad, el sufrimiento, el nacimiento, el alivio, la muerte y los relacionados con las historias de vida de las personas. Estos cuidados se desarrollan en un contexto vincular considerando sus aspectos epistemológicos y conceptualizando el mismo desde la concepción de Pichón Rivière con sus dimensiones inter e intrasubjetiva.

El aprendizaje de la realidad estará condicionado por estas relaciones intersubjetivas, por estructuras vinculares internalizadas. El mismo depende de esta dialéctica o “dilemática” entre lo inter y lo intrasubjetivo, ya sea facilitando u obstaculizando. Hacen a una trama profunda, en la que el campo intersubjetivo y lingüístico adquiere relevancia. El vínculo es siempre un vínculo social, ya que aunque sea con una persona, en la relación que se establece, están actuantes “*historias de vínculos*” en un tiempo y espacios determinados. En él, está implicado todo y complicado todo.

Tabla N ° 3. Posibilidad de reflexionar de lo trabajado en el grupo.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	87	66,9%
Algo	35	26,9%
No	8	6,2%
Total	130	100,0%

Referido a lo trabajado en los grupos de RA se constata que a un 66,9% le ha permitido reflexionar, a un 26,9% reflexionar algo y solamente a un 6,2% no le permitió hacerlo. Si concebimos que reflexionar es pensar o considerar detenidamente una cosa, examinando causas, implicaciones, consecuencias así como en general, a través de la reflexión se puede analizar las causas, así como tener en cuenta los efectos y comprender los resultados de algo; se podría suponer que desarrollar un accionar pensante y reflexivo, a partir de la socialización grupal de las situaciones vividas por los estudiantes en su experiencia práctica, podría potenciar saberes, reafirmar la experiencia grupal como herramienta metodológica y vivir al grupo como sostén.

Constituiría una forma de trabajo habilitadora y formadora, al integrar afectos y emociones en el acto reflexivo, así como en la relación asistencial y en un saber y aprender integrador e integral.

Llevaría a considerar a la jerarquización y reafirmación de esta propuesta educativa desde lo metodológico y conceptual en la formación del licenciado/a en enfermería y por lo tanto en la currícula de un nuevo Plan de Estudios, que contemple e integre los aspectos afectivos, emocionales y cognitivos como forma de favorecer al aprendizaje significativo.

Como se planteaba conceptualmente según Mc. Ewan y Egan K, (2000) en su texto “La narrativa en la enseñanza, en el aprendizaje y en la investigación”, y atendiendo a los aportes de Alasdair MacIntyre (1984), las instituciones y las prácticas sociales humanas tienen historias, y nuestra comprensión de esas prácticas asume con frecuencia la forma de un relato. Esta perspectiva reconoce que las prácticas existen en el tiempo y cambian con el tiempo.

Las prácticas de los estudiantes de enfermería generan historias y relatos mientras circulan por Hospitales, Centros de Salud e Instituciones Educativas.

La enseñanza, dicen los autores, ha de entenderse más correctamente como acción informada, como una empresa racional de considerable complejidad que no puede ser reducida a mecanismos simples de estímulo y respuesta.

Los enfoques científicos reductivos del estudio de la enseñanza que tratan de describirla en términos «objetivos» dirigen su atención sólo hacia los fenómenos exteriores y observables y no tienen en cuenta la rica vida interior de los docentes, de los estudiantes y

sus tomas de decisiones, sus planes y sus debates. Sus hábitos de reflexión son el producto de la práctica pasada y los esfuerzos pasados por entenderlas.

Las historias sobre prácticas, y las vivencias nos ayudan a definir nuestros propósitos, localizar nuestros valores y «fijar nuestra orientación afectiva» hacia las personas y las cosas (Egan, 1988). Según los autores, existe un nuevo objetivo: contar historias acerca de la docencia, con la esperanza de que al decir algo nuevo aprenderemos a enseñar mejor. Para Rorty (1979) y también para Gadamer (1975), la hermenéutica no es un método más para establecer la verdad, sino una expresión de la esperanza de que podremos alcanzar una mayor comprensión del mundo humano.

Este giro metodológico según los autores, se aparta de la división atomizante de los actos docentes y se aproxima a las narrativas que ayudan a explicar cómo han evolucionado las diversas prácticas docentes.

Tabla N °4: Metodología de Relación Asistencial como facilitadora de expresión de vivencias y aspectos emocionales de la experiencia práctica.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	88	67,7%
Algo	30	23,1%
Poco	11	8,5%
Nada	1	0,8%
Total	130	100,0%

Es uno de los porcentajes más altos obtenidos en la aplicación del cuestionario, 90,8% de los estudiantes expresan que las instancias grupales y semanales de R. A. le ha ayudado a expresar vivencias y emociones de sus cuidados de enfermería en los diferentes niveles de atención de su experiencia práctica en los diferentes módulos de atención de enfermería del Plan de Estudios 93.

Trabajar incorporando lo emocional contribuye a identificar las necesidades, intereses y expectativas de los actores de la relación sanitaria, al autoconcepto personal y profesional, a conocer y entender al otro y la situación, así como la posible significación que cada uno le atribuye a los acontecimientos, facilitando su comprensión. Además favorece el control de la relación, ya que induce a comportamientos más adaptativos, facilita el dominio de sí mismo así como a identificar las respuestas inadecuadas. En definitiva ayuda a la aceptación del otro y habilita actuaciones más empáticas.

Involucrar lo emocional del que cuida y es cuidado, es crear un clima facilitador para que se generen los propios recursos, ante determinada situación problema y centra la atención en el usuario como base de un enfoque personalizado (Rogers, 1995).

Es una forma de promover una actitud creativa y vital, ante las innumerables situaciones que tendrá que afrontar durante el desarrollo de su vida profesional. Así como poder

crecer como persona y profesionalmente, alejado de conductas rutinarias que pueden afectar su salud mental y ayudar a construir un estilo de trabajo diferente, que en definitiva, va a repercutir en la tan ansiada calidad asistencial. Una de las competencias del accionar profesional son las actitudes, que son capaces también de ser adquiridas a través de la formación.

La habilidad para una humanizada y buena comunicación está relacionada con aprender la capacidad de desarrollarla en todas las dimensiones que la misma implica: aspectos cognitivos, actitudes, conductas, pensamientos, creencias, afectos y emociones, siendo una condición necesaria para relacionarse en una forma efectiva con los demás, priorizando una actitud no juzgadora, algo esencial en el diario y complejo quehacer de la enfermería.

Las situaciones emocionales que vive el alumno en su experiencia práctica, no solamente podrían influir en el desarrollo y calidad de sus cuidados de enfermería, en su vida familiar, social y laboral, sino en su propio proceso de aprendizaje.

Conocer y trabajar grupalmente cómo los están afectando los acontecimientos que se dan en su práctica cotidiana, reflexionar colectivamente desde el sentir, pensar y hacer, podrían renovar su línea de trabajo, mejorarla desde una construcción colectiva, favorecer y/o contribuir a la satisfacción con la tarea, así como optimizar su rendimiento académico.

La relación asistencial se caracteriza por una suma importante de emociones, que conciernen al que procesa los cuidados así como el que es sujeto de la atención, por lo que la formación de los profesionales de la salud y de enfermería en particular, se debe caracterizar por la incorporación a los aspectos objetivables, los elementos subjetivos, intrapsíquicos y fenomenológicos imprescindibles para una genuina formación integral y de calidad académica.

Referencias Bibliográficas

- Aguerrondo, I. (1993) "La Calidad de la educación: ejes para su definición y evaluación". En: Revista de la Organización de Estados Iberoamericanos 116(III): pp. 37-39.
- Botella, L. (1993) Emociones y construcción de significado: implicaciones terapéuticas de la concepción constructivista de los procesos emocionales. Revista de Psicoterapia nº 16, 39-53.
- Carrasco, A.; Silvia, M.; Fascioli, L.; Zabalegui, C. (1989) Taller de relación asistencial: experiencia con enfermeras y auxiliares de enfermería. RAE nº 24, 42-45.
- Carrasco A.; Fajgenbaum (1988) Una experiencia de enseñanza-aprendizaje de enfermería desde una comprensión psicoanalítica. 2das. Jornadas de Psicoanálisis y Salud Mental
- Colclough, C. (2004) Educación para todos: el imperativo de la calidad. París: UNESCO. Disponible en: <http://unesco.org/publishing>
- Davini, C. (2005) La formación docente en cuestión: política y pedagogía. Buenos Aires: Paidós.
- Eisner, E. (2002) La escuela que necesitamos. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fenstermacher, G. (1989) "Tres aspectos de la filosofía de la investigación sobre la enseñanza". En: WITTRICK, M. La investigación de la enseñanza I. Madrid: Paidós. pp. 150-179.
- Fernández Pérez, M. (1995) La profesionalización del docente. Madrid: Siglo veintiuno.

- Guerrero Ortiz, L. (2007) La buena enseñanza. Disponible en: <http://educhevere.blogspot.com/2007/03/la-buena-enseanza.html>
- Jackson, P. (2002) Práctica de la enseñanza. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hargreaves, A. (2003) Enseñar en el era del conocimiento. La educación en le era de la inventiva. Barcelona: Octaedro.
- Litwin, E. (1997) “El campo de la didáctica: la búsqueda de una nueva agenda”. En: Camilloni, A.; Davini, M. ;Edelstein, G. ; Litwin, E. ; Souto, M. ; Barco, S. Corrientes didácticas contemporáneas. Buenos Aires: Paidós. pp. 91-115.
- Litwin, E. (1997) Las configuraciones didácticas. Buenos Aires: Paidos
- Medina, J. (2006) La profesión docente y la construcción del conocimiento profesional. Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata.
- Messina, G. (1999) “Investigación en o investigación acerca de la formación docente: un estado del arte en los noventa”. En: Revista iberoamericana de Educación, 19: pp.17-38.
- Percia, M. (1991) Notas para pensar lo grupal. Buenos Aires: Lugar.
- Proyecto ENSAME (1991) Elaborado por el equipo docente de la época. 16 de diciembre 1997. (Mimeo)
- Reimers, F. (2003) “La buena enseñanza y el éxito escolar de los estudiantes en América Latina”. En: Revista de la Organización de Estados Iberoamericanos 31: pp. 17-48.
- Sautu, R. (2003) Todo es teoría. Buenos Aires: Amorrortu.
- Schmelkes, S. (1994) Hacia una mejor calidad de nuestras escuelas. México: OEA /OAS.
-

[1] CARRASCO A. Prof. Emérita FENF-UDELAR. Relato histórico del nacimiento y trayectoria de Relación Asistencial.2009

[2] El fundamento de la incorporación de esta unidad fue el de instrumentar al estudiante al comienzo de su práctica hospitalaria, dado el impacto emocional que ésta provocaba, permitiendo esto pensar su práctica incluyendo la dimensión humana del paciente y de la relación estudiante-paciente.

[3] Concomitantemente enfermeras especializadas/con experiencia en el área psiquiátrica trabajan en una comisión interdisciplinaria en el MSP en la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental

[4] VELLOZO R, DURÁN J, DUTRA I en: Relación Asistencial: una nueva experiencia de enseñanza- aprendizaje.2ª Jornadas de Psicoanálisis y Salud Mental. Montevideo 1988

[5] BOTELLA L. Emociones y construcción de significado: implicaciones terapéuticas de la concepción constructivista de los procesos emocionales. Revista de Psicoterapia 1993; 16: 39 -53.

[6] COCCO C., Contenido del trabajo y estrés laboral: ¿riesgo y potencialidad para la salud de las enfermeras? Tesis Maestría 2004 publicada U de la R RNS 2005.



Mitos y creencias de la lactancia materna en las puérperas. Servicio de Maternidad del Hospital Regional Salto. Año 2012



Lic. Blanca Cerecetto; Lic. Liz Artuzamunoa; Lic. Ruth Díaz; Lic. Analía Ignatov; Lic. Laura Morales

Mitos y creencias de la lactancia materna en las puérperas. Servicio de Maternidad del Hospital Regional Salto. Año 2012

Resumen

La leche materna es el alimento más adecuado para el lactante hasta los seis meses de edad según la Organización Mundial de la Salud (OMS), permite un óptimo crecimiento y desarrollo del niño tanto en relación al crecimiento físico como psicoemocional, ampliamente reconocidas y que sin embargo por diversos factores socioculturales y por los avances logrados en el campo de la producción industrial de productos lácteos, se ha observado una preocupante tendencia a disminuir esta práctica natural. La lactancia es un fenómeno biocultural por excelencia, en los humanos además de ser un comportamiento biológico es un comportamiento determinado por la cultura.

Se debe tener en cuenta que existen aspectos culturales y personales que inciden sobre la decisión que toman las madres al momento de optar amamantar o no a sus hijos. En base a esta premisa, se consideró interesante realizar un estudio exploratorio a efectos de conocer los mitos y creencias que puedan presentar las madres que se asisten en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional Salto y analizar si estos influyen sobre la práctica de la lactancia materna.

Palabras clave: lactancia materna, maternidad, amamantamiento, cultura popular

Perfil de la investigación sobre lactancia materna

Se trabajó sobre una muestra por conveniencia relevando la opinión de la población mencionada, en el mes de julio del año 2012.

La recolección de los datos se realizó aplicando una pregunta abierta mediante la técnica de la entrevista, a partir del discurso de las usuarias se identifican categorías de análisis. Los resultados obtenidos muestran que las usuarias destacan visiones comunes, la mayoría de ellas asigna un significado más en cuanto a creencia que a mito, los cuales provienen de generaciones anteriores. Estos se encuentran vinculados a los hábitos alimentarios y calidad de la leche materna, propiedades y beneficios de la leche materna, experiencias de vida de referentes/ dichos populares y a la actividad laboral en relación a la lactancia.

Material y métodos

Estudio exploratorio descriptivo de tipo cualitativo, transversal. Se trabajó sobre una muestra por conveniencia relevando la opinión de las usuarias puérperas del Servicio de Maternidad del Hospital Regional Salto en el mes de julio del año 2012.

La recolección de los datos se realiza mediante la técnica de la entrevista no estructurada a partir de la siguiente pregunta abierta: *¿Conoce Ud. algún mito o creencia sobre la lactancia materna?*

A partir de los datos recolectados se establecieron sub-categorías de análisis, de las cuales se elabora una reflexión basada en el marco referencial y en los aspectos revelados por las entrevistadas.

Categoría	Sub-categorías
Mitos y creencias sobre el amamantamiento	<ol style="list-style-type: none">1) Hábitos alimentarios; calidad y cantidad de leche2) Propiedades y beneficios de la leche materna3) Experiencias propias de vida4) Experiencias de vida de referentes; dichos populares5) Actividad laboral y lactancia

Resultados y discusión

La cultura del amamantamiento existe hace muchos años, *“la técnica o arte femenino de amamantar”* constituye uno de los componentes instintivos del proceso de amamantamiento, así como también lo son aspectos del recién nacido, la presencia de ciertos reflejos (búsqueda, succión y deglución) y de la madre, en cuanto a la formación del pezón y estimulación del mismo para la producción de hormonas esenciales en la lactogénesis como lo son la prolactina y la oxitocina¹.

Según la literatura revisada las cifras de incidencia y duración de la lactancia materna tienen que ver con diferentes factores tales como, la edad, la paridad, el nivel de instrucción, la etnia, hábitos insanos como el consumo de drogas legales e ilegales, nivel sociocultural, tipo de institución donde ocurrió el nacimiento y las normativas de cuidados

¹ Valladares, B. (1994) Revisión Teórica sobre los mitos de la maternidad. En: <http://163.178.170.74/wp-content/revistas/65/valladares.pdf>

que allí se aplican en cuanto a la lactancia materna, tipo de parto, edad gestacional del recién nacido, entre otros².

De acuerdo al proceso de trabajo, se realizaron entrevistas a usuarias que estaban internadas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional Salto, en etapa de puerperio inmediato y mediato. Se entrevistaron un total de 18 usuarias mujeres, que se encontraban dentro de los rango de edad: adultas jóvenes y adolescentes. La mayoría tenía más de una gesta, eran todas alfabetas y predominó un nivel de instrucción de secundaria incompleta.

En el análisis del discurso de las diferentes usuarias entrevistadas se destacan visiones comunes, vinculadas principalmente a creencias, más que a mitos, éstas provienen fundamentalmente de generaciones anteriores.

Hábitos alimentarios. Calidad y cantidad de leche

Atribuirle propiedades para modificar la cantidad y/o calidad de la leche, a los alimentos que la mujer consume se remonta a la antigüedad, la lista es extensa variando de acuerdo a las características de cada país o región.³....

En las entrevistas se citan los siguientes ejemplos:

“(...)Yo como de todo y mucho mate con coco”(35 años, post - operatorio. mediato, cesareada, RN en cuidados intermedios)

“(...)Tengo que tomar mucho líquido y comer lentejas” (17 años, primigesta, puerperio mediato, Recién Nacido en alojamiento. conjunto. Nivel Instrucción (NI): 2^a incomp)

“(...) Creo que tengo que comer mucha fruta para aumentar la cantidad de leche que produzco” (27 años, 2 gestas, puerperio. mediato. Recién Nacido en aloj. conjunto. N.I: 1^a comp)

Es de destacar también la creencia de la influencia perjudicial de algunos alimentos consumidos por la madre, fundamentalmente relacionado a la posibilidad de transferencia de cólicos al lactante.

“No puedo tomar efervescencia ni comer picantes” (21 años, 2 gestas, puerperio. mediato. Recién Nacido en aloj conjunto. N.I: 2^a. Incomp)

² Aguayo Maldonado, J, et al. Lactancia Materna: Guía para Profesionales. España. 2004. En: http://enfermeria.cl/wp-content/uploads/2011/07/Guia_lactancia_materna.pdf#page=48 p.24

³ Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna:guía para profesionales. Editorial Ergon. España.2004.

“Tengo que tomar más líquido y no comer cosas pesadas como boniatos, papas y masas” (18 años, primigesta, post-operatorio inmediato de cesárea, RN en aloj. conjunto. N.I: 2ª Incomp)

Otra creencia que enunciaron las madres fue la relación del volumen de líquido ingerido y la producción de leche. Esta asociación puede relacionarse con las recomendaciones del equipo sanitario, las cuales están avaladas con la norma nacional de la lactancia materna del año 2009.

Propiedades y beneficios de la leche

Entre los comentarios acerca de las propiedades y características de la leche materna, la creencia que exponen la mayoría de las respuestas alude a los beneficios para el lactante, principalmente en referencia a la protección de enfermedades como la diarrea.

“Yo creo que la leche materna es lo mejor que hay (...) En verano es mejor todavía porque los previene de las diarreas. Ahora me estoy extrayendo para que le puedan dar a mi bebé, me hice masajes y salió cantidad, aunque no sale tanto cuando el bebé amamanta directo” (35 años, 6 gestas, pos - op. med, cesareada, RN en cuidados intermedios, N.I: 1ª comp)

En cuanto a la prevención de enfermedades (diarrea) su creencia es correcta, la leche materna aporta inmunoglobulinas y promueve la reproducción del lactobacillus bífido en el lumen intestinal del recién nacido, previniendo de enfermedades víricas y bacterianas.

“Creo que la leche materna es lo mejor que hay, no deja que se enfermen, en verano aparte la leche en bolsita no aguanta, porque yo no tengo heladera (...) el amamantar te favorece la menstruación, hace que sea menos” (31 años, 4 gestas, puerperio mediano, N.I: 2ª incomp., RN en aloj. conjunto)

“(...) dicen que previene las infecciones de oído, eso dicen” (15 años, primigesta, pos - op med cesareada, RN en aloj conj. N.I: 2ª incomp)

Independientemente de los beneficios ya analizados como forma de prevención de enfermedades, aquí se nombra las ventajas socioeconómicas que aporta la lactancia materna.

“(...)Me parece que la leche materna es importante para el crecimiento del bebé” (17 años, 2 gestas, primípara, puerperio med. RN en aloj. conj, N.I: 1ª completa)

“Lo que se es que la leche del pecho hace bien y debo darle hasta el año (...)” (27 años, 2 gestas, puerperio med., RN en aloj. conj. 1ª incomp.

“Yo me saco mi leche para llevar a al neo porque mi leche me dijo la doctora que es lo que lo va a salvar a mi bebé (...)” (35 años, pos - op. med, cesareada, RN en cuidados intermedios)

“Si no le doy de amamantar no se cría bien (...) La decisión de darle la teta fue mía (...)” (17 años, primigesta, puerperio med, RN en aloj conj, N.I: 2ª incomp)

“(...) al bebé anterior le di hasta los 2 años y nunca se enfermó” (19 años, 2 gestas, puerperio mediano, Recién Nacido en aloj. conj, N.I: 1ª comp.)

Ha confirmado con su experiencia propia los beneficios de la lactancia materna y los utiliza como un referente positivo en este nuevo puerperio.

“Lo que he escuchado de la gente mayor es que es bueno darle cantidad, mi madre nos dio hasta los cuatro años (...)” (19 años, 3 gestas, puerperio inmediato, RN en aloj. conj. N.I: 2ª incomp.)

En este testimonio se nota implícita la cultura generacional donde la experiencia de la madre influye en la propia.

Experiencias propias de vida

Dentro de las experiencias favorables se destacó el adecuado crecimiento del bebé, la prevención de enfermedades, beneficios económicos y de practicidad, y desarrollo del vínculo madre - hijo.

“(...) amamanté a mis cinco hijos anteriores hasta los cuatro meses y después tuve que complementar con otra cosa porque no se llenaban” (35 años, 6 gestas, pos - op. med, cesareada, RN en cuidados intermedios, N.I: 1ª comp)

Es un hecho conocido que toda madre sana puede amamantar a su hijo satisfactoriamente, pese a esto existen casos de hipogalactia que se relacionan a diferentes factores. En el testimonio que se ejemplifica anteriormente la experiencia de vida propia no siempre incide favorablemente, ya que se piensa que si tuvo determinada dificultad una vez la va a volver a tener.

“(...) Lo que si me dijeron es que te crecían las tetas cuando amamantabas y a mi nunca me crecieron pero siempre tuve cantidad de leche” (19 años, 2 gestas, puerperio med, RN en aloj. conj, N.I: 1ª comp.)

En esta situación esta usuaria refutó el mito con su experiencia propia.

“Lo que escuché de mi cuñada es que si el bebé te eructa la teta se te seca, pero yo nunca tuve problema, ahora esta bebé pasa prendida todo el día” (17 años, 2 gestas, puerperio inmed. RN en aloj. conj. N.I: 2ª incomp)

“(...) mi mamá me dijo que previene de enfermedades (...)” 16 años, primigesta, puerperio, RN en aloj. conj. N.I: 1ª comp).

Experiencias de vida de referentes / dichos populares

Este grupo de madres entrevistadas manifestaron creencias con respecto a la aparición de diferentes patologías (cáncer de mama, mastitis, grietas) con situaciones comunes que pueden suceder durante el amamantamiento (eructo o vómito del lactante).

“(...) Lo que he escuchado es que si el bebé te eructa la teta te puede dar cáncer de mama y que el amamantar te favorece la menstruación, hace que sea menos después del parto” (31 años, 4 gestas, puerperio med., N.I: 2ª incomp., RN en aloj. conj)

“Mi madre ha escuchado que si el bebé eructa la teta se te forma carozo, hay que soplarla tres veces para que no se forme (...)” (15 años, primigesta, pos - op med cesareada, RN en aloj conj. N.I: 2ª incomp)

“Lo que escuché de mi cuñada es que si el bebé te eructa la teta se te seca, pero yo nunca tuve problema, ahora esta bebé pasa prendida todo el día” (22 años, 2 gestas, puerperio med, RN en aloj conj. N.I: 2ª incomp)

En estos dos casos aparece un pensamiento mágico sobre un proceso fisiológico que se da normalmente como es el eructo. La fantasía popular le atribuye al eructo un poder perjudicial para la salud de la mujer.

“Mi abuela me dice que antes de poner al pecho al bebé tengo que apretar la mama y esperar que salgan tres chorritos para evitar la fiebre en la mama y también las grietas (...)” (17 años, 2 gestas, primípara, pueperio med, RN en aloj. conj. N.I: 1ª compl.)

“Me dijeron que cuando tengo las mamas muy llenas, se debe sacar en agua corriente para que no se sequen las mamas” (25 años, 4 gestas, pueperio med, RN en aloj. conj. N.I: 2ª incomp)

“Mi suegra en el embarazo anterior me hizo tirar leche al water, para que pueda seguir produciendo leche” (33 años, 8 gestas, puerperio inmed, RN en aloj. conj. N.I: 1ª comp)

“Cuando una madre tiene mucha cantidad de leche y el bebé se ahoga, en vez de tirar en el sol y en la sombra se debe tirar en agua corriente para que la mama siga produciendo leche”. (18 años, primigesta, puerperio med, RN en aloj conj. N.I: 2ª incomp)

Estos testimonios le atribuyen un mito sobrenatural al sol que al secar la leche en el suelo “secaría” la mama materna, el hecho de tirar los excedentes en agua corriente (p. ej. inodoro, lavabo con agua corriente, etc) logra el efecto adverso. Sin embargo la producción láctea depende de mecanismos neuroendócrinos y físicos como la succión del niño.

Actividad laboral/lactancia

Dentro de esta categoría, sólo una madre hizo alusión a que la asociación de trabajo y lactancia no son compatibles.

“(…) A mis dos hijos le di, a la nena de 3 años hasta los seis meses y al nene hasta los 3 meses solo, pero porque tenía que trabajar” (19 años, 3 gestas, puerperio inm, RN en aloj. conj. N.I: 2ª incomp.)

La fatiga y el estrés materno inciden en los niveles de prolactina, pudiendo facilitar el cese de la lactancia. En estados de estrés se segrega cortisol, esta hormona podría retrasar la lactogénesis, principalmente en las primeras horas posparto.

Conclusiones

Llama la atención que entre los testimonios de las usuarias entrevistadas no hubo ninguno que hiciera alusión al beneficio que otorga la lactancia desde lo afectivo, hacia el fortalecimiento del vínculo con el contacto piel a piel entre la madre y su hijo. Quizás pueda estar ligado a la cultura de nuestros tiempos, esa cultura que cultiva el individualismo y la realización personal como meta, cada vez es mayor el número de madres que trabajan y se alejan a percibir a la lactancia como símbolo de atadura y dependencia. Otra cuota que se añade a esto es la importancia del entorno social y cultural en cuanto a poder llevar a cabo este acto de vida que es la lactancia materna. En esta investigación se rescata que los referentes femeninos de las usuarias entrevistadas

fueron positivos y reforzadores de la lactancia materna, más allá de que estén acompañados de conocimientos populares que no tienen un aval científico. Este hecho además refuerza la idea de que el amamantamiento continúa siendo un hecho femenino y se transmite de generación en generación.

Referencias bibliográficas

- Bruckner, H. (2001) *Lactar es Amar. Conocer, cuidar y mantener la fuente natural de alimentación del lactante*. Cuba: Ed. Científico - Técnica
- Comisión Nacional de Lactancia Materna del Ministerio de Salud de Chile (1997) "Lactancia Materna". Santiago de Chile: UNICEF
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2004) *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Madrid: Ergon
- Diccionario de la Real Academia Española, en <http://lema.rae.es/drae/?val=mitos%20y%20creenciase> asentimiento y conformidad con algo
- Díaz Rosselló, J L. (2005) La relación madre - hijo en las primeras semanas de vida. BOLETINES Y NOVEDADES/ EDICIONES CLAP. Publicación 1150, p.9. En: http://www.Clap.ops-onsorg/web_2005/
- Giachetto Gustavo (2010) Mortalidad infantil en Uruguay: una mirada crítica. Arch. Pediatr. Urug. [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 2012 Sep 24] ;81(3): 139-140. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492010000300001&lng=es.
- Gómez García, C. (1992) *Enfermería Pediátrica*. Madrid: Masson Salvat
- Ladewig, W; London, M; Moberly, S; Olds, B. (2006) *Enfermería Maternal Y del Recién Nacido*. 5ª ed. Madrid: Mc Graw- Hill
- Lowdermilk, Perry, Bobak (1998) "Enfermería Materno Infantil", 6ta. Edición, Barcelona: Harcourt Brace
- Norma Nacional de la Lactancia Materna (2009) Ordenanza Ministerial N° 217/09. MSP. DIGESA. Programa Nacional de Salud de la Niñez. Uruguay. p.17
- Reeder, S. (1995) *Enfermería Materno-infantil*. 17ª México: Mc Graw- Hill
- Scrimshaw N. (1997) "Mitos y realidades en la planificación internacional para la Salud". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. OPS. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/spanish/Bol/v82n5p408.pdf>
- Valladares, Blanca. Revisión teórica sobre los mitos de la maternidad. En: <http://163.178.170.74/wp-content/revistas/65/valladares.pdf>
- Wong, Donna L, (1998) "Enfermería Pediátrica", 4ª edición, Barcelona: Harcourt Brace



Modelo de cuidados gerontológicos: aplicación y seguimiento a un grupo de mayores en comunidad



Lic. Shirley Teresita Ghizzoni; Lic. Elián Suhr; Lic. Raquel Díaz; Lic. Graciela Pérez

Modelo de cuidados gerontológicos: aplicación y seguimiento a un grupo de mayores en comunidad

Resumen

El nuevo modelo de salud en Uruguay, priorizó la estrategia de atención primaria, y el primer nivel de atención. El Programa Nacional del Adulto Mayor, adoptó un modelo centrado en las necesidades multidimensionales de los mayores, promoviendo el envejecimiento activo y saludable, y una atención global, continua y progresiva. Esto motivó que la cátedra en el 2010 comenzara a aplicar un modelo de cuidados gerontológicos centrado en 14 necesidades de Henderson.

Metodología: estudio descriptivo, prospectivo, periodo 2011 y 2012.

El trabajo buscó determinar la satisfacción de las necesidades en los adultos mayores de 60 años luego de impartir cuidados. Se analizaron las características socio epidemiológicas, necesidades insatisfechas, y los cuidados enfermeros.

Se presentan aquí los resultados de veintinueve casos analizados de acuerdo al abordaje de las distintas variables.

Palabras clave: cuidado gerontológico, necesidades de Henderson, envejecimiento, salud

Una mirada global

La tendencia mundial a la disminución de la fecundidad y a la prolongación de la esperanza de vida ha dado al fenómeno del envejecimiento de la población un relieve sin precedentes.

El envejecimiento según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) se lo define como: “el proceso fisiológico que comienza en la concepción y origina cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación a su medio.”

Otra definición adoptada por la OMS en cuanto, a envejecimiento activo lo define como: “el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”.

El envejecimiento de la población asociado habitualmente a los países más industrializados de Europa y América del Norte donde una quinta parte o más de la población suele tener 60 o más años es un fenómeno que ha ocurrido y está ocurriendo también en países menos industrializados.

La realidad de nuestro departamento en el contexto nacional

Uruguay a pesar de ser un país en vías de desarrollo posee características sociodemográficas similares a la de los países del mundo desarrollado. Los resultados del Censo 2011 ratifican la agudización del proceso de envejecimiento de la población uruguaya, propio de un país en una fase muy avanzada de la transición demográfica.

Según información del Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.), en el Uruguay hay 463.726 adultos mayores de 65 años lo que representa 14,11 % de la población total.¹

Según información del Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.), en el Uruguay hay 463.726 adultos mayores de 65 años lo que representa 14,11 % de la población total.²

El departamento de Salto cuenta con una población total de 124.878 habitantes, correspondiendo a 40.163 personas mayores de 60 años y más.³

La atención domiciliaria es un ámbito ideal para desarrollar las estrategias de prevención destinadas a evitar el desarrollo de la dependencia en el adulto mayor, minimizar sus efectos cuando se presenten u ofrecer cuidados de calidad técnica y humana en las fases más avanzadas de la enfermedad. Todo ello facilitado a través de la valoración geriátrica integral y el seguimiento de sus recomendaciones.

Es preciso avanzar de la coordinación a las estrategias de integración entre niveles asistenciales para consolidar líneas de avances en atención domiciliaria.

El Programa Nacional del Adulto Mayor creado en Uruguay en el año 2005 tiene como propósito “Favorecer un Envejecimiento Activo Saludable, que se traduzca en una vida digna, plena y participativa, colaborando en el mantenimiento del adulto mayor en la comunidad durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud”.

Su objetivo general es de Promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores, mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas del Estado y la comunidad, favoreciendo su inserción como ciudadanos desde la perspectiva socio cultural, y en sus derechos a la salud.

¹ Datos Demográficos del Uruguay. INE-censo 2011. Material disponible en: www.ine.gub.uy. Fecha de acceso: 04/12/2012 hora 18:20

² Ídem

³ Población por área y sexo, según grupo quinquenal de edades y edades simples. Salto. Instituto Nacional de Estadística. Censo 2011 Material disponible en: www.ine.gub.uy. Fecha de acceso: 06/12/2012 hora 16:00

Proyecto de Atención Integral

El Proyecto “Atención integral de enfermería a los adultos mayores de 60 años, que se asisten en la UBA 7” , se enfoca principalmente en la salud, dirigido a los adultos mayores de 60 años que se asisten en UBA(Unidad Básica Asistencial) N°7 de la ciudad de Salto.

Los datos obtenidos del diagnóstico de situación de la UBA N°7 del departamento de Salto, reflejan que el 40% de los usuarios que se asisten son adultos mayores.

Tiene como finalidad general mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, a través de una valoración integral y en el marco del modelo de enfermería planteado por Virginia Henderson; valorando sus necesidades fundamentales y promocionando su salud, su participación activa y favoreciendo la autonomía e independencia de los involucrados así como también su mantenimiento en su medio habitual.

Se propone concretar este trabajo a través de una atención y captación oportuna, clasificándolos en autovalentes, autovalentes con riesgo y dependientes, con el propósito de realizar el seguimiento pertinente a cada usuario y brindarles una atención de enfermería integral y de calidad.

La enfermería como disciplina se diferenciará de las demás disciplinas sanitarias, siempre que use un marco de referencia como base de sus observaciones, y que dirija la forma y los objetivos de su práctica. Un modelo ayuda a precisar la naturaleza de los cuidados, guía para elegir las intervenciones para conseguir objetivos, delimita nuestra responsabilidad profesional y nos permite visibilidad ante la sociedad.

El fin primordial de la enfermería es prestar cuidados enfermeros, fundamentados en una completa información y una atención personalizada e integral a los usuarios. La adopción de un modelo acorde favorece y garantiza la continuidad asistencial y ayuda a conseguir al usuario la máxima independencia a través del plan de cuidados y del diagnóstico enfermero.

El modelo de Virginia Henderson, contempla un concepto de persona como un todo, compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que interactúan entre sí. Para este modelo la persona tiene un potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás y con su entorno, y de capacidad para ocuparse de sus cuidados. Afirma que la persona/familia, es precursora de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. La salud deja de ser algo externo, dado por el sistema sanitario, pasando a ser un deber personal y colectivo.

El modelo de atención gerontológica centrada en la persona se entiende desde la personalización, desde la autonomía personal y desde el logro del mayor grado posible de independencia, como modo de favorecer el bienestar del individuo.

Objetivo general: determinar la satisfacción de las necesidades en los adultos mayores de 60 años luego de impartir cuidados.

Objetivos específicos. Determinar las características socio epidemiológicas, de la población de estudio. Describir las necesidades insatisfechas a través de la aplicación del Modelo de Virginia Henderson en el periodo de estudio. Determinar los cuidados enfermeros impartidos en el periodo de estudio.

Investigación. Metodología.

Tipo de Estudio: estudio descriptivo, prospectivo, periodo 2011 y 2012.

Área de estudio; Unidad Básica Asistencial número 7, con un área de influencia comprendida entre las calles, Avenida Garibaldi al norte, Costanera norte al oeste, Gutiérrez Ruiz y Ferreira Artigas al este y 19 de abril al sur.

Población de estudio: Adultos Mayores insertos en el Proyecto 'Apuntando a una Vejez Saludable'.

Unidad de Análisis: Modelo de cuidados de Virginia Henderson.
Criterios de inclusión: Adultos Mayores de 60 años, beneficiarios de ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) de la Unidad Básica Asistencial No 7, incluidos en el Proyecto 'Apuntando a una vejez saludable' a los que se realizaron visitas domiciliarias.

Criterios de exclusión: Adultos menores de 60 años, que no están incluidos en el Proyecto o que no se encontraban en su domicilio en el momento de la visita.

Variables:

1. Perfil socio - epidemiológico. Es el conjunto de características sociales y epidemiológicas de una población determinada en un momento dado.

Dimensiones: edad, sexo, Escala de Barthel, Escala de Pfeiffer, patologías crónicas, con quien viven.

2. Necesidad: son los requerimientos que tiene el ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar y que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo.

Dimensiones: 1-respirar normalmente; 2-comer y bebe de forma adecuada; 3-eliminar por todas las vías; 4-moverse y mantener una postura adecuada; 5-dormir y descansar;6- elegir ropas adecuadas,7- vestirse y desvestirse;8- mantener la temperatura corporal;9- mantener la higiene corporal y la integridad de la piel; 10-evitar los peligros del entorno; 11-comunicarse con los demás; 12-actuar de acuerdo con la propia fe; 13- llevar a cabo actividades con un sentido de autorrealización;14- actuar en actividades recreativas; aprender.

3. Cuidados de Enfermería: consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas, en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales

Dimensiones: referidos a cada necesidad insatisfecha.

Método y recolección de datos: Se utilizó como método de abordaje el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.).a través de la visita domiciliaria Las técnicas utilizadas para la recolección de datos fueron la entrevista, la observación y la exploración física.

Los instrumentos utilizados: guía de valoración psico social epidemiológica, guía de valoración de necesidades de modelo de Virginia Henderson

Procesamiento de datos: los datos se analizaron desde una planilla Excel y se realizo un análisis univariado con frecuencias absolutas y relativas.

Aspectos éticos: Consentimiento verbal de los usuarios, asegurándole la confidencialidad y privacidad de la información recabada. Desde lo institucional existe previamente un convenio Ministerio de Salud Pública - Facultad de Enfermería, el cual nos permite acceder a trabajar con la población beneficiaria.

Limitantes: las que se corresponden con el tipo de estudio, usuarios con cambio de domicilio o que no se encontraban en el mismo en el momento de la visita.

Resultados del estudio

El total de adultos mayores visitados que integran la población es de 65 personas.

Variable N° 1. Perfil Socio Epidemiológico

1.1- Edad: Predominaron los adultos mayores entre 65 y 79 años, en un 74%, los mayores de 80% representaron un 26%.

1.2- Sexo: En su mayoría son de sexo femenino, en un 78%

1.3- Con quien vive: Viven acompañados en un 83%, solo un 12% y no tenemos datos en un 5%.

1.4- Vínculo de persona que convive:

De los usuarios que viven acompañados, un 70% vive con su conyugue y un 20% con hijos.

1.5- Barthel - de acuerdo a las escala de Barthel, el 100% son autovalentes

1.6- Alteración auditiva: el 82% de los adultos visitados no presenta alteraciones auditivas

1.7- Alteración visual: el 71% presentan alteración visual.

1.8- Inmunizaciones: el 66% presentan vacuna antitetánica, el 74% no presenta vacuna antigripal y el 91% no presenta vacuna antineumocócica.

1.9- Patologías crónicas: predomina la hipertensión arterial en el 34%.

1.10- Polifarmacia: en el 53% de esta población se presenta la polifarmacia.

1.11- Consumo de alcohol: El 85% de los usuarios no consume alcohol.

1.12- Consumo de tabaco: el 89% de los adultos mayores no consume tabaco.

Variable N° 2- Necesidades Insatisfechas según Modelo de Virginia Henderson.

De un total de 66 necesidades insatisfechas que se presentaron en el total de los usuarios, predominó en un 40% la necesidad de “evitar peligros del entorno y evitar dañar a los demás”, seguida con un 24% por la necesidad de “comer y beber en forma adecuada”, y un 13% la necesidad de comunicarse con los otros expresando sus propias emociones, necesidades, temores u opiniones.

Variable N° 3- Cuidados de Enfermería según las Necesidades Insatisfechas.

Para la necesidad “evitar peligros del entorno y evitar dañar a los demás”, el 48% de los cuidados correspondió a educación y brindar información acerca de las inmunizaciones, seguida de Educación sobre evitar consumo de alcohol y tabaco en un 15%.

Para la necesidad de “comer y beber en forma adecuada”, el 65% de los cuidados consistió en Educación sobre hábitos alimenticios, seguidos en un 25% de educación para la realización de ejercicios físicos.

Para la necesidad “comunicarse con los otros expresando sus propias emociones, necesidades, temores u opiniones”, predominó el cuidado de escucha en un 67%, seguido en un 22% de información sobre interacción social, y en un 11% información sobre recreación.

Conclusiones

El domicilio es un lugar estratégico para la prevención, los cuidados y la atención socio sanitaria para muchos adultos mayores., pero ante todo es su hogar y el medio en el que se manejan, a pesar de las dificultades, con mayor autonomía y seguridad. El domicilio será escenario de estrategias de coordinación, de integración en el mejor de los casos, pero también en el lugar donde se pondrán a veces de manifiesto las contradicciones de modelos de atención, a veces excesivamente compartimentados.

La valoración de enfermería en atención domiciliaria contribuye a dar respuesta a necesidades insatisfechas, a la discreta coordinación de los servicios que trabajan en la comunidad, y en definitiva, a poner de manifiesto la exposición de un iceberg de incapacidad no reconocida.

Referencias bibliográficas

- Gallego, C.F. Visita Domiciliaria a personas mayores de 65 años. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de http://bvs.isciii.es/mono/pdf/INVESTEN_02.pdf
- Henderson. V. (1961) "Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería". Organización Panamericana de la Salud. OMS. Publicaciones
- Instituto Nacional de Estadística-Censo (2011) Datos demográficos del Uruguay. Recuperado de <http://www.ine.gub.uy> acceso: 04/11/2013
- Martínez, T. (2011) La Atención Gerontológica Centrada en la Persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria-Gasteiz: GIZARTEA HOBETUZ. DOCUMENTOS DE BIENESTAR SOCIAL. Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaenlapersona.pdf>
- Organización Mundial de la Salud., Envejecimiento y Ciclo de la vida. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/es/> acceso 31/10/2013
- OPS. OMS, Instituto Nacional de envejecimiento. Departamento del Comercio de los EE.UU. Administración de Economía y Estadísticas. OFICINA DEL CENSO. Envejecimiento e las Américas, Proyecciones para el siglo XXI. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/ageams.pdf> acceso 03/11/2013
- Programa Nacional del Adulto Mayor. PRONAM (2005) Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población. Uruguay.
- Proyecto "Apuntando a una vejez saludable" Universidad de la República - Facultad de Enfermería- Programa Internado y Administración de los Servicios de Salud del Estado - ASSE -- Unidad Básica Asistencial N° 7 de la ciudad de Salto, Uruguay.
- Rivera Martínez, M. (2004) "El arte de Cuidar en Enfermería". Revista Horizonte de Enfermería." Vol. 15; 11, 22. Chile. Recuperado de http://www6.uc.cl/prontus_enfermeria/html/produccion/cienti/Archivos/H.%20ENFERMERIA%2020042.pdf acceso 03/11/2013
- Sistema Nacional Integrado de Salud. Ley 18211. Uruguay. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/uc_5659_1.html acceso 30/10/2013

Normas para autores

Las normas aplicables a los autores aspirantes a publicar en el Cuaderno Electrónico de Facultad de Enfermería - Regional Norte (CEFER) que se detallan a continuación se establecen como requisito obligatorio para la postulación de artículos.

Podrán postular artículos aquellos profesores o estudiantes vinculados a la Universidad de la República (UDELAR) o a otras instituciones universitarias, públicas o privadas, nacionales o extranjeras, de ámbitos profesionales afines a la investigación en Enfermería.

Periodo de recepción de artículos: Los autores interesados en publicar en el CEFER, podrán enviar sus postulaciones a la Comisión Editorial del CEFER, al email que se indica al final de este instructivo.

Los textos enviados a CEFER podrán ser rechazados por parte de la Comisión Editorial por cuestiones formales u otras cuestiones que se detallarán, y recomendaciones adjuntas a la comunicación con el postulante. De ahí que se sugiere una atenta revisión de todos los aspectos relativos a la producción del artículo así como del cumplimiento de las normas de esta publicación.

En esta etapa (semestral año 2015) el CEFER publicará únicamente los trabajos en formato de artículos. Los mismos podrán tener una extensión mínima de 4 páginas y una extensión máxima de 12 páginas.

Formato del texto

En todos los casos, el formato a emplear es:

Cuerpo del texto en letra Trebuchet MS, tamaño 12, espaciado normal.

Texto “nota al pie”: Trebuchet MS, tamaño 10, espaciado normal.

En cuanto a las notas deberán ir siempre como notas al pie de página.

3. Para el estilo “Bibliografía” letra Trebuchet MS, punto 10, interlineado sencillo.

Todos los interlineados y estructura del texto son sencillos. No se admiten tabulaciones.

Presentación del artículo

El artículo responderá en su estructura a los siguientes ítems:

Título

Autor (con nota al pie donde explicita contacto e institución de referencia)

Resumen

Palabras clave

Cuerpo del artículo

Referencias bibliográficas

Formato de Referencias bibliográficas

El formato de CEFER en cuanto a las referencias bibliográficas será el de la APA - sexta edición.

Aspectos a tener en cuenta en la preparación del envío del artículo

En cuanto al contenido: antes de su envío el autor debe asegurarse que se trata de un material original e inédito. Que cumple con todas las presentes normas establecidas para la presentación del artículo. Que agrega la carta de cesión de derechos.

Ciudad, fecha.....

Carta de cesión de derechos:

_____, con Documento Nacional de Identidad n° _____ declaro a través de esta, que el artículo _____, es original y de mi propiedad, y al mismo tiempo cedo los derechos de reproducción del mismo, al Cuaderno Electrónico de Facultad de Enfermería de Regional Norte (CEDER), para su publicación en el número semestral que su Comisión Editorial considere pertinente.

Sin otro particular saluda,

_____ (firma)

Aspectos finales. Información sobre el envío - email de recepción y calendario

El envío del artículo se podrá realizar a través de la Coordinación Académica, o a través del sitio web de la Centro Universitario Regional Norte - Facultad de Enfermería: <http://www.unorte.edu.uy/>

El período de recepción de artículos y su publicación se organizará según la siguiente agenda:

Artículos enviados y aceptados entre el 1 de enero y el 1 de abril - serán publicados en el número CEFER del mes de julio.

Artículos enviados y aceptados entre el 1 de julio y el 1 de octubre serán publicados en el número CEFER del mes de febrero.

En caso de incidencias, podrán comunicarse vía telefónica con Facultad de Enfermería en Regional Norte - Sede Salto - (00598)47334816

