

ALADEFE

Revista Iberoamericana de Educación e Investigación
en Enfermería



ISSN 2174-6915

Volumen 9 N° 2. Abril-junio 2019



DAEeditorial
Grupo Paradigma

ALADEFE



Revista Iberoamericana de Educación e Investigación
en Enfermería

La **Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería** es el órgano oficial de difusión de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) como un referente de las publicaciones enfermeras para estos temas formativos e investigadores. Se distribuye de forma gratuita *on line* a los centros afiliados a la asociación, así como a los profesionales de la salud, instituciones sanitarias y educativas y otros lectores interesados, mediante suscripción.

La **Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería** permite la difusión del conocimiento en sus áreas temáticas, así como los hallazgos, noticias y opinión de la propia asociación o de relevantes personalidades de la Enfermería iberoamericana.

La revista incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en diversos campos de la educación enfermera: originales, revisiones, procedimientos y metodología, normativas y legislación, noticias y agenda, etc., constituyendo un medio de comunicación que intenta satisfacer con sus contenidos las necesidades de sus lectores, tanto desde el punto de vista docente, como investigador o gestor.

La **Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería** es una publicación abierta, participativa, colaborativa a todos aquellos trabajos que tengan como objetivo contribuir a la difusión del conocimiento científico en la docencia de la Enfermería. Se publica mediante un acuerdo con la Fundación DAE, entidad sin ánimo de lucro vinculada a la Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE), que está dedicada a apoyar la difusión del conocimiento, a través de libros, revistas y otras publicaciones, así como formación virtual.

Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la enseñanza enfermera.

La **Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería** está incluida en:

- Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index, CUIDEN.
- Biblioteca Virtual em Saúde (Base de dados de enfermagem, BDEFN).
- Enfipto, Biblioteca de la Universidad Complutense de Madrid.

Dirección: Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE).

Dirección de gestión y administración:

Difusión Avances de Enfermería (DAE)
C/ Manuel Uribe, 13, bajo dcha. 28033 Madrid (España).

Envío de artículos:

articulosALADEFE@grupo-paradigma.com

Protección de datos: la Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© ALADEFE



© DAE, SL



ISSN: 2174-6915

Depósito legal: M-34990-2011

Reservados todos los derechos

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Consultar normas de publicación en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/pagina/normas-de-publicacion/>

COMITÉ EDITORIAL

Directora

- Laura Morán Peña

Directoras Adjuntas

- Sandra Valenzuela Suazo
- Alcira Tejada Anria
- Mercedes Pérez Etcheto

Editora

- Elena Acebes Seisdedos

Comité Editorial

- María Cristina Cometto (Universidad de Córdoba, Argentina)
- Isabel Cal (Universidad Católica de Uruguay, Uruguay)
- María Antonieta Rubio Tyrell (Universidad de Río de Janeiro, Brasil)
- Consuelo Castrillón (Universidad de Antioquia, Colombia)
- Fernando Henriques (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal)
- Manuel Lillo Crespo (Universidad de Alicante, España)
- Esther C. Gallegos Cabriales (Universidad Autónoma de Nuevo León, México)
- Rosa María Nájera (Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México)
- Susana Espino (Universidad de Trujillo, Perú)
- Magdalena Zubizarreta Estévez (Facultad de Ciencias Médicas, Cuba)
- Edelmira Osegueda (Instituto de Estudios Profesionales en Salud, El Salvador)
- Elba de Isaza (Universidad de Panamá, Panamá)

Comité Científico

- René Mauricio Barría Pailaquilén (Universidad Austral de Chile)
- Arminda Costa (European Federation of Nurse Educators-FINE, Portugal)
- Augusto Ferreira (Universidad Católica de Uruguay, Uruguay)
- Lilian Ferrer (Pontificia Universidad Católica de Chile)
- Mary Gobbi (Southampton University, Reino Unido)
- Manuel José Lopes (Universidade de Évora, Portugal)
- Aida María de Oliveira Cruz Mendes (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal)
- Teresa Micozzi (Universidad de Rosario, Argentina)
- Raimunda Montejano Lozoya (Escuela Universitaria de Enfermería "La Fe" de Valencia, España)
- Marta Lenise do Prado (Universidad Santa Catarina de Florianópolis, Brasil)
- Jocelyn Price Romero (Ministerio de Salud y Universidad Mayor de Chile)
- María de los Ángeles Rodríguez (Universidad de Antioquia, Colombia)
- Magdalena Santo Tomás (Universidad de Valladolid, España)
- Alcira Tejada Anria (Universidad de Panamá, Panamá)

SUMARIO

EDITORIAL

LA ENSEÑANZA INCLUSIVA EN ENFERMERÍA: A PROPÓSITO DEL OTRO
Dr. José Luís Medina

4

ORIGINALES

EXPERIÊNCIAS DE OBSTETRIZES: CONTRADIÇÕES ENTRE A FORMAÇÃO E A PRÁTICA ASSISTENCIAL
Cindy Ferreira Lima, Glauce Cristina Ferreira Soares, Dulce Maria Rosa Gualda

8

LA RÚBRICA, INSTRUMENTO VÁLIDO Y CONFIABLE PARA EVALUAR LAS COMPETENCIAS CLÍNICAS A ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
María Bruna Espinoza Fernández

17

EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD "ADICCIÓN A LAS TECNOLOGÍAS EN NIÑOS ESCOLARES"
Karen Janeth Villegas Balderrama, Wendy Angélica Hernández González, Angélica María Armendariz Ortega

33

REVISIONES

ESTRÉS EN EL NEONATO PREMATURO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA
Tatiana Guadalupe Caudillo Díaz, María de Lourdes García Campos, Vicente Beltrán Campos

43

FATORES QUE INTERFEREM NA PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO EM ESTUDANTES: REVISÃO INTEGRATIVA
Morgana Valesca de Melo Bezerra, Giselle Carlos Santos Brandão Monte, Ana Carolina Costa Moreira Nicolau, Mayara de Melo Bezerra, Whatson Araujo Oliveira

50

EDITORIAL

La enseñanza inclusiva en enfermería: a propósito del otro



Dr. José Luís Medina

Dr. José Luís Medina

Profesor Titular de la Facultad de Educación de la Universidad de Barcelona.

Departamento de Didáctica y Organización Educativa.

Diplomado en Enfermería.

Licenciado en Pedagogía.

Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación.

En la actualidad ocupa el cargo en la Universidad de Barcelona de Delegado del Rector para la investigación, innovación y mejora de la docencia y el aprendizaje.

Gilles Deleuze (1) en su libro *Diferencia y Repetición* distingue entre los objetos de conocimiento que pueden ser pensados confortablemente, sin intranquilizarnos, de aquellos otros que nos fuerzan a pensar. En el primer caso, el pensamiento encierra la realidad en un único sistema y todo aquello que en la realidad contradice a ese sistema es excluido. Es un pensamiento, como dice Deleuze, "lleno de sí mismo", ciego ante todo aquello de lo que no puede apropiarse. En el segundo caso hay encuentros que nos conmueven y nos dejan perplejos. En ellos, el pensamiento se las tiene que ver con "lo que da que pensar" y ahí, el pensamiento es, también, aprendizaje. La educación inclusiva en enfermería pertenecería a esta última categoría.

Que la enseñanza de la enfermería debería ser inclusiva parece una obviedad. La física, como disciplina, posee un rasgo fundamental en su estructura epistemológica que es la precisión de la medida. Ese rasgo se manifiesta en su enseñanza a través de un poderoso aparato matemático y de cálculo. El cuidado, como objeto de conocimiento de la disciplina enfermera, es un fenómeno caracterizado por la diversidad, la singularidad y el significado que la persona cuidada adjudica a su situación de vulnerabilidad. Su desiderátum es una atención personalizada y adaptada a las necesidades del usuario enfermo o no. Si cuidar a otro es ayudarlo y no es sustituirle (aunque a veces sea necesario); si cuidar a otro no consiste en imponerle unas pautas de conductas ajenas a él, sino más bien contribuir a la realización de su proyecto personal (2), entonces, la educación de futuras enfermeras deberá mostrarse sensible a la pluralidad de sus formas de aprender y a la diversidad de sus maneras de estar en el mundo.

¿El currículum de enfermería contempla procedimientos inclusivos para que los contenidos curriculares puedan resultar aplicables y/o adaptables a todo el alumnado sin distinción de origen, sexo o capacidad? ¿Vela por la equidad en las oportunidades de ingreso, permanencia y finalización de estudios, de tal modo que la formación sea equitativa y accesible para todos/as? No estoy muy seguro de que podamos responder con un sí rotundo a estas cuestiones.

Sabemos que categorías como la locura, la enfermedad, el aprendizaje, lo normal o lo patológico son construcciones sociales. Estas categorías funcionan para distinguir (¿excluir?) a las personas que no son como nosotros y para confinarlas en dispositivos pedagógicos

y asistenciales que tienen como función hacer entrar al loco en “nuestra” razón, al enfermo en “nuestra” salud y al estudiante en “nuestro” saber. En todos estos casos somos nosotros los que definimos al otro a través de categorías avaladas por la razón tecnocientífica que domina los distintos campos de la enfermería. Somos nosotros los que decidimos cómo es el otro, lo que le falta, qué es lo que necesita saber y hacer, y cuáles deben ser sus aspiraciones. Y, así, la identidad del estudiante queda reabsorbida en nuestra identidad reforzándola y haciéndola aún más, si cabe, satisfecha de sí misma. De este modo, la estudiante confirma y refuerza nuestro saber, el enfermo nuestra autonomía, el marginado nuestra integración y el desviado nuestra normalidad.

La dificultad estriba en ofrecer una educación inclusiva, sensible a la diversidad del alumnado y orientada a su empoderamiento, en un contexto social, que, como en el que se desarrolla la formación de enfermeras, los modos hegemónicos de producción discursiva (3), los intereses de los grupos que detentan el poder (4) y la conciencia tecnocrática (5) han transformado en naturales formas construidas de estandarización de los dispositivos pedagógicos y de negación de la diversidad del estudiantado.

Pese a este contexto adverso existe un buen número de experiencias de educación inclusiva en enfermería. Por ejemplo, en un trabajo centrado en la experiencia de cuidar personas “habitantes de calle”, y a partir de relatos de la experiencia de tres estudiantes, se muestra el papel del prejuicio y del estigma en la construcción de la alteridad desviada y de cómo la construcción de un vínculo con el otro desposeído de su dignidad ayuda a las estudiantes a tomar conciencia de las consecuencias subjetivas de anclar y estimular las diferencias individuales a expensas de sustraer dignidad y autonomía a los desconocidos, los débiles o los vulnerables (6).

Esa conciencia, no obstante, debería extenderse a aquellas relaciones pedagógicas entre estudiantes y profesores que adoptando, en ocasiones, la forma de un maternalismo tan intrusivo como infantilizante, han intentado quiméricamente expulsar de las aulas aquello que las hace humanas: la diversidad y la pluralidad.

¿Cómo proceder pues para acercarnos al desiderátum de una educación enfermera inclusiva? En primer lugar, en la búsqueda de una educación en enfermería inclusiva que nos ayude a pensar el cuidado como solidaridad y respeto, sugiero tomar en consideración el consejo de San Agustín El Africano, quien nos decía: “vuelve a ti mismo, en el interior del hombre habita la verdad”. Se trata de construir una relación pedagógica que ayude a las estudiantes a “partir de sí”. Esta forma inclusiva de enseñar a cuidar les ofrece la posibilidad de convertirse en “sujetos” y no en objetos porque las autoriza a sujetarse en nombre propio a los diferentes discursos con los que construir el sentido de su futura práctica profesional. Significa restituirles el derecho a utilizar la palabra en nombre propio: una mediación pedagógica que ofrece al estudiantado referencias y referentes entendidos como alas para y no como grilletes para el pensamiento. Y es precisamente ahí, donde el arrogante discurso de la academia, que ha condenado a tantas voces estudiantiles a la insignificancia, encuentra su principal dificultad: esa mediación que conecta con la diversidad del mundo de la vida solo es posible cuando el profesorado de enfermería “aprende a callarse”, cuando “da la palabra”. El profesor que da la palabra como propietario de su sentido, el profesor que da como dueño de aquello que da, ese da, al mismo tiempo, las palabras y el control del sentido de las palabras y, por lo tanto, no las da. Dar la palabra es dar su posibilidad de decir otra cosa de la que ya dicen y en la que las estudiantes puedan encontrar su sentido y su lugar.

Dentro de esta mirada dialógica, la educación inclusiva en enfermería podría adoptar los siguientes principios pedagógicos:

- La consideración de las estudiantes como “sujetos” y no como “objetos”. Ellas son las protagonistas activas de su propio aprendizaje.
- La consideración del proceso de enseñanza aprendizaje como bidireccional, horizontal y liberador, desarrollando métodos formativos que posibiliten la emergencia de estructuras de diálogo libres de dominación y el control compartido del proceso formativo.
- La construcción de aprendizajes significativos basados en los intereses, motivaciones y contextos experienciales de las estudiantes.

Podemos sintetizar todo lo dicho hasta aquí en un ejemplo cualquiera basado en la relación pedagógica que se establece en cualquier momento de la enseñanza en enfermería. Partimos del supuesto que el profesorado de enfermería es depositario de un saber que han de transmitir a las estudiantes, de modo que este saber se convierta en una práctica de cuidado. Desde el punto de vista de una pedagogía inclusiva no sería suficiente con una transmisión unidireccional acerca de, por ejemplo, pautas alimentarias o prevención de enfermedades de transmisión sexual, o de úlceras por presión, por más que estas informaciones representasen los últimos avances en el campo. Desde un punto de vista inclusivo no sería suficiente, porque hacer esto supondría que el profesorado basa la eficacia

de su acción en cierta omnipotencia de su saber olvidando que ese saber solo se convertirá en práctica real y efectiva de cuidado a través de la estudiante a la que se dirige y, por tanto, de la consideración de ella como protagonista de su propio aprendizaje. Tampoco sería suficiente con que la estudiante aplicase irreflexivamente esos procedimientos transmitidos, porque sería necesario que construyera por sí misma y a su propia manera lo que para ella significa ese acto de cuidado. Esa enseñanza no inclusiva y uniformizante tiene, por otra parte, un efecto perjudicial para las estudiantes que no es otro que la dependencia y el alejamiento de la autonomía intelectual, que se produce cuando el profesorado instruye y no educa, y que se basa en la consideración del saber sobre el cuidado como patrimonio exclusivo de la academia, constituyéndose entonces en un saber que produce relaciones de poder. Sencillamente toda acción docente que se basa en la omnipotencia del saber del profesorado, excluye el saber de las estudiantes y fomenta su dependencia.

Esta es una docencia uniformadora y excluyente, basada en el mito del profesorado como “experto infalible”. Una concepción que carece de la flexibilidad y de la sensibilidad necesarias para adaptar su conocimiento a las singulares características de la situación de enseñanza; poco permeable a las perspectivas que las estudiantes puedan tener sobre el cuidado y poco proclive al examen de sus propios prejuicios.

Late en el fondo de estas reflexiones la imperiosa necesidad de reconstruir una pedagogía del cuidado respetuosa con la diversidad cultural y social de las estudiantes que a través de la atenta escucha de la alteridad les restituya la dignidad que nuestro mundo desigual pretende sustraerles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deleuze G. Diferencia y Repetición. Buenos Aires: Amorrortu; 2002.
2. Greene M. The Tensions and Passions of Caring. In: Leininger M, Watson J (eds.). The Caring Imperative in Education. New York: National League for Nursing; 1990.
3. Bernstein B. Poder, educación y conciencia. Sociología de la transmisión cultural. Barcelona: El Roure; 1990.
4. Hedin B. Nursing education and social constraints an indepth analysis. *International Journal of Nursing Studies* (1987); 24(3):261-70.
5. Habermas J. Ciencia y tecnología como ideología. Madrid: Tecnos; 1984.
6. Rubiano L, Telpiz S, Velásquez M. Cuidado de personas habitantes de la calle: la voz de los estudiantes participantes. En: Díaz LP (ed.). Experiencias de formación, investigación y práctica en el cuidado de enfermería. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2016.

EXPERIÊNCIAS DE OBSTETRIZES: CONTRADIÇÕES ENTRE A FORMAÇÃO E A PRÁTICA ASSISTENCIAL

¹ **Cindy Ferreira Lima**

² **Glauce Cristina Ferreira Soares**

³ **Dulce Maria Rosa Gualda**

¹ Doutoranda em Enfermagem. Mestre em Ciências. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Brasil.

² Doutora em Enfermagem. Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Brasil.

³ Docente Titular Aposentada. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Brasil.

E-mail: cindy.lima@usp.br

Fecha de recepción: 15 de junio 2018.

Fecha de aceptación: 2 de febrero 2019.

Cómo citar este artículo:

Lima CF, Soares GCF, Gualda DMR. Experiências de obstetizas: contradicões entre a formaão e a prática assistencial. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. 2019; 9(2):7-18.

RESUMO

Objetivo: trata-se de uma investigação que tem por objetivo conhecer a repercussão do processo de formação na prática assistencial de obstetizas.

Método: constitui-se de uma pesquisa qualitativa, com referencial teórico da antropologia interpretativa realizada de novembro de 2015 a abril de 2016, a partir da coleta de entrevistas semiestruturadas de cinco egressas do curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo (Brasil), que atuam ou atuaram por no mínimo seis meses em equipamentos de saúde do Sistema Único de Saúde.

Resultados: segundo os achados, diversos desafios foram apresentados à prática, devido à divergência do modelo assistencial em que estas profissionais foram formadas e o modelo de assistência predominante no país. Uma gama de sentimentos gerados pela prática assistencial foi relatada pelas participantes, desde frustração por não colocar em prática todo conhecimento adquirido até a realização pela profissão escolhida.

Conclusão: as participantes acreditam que mudanças no modelo assistencial de equipamentos de saúde, assim como na formação dos profissionais, podem possibilitar a transformação e promover melhora da assistência oferecida às mulheres.

Palavras-chave: obstetiz; sistema único de saúde; saúde da mulher; capacitação profissional; enfermagem obstétrica; educação superior.

Experiencias de las obstetras: contradicciones entre la formación y la práctica asistencial

RESUMEN

Objetivo: se trata de una investigación que tiene por objetivo conocer la repercusión del proceso de formación en la práctica asistencial de las obstetras.

Método: investigación cualitativa, con referencial teórico de la antropología interpretativa realizada de noviembre de 2015 a abril de 2016, a partir de la recolección de entrevistas semiestructuradas de cinco egresadas del curso de Obstetricia de la Universidad de São Paulo (Brasil), que actúan o actuaron no de acuerdo con la normativa vigente en el ámbito de la salud pública.

Resultados: según los hallazgos, diversos desafíos fueron presentados a la práctica debido a la divergencia del modelo asistencial en que estas profesionales fueron formadas y el modelo de asistencia predominante en el país. Una serie de sentimientos generados por la práctica asistencial fueron relatados por las participantes, desde frustración por no poner en práctica todo conocimiento adquirido hasta la realización por la profesión escogida.

Conclusiones: las participantes creen que los cambios en el modelo asistencial de equipos de salud, así como en la formación de los profesionales, pueden posibilitar la transformación y promover la mejora de la asistencia ofrecida a las mujeres.

Palabras clave: partería; sistema único de salud; salud de la mujer; capacitación profesional; enfermería obstétrica; educación superior.

Experiences from obstetricians: inconsistencies in education vs. clinical practice

ABSTRACT

Purpose: the present investigation aims at establishing the impact of the education process on clinical practice in obstetricians.

Methods: this is a qualitative investigation, based on the theoretical frame of interpretative anthropology, that was carried out from November 2015 to April 2016. Semi-structured interviews were collected from five graduates from an Obstetrics Course at the University of São Paulo, Brazil, who acted according or not according to existing rules in public health.

Results: the findings showed they had to cope with several challenges in clinical practice due to inconsistencies between the care model used in their professional education and the prevailing care model in the country. A number of feelings driven by the clinical practice were described by participants, such as frustration because they could not fully implement the knowledge they had received, or not fulfilling themselves at their profession.

Conclusions: participants believe that changes both in the care model used by health care teams and in professional education may enable transformations and promote an improved health care offered to women.

Key words: midwifery; single health care system; women' health; professional training; obstetric nursing; higher education.

INTRODUÇÃO

Diversas modificações na forma de se prestar assistência ocorreram no campo da assistência ao parto. O parto deixou de ser visto como um processo fisiológico e natural, tornando-se um evento que necessita de intervenções e instituições, característico do modelo biomédico de assistência (1,2). O modelo biomédico fundamenta-se no processo saúde-doença, com protagonismo do profissional no processo assistencial. No campo de assistência ao parto predominam aspectos fisiopatológicos, acima do processo fisiológico (1-3). A adoção do modelo biomédico no Brasil provocou altas taxas de cesáreas e uso excessivo de intervenções iatrogênicas, contribuindo para manutenção de elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal (4,5).

Elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal tem sido foco de discussão para promoção de melhorias na assistência à saúde da mulher no Brasil. Dentro dessas discussões está a criação de políticas públicas assistenciais alinhadas a recomendações da Organização Mundial de Saúde, que propõe a adoção do modelo humanista de nascimento (OMS) (6-8). Neste modelo, o processo de parturição é conduzido de modo fisiológico, por obstetras ou enfermeiras obstétricas. Estes profissionais são formados para lançar mão de menor número de intervenções iatrogênicas, estimulando o protagonismo da parturiente, oferecendo conforto e segurança durante todo o processo (9,10).

Desde a década de 90 muitos profissionais, principalmente professores, tem discutido sobre contradições entre a formação e a prática assistencial vivenciada por alunos no campo de formação em enfermagem obstétrica (2,11-14). O conflito de modelos assistenciais, com a formação focada no modelo humanista e a prática assistencial realizada em ambientes com predominância do modelo biomédico, propicia uma desarticulação entre a teoria e a prática. Tal desarticulação traz dificuldades para o aluno em processo de formação e pode resultar em frustração, insegurança e insatisfação nos profissionais quando formados (15).

A partir destas discussões, visando atender a demanda por profissionais qualificados, em 2005, foi retomada a graduação em Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (USP), na Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) (16). Sendo a ementa do curso elaborada de acordo com as diretrizes e competências definidas pela International Confederation of Midwives (ICM) e pela OMS (17,18). Em sua abertura, o curso foi estruturado em três eixos programáticos: Bases Biológicas da Obstetrícia; Fundamentos Psicossociais do Processo Reprodutivo; e Assistir/Cuidar no Processo Reprodutivo (19). Após modificações na grade curricular e ampliação da carga horária, os eixos foram reformulados, passando para: Eixo de bases biológicas; Eixo de ciências humanas, sociais e da saúde; e Eixo assistir, cuidar e gerenciar (20).

Os eixos programáticos do curso visam à formação de profissionais comprometidos com a prestação de assistência de qualidade, baseada na prática de educação e promoção de saúde (20). Os pilares dessa formação consistem na visualização do processo de gestação, parto e puerpério como processo fisiológico. Sua assistência está voltada à saúde da mulher e sua família, estimulando-os a buscar ações de promoção de saúde, tornando-os ativos neste processo (10). O intuito é que o aluno quando formado participe ativamente das transformações no quadro epidemiológico da saúde materna e perinatal. Por meio de sua assistência, proporcione experiências positivas para a mulher e família no processo de gestação, parto e pós-parto, em um contexto de educação para a saúde (16-18,21,22).

Entretanto, mesmo com a formação de obstetras em acordo com as recomendações da OMS, alguns fatores têm dificultado sua inserção no cenário assistencial. O desconhecimento da profissão, diferenças de paradigmas assistenciais e disputa de interesses de categorias profissionais que atuam na assistência obstétrica são fatores que dificultam sua inserção no campo assistencial (22-25).

Assim, o problema deste estudo consistiu em conhecer como as experiências de formação repercutem na prática assistencial de obstetras no Sistema Único de Saúde (SUS). As questões norteadoras foram: Como foi o seu processo de formação acadêmica? Como foi sua inserção no contexto de prática assistencial? A partir de seus relatos, buscou-se conhecer a complexa relação que envolve a formação e a prática profissional e como articulam o conteúdo teórico-prático adquirido no curso com a realidade da prática assistencial.

OBJETIVO GERAL

Conhecer como o processo de formação em Obstetrícia repercute na prática profissional de obstetras.

METODOLOGIA

Referencial teórico-metodológico

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, ancorada no referencial teórico da antropologia interpretativa (AI) (26). A pesquisa qualitativa busca a compreensão do universo dos significados com os quais as ciências humanas e sociais se ocupam, e lida com uma realidade que não pode ser quantificada, respondendo a questões muito particulares (27). A AI tem sido utilizada em pesquisas na área da saúde cujo objeto de interesse seja os significados que o ser humano atribui a realidade na qual está inserido (26).

Como referencial metodológico foi adotada a análise temática proposta por Minayo (27), que consiste, a partir da leitura exaustiva do texto, na descoberta de núcleos de sentido que compõem uma comunicação. A partir da identificação e quantificação da frequência dos núcleos de sentido, as falas foram agrupadas em categorias temáticas e submetidas à análise de dados.

Amostra

Os critérios de elegibilidade das participantes foram: trabalhar ou ter trabalhado por no mínimo seis meses em assistência à saúde da mulher em hospitais do SUS; aceitar participar da pesquisa; e ter disponibilidade para participar no período de coleta de dados, entre fevereiro e abril de 2016. Foram contatadas sete egressas do Curso de Obstetrícia da USP. Entretanto, devido a limitação de tempo, por conta de financiamento do projeto, a amostra foi composta por cinco egressas que se dispuseram a participar no período de coleta da pesquisa.

As participantes foram contatadas por telefone e convidadas a participar, sendo lhes apresentadas às perguntas norteadoras e os objetivos do projeto. Com o aceite, foi agendado a sua escolha, dia, horário e local para realização da entrevista. Três participantes escolheram a residência como local de coleta. Duas escolheram a EACH-USP, sendo a entrevista realizada em sala que possibilitasse privacidade. Antes do início das entrevistas, foi-lhes entregue o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para assinatura, ficando uma cópia em posse da participante e outra com a pesquisadora. As entrevistas tiveram em média 80 minutos, realizadas pela mesma pesquisadora e gravadas em gravador de áudio para posterior transcrição.

Coleta de dados

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas (27). Nessa estratégia, o pesquisador tem questões norteadoras a serem respondidas, mas conta com relativa flexibilidade, compreendendo que os diálogos são constituídos ao longo da entrevista. O questionário norteador foi construído com as seguintes questões: 1- Em linhas gerais, que conceitos de assistência obstétrica você construiu ao longo do curso, e trouxe para o seu trabalho?; 2- Como são as práticas assistenciais realizadas no seu serviço?; 3 – Como você se vê e sente em relação a sua atuação no serviço?; 4- Qual sua possibilidade de propor mudanças no serviço, no sentido de aproximá-lo mais aos conceitos adquiridos em sua formação? O roteiro serviu apenas como base, a entrevista ocorreu a partir da interação entre o entrevistador e a participante.

Análise de dados

Na pesquisa qualitativa a coleta e análise de dados são simultâneas. As entrevistas foram transcritas para posterior releitura e análise, a partir do referencial metodológico escolhido (27). O conteúdo das entrevistas foi agrupado segundo a similaridade temática, resultando em categorias. Os nomes das participantes foram substituídos para preservação do anonimato. A discussão dos dados foi construída com base na literatura sobre o assunto.

Comitê de Ética

Este projeto faz parte de um projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da USP, parecer 772.021/2014, que tem como objetivo compreender as experiências de obstetizas que atuam na prática profissional no contexto brasileiro, e conhecer como tem se dado a história da construção da profissão de obstetriz e a inserção deste profissional na prática assistencial.

RESULTADOS

As participantes tinham em média 13 meses de atuação em hospitais do SUS e entre tres e cinco anos de formadas como obstetizas, no período de coleta.

A partir da análise das entrevistas foram geradas sete categorias agrupadas em três temas: 1. Experiências de obstetizas no processo de formação; 2. Experiências de obstetizas na prática assistencial; e 3. Perspectivas de mudanças do cenário assistencial na visão de obstetizas, sendo discutidas nesta ordem, a seguir.

Tema I. Experiência de obstetizas no processo de formação

Categoria 1. Conceitos que embasaram o processo de formação

Segundo relato das obstetizas, a formação em Obstetrícia ajudou-as a construir o conceito de condução do trabalho de parto adotando-se o menor número de intervenções possíveis:

De tudo o que aprendi no curso de Obstetrícia o mais importante foi o não intervir, quando se trata de parto, quanto menos colocarmos a mão, melhor. A própria natureza se encarrega de agir da maneira que deve ser, temos intervenções sim, mas só devemos usá-las quando for realmente necessário... (Margarida).

Em nossa formação aprendemos a conduzir o trabalho de parto sem intervenção, sem abuso (Rosa).

Categoria 2. Habilidades adquiridas durante o processo de formação

As obstetizas destacam ter, em grande parte por conta do eixo humanístico do curso, adquirido habilidades para o estabelecimento de relações interpessoais através do diálogo, da associação de conhecimento e da geração de empatia:

Você tem que aprender a associar o que a mulher sabe com o seu conhecimento acadêmico para conseguir dialogar com ela, sair um pouco do pedestal de eu tenho um curso superior. É importante aprender a conversar e a ouvir, isso modula seu profissional, e nem todos na assistência entendem dessa forma, e isso aprendi em Obstetrícia... (Lírio).

Cada um entende parto humanizado de uma forma, eu acho que você tem que respeitar o que ela quer, respeitando o que as evidências dizem, por que às vezes o que é melhor pra você pode não ser o melhor pra ela... (Hortência).

Categoria 3. Estrutura curricular do curso

Algumas obstetizas consideram que o curso propicia uma formação completa, tendo sido bem estruturado:

Desde o começo o curso de obstetrícia estava muito bem estruturado, a grade, a forma como as disciplinas chegavam até nós... (Rosa).

Acho que o medo que temos de não termos sido bem formadas quando nos formamos é besteira, nossa formação é bem completa sim... (Hortência).

Outras obstetizas relataram que, embora o foco do curso seja o atendimento as gestantes de baixo risco, sentiram falta de aprofundamento em temas como patologias, anatomia e intercorrências neonatais:

É importante você saber que o processo é natural, mas é claro que é muito importante reconhecer sinais de risco e achei que foi isso muito superficial para turma. Por isso na reformulação da grade, discutimos essa mudança (Rosa).

Eu acho que faltou aprofundar um pouco mais na parte patológica, tudo bem que nosso foco é baixo risco, mas ele pode virar alto risco rapidamente, mas acho que é diferente hoje, depois da reformulação da grade curricular (Lírio).

Questionamentos sobre o curso e profissão fizeram parte do processo de formação das participantes:

Tivemos problemas no curso na minha época, por ser um curso novo, havia muito desconhecimento sobre a profissão de obstetrix, o que gerou muitos problemas na nossa turma, problemas com o COREN, enfim não foi fácil... (Rosa).

A vivência enquanto aluna foi conturbada, em 2010 houve um embate importante com o COREN, questionando tudo, e que queria fechar o curso na USP, isso inflamou todos os alunos da Obstetrícia e da EACH, houve uma forte movimentação em protesto, buscando apoio político pra buscar salvar o curso, poxa era o nosso sonho (Margarida).

Tema II . Experiências de obstetrixes na prática assistencial

Categoria 1. A realidade das práticas hospitalares

As obstetrixes relatam que nos locais onde atuam, observam o excessivo uso de práticas iatrogênicas. Tal realidade faz com que, muitas vezes, se sintam pressionadas a adotar tais práticas como rotina, o que gera desconforto:

Acredito que estamos muito aquém do ideal de parto humanizado, principalmente no que se refere à conduta de outros profissionais, muito intervencionistas. Eu encontro muita dificuldade para adotar práticas menos iatrogênicas, como por exemplo, aspiração neonatal em sala de parto, eles acreditam que isso seja estritamente necessário, porque aprenderam assim, e acham que tem que ser assim para sempre... (Margarida).

Vejo excesso de episiotomia e Kristeler... é assustador. No hospital em que trabalho se tem a ideia de que trabalho de parto deve ficar restrito ao leito, tanto que às vezes a mulher está com oito centímetros de dilatação e oriento a andar, logo em seguida vem algum colega de trabalho e começa a dar bronca, sinto restrita à minha prática... (Copo de Leite).

As obstetrixes referem que cotidianamente observam ocorrência de violência obstétrica, e apontam a necessidade de não ceder à pressão do ambiente:

...Na prática era episiotomia em todo mundo, violência obstétrica na fala com todas as mulheres e meu posicionamento sempre foi o de não cair na rotina dessas práticas, mas com o tempo você vê que todo mundo é contra os seus princípios. Acho que temos muito que fazer porque a coisa realmente é feia, a violência obstétrica e o desrespeito são rotineiros infelizmente... (Hortência).

Já tive problemas de estar acompanhando o trabalho de parto sem nenhuma intercorrência e quando o bebê estava quase saindo, vir um profissional louco, subir e fazer aquele Kristeler, e quando a paciente saiu com dor na barriga à culpa foi da enfermeira pelo discurso dele" (Copo de Leite).

Importância do conhecimento de evidências científicas na prática assistencial

As obstetrixes citam a importância de se utilizar evidências científicas no campo obstétrico. O conhecimento de evidências científicas possibilita a argumentação e posicionamento na contestação do uso de práticas iatrogênicas:

Você tem que conhecer as evidências para poder argumentar, para reivindicar o que é de direito da mulher... Você precisa se posicionar para não entrar na rotina de práticas que não beneficiam a mulher, você tem que registrar todo o processo para ter controle e poder argumentar quando outros profissionais quiserem intervir e os registros mostrarem que não há necessidade (Hortência).

Você tem que se posicionar muito para não cair em algumas práticas de rotina, você tem que registrar pra ter um controle e poder argumentar com o médico quando ele vier e quiser intervir e os registros mostrarem que não há necessidade (Lírio).

Categoria 2. Os sentimentos em relação às práticas hospitalares

Algumas obstetizas relatam sentimentos negativos diante da adoção de práticas iatrogênicas por outros profissionais, o que cria um ambiente difícil no contexto assistencial:

O que me incomoda mesmo é esse atendimento mecânico, a maioria dos profissionais não explica o que vão fazer, como no caso do toque, chegam, posicionam, tocam e não falam nada para mulher, é muito violento, é o corpo dela, acho isso muito errado, me sinto mal em relação a isso (Copo de Leite).

Você tem que tentar mudar algumas coisas e ao mesmo tempo tem que lidar com os profissionais porque se você for muito resistente, só vai criar inimizade... Algumas coisas você acaba cedendo, depois se arrepende, mas é tão desgastante nadar sempre contra, lógico, você continua tentando fazer diferente, você fica triste, mas com o tempo você fica calejado (Hortência).

Categoria 3. Os sentimentos em relação à assistência prestada e à profissão

Na fala das obstetizas é possível observar que a realidade dos serviços causa uma série de sentimentos conflitantes nos profissionais de saúde:

Me sinto triste, não com a nossa assistência mas sim com nosso respaldo, com nossa remuneração, com os recursos que você tem pra atuar, infelizmente eu aprendi que hospital do SUS que é bom, é aquele que não é 100% SUS, é aquele que tem parte do atendimento para convênio, porque por mais que não tenha material de ponta, ele sempre tem material... Essas são coisas que deixam o profissional desgostoso com o serviço, e o fluxo enorme, e a falta de reconhecimento da chefia... (Lírio).

É complicado, a demanda é alta e você não consegue fazer tudo que queria e isso é frustrante... Por outro lado, é muito gostoso o reconhecimento e o carinho de quem você atende, é muito gratificante, eu amo Obstetrícia (Copo de Leite).

Me sinto feliz com a escolha que fiz, existem muitas dificuldades, mas ao mesmo tempo existem muitas vitórias, não é o emprego dos sonhos, a gente não ganha horrores, mas me sinto realizada. Eu acredito que a minha atuação muda a história de muita gente. A cada mãe que te reconhece seja onde for, é um presente de Deus (Margarida).

Tema III. Perspectivas de mudanças no cenário assistencial na visão das obstetizas

Categoria 1. Possibilidades de promover mudanças no serviço de assistência

As obstetizas acreditam que a mudança do modelo de Centro Obstétrico para Centro de Parto Normal (CPN) pode ser mais favorável para a prática de conhecimentos voltados para assistência humanizada, adquiridos durante a graduação:

Com a abertura do centro de parto normal o hospital aumentou o quadro de obstetizas e enfermeiras obstétricas, e acredito que com isto a assistência estará voltada para a realidade da humanização, estou bem esperançosa em poder colocar em prática tudo que aprendi (Copo de Leite).

No Centro Obstétrico é mais difícil. Os médicos na maioria das vezes definem as condutas. Acredito que eu trabalharia mais tranquila, de acordo com o que eu acredito, em um CPN (Hortência).

A redução no uso de práticas iatrogênicas por meio da adoção de práticas humanísticas melhora a qualidade da assistência:

A equipe sabe que não adianta ficar do meu lado porque eu não vou fazer episiotomia, aos poucos você consegue passar isso, sempre com muito respeito... No começo é difícil, mas aí você assiste o parto com períneo íntegro, e isso vai fazendo com que confiem no seu trabalho, e assim você muda completamente a realidade da assistência, quando outras equipes veem no livro de parto, períneo íntegro, períneo íntegro, períneo íntegro, laceração de primeiro, elas vão mudando também, então você acaba de uma forma ou de outra por influenciar o meio (Rosa).

Conseguimos mudar muito a conduta dentro do hospital, ano passado participamos de um evento, e desde então não fizemos mais episiotomia. Então aos poucos você consegue convencer a sua equipe que não tem necessidade de tantas intervenções, e com a sua prática você demonstra que é possível mudar... (Lírio).

Algumas obstetizas relatam que encontram dificuldades na proposição de mudanças devido à solidão neste processo. O apoio da chefia foi destacado como importante para que as mudanças ocorram:

É uma sensação de impotência, porque sozinha não tem muito o se que possa fazer, mas ao mesmo tempo sinto que eu consigo fazer diferença para algumas mulheres, para as que eu atendo (Copo de Leite).

A supervisora do antigo hospital era mais bacana, se você propusesse algo e ela visse que tinha respaldo legal, ela autorizava e te apoiava se acontecesse alguma coisa e alguém quisesse questionar, já a do novo hospital é menos ativa, e sozinha fica mais difícil (Hortência).

O relato desta obstetiza traz que sua formação pode ser importante no processo de humanização da assistência, quando associada a programas de humanização. Destaca ainda que, obstetizas em cargos de gestão, pode tornar mais fácil a aceitação da equipe para a adoção de práticas assistenciais voltadas para a humanização:

Eu encontro sim dificuldades em mudar algumas coisas. Para conseguir mudanças sempre precisamos de aliados, acredito que foi com este intuito que me colocaram como coordenadora da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança. Este programa está intimamente ligado com a questão da humanização do atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, e com minha formação alinhada aos preceitos do programa, como obstetiza, no cargo de coordenadora, tenho maior visibilidade na proposição de mudanças (Margarida).

Acho que precisamos ocupar mais cargos de confiança para conseguir transformar a realidade da assistência, mas é tão difícil nossa realidade, temos muitas barreiras a derrubar ainda (Hortência).

DISCUSSÃO

As obstetizas relataram uma série de experiências e sentimentos vivenciados no cotidiano, oriundos do conflito entre seus conceitos de formação e a realidade da prática assistencial no campo.

Com relação às experiências durante o processo de formação, muito se tem discutido a respeito das contradições entre a formação acadêmica e o campo de prática profissional de obstetizas. Questões acerca do modelo de formação dessas profissionais, voltado para humanização, e os conflitos gerados por sua atuação em equipamentos do modelo biomédico, tem sido apontadas como fator dificultador de sua atuação no contexto da assistência a saúde da mulher (10,25,28-30). Entretanto, com uma formação humanística, esses profissionais tem seu perfil voltado para a assistência focada no processo fisiológico da gestação e do parto, o que é apontado pela literatura científica mundial como importante ferramenta para promoção de melhorias nos indicadores de saúde materna e neonatal (28,31).

A busca da condução do trabalho de parto respeitando sua fisiologia, interferindo o mínimo possível em sua progressão, aliada a criação de vínculo baseado no diálogo e empatia, auxiliou na percepção de qualidade da assistência percebida pelas mulheres assistidas (32). As participantes apontaram que a habilidade de relacionamento interpessoal foi uma importante ferramenta adquirida durante o processo de formação. Autores reconhecem a necessidade de capacitar os profissionais para enxergar as necessidades integrais dos usuários, e não apenas sua patologia ou a técnica requerida para assisti-lo (10,30,33).

Quanto à estrutura curricular, as participantes consideraram adequada, embora sentissem necessidade de aprofundamento em alguns temas. O curso passou por importantes reformulações (16,29,31). No período de 2008 a 2012, devido a forças externas e internas, uma série de modificações foram realizadas a fim de aprimorar a grade curricular³¹. Em sua abertura, a carga horária era de 3.600 horas, ministradas em período vespertino divididas em oito semestres (19). Ao longo do tempo, a carga horária passou de 3.600 para 4.350 horas, ministradas em período integral, distribuídas em nove semestres (20). Tais reformulações tiveram origem em discussões com a Pró-Reitoria de Graduação da USP e nas demandas manifestadas pelos alunos. O Conselho Regional de Enfermagem (COREN) foi ouvido quanto a dúvidas sobre o curso. Na reformulação da grade o eixo de bases biológicas recebeu especial destaque, com aumento da carga horária das disciplinas e aprofundamento em intercorrências (11,14-16,24,29,32,34).

Com relação às experiências na prática assistencial, as participantes destacam que o contexto de atuação dificulta a adoção dos conceitos humanísticos aprendidos durante a formação. Entretanto, ressaltam que os conceitos adquiridos na formação foram fundamentais para construção de sua prática assistencial baseada na visão integral da mulher. O referencial teórico disponibilizado na graduação forneceu-lhes arsenal argumentativo amplo para diálogo com os demais profissionais, o que facilitou a proposição de condutas menos iatrogênicas (29). Entretanto, sua atuação em equipamentos de saúde focados na assistência a gestação, parto e puerpério com o olhar de risco, favorecendo práticas iatrogênicas e excessiva medicalização, dificulta sua atuação focada no processo fisiológico (10,30).

Com relação às práticas hospitalares, as obstetizas destacam o excesso de práticas intervencionistas e iatrogênicas, apontadas como violência obstétrica. A dificuldade em atuar de acordo com os conceitos adquiridos na formação, gera uma série de sentimentos nas participantes como medo, angústia e tristeza. Tais sentimentos se devem à incongruência dos conceitos adquiridos na formação com a realidade da prática assistencial. Excesso de demanda e escassez de material, aliados a falta de autonomia são determinantes para ocorrência de frustração (10,29,35).

Por outro lado, as participantes relatam que sentem maior realização pessoal e profissional quando tem possibilidade de implementar seus conceitos de formação, sendo este um fator motivacional para a continuidade do trabalho (25,29). A possibilidade de implementação dos conceitos adquiridos contribui para o ganho de espaço e respeito dentro das equipes, assim como do reconhecimento da qualidade da assistência recebida pelas mulheres assistidas (35).

Uma importante estratégia governamental para melhorar os indicadores maternos e neonatais tem sido a criação de programas voltados para humanização da assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal (36-41). As participantes apontam que a implementação destes programas, são uma ferramenta importante para promoção de mudanças no cenário. Entretanto, embora diversos programas apontem a obstetiza e enfermeira obstétrica como melhor profissional para prestação de assistência (36-41), a conquista deste espaço requer articulação política e dialógica dentro das equipes. O registro do processo assistencial prestado por obstetizas e enfermeiras obstétricas é fundamental, a fim de produzir dados que comprovem a eficácia de sua inserção (14).

As obstetizas relatam sentir maior liberdade de atuação dentro de equipamentos de saúde alinhados aos preceitos dos programas de humanização da assistência, como CPN. Os CPNs estão voltados para assistência a gestação, parto e puerpério de baixo risco, cuja total responsabilidade pela assistência é conferida a obstetizas e enfermeiras obstétricas (10,16,18,25,42). Neste contexto, estes profissionais possuem maior autonomia para adoção de práticas menos iatrogênicas na condução do trabalho de parto, sem interferência de outros profissionais de saúde em sua conduta (25,28,43). Entretanto, este equipamento de assistência ainda está longe de ser o modelo predominante no contexto nacional.

É importante pensar sobre formas de facilitar a atuação de obstetizas e enfermeiras obstétricas. A dificuldade em promover mudanças tanto no cenário quanto nas práticas iatrogênicas realizadas por colegas, aliado ao sentimento de cerceamento de sua atuação, leva muitas vezes a desmotivação e desgaste emocional (29,31,44). Segundo as participantes, novas formas de gerir equipamentos de saúde, voltadas para o diálogo e valorização da interdisciplinaridade podem facilitar a promoção de mudanças no cenário de assistência (2,44,45).

A busca pela construção do modelo humanista durante a formação dos profissionais de saúde pode representar uma saída para a transformação do cenário assistencial no Brasil. Voltado para necessidades individuais, a assistência baseada no modelo humanista contemplará não apenas aspectos fisiológicos, mas também necessidades psíquicas e emocionais (32). Desta forma, talvez seja possível unir aspectos positivos de ambos os modelos, ofertando assistência eficiente na contenção de riscos, sem destituição da autonomia das mulheres sobre o processo fisiológico de parturição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tanto a graduação em Obstetrícia como o papel profissional da (do) obstetrix são pouco conhecidos em nosso país. A proposta de formação de obstetrixes, voltada para o modelo de assistência humanista, visa à transformação do modelo de assistência vigente no Brasil. Entretanto, o conflito dos conceitos de formação e a prática assistencial geram uma gama de sentimentos nas profissionais, quando inseridas em instituições do modelo biomédico. Mesmo em contextos difíceis, as participantes manifestaram satisfação na escolha pelo curso, expressada na esperança em fazer parte da transformação da realidade assistencial obstétrica no Brasil. A partir da proposta de formação de profissionais voltados para o modelo humanista, que valoriza o processo fisiológico sem desvalorizar a necessidade de conhecimento para prevenção de riscos reais, podemos refletir sobre a possibilidade de integração dos aspectos positivos de ambos os modelos.

PADRÕES ÉTICOS E CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram ter respeitado todos os padrões éticos com relação ao sigilo das participantes e utilização de seus depoimentos apenas para construção deste estudo, conforme projeto apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da USP. Declaram por fim não haver qualquer conflito de interesse na realização deste projeto.

REFERÊNCIAS

1. Marco MA de. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev Bras Educ Med* [internet]. 2006 [citado 8 mar 2019]; 30(1):60-72.
2. Gualda DMR, Campos EA de, Praça N de S, Salim NR, Soares GCFS. Nascimento. *Perspectivas Antropológicas*. São Paulo: Ícone; 2017. p. 320.
3. Brigagão JIM, Gonçalves R. O uso das tecnologias em Obstetrícia: Uma leitura crítica. En: *Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. Florianópolis: UFSC; 2010. p. 1-11.
4. Vogt SE, Diniz SG, Tavares CM, Santos NCP, Schneck CA, Zorzam B, et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(9):1789-800.
5. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Estatísticas Vitais. DATASUS. 2015. p. 4.
6. World Health Organization (WHO). Assistência ao parto normal: um guia prático. Geneva: WHO; 1996. p. 53.
7. Toral A, Regina C, Vilain F, Morais T, Valcarenghi RV, Bittencourt J, et al. Assistência de enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa. *Estácio Saúde*. 2019; 8(1):45-53.
8. De W, Lima S, Dharlle M, Santana O, Soares De Sá J, Chaves De Oliveira M. Assistência ao parto e suas mudanças ao longo do tempo no Brasil assistance to childbirth and its changes through time in Brasil. *Multidebates*. 2018; 2(2):41-55.
9. Pontes MG de A, de Lima GMaB de L, Lima GMB de. Arte de partejar: Quem protagoniza a cena? *Rev Ciências da Saúde Nov Esperança*. 2012; 10(2):34-46.
10. Merigui MA, Gualda DMR. O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrixes para assistência ao parto. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009; 17(2):265-70.
11. Gualda D. Perfil, competência e compromisso social da enfermeira obstétrica. En: *Anais do III Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto ABENFO-SP*. 2001. p. 70-1.
12. Tsunehiro MA, González Riesco ML, Bonadio IC. A qualificação formal e os modelos alternativos de capacitação da equipe de enfermagem para assistência ao nascimento e parto. En: *Anais do II Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto ABENFO*. Seção. São Paulo. 1998. p. 25-35.

REFERÊNCIAS (CONTINUAÇÃO)

13. Nakano ANS. Situação atual do ensino da assistência ao nascimento e parto nos Cursos de Graduação em Enfermagem-A Escola de Enfermagem de Ribeirão Pret /USP. En: Anais do II Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras - Seção São Paulo Departamento de Enfermagem e Centro de Ciências Médicas e Biológicas de So. 1998. p. 2.
14. Amorim T, Gualda DMR. O resgate da formação e inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto no Brasil. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2010.
15. Amorim T, Gualda DMR, Oliveira ARS de. Ensino da enfermagem obstétrica e da obstetrícia no contexto brasileiro. In: Nascimento: Perspectivas Antropológicas. São Paulo: Ícone; 2017. p. 277-91.
16. Narchi NZ, da Silva LCFP, Gualda DMR. Contexto, desafios e perspectivas na formação de obstetrias no Brasil. Saude e Soc. 2012; 21(2):510-9.
17. International Confederation of Midwives (ICM). Essential competencies for basic midwifery practice [sede web]. ICM 2010. p. 1.19. [cited 8 mar 2019]. Available from: www.internationalmidwives.org
18. World Health Organization (WHO). Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Geneva: OMS; 1996. p. 53.
19. Universidade de São Paulo. Projeto Político Pedagógico do curso de Obstetrícia. 2008. p. 1-32.
20. Universidade de São Paulo. Projeto Político. Pedagógico. Curso de Graduação em Obstetrícia. Brasil: Universidade de São Paulo; 2016. p. 68.
21. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. Cien Saude Colet. 2013; 18(4):1059-68.
22. Castro C, Cruz EF, Brigagão JIM, Belli MA de J, Narchi NZ, Oliveira RC, et al. A formação de profissionais para o cuidado integral à saúde da mulher e da criança no pré-natal, parto e pós-parto: a experiência do curso de obstetrícia da Universidade de São Paulo. En: Gualda DMR, Campos EA, Praça NS, Salim NR, Soares GCF. Nascimento: perspectivas antropológicas. 2017. p. 301-18.
23. Trintinalia MMJ. Caracterização e inserção profissional de egressos do curso de graduação em obstetrícia da Universidade de São Paulo. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2011.
24. Soares GC, Salim NR, Lima CF, Gualda DMR. Sentidos da prática profissional de obstetrias no contexto brasileiro. En: In Saúde e Sociedade Anais 14º Congresso Paulista de Saúde Pública Saúde e Poder: Reconnectando cidadãos e trabalhadores ao SUS [internet]. São Carlos: Saúde e Sociedade; 2015. p. 500 (323-324).
25. Castro C, Narchi NZ, Lopes GA, Macedo CM, Souza AC. Entre o ideal e o possível: experiências iniciais das obstetrias no Sistema Único de Saúde de São Paulo. Saúde e Soc. 2017 Mar; 26(1):312-23.
26. Geertz C. O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 256.
27. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1993. p. 269.
28. Barbosa PG, Carvalho GM de, Oliveira LR de. Enfermagem obstétrica: descobrindo as facilidades e dificuldades do especialista nesta área. O Mundo da Saúde São Paulo. 2008; 32(4):458-65.
29. Lima CF, Soares GCF, Gualda DMR. Experiência de Obstetrias no Sistema Único de Saúde. En: 24º Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP. São Paulo: USP; 2016. p. 1059.
30. Puccini BC. Consciência política e humanização do parto: a luta pelo direito à formação de obstetrias da Universidade de São Paulo. Brasil: Universidade de São Paulo; 2018.
31. Narchi NZ, Medeiros de Castro C, de Freitas Oliveira C, Tambellini F. Report on the midwives' experiences in the Brazilian National Health System: A qualitative research. Midwifery. 2017 Oct 1; 53:96-102.
32. Lima CF, Soares GCF, Gualda DMR. Um novo olhar sobre a saúde da mulher. In: Saúde e Sociedade Anais 14º Congresso Paulista de Saúde Pública Saúde e Poder: Reconnectando cidadãos e trabalhadores ao SUS. São Carlos: Saúde e Sociedade; 2015. p. 500 (327).
33. Laia da Mata JA, Kakuda Shimo AK. A arte de pintar o ventre materno: história oral de enfermeiras e obstetrias. Enfermería actual Costa Rica. 2018 Jul 5; (35):1-23.

REFERÊNCIAS (CONTINUAÇÃO)

34. Amorim T, Gualda DMR. Coadjuvantes das mudanças no contexto do ensino e da prática da enfermagem obstétrica. *Rev Rene*. 2011; 12(4):833-40.
35. Crizóstomo CD, Barros AZK, Cabral JC. A atuação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto normal no Brasil. En: VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Belo Horizonte: ABENFO; 2011. p. 4780-92.
36. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011: Institui no âmbito do SUS o programa Rede Cegonha. *Diário Oficial República Federativa do Brasil*, 27 jun. Seção 1:109. 2011.
37. Ministério da SS de A à SD de APE. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 82.
38. Ministério da SSE. Programa de humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
39. Ministério da SS de atenção a saúde D de APE. Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
40. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciências T e IE. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. 2017; 53.
41. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva NT da PN de HB. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 2004 p. 1-19.
42. Ministério da Saúde. Portaria no 985/GM Em, 05 de agosto de 1999. Dispõe sobre criação, normas, critérios, atribuições, definições das características físicas e recursos humanos para o funcionamento do Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS. Brasília: Diário Oficial da União; 1999. p. 51.
43. Lobo SF, Oliveira SMJV de, Schneck CA, Silva FMB da, Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3):812-8.
44. Bonadio IC, Koiffman MD, Minakawa MM, De MAF. Da relação conflituosa ao respeito mútuo: a consolidação do papel da enfermeira obstétrica na assistência ao parto e nascimento. *Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium*. 2002. p. 7.
45. Progianti JM, Mouta RJ de O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17(2):165-9.

LA RÚBRICA, INSTRUMENTO VÁLIDO Y CONFIABLE PARA EVALUAR LAS COMPETENCIAS CLÍNICAS A ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

María Bruna Espinoza Fernández

Doctora en Ciencias de la Enfermería. Profesora Adjunta. Escuela de Enfermería. Universidad de Valparaíso. Chile.

E-mail: bruna.espinoza@uv.cl

Fecha de recepción: 28 de diciembre 2018.

Fecha de aceptación: 22 de febrero 2019.

Cómo citar este artículo:

Espinoza Fernández MB. La rúbrica, instrumento válido y confiable para evaluar las competencias clínicas a estudiantes de enfermería. Rev. Iberoam. Educ. investi. Enferm. 2019; 9(2):19-31.

RESUMEN

Introducción: la evaluación es un factor esencialmente crítico en la calidad de la enseñanza universitaria, más aún si se trata de evaluar las competencias clínicas en estudiantes de enfermería que se adquieren al cursar un plan de estudios innovado en contextos complejos como son los hospitalarios, donde participan profesionales enfermeros que no tienen formación docente. La literatura indica la necesidad de contar con instrumentos que permitan realizarla de forma objetiva, confiable y válida.

Objetivos: validar una rúbrica para la evaluación de las competencias clínicas adquiridas por los estudiantes de primer año de la carrera de enfermería.

Metodología: investigación con metodología cuantitativa, en donde se llevó a cabo validación de contenido por un panel de expertos mediante el coeficiente de validación V de Aiken y análisis de confiabilidad a través del coeficiente alpha de Cronbach. Se utilizó el sistema operativo SPSS 21.

Resultados: se obtuvo una rúbrica para la evaluación de las competencias clínicas de los estudiantes de enfermería del primer nivel de carrera, que incluyó dos competencias específicas, una competencia genérica y siete resultados de aprendizaje. Validación de contenido por panel de expertos V de Aiken de 0,88. Se aplicó la rúbrica en 55 estudiantes obteniendo un coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach de 0,83.

Conclusión: una rúbrica válida y confiable es un buen instrumento de evaluación en contextos de aprendizaje clínico. La formación y la experiencia en docencia, como el involucramiento y compromiso del evaluador con el proyecto educativo se destacaron como elementos claves en el proceso de evaluación.

Palabras clave: evaluación; educación basada en competencias; estudiantes de enfermería.

A rubrica, instrumento válido e confiável para avaliar as competências clínicas de estudantes de enfermagem

RESUMO

Introducción: a avaliação é um fator essencialmente crítico na qualidade do ensino universitário, ainda mais quando se trata de avaliar as competências clínicas dos estudantes de enfermagem que são adquiridas por meio de um currículo inovador em contextos complexos, como hospitais, onde participam profissionais de enfermagem que não possuem formação docente. A literatura indica a necessidade de dispor de instrumentos que permitam uma execução de maneira objetiva, confiável e válida.

Objetivos: validar uma rubrica para avaliação das competências clínicas adquiridas pelos alunos do primeiro ano de graduação de enfermagem.

Metodologia: pesquisa com metodologia quantitativa, onde validação do conteúdo foi realizada por um painel de especialistas utilizando o coeficiente de validação V de Aiken e análise de confiabilidade através do coeficiente alfa de Cronbach. O sistema operacional utilizado foi SPSS 21.

Resultados: se obtém uma rubrica para a avaliação das competências clínicas dos estudantes de enfermagem do primeiro ano de graduação, que inclui dois requisitos específicos, um requisito genérico e sete resultados de aprendizagem. Validação de conteúdo por um painel de especialistas V de Aiken de 0,88. A rubrica foi aplicada em 55 alunos obtendo um Coeficiente de Confiabilidade Alpha Cronbach de 0,83

Conclusão: uma rubrica válida e confiável é um bom instrumento de avaliação para o contexto da aprendizagem clínica. O treinamento e a experiência no ensino assim como o envolvimento e o comprometimento do avaliador com o projeto educacional, são elementos chaves para determinar o sucesso do processo de avaliação.

Palavras-chave: avaliação; educação baseada em competências; estudantes de enfermagem.

Rubric: A valid and reliable tool to assess clinical competences in nursing students

ABSTRACT

Introduction: assessment is a critical factor in the quality of university education, and it is even more important in nursing students when evaluation is needed for clinical competences acquired in an innovative curriculum in complex settings such as hospitals with professional nurses not having a specific training in teaching. As suggested by literature, tools are needed to perform assessments in an objective, reliable, and valid way.

Purpose: to validate a rubric to assess clinical competences acquired by first year nursing students.

Methods: an investigation with quantitative methods for content validation by a panel of experts, using Aiken's V validation coefficient and reliability analysis by means of Cronbach's alpha coefficient. Operative system SPSS 21 was used.

Results: a rubric was developed to assess clinical competences in first-year nursing students, including two specific competences, a generic competence, and seven learning outcomes. Content validation by a panel of experts using Aiken's V 0.88. The rubric was implemented in 55 students and a Cronbach's alpha coefficient for reliability of 0.83 was obtained.

Conclusion: a valid and reliable rubric is a good tool for assessment in clinical learning settings. Teaching training and experience, including assessor's involvement and commitment to the educational program were key elements in the assessment process.

Key words: assessment; competence-based education; nursing students.

INTRODUCCIÓN

El currículo de los estudios oficiales de grado estructurado por competencias se ha ido imponiendo como el enfoque pedagógico dominante en los últimos años en todo el mundo, y Chile no ha estado ajeno a este proceso. En este contexto se ha dado un gran impulso al rediseño de los planes de estudio de carreras universitarias en la última década (1). La formación por competencias se basa en el encuentro de dos corrientes teóricas en las ciencias de la educación: el cognitivismo, que se ocupa de la manera por la cual el que aprende, adquiere y aplica los conocimientos y las habilidades; y el constructivismo, el cual plantea que el conocimiento es producto de una construcción propia que surge de la interacción social (2). Es decir, se crea nuevo conocimiento a partir del acervo cultural, experiencias y del propio interés o motivación que cada cual tiene por la tarea. Ambas corrientes se fundamentan en la responsabilidad de aprender del estudiante y en el desarrollo de sus competencias iniciales a lo largo de su carrera. Por tanto, el aprendizaje no solo se refiere al conocimiento nuevo que puede y debe adquirir el estudiante sino al desarrollo y evolución de su modo y estilo de aprender, mejorando el modo en que aplica los conocimientos a situaciones nuevas, de cómo integra las actitudes y valores, y los pone en juego, cómo incorpora las técnicas y métodos en su modo de actuar y afrontar las situaciones nuevas en diferentes contextos (3).

El concepto de competencia incorpora el aprendizaje de conocimientos y habilidades procedimentales, como también todos aquellos aspectos del ser profesional ligado a habilidades comportamentales, de relación interpersonal, trabajo en equipo y de pensamiento crítico reflexivo, que han de verificarse en el perfil profesional para ejercer de una manera eficiente, con la capacidad de adaptarse de forma rápida y eficaz a los cambios emergentes, enfrentar la incertidumbre y tomar decisiones de acuerdo al contexto en donde le corresponde actuar. La implementación de la innovación curricular en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso permitió incorporar un conjunto de estrategias didácticas dirigidas a desarrollar tales competencias en sus estudiantes; sin embargo, el proceso de evaluación no fue a la par, por cuanto hubo deficiencias en las metodologías e instrumentos para evaluar las competencias clínicas en forma válida y confiable, evidenciando un desafío importante para la seguridad de la calidad en los programas de estudio, especialmente en aquellas asignaturas que incorporaran procesos de enseñanza en contextos de aprendizaje auténticos como son los hospitalarios.

Diferentes autores coinciden en afirmar que uno de los elementos más decisivos de este nuevo paradigma en la enseñanza es la evaluación (1,4-6), porque condiciona todo el proceso de aprendizaje. Es decir, de la evaluación depende la calidad del proceso formativo. Tal es la importancia de la evaluación dentro del currículo, que el autor Boud (7) afirma que los estudiantes pueden escapar de los efectos de una enseñanza pobre, pero no pueden si aspiran a graduarse, escapar de los efectos de una evaluación pobre.

La evaluación es multidimensional, depende de diferentes factores que la componen y, desde la mirada del estudiante, la evaluación debe estar diseñada en función del aprendizaje. De acuerdo a lo anterior es clave integrar todos los elementos, dependiendo del objetivo y función para la cual se aplica (para qué), de la metodología de enseñanza que evalúa (qué), de las técnicas e instrumentos que utiliza (con qué y cómo), de los participantes, la experiencia del docente y estudiante (quiénes), condiciones en las cuales se aplica (cuándo), los resultados, efectos y determinantes que conlleva. Es muy relevante, y así lo demuestra la literatura, el rol protagónico que tiene el propio estudiante en su aprendizaje, la retroalimentación efectiva que el docente realiza en forma permanente durante el proceso formativo es clave para desarrollar la motivación, la metacognición y la autoestima. Así mismo, el docente puede ir ajustando elementos de la enseñanza teniendo en cuenta los resultados de la evaluación. Santos Guerra (8) afirma que lo más importante de la evaluación es que conduzca a la transformación de las prácticas y a su mejora, además le confiere al proceso de evaluación dimensiones éticas, sociales, psicológicas y no meramente didácticas. De acuerdo a lo anterior, el autor Poblete (9) le otorga a la evaluación un sentido de transparencia, al señalar que en la información que se le brinda al estudiante lo ayuda para mejorar resultados. No debe existir ocultismo ni desinformación, refiere el autor, los estudiantes tienen derecho a que se respeten sus intereses y a que se les garantice una información transparente y respetuosa.

Otro elemento importante a considerar en la evaluación es el instrumento a utilizar, este depende de lo que se va a evaluar, y teniendo en cuenta la pirámide del aprendizaje de Miller (10), la evaluación de competencias clínicas considera valorar el nivel de logro de la misma, mediante evidencias de desempeños a partir de los cuales se infiere la competencia, si ella es la consecuencia de movilizar recursos mediante operaciones complejas cognitivas, la evaluación de la misma implicaría el poder observar esa movilización expresada en desempeños. Estos debieran estar expresados explícitamente en el programa de asignatura y estar en coherencia con las estrategias didácticas utilizadas (11). Diferentes estudios han evidenciado la pertinencia de las rúbricas como instrumentos confiables para medir

competencias en los estudiantes, como también mejorar la calidad del proceso educativo de modo individualizado, frente al modelo tradicional (12). La literatura revisada ampliamente confiere a la rúbrica la capacidad de facilitar la calificación del desempeño del estudiante en las áreas del currículo (asignaturas o temas) que son complejas, imprecisas y subjetivas de evaluar (12-14). Tal como se expuso anteriormente, haciendo referencia a los estudiantes de enfermería, las competencias clínicas son complejas, por tanto, se requiere de instrumentos objetivos y confiables más aún si se dan en ambientes clínicos, llámese hospitales o centros de Atención Primaria. Además, la evidencia sugiere que estos instrumentos han de ser confeccionados por grupos mixtos de docentes y estudiantes lo que facilita la aplicación por los primeros y disminuye la ansiedad en los alumnos, como también mejora las relaciones interpersonales entre tutores de práctica clínica y estudiantes (15-18). Una rúbrica bien planificada, construida por grupo mixtos de profesores y estudiantes y validada en su contenido por un panel de expertos y por medios estadísticos, entrega al proceso enseñanza aprendizaje mejores oportunidades para una evaluación auténtica. De acuerdo a lo descrito con anterioridad se presenta un estudio de investigación que tiene como objetivo validar una rúbrica para ser utilizada en la evaluación de las competencias genéricas y específicas adquiridas por los estudiantes del primer año de la carrera de enfermería en la práctica clínica de una asignatura de tipo teórica-práctica.

METODOLOGÍA

Se trata de una investigación de tipo descriptiva, de corte transversal, cuyo objetivo fue validar una rúbrica para evaluar competencias genéricas y específicas en los estudiantes de enfermería de primer año, adquiridas durante la práctica clínica intrahospitalaria de la asignatura "Cuidados de Enfermería al Adulto y Adulto Mayor" de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso (Chile), en el marco de innovación curricular, año académico 2016. La rúbrica objeto de estudio fue diseñada previamente por un grupo de docentes de esa escuela, en función de la experiencia y la revisión de la literatura, previo al inicio de la presente investigación. Este instrumento estaba siendo empleado para la evaluación de los estudiantes sin haberla sometido a un procedimiento estadístico para conocer su validez y confiabilidad.

Este estudio fue parte del trabajo doctoral de la investigadora, se realizó un diseño de estudio en tres etapas, validación de contenido, análisis de confiabilidad interna, análisis de confiabilidad externa. En el presente artículo se expondrán las dos etapas primeras, la validación de contenido y el análisis de confiabilidad interna.

Para la validación de contenido se seleccionó un panel de 12 profesionales con criterio de experto en enfermería, profesionales con grado de magíster en docencia universitaria o educación superior con más de cinco años de experiencia profesional en docencia teórica y práctica en una institución de Educación Superior y criterio de experto en pedagogía, utilizado para la selección de un profesional con título de pedagogo con experiencia en temas de estrategias didácticas y evaluación, de al menos cinco años de experiencia laboral en Educación Superior. Se identificaron variables e ítems que correspondieron a las cinco competencias y diez resultados de aprendizaje de la rúbrica.

Para la recolección de los datos se elaboró un instrumento *ad hoc*, el cual incluyó todas las competencias, resultados de aprendizaje y niveles de desempeño declarados en el programa de asignatura. Junto a cada ítem se dispuso una escala de Likert de cinco opciones, los jueces debieron evaluar la adecuación de cada ítem que correspondió a cada nivel de desempeño para cada resultado de aprendizaje. Además, los expertos hicieron observaciones cualitativas para el mejoramiento del contenido de cada ítem.

Para el análisis de los datos recogidos se empleó el sistema operativo SPSS y se aplicó el coeficiente de validez V de Aiken (19), con el cual se midió la opinión de expertos sobre la validez de un material evaluativo. Para el presente estudio se decidió llevar a cabo la modificación del coeficiente propuesto por los autores Penfield y Giacobbi (20) y que abarca un criterio liberal $V = 0,5$ para aceptar cada ítem.

Prueba de instrumento: terminada la fase de validación de contenido se hizo una prueba piloto en 98 estudiantes de enfermería de primer año de la carrera pertenecientes al Campus San Felipe y Casa Central en Valparaíso, que cursaron la misma asignatura en el año académico 2015. En esta ocasión el instrumento alcanzó un coeficiente alpha de Cronbach de 0,73.

A final del periodo de pilotaje, el Comité Curricular de la Escuela hizo adecuaciones al programa de asignatura, como también hubo observaciones cualitativas de los docentes que participaron en la prueba piloto. Estas modificaciones mejoraron la aplicabilidad de la rúbrica y no significaron cambios de fondo en el contenido; por tanto, las variables se redujeron a tres competencias y siete resultados de aprendizajes.

Análisis de confiabilidad: se llevó a cabo en el periodo académico 2016.

Población participante de estudiantes: sobre la totalidad de estudiantes de enfermería de la escuela ($n= 500$) se calculó del tamaño muestral ($n= 55$), esta se basó en una estimación de la población, considerando una confianza de 95%, una precisión de 0,15, un porcentaje poblacional del 50% y un porcentaje de reposición de 10%. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia ya que se trató de la primera asignatura teórica-práctica dentro del nuevo currículum y la posibilidad de aplicar la rúbrica como instrumento de evaluación de las competencias clínicas.

Criterios de inclusión: fueron todos los estudiantes de primer año matriculados en la asignatura, con nota mínima de aprobación teórica de 4,0 y consentimiento informado firmado, en San Felipe y Valparaíso. Vale decir que esta asignatura consigna seis semanas de teoría, los estudiantes deben aprobar este periodo con nota mínima de 4,0 y luego asisten a la práctica clínica por 10 semanas.

Participantes docentes: profesionales de enfermería como tutores de práctica clínica. Se diferenciaron tutores llamados "tutores a cargo" pertenecientes a la Escuela de Enfermería $n=13$ y tutores llamados "tutores supervisores" pertenecientes a los hospitales y que colaboraron con la docencia solo clínica, $n= 8$.

El número de participantes docentes de estimó dependiendo del número de estudiantes en una relación de cinco estudiantes por cada docente, de acuerdo a la normativa vigente que rige la ocupación de campos clínicos.

Recolección de datos: se realizó a través de los docentes quienes aplicaron la rúbrica para la evaluación de los estudiantes que llevaron a cabo la práctica clínica intrahospitalaria bajo su tutela al final del periodo como evaluación sumativa.

Análisis de datos: se efectuó un análisis de confiabilidad interna de la rúbrica, calculando el coeficiente de correlación alpha de Cronbach, de acuerdo a los criterios de valoración general propuesto por la literatura especializada, un coeficiente de fiabilidad que supera el 0,75 es aceptable, mayor a 0,8 es buena y si es mayor a 0,90 es elevada (21).

Se desarrolló un análisis descriptivo, calculando puntajes promedios, medias, medianas y desviaciones estándares para la rúbrica completa, para sus competencias y resultados de aprendizaje. La rúbrica además de evaluar cualitativamente a los estudiantes facilita una evaluación cuantitativa, por lo anterior cada resultado de aprendizaje y cada competencia tuvo un asignado un puntaje. El puntaje máximo fue de 70 puntos que le correspondió la nota máxima de 7 y el mínimo score para la aprobación de la práctica fue de 36 puntos, que le correspondió nota 4 en una escala al 60%. Se trabajó con números enteros, por lo que desde el décimo 0,5 sube al entero superior, y desde el décimo 0,4 baja al entero inferior.

Resguardos éticos. Se solicitó autorización a la directora de escuela y todos los participantes, docentes y estudiantes firmaron en forma voluntaria un consentimiento informado (CI). Esta investigación no contempló el manejo de datos sensibles por cuanto no fue necesario la autorización del Comité de Ética. Los datos fueron anonimizados y la base de datos fue manejada solo por el investigador responsable.

RESULTADOS

Etapa de validación de contenido: se hicieron dos rondas de validación

Caracterización de los participantes. En la primera ronda participaron cuatro jueces, tres expertos en enfermería y un pedagogo (Tabla 1). En la segunda ronda participaron ocho jueces, seis profesionales de enfermería y dos expertos en pedagogía (Tabla 2).

Coefficiente V de Aiken: en la primera ronda de validación, el valor de Aiken para la rúbrica completa fue de 0,47 cifra $<$ a 0,50, por lo que se rechazó la validación de contenido por cuanto no existió un nivel de acuerdo considerable entre los jueces que permitiese asegurar que los niveles de desempeño fuesen adecuados y midiesen lo que realmente se quería medir dentro de cada competencia (Tabla 3).

TABLA 1. PERFIL PROFESIONAL DE PARTICIPANTES EN EL PANEL DE EXPERTOS. PRIMERA RONDA

N	PROFESIÓN	GRADO ACADÉMICO	AÑOS DE EXPERIENCIA EN DOCENCIA	INSTITUCIÓN DE ORIGEN
1	Enfermera	Magíster	6	U. Valparaíso
2	Enfermera	Magíster	15	U. Valparaíso
3	Enfermera	Magíster	5	U. Valparaíso
4	Pedagogo	Doctor	18	U. Valparaíso

Fuente: resultados propios

TABLA 2. PERFIL PROFESIONAL DE PARTICIPANTES EN EL PANEL DE EXPERTOS. SEGUNDA RONDA

N	PROFESIÓN	GRADO ACADÉMICO	AÑOS DE EXPERIENCIA EN DOCENCIA	INSTITUCIÓN DE ORIGEN
1	Enfermera	Magíster	6	U. de Valparaíso
2	Enfermera	Magíster	15	U. de Valparaíso
3	Enfermera	Magíster	5	U. de Valparaíso
4	Enfermera	Magíster	8	U. de Valparaíso
5	Enfermera	Doctora	25	U. Autónoma de Barcelona
6	Enfermera	Doctor	5	U. Jaume I España
7	Pedagogo	Doctor	18	U. de Valparaíso
8	Pedagogo	Magíster	10	U. de Valparaíso

Fuente: resultados propios

TABLA 3. RESUMEN DEL ANÁLISIS V DE AIKEN PARA LA RÚBRICA COMPLETA. PRIMERA RONDA

V DE AIKEN PARA LA RÚBRICA COMPLETA	VALORES DE AIKEN
Competencia específica 1: capacidad de emitir un juicio de enfermería	0,37
Competencia específica 2: ejecuta un plan de cuidados	0,55
Competencia específica 3: gestiona situaciones de salud	0,33
Total competencias específicas	0,42
Competencia genérica 1: capacidad de comunicación oral y escrita	0,47
Competencia genérica 2: capacidad para la autorregulación	0,54
Total competencias genéricas	0,51
Total V de Aiken de la rúbrica	*0,47

Fuente: resultados propios (* Criterio de aceptación de Aiken > 0,5)

En la segunda ronda se obtuvo acuerdo a la conversión del coeficiente de Aiken definida para el presente estudio, se validaron los ítems de competencias específicas y genéricas en su totalidad. La [Tabla 4](#) muestra un resumen con los valores de la rúbrica completa, V de Aiken de 0,88 > a 0,50 los que estuvieron por el intervalo de confianza de 95%. Además, los expertos hicieron aportes cualitativos, todos fueron incorporados al contenido de la rúbrica.

TABLA 4. RESUMEN DEL ANÁLISIS DEL COEFICIENTE DE VALIDACIÓN DE AIKEN PARA LA RÚBRICA COMPLETA. SEGUNDA VALIDACIÓN

COMPETENCIAS		
Competencia específica 1		0,76
Capacidad para emitir un juicio de enfermería		
Competencia específica 2		0,92
Ejecuta plan de cuidados		
Competencia específica 3		0,94
Gestiona situaciones de salud		
Total competencias específicas		0,87
Competencia genérica 1		0,88
Capacidad de comunicación oral y escrita		
Competencia genérica 2		0,88
Capacidad de autoregulación		
Total para las competencias genéricas		0,88
V de Aiken para la rúbrica completa 2 ronda		*0,88

Fuente: resultados propios (* Criterio de aceptación de Aiken > 0,5)

Etapa de análisis de confiabilidad: caracterización de la muestra

Estudiantes: participaron un total de 55 estudiantes, 42 del Campus San Felipe y 13 de la Casa Central. Proporción mayoritariamente de sexo femenino y de edad promedio 19 años (Tabla 5).

Docentes: las características de los docentes que participaron en esta etapa de la validación mostraron rasgos profesionales muy similares en San Felipe y Valparaíso. Los elementos que marcaron diferencia fue el factor “formación docente” entre docentes tutores a cargo y docentes tutores supervisores y los años de experiencia en docencia entre los docentes de San Felipe y Valparaíso. Cabe destacar que la Casa Central Valparaíso tiene más de 85 años de experiencia docente, el Campus San Felipe tiene solo 15 años desde su creación (Tabla 6).

Coefficiente de correlación interna: se calculó alpha de Cronbach en ambas sedes como una sola muestra y por separado, al final del periodo como evaluación sumativa de los estudiantes de San Felipe y Valparaíso.

TABLA 5. ESTUDIANTES PARTICIPANTES. AÑO ACADÉMICO 2016

LUGAR DE PROCEDENCIA	N	DISTRIBUCIÓN POR SEXO				PROMEDIO DE EDAD (AÑOS)	
		H	%	M	%	H	M
San Felipe	42	9	22%	33	78%	19,7	19,2
Valparaíso	13	6	46%	7	54%	19	19
Total	55	15	27%	40	73%	19,4	19,1

H= hombres M= mujeres

Fuente: resultados propios

TABLA 6. PERFIL DOCENTES PARTICIPANTES. SAN FELIPE-VALPARAÍSO. AÑO ACADÉMICO 2016

LUGAR DE PROCEDENCIA	DOCENTES	N	AÑOS DE EXPERIENCIA CLÍNICA	AÑOS DE EXPERIENCIA EN DOCENCIA	FORMACIÓN EN DOCENCIA
San Felipe	Docentes a cargo	4	20,5 (±11,44)	5,5 (±1)	100%
	Docentes supervisores	4	12,50 (±8,81)	2,5 (±1,29)	0%
Valparaíso	Docentes a cargo	9	19 (± 7,9)	10,7 (±5,83)	77%
	Docentes supervisores	4	20,25 (±17,03)	6,8 (±5,9)	0%

Fuente: resultados propios

Valor de Alpha tomando ambas sedes como una sola muestra: este coeficiente presentó un valor de 0,848, lo que de acuerdo al criterio establecido es buena. Todos los ítems de la rúbrica presentaron valores que estuvieron por sobre 0,8, por lo anterior se decidió no eliminar elementos de la escala (Tabla 7).

Valor de Alpha tomando ambas sedes como muestras separadas: mostró valores de Alpha de la rúbrica aplicada por ambos tipos de docentes en San Felipe, docentes tutores a cargo 0,839 y docentes tutores supervisores 0,823. Valparaíso evidenció valores muy buenos de Alpha (según criterio acordado). La rúbrica aplicada por docentes tutores a cargo 0,864 y rúbrica aplicada por los docentes tutores supervisores 0,919 (Tabla 8). Este aumento del coeficiente de Alpha pudo explicarse por el número reducido de la muestra.

Análisis descriptivo: se comparó las medias registradas por los docentes en ambas sedes, se observó que los docentes tutores a cargo tanto en San Felipe como en Valparaíso fueron los que registraron una mayor puntuación media a los estudiantes. (Tabla 9). Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas de acuerdo al análisis de comparación de medias (valor $p > 0,005$).

TABLA 7. ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD ALPHA DE CRONBACH. SAN FELIPE-VALPARAÍSO. 2016

	MEDIA DE LA ESCALA SI SE ELIMINA EL ELEMENTO	VARIANZA DE LA ESCALA SI SE ELIMINA EL ELEMENTO	CORRELACIÓN ELEMENTO-TOTAL CORREGIDA	CORRELACIÓN MÚLTIPLE AL CUADRADO	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ELEMENTO
1- Identifica conceptos que fundamentan el cuidado	50,327	35,672	,581	,358	,830
2- Aplica el proceso de enfermería	50,1	34,366	,553	,346	,837
3- Realiza cuidados básicos	49,681	35,283	,640	,484	,822
4- Identifica las bases del trabajo en equipo	49,118	34,674	,658	,476	,819
5- Desarrolla habilidades y actitudes sociales	48,927	35,958	,617	,450	,825
6- Se integra progresivamente con el equipo de salud	48,936	38,757	,500	,295	,841
7- Planifica y organiza sus actividades académicas	49,654	33,586	,708	,557	,810
Total					*,848

Fuente: resultados propios (* De acuerdo al valor definido para Alpha como "bueno")

TABLA 8. COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD ALPHA DE CRONBACH. 2016

LUGAR DE APLICACIÓN RÚBRICA	DOCENTE EVALUADOR	ALFA DE CRONBACH
San Felipe	A cargo	0,839
	Supervisor	0,823
Valparaíso	A cargo	0,864*
	Supervisor	0,919*

Fuente: resultados propios (* De acuerdo al valor definido para Alpha como "muy bueno")

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE PUNTUACIONES DE AMBOS GRUPOS DE DOCENTES ESTUDIANTES DE SAN FELIPE-VALPARAÍSO. AÑO 2016

LUGAR DE APLICACIÓN	DOCENTE EVALUADOR	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
San Felipe	A cargo	36	68	*57,81	6,682
	Supervisor	38	68	*56,98	6,62
Valparaíso	A cargo	48	68	*60,77	6,03
	Supervisor	34	68	*57,38	8,771

Fuente: resultados propios (* Diferencias de medias)

DISCUSIÓN

La evaluación dentro del currículo es sin duda el motor del aprendizaje, ya que de ella depende tanto qué y cómo se enseña, como el qué y cómo se aprende (9,22-24).

La literatura revisada muestra consistentemente que uno de los aspectos relevantes en la construcción de instrumentos es el de garantizar la validez y la confiabilidad (19,25-27).

Una de las validaciones recomendadas para los instrumentos de medida es la validación de contenido, esta se lleva a cabo comparando sistemáticamente los ítems de prueba con el dominio del contenido estudiado (28). Según Ecurra (29), este análisis es factible de realizar básicamente con la ayuda de un grupo de jueces competentes y calificados los cuales emiten su opinión acerca de los ítems que componen el instrumento, esto lo consigna como "criterio de jueces". El mismo autor sugiere la utilización del coeficiente V de Aiken para medir la validez de contenido por criterio de jueces, ya que combina la facilidad del cálculo y la evaluación de los resultados, lo que garantizaría la objetividad del procedimiento. La literatura revisada no da cuenta del número de jueces necesarios para un panel de expertos; no obstante, Ecurra define que frente a un número mayor de jueces el coeficiente V de Aiken podría efectuarse en la siguiente proporción: en grupos de cinco, seis y siete jueces se necesita un completo acuerdo entre ellos para que el ítem sea válido; en grupo de ocho jueces se requiere que deben estar por lo menos siete jueces en concordancia para que el ítem sea válido a un nivel de significación estadística de $p < ,050$.

Para el presente estudio se aplicó el criterio de jueces con un panel total de ocho expertos con perfiles profesionales en el área específica de enfermería y en el área pedagógica. Se hicieron dos rondas de validación por cuanto en la primera solo se obtuvo la participación de cuatro jueces, situación por la cual no se logró acuerdo. En la segunda ronda se logró el acuerdo de siete de ellos (7/8), con un valor V de Aiken superior a 0,88, lo que de acuerdo a la definición anterior se cumplió con ese estándar.

Estudios realizados para la validación de escalas psicométricas en diferentes áreas del conocimiento han realizado el proceso de validación de contenido con criterio de jueces y coeficiente V de Aiken (26-28).

Otro elemento importante, que va de la mano a la validación de contenido, es la medición de la confiabilidad. Es decir, que el instrumento (la rúbrica de evaluación de competencias en el presente estudio) no solo mida lo que dice que medirá, sino también cuantas veces sea aplicado este mida lo mismo, en diferentes tiempos y con diferentes evaluadores. De acuerdo a la literatura especializada, los análisis que comúnmente se efectúan a los datos son el análisis de consistencia interna, uno de los más usados es el coeficiente alpha de Cronbach, utilizado para el presente estudio y el análisis de consistencia externa, coeficiente de estabilidad temporal (CE), medida de correlación entre los resultados obtenidos de un mismo instrumento en dos periodos diferentes y el coeficiente de concordancia interobservadores o interevaluadores a través del coeficiente de correlación intraclase (CCI) o el índice de Kappa de acuerdo al tipo de variables que se manejen, categóricas o cuantitativas (31-34).

Lo anterior lo evidencian diversos estudios de validación y confiabilidad en estudiantes de Educación Superior, Jonsson & Svingby (32) revisaron siete estudios sobre fiabilidad intrajueces. La mayoría de estos estudios utilizaron el alpha de Cronbach para evaluar la consistencia de las rúbricas de evaluación de competencias en estudiantes universitarios, mostrando valores de alpha en torno a 0,70, considerados como suficientes. Los autores hacen notar en sus conclusiones la importancia de la formación de los evaluadores. En Islandia (34) se validó una rúbrica para la evaluación de competencias clínicas de estudiantes de enfermería *Clinical Assessment Tools Nursing Education* (CAT-NE). En la elaboración participaron profesores y estudiantes, los ítems que abarcaron la rúbrica fueron revisados desde *Bologna Learning Outcomes for Bachelor's Degree* y de las teorías de enfermería. Este instrumento solo se validó en su contenido. En Sevilla (España), la autora Lima-Rodríguez (17) validó una rúbrica con técnica Delphi para evaluar competencias en estudiantes de enfermería, este método fue llevado a cabo para recoger opiniones de expertos sobre un tema particular con el fin de incorporar dichos juicios en la configuración de un cuestionario y conseguir un consenso a través de la convergencia de las opiniones de expertos. Al igual que la anterior experiencia, solo se validó en contenido. Karayut y Mert (35), en Turquía, validaron una rúbrica para la evaluación de competencias clínicas en estudiantes de enfermería de tercer y cuarto nivel en dos años académicos. Para la validación de contenido se realizaron entrevistas que llamaron cognitivas y evaluaciones cuantitativas para validar el instrumento. Participaron consultores pedagógicos, profesores expertos clínicos, profesores clínicos y estudiantes de enfermería de la Universidad. Se excluyeron todos los ítems con valores menores a 0,40, quedando con un coeficiente de confiabilidad final de 0,97.

En Málaga se realizó la adaptación transcultural y validación de rúbrica de juicio clínico de Lasater (RJCL) en la docencia de Grado de Enfermería y su implementación en el contexto educativo español, en este estudio se utilizó el coeficiente alpha de Cronbach como medida de consistencia interna y el coeficiente de correlación intraclase, como medida de consistencia externa (36).

La rúbrica validada en el presente trabajo describió en su totalidad todas las competencias tanto específicas como genéricas expresadas en variables e ítems que corresponden a los resultados de aprendizaje declarados en el programa de estudio de esa asignatura y, de cierta manera, expresaron también lo declarado en el Libro Blanco (ANECA) (37), con un coeficiente alpha de Cronbach bueno 0,84, lo que da garantías de un instrumento que evalúa efectivamente el aprendizaje de los estudiantes. No se incorporó a los estudiantes al trabajo de elaboración de la rúbrica, situación que debe mejorarse para estudios futuros.

A pesar que han pasado casi dos décadas del Proyecto Tuning, la elaboración de instrumentos válidos y confiables denota ser todavía en tema difícil de abordar por parte del profesorado en diferentes contextos universitarios, por una parte el hecho de tener que trabajar en equipos multidisciplinares, con estudiantes, el alto costo del tiempo que se invierte en ello y, por otra, la resistencia que se percibe entre los docentes a cambiar la tradicional forma de evaluar, aun cuando la literatura es categórica en señalar la importancia que tienen los instrumentos en el proceso de evaluación de los estudiantes.

Es necesario hacer una reflexión del quehacer docente, identificar las barreras que impiden el cambio en estas materias y abrirse camino en el compartir experiencias, conocimientos y habilidades. Si bien es cierto el costo de elaborar un instrumento idóneo es alto, el beneficio de obtenerlo da la seguridad que los estudiantes tendrán mejores herramientas de éxito en su proceso de enseñanza aprendizaje.

De acuerdo a lo anterior, sería esperable conocer experiencias, sobretudo en el Espacio Europeo de Educación Superior, que rúbricas validadas para evaluar competencias clínicas de un estudiante de un mismo nivel pudieran aplicarse en cualquier institución de enseñanza superior acreditada con las debidas autorizaciones de derecho de autor, consideraciones éticas y, por supuesto, las adecua-

ciones necesarias a la idiosincrasia, valores, reglamentos y perfiles institucionales, cambio sociocultural, el idioma dentro de otras. En las revisiones bibliográficas efectuadas por el investigador no se encontraron estudios en los cuales se discuta este tema.

CONCLUSIONES

- La rúbrica utilizada para evaluar las competencias genéricas y específicas adquiridas por los estudiantes de enfermería de primer año durante la práctica clínica de la asignatura Cuidados de Enfermería del Adulto y Adulto Mayor de la Universidad de Valparaíso es válida y confiable. Los resultados otorgan garantías de calidad en la evaluación de los estudiantes de enfermería en contextos clínicos.
- La rúbrica objeto de estudio tiene una validez de contenido elevada, con un valor global de V de Aiken igual a 0,88 y una confiabilidad elevada, con un valor global de Alfa de Cronbach de 0,848.

Limitaciones

- Se afrontó una huelga o paro de trabajadores de la salud en periodo de aplicación de la rúbrica por cuanto el número de estudiantes participantes en Valparaíso fue reducida.
- Los resultados del presente estudio corresponden a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, por tanto, son difícilmente extrapolables a otras realidades, aunque bien es cierto que coinciden con los resultados de otros estudios que refuerzan el uso de herramientas validadas, concretamente las rúbricas, en la evaluación de la adquisición de competencias clínicas de los estudiantes de enfermería.
- La rúbrica validada en el presente estudio puede aplicarse en otros contextos con la debida adecuación a los requerimientos de cada entidad académica y cultural.

AGRADECIMIENTOS

Un gran reconocimiento a mis directores de Tesis Doctoral, María Loreto Maciá Soler y Víctor González Chorda, quienes me apoyaron y me guiaron en este proceso. A mis colegas de la Escuela de Enfermería, quienes con su confianza y ayuda permanente hicieron que el trabajo se hiciera realidad.

Este artículo es parte del trabajo de Doctorado realizado durante el periodo 2014-2017 en la Universidad Jaume I de Castellón de la Plana (España).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ampuero N, Casas M, Del Valle R, Faundez F, Gutiérrrez A, Jara E, et al. Evaluación de los aprendizajes en el contexto de innovaciones curriculares en el pregrado en Universidades chilenas. En: Evaluación del Aprendizaje en Innovación Curricular de la Educación Superior. Centro Interuniversitario de Desarrollo CINDA [internet]. 2014. p. 39-80 [citado 8 mar 2019]. Disponible en: <https://cinda.cl/wp-content/uploads/2017/07/evaluacion-del-aprendizaje-en-innovaciones-curriculares-de-la-educacion-superior.pdf>
2. Fernández March A. La evaluación orientada al aprendizaje en un modelo de formación por competencias en la educación universitaria. REDU.Rev.de Educación Universitaria [internet] 2010 [citado 8 mar 2019]; 8(1)11. Disponible en: <https://polipapers.upv.es/index.php/REDU/article/view/6216>

BIBLIOGRAFÍA (CONTINUACIÓN)

3. Villa Sánchez A, Poblete Ruiz M. Evaluación de competencias genéricas. Principios, oportunidades y limitaciones. Bordón. Rev. de pedagogía. [internet]. 2011 [citado 8 mar 2019]; 63(1)ed2015Agosto11. Disponible en: <https://www.upv.es/entidades/ICE/info/EvaluacionCompetenciasGenericas.pdf>
4. Olmos Migueláñez S, Rodríguez Conde MJ. Diseño del proceso de evaluación de los estudiantes universitarios españoles: ¿responde a una evaluación por competencia en el Espacio Español de Enseñanza Superior? Rev. Iberoamericana de Educación. [internet] 2010 [citado 8 mar 2019]; 53(1). Disponible en: <https://rieoei.org/historico/deloslectores/3757Olmos.pdf>
5. Ibarra Saíz MS, Rodríguez Gómez G. Aproximación al discurso dominante sobre la evaluación del aprendizaje en la universidad. Rev. de Educación [internet]. 2010 [citado 8 mar 2019]; 351:385-407. Disponible en: www.revistaeducacion.mec.es/re351/re351_16.pdf
6. Neus San Marti JJ. La función pedagógica de la evaluación. En: Evaluación como ayuda al aprendizaje [internet]. Barcelona: Graó; 2008. p. 21-42 [citado 8 mar 2019]. Disponible en: http://cmap.upb.edu.co/rid=1MZRMJB40-1QBP18V-2N4/JORBAYSANMARTIla_funcion_pedagogica_evaluacion.pdf
7. Boud D. Assessment and learning: Contradictory or Complementary? Assessment for Learning in Higher Education [internet]. London: Kogan Page; 1995. p. 35-48. [cited 8 mar 2019]. Available from: <https://scinapse.io/papers/167752217>
8. Santos Guerra MA. La evaluación como aprendizaje. 2ª ed. Madrid: Narcea; 2014.
9. Poblete Ruiz M. Las competencias, instrumento para un cambio de paradigma. En: Acta del X Simposio de la Sociedad Española de Investigación Matemáticas [internet]. 2006. p. 83-106 [citado 8 mar 2019]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/12341755.pdf>
10. Miller G. The assessment of clinical Skills, Competence, Performance. Acad Med [internet] 1999 [cited 8 mar 2019]; 65(9). Available from: <http://winbev.pbworks.com/f/Assessment.pdf>
11. Tobón TS, Pimienta PJ, García JA. La evaluación de las competencias como proceso de evaluación. En: Tobón TS, Pimienta PJ, García JA. Secuencias didácticas, aprendizaje y evaluación de las competencias. México: Pearson Educación; 2010. p. 113-38.
12. Marín R, Guzmán I, Castro G. Diseño y validación de un instrumento de educación escolar. Rev. de Investigación Educativa [internet] 2012 [citado 8 mar 2019]; 14(1). Disponible en: <http://redie.uabc.mx/vol14no1/contenido-maringuzmanc.html>
13. Cervera Gasch A. Implicación y resultado de un cuestionario para medir la implicación de las enfermeras clínicas en la formación de estudiantado de grado en enfermería. [Tesis Doctoral]. Castellón: Universidad Jaume I; 2016 [citado 8 mar 2019]. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/175946/Cervera_2018_Participacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Carvajal A, Centeno C, Watson M, Sanz Rubiales A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? Anales Sis. San. Navarra [internet]. 2011 [citado 8 mar 2019]; 34(1):63-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51137-66272011000100007&lng=es
15. Latrach-Ammar C, Febré N, Demandes I, Araneda J, González I. Importancia de las competencias en la formación de enfermería. Rev Aquichan [internet] 2011 [citado 8 mar 2019]; 11(3). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2020>
16. Zazueta Hernández M, Herrera López L. Rúbrica o matrices de valoración, herramientas de evaluación formativa y sumativa. Cuaderns Digitals [internet] 2010 [citado 8 mar 2019]. Disponible en: http://www.quadernsdigitals.net/index.php?accionMenu=hemeroteca.DescargaArticuloU.descarga&tipo=PDF&articulo_id=10816
17. Lima-Rodríguez J, Lima-Serrano M, Ponce-González J, Guerra-Martín M. Diseño y validación de contenido de rúbricas para evaluar las competencias prácticas en estudiantes de enfermería. Educación Médica Superior [internet]. 2015 [citado 8 mar 2019]; 29(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000100012&lng=es
18. Gómez Díaz M, Laguado Jaimes E. Propuesta de evaluación para las prácticas formativas en enfermería. Rev. Cuidarte. [internet] 2013 [citado 8 mar 2019]; 4(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v4n1/v4n1a10.pdf>
19. Merino Soto C, Livia Segovia J. Intervalos de confianza asimétricos para el índice validez de contenido: un programa Visual Basic para la V de Aiken. Anales de Psicología [internet]. 2009 [citado 8 mar 2019]; 25(1):169-71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711594019>

BIBLIOGRAFÍA (CONTINUACIÓN)

20. Penfield R, Giacobbi P. Applying a score confidence interval to Aiken's item content relevance index. *Measurement in Physical Education and Exercise Science* [internet]. 2004 [cited 8 mar 2019]; 8(4):213-25. Available from: <https://eric.ed.gov/?id=EJ938771>
21. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LMdP. Análisis de los datos cuantitativos. En: Hernández SR, Fernández CC, Baptista LMdP. *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill; 2010. p. 302.
22. San Martí N. *Evaluar para aprender*. 6ª ed. Barcelona: Graó; 2014. p. 103-11.
23. Brailovsky C. Aportes para un cambio curricular. *Educación médica, evaluación de las competencias* [internet]. 2008. p 103-21 [citado 8 mar 2019]. Disponible en: <http://www.fmv-uba.org.ar/posgrado/proaps/9.pdf>
24. Pallisera Díaz M, Fullana Noell J, Anna PLA. DVG. La adaptación del Espacio Europeo de Educación Superior en España. Los cambios/retos que implica la enseñanza basada en competencias y orientaciones para responder a ellos. *Rev Iberoamericana de Educación* [internet]. 2010 [citado 8 mar 2019]; 52(4). Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/132550688.pdf>
25. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LMdP. Recolección de datos cuantitativos. En: Hernández SR, Fernández CC, Baptista LMdP. *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill; 2010. p. 201-5.
26. Salazar C, Peña C, Ceja A, Del Río E. Diseño y validación de instrumentos de evaluación del clima organizacional en centros escolares de nivel superior. *Rev. Iberoamericana de Educación* [internet] 2015; 67:181-96. Disponible en: <https://rieoei.org/historico/documentos/rie67a10.pdf>
27. Grimaldo Muchotrigo M. Construcción de un instrumento sobre estilos de vida saludables en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología* [internet]; 2015 [citado 8 mar 2019]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/235459217>
28. Corden J. Analizando la V de Aiken usando el método Score con hojas de cálculo. [internet] 2015 [citado 8 mar 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/277555967_
29. Ecurra M LM. Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Rev de Psicología*. [internet]. 1988 [citado 8 mar 2019]; 6(1). Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555/4534>
30. Cano E. las rúbricas como instrumentos de evaluación de competencias en educación superior. Uso o abuso. *Rev. de curriculum y formación del profesorado* [internet] 2015 [citado 8 mar 2019]; 19(2). Disponible en: <http://www.ugr.es/~recfpro/rev192COL2.pdf>
31. Valverde Barrocoso J, Ciudad Gómez A. El uso de las e-rúbricas para la evaluación de las competencias de los estudiantes. *Rev. de Docencia Universitaria REDU* [internet] 2014 [citado 8 mar 2019]; 12(1):49-79. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/262233615>
32. Jonsson A, Svingby G. The use of scoring rubrics, reliability, validity and educational consequences. *Educational Research Review* [internet]. 2007 [cited 8 mar 2019]; 2(2):130-44. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1747938X07000188?via%3Dihub>
33. Norcini J, Anderson B, Valdes B, Burch V, Joao Costa M, Duvivier R, et al. Criterios para la buena evaluación: declaración de consenso y las recomendaciones de la Conferencia de Ottawa 2010. En: *Ottawa Conference Report. Journal Medical Teacher* [internet]. 2011 [citado 8 mar 2019]; 33(3):206-14. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/0142159X.2011.551559?src=recsys>
34. Skúladóttir H, Hrönn M. Development and validation of a clinical assessment for nursing education (CAFNE). *Nurse Education in Practice* [internet]. 2016 [cited 8 mar 2019]; 20:31-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27428801>
35. Karayurt Ö, Mert H, Beser A. A study on development of a scale to assess nursing student's performance in clinical settings. *J Clin Nurs* [internet]. 2009 [cited 8 mar 2019]; 18(8):1123-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19320782>
36. Román-Cereto M, García-Mayor S, Kaknani-Uttumchandani S, García-Gómez M, León-Campos A, et al. Adaptación cultural y validación de la rúbrica de juicio clínico Lasater en estudiantes de enfermería en España. *Nurse Education Today* [internet]. 2018 [citado 8 mar 2019]; 64:71-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29459195>
37. Agencia Nacional de la Evaluación de la Calidad y Acreditación. *Libro Blanco de la Titulación de Enfermería* [internet]; 2004 [citado 8 mar 2019]. Disponible en: https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=56fb9094-e5b8-4d3a-ace5-d7905d85e4c4&groupId=479763

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA



Cursos online

Amplio catálogo de cursos

- Cursos de Humanización
- Cursos de Traumatología
- Cursos de Atención Primaria
- Cursos de Nutrición y Diabetes
- Cursos de Úlceras y Heridas
- Cursos de Gestión
- Cursos de Quirófano
- Cursos de Urgencias
- Cursos de Salud Laboral
- Cursos de Farmacología
- Cursos de Oncología
- Cursos de Cuidados Intensivos
- Curso de RCP
- Otros cursos de Enfermería

EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD “ADICCIÓN A LAS TECNOLOGÍAS EN NIÑOS ESCOLARES”

¹ Karen Janeth Villegas Balderrama

¹ Wendy Angélica Hernández González

² Angélica María Armendariz Ortega

¹ Estudiante de Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. México

² Doctora en Administración Educativa. Docente de Tiempo Completo. Universidad Autónoma de Chihuahua. México

E-mail: janeth.balderrama@hotmail.com

Fecha de recepción: 3 de junio de 2018.

Fecha de aceptación: 21 de febrero del 2019.

Cómo citar este artículo:

Villegas Balderrama KJ, Hernández González WA, Armendariz Ortega AM. Experiencia del programa de educación y promoción para la salud “Adicción a las tecnologías en niños escolares”. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. 2019; 9(2):33-41.

RESUMEN

Introducción: las tecnologías usadas para la comunicación y obtención de información han facilitado a los niños enormes experiencias y conocimientos; sin embargo, la utilización de las tecnologías de manera inapropiada deriva riesgos y conductas adictivas que afectan considerablemente a los mismos. Los menores están tan acostumbrados a utilizar los aparatos tecnológicos que no perciben cuándo los usan de manera excesiva y generan una adicción.

Objetivo: concientizar a los padres de familia de una Escuela Primaria de la ciudad de Chihuahua (México) sobre los efectos negativos de la adicción a las tecnologías en niños escolares de sexto grado de primaria.

Metodología: se realizó un programa educativo en modalidad curso-taller, basado en el modelo propuesto por Nola Pender “Promoción de la Salud”, dirigido a padres e hijos que cursan el sexto grado de una escuela a nivel primaria de la ciudad de Chihuahua, para la reflexión y concientización sobre las conductas adictivas hacia las tecnologías.

Los padres y niños de manera individual realizaron una descripción escrita sobre el aprendizaje adquirido en cada sesión del programa.

Resultados: de un total de 59 niños con sus respectivos padres, 38,9% asistió al curso-taller, de los cuales un 82% cumplió con el propósito del programa de educación y promoción para la salud.

Discusión/conclusión: la promoción y educación para la salud tiene un papel primordial en el ser humano, ya que se ocupa de crear oportunidades de aprendizaje y facilitar cambios de conducta o estilos de vida saludables.

Palabras clave: educación; adicción; niños; tecnologías.

Experiencia do programa de educação e promoção para da saúde "dependência às tecnologias em crianças escolares"**RESUMO**

Introdução: as tecnologias utilizadas para a comunicação e obtenção de informações, têm facilitado as enormes experiências e conhecimentos das crianças, no entanto, o uso das tecnologias de maneira inapropriada deriva riscos e condutas aditivas que afetam consideravelmente as mesmas. As crianças estão tão acostumadas a usar dispositivos tecnológicos que eles não percebem quando os usam excessivamente e geram um vício.

Objetivo: aumentar a conscientização entre os pais de uma escola primária na cidade de Chihuahua (México) sobre os efeitos negativos da dependência de tecnologias em crianças em idade escolar do sexto ano do ensino fundamental.

Metodologia: foi realizado um programa educativo em modalidade de curso-oficina, baseado no modelo proposto por Nola Pender "Promoção da Saúde". Dirigido a pais e filhos que freqüentam a sexta série de uma escola primária na cidade de Chihuahua, para reflexão e conscientização sobre comportamentos aditivos em relação às tecnologias.

Pais e filhos individualmente fizeram uma descrição escrita da aprendizagem adquirida em cada sessão do programa.

Resultados: de um total de 59 crianças com seus respectivos pais, 38,9% realizaram o curso-oficina, dos quais 82% cumpriram o objetivo do programa de educação e promoção da saúde.

Discussão/conclusão: a promoção e educação para a saúde tem um papel primordial no ser humano, uma vez que lida com a criação de oportunidades de aprendizagem e facilitação de mudanças no comportamento ou estilos de vida saudáveis.

Palavras-chave: educação; dependencia; crianças; tecnolo.

Experience from the education and health promotion program "technology addiction in school-aged children"**ABSTRACT**

Introduction: technologies used for communication and information retrieval have enabled children to receive a huge amount of knowledge and experiences. However, inappropriate use of technologies results in risks and addictive behavior, which may substantially affect children. Children are used to take advantage of technological devices and are not aware of an excessive use or an addiction when this occurs.

Purpose: to make parents aware of negative effects of addiction to technologies in children in sixth grade primary education in a Primary School at Chihuahua, Mexico.

Methods: a course-workshop educational program based on the "Health Promotion" model suggested by Nola Pender, for parents and children in sixth grade in a primary school in Chihuahua, aimed to help reflection and make them aware of addictive behaviors associated to technologies.

Both parents and children individually wrote a description of the learning development in each program session.

Results: out of 59 children and respective parents included, 38.9% attended the course-workshop, and 82% of them achieved the aims of the program for education and health promotion.

Discussion/conclusion: health promotion and education for health play a major role in humans, because they create opportunities for learning and help to facilitate a shift to healthy behaviors and life style.

Key words: education; addiction; children; technologies.

INTRODUCCIÓN

El presente programa educativo surge como parte de una experiencia educativa desarrollada en la asignatura de Educación para la Salud, del programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Autónoma de Chihuahua (México), con el fin de identificar necesidades y promover hábitos de vida saludables para la prevención de la adicción a las tecnologías en niños escolares.

Las nuevas tecnologías usadas para la comunicación y obtención de información han facilitado a los menores un horizonte de experiencias y conocimientos y son beneficiosas para su desarrollo personal y social, ya que tienen acceso fácil a información que proviene de diversas partes del mundo. Sin embargo, existe una gran preocupación por los riesgos que estas traen consigo (1).

El enorme impacto de estas ha llevado a un aumento constante de la preocupación social sobre las consecuencias negativas que se pueden derivar del uso de las tecnologías. Existen datos claros de que producen efectos beneficios sobre el desarrollo de los niños; sin embargo, la utilización de las tecnologías de manera inapropiada deriva en riesgos y conductas adictivas que afectan a los menores (2).

El aumento del uso de las tecnologías ha provocado un cambio de paradigma en la manera de presentarse, interactuar y comportarse, que no está exento de controversia en cuanto a lo que es un uso normal o excesivo, lo cual es una situación preocupante y motivo de discusión en las familias, entre los padres y sus hijos, pues están acostumbrados a usar tanto los aparatos tecnológicos que no se dan cuenta de cuándo los emplean excesivamente y se convierten en una adicción (3).

En años anteriores, cuando se hablaba de adicción se pensaba en adicción a las drogas; en la actualidad se ha descubierto que una característica de todos los trastornos adictivos es la falta de control o descontrol de determinadas conductas, que al comienzo resultan placenteras pero que poco a poco van generando dependencias a la misma y problemas más grandes. El aspecto principal de la adicción no es el tipo de conducta implicada, sino la relación que una persona establece con ella. Lo característico de un trastorno adictivo es que se pierde el control sobre una actividad elegida y continúa con ella a pesar de conocer las consecuencias adversas que se pueden producir con los individuos, en este caso los niños (4).

Por otra parte, los modelos de familias disfuncionales favorecen la aparición y mantenimiento de déficits en ciertas habilidades cognitivas implicadas en la autorregulación de la conducta infantil. Las tecnologías están causando barreras o mediatizando entre las relaciones entre hijos y sus padres, afectando de manera diferente a cada una de los vínculos (5).

En los últimos años se ha producido un aumento espectacular del uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). En el caso concreto de Internet, ha pasado de ser un instrumento limitado a grupos de científicos y académicos a ser un recurso de la población en general y, especialmente, de los más jóvenes. Este avance vertiginoso de las nuevas tecnologías y de su uso en el ámbito familiar ha abierto brechas digitales entre adultos y adolescentes (6).

De este modo, la preocupación que muestran los padres no siempre está justificada y, en muchas ocasiones, proviene más del desconocimiento sobre las TIC que de una mala utilización de las mismas. Es evidente que el mundo virtual ofrece a los menores un espacio de infinitas posibilidades, pero también de numerosos riesgos, entre los que cabe destacar la adicción a las mismas o ciberadicción y el uso malévolo como el *cyberbullying*. En primer lugar, cuando su consumo se torna excesivo se produce un estado de dependencia de las mismas que puede convertirse en una adicción patológica, restando libertad a la persona al estrecharse su campo de conciencia y amplitud de intereses (7).

Así mismo, la relación íntima que existe entre las nuevas tecnologías y la ansiedad en escolares y adolescentes provoca cambios importantes en la vida de las personas y en el funcionamiento de la sociedad, pues su utilización afecta a ámbitos muy variados. Esta dedicación tan importante en tiempo y atención se encuentra aún más presente en niños y adolescentes, esto ha generado una alarma, en especial entre padres y educadores, al constatar que muchos menores han disminuido otras actividades (estudiar, leer, salir con amigos, hacer deporte, etc.), para dedicar más tiempo a las nuevas tecnologías. El no tener criterios de referencia sobre el tiempo adecuado de uso de las tecnologías dificulta saber hasta qué punto la dedicación a este tipo de actividades se considera normal (8).

Recientes estudios muestran que el exagerado uso de ordenadores ha ocasionado diferentes problemas de salud. La población infantil ha dejado de realizar juegos al aire libre para permanecer muchas horas frente a un aparato tecnológico. Debido a esto se han reportado nuevas enfermedades como: nuevas formas de dependencia adictiva, trastornos psicológicos, sobreesfuerzo, tecnoestrés,

obesidad, sedentarismo, tendinitis, malestar corporal, dolor de cuello, brazos y espalda, ojos irritados, postura ergonómica incorrecta, modificación de pautas culturales, cambio de hábitos de estudio, alimentarios y recreativos (9).

El siguiente programa busca concientizar a los padres de familia y a sus hijos sobre las consecuencias que tiene la adicción a las nuevas tecnologías y, con ello, lograr disminuir esa problemática o crecimiento. Es importante resaltar que la reflexión sobre el tiempo dedicado a los hijos debe de ser efectivo, sin dejar a un lado la motivación para la realización de nuevas y diferentes actividades, siempre y cuando estas sean positivas.

MARCO CONCEPTUAL

Escolar

Es la etapa comprendida entre los 7 y 11 años de edad, también llamada niñez intermedia. Adquieren razonamiento lógico con respecto a sus experiencias personales, más concentración, crecimiento a un ritmo lento y constante. Los varones son más pesados y altos que las niñas. Los sistemas de su cuerpo maduran más, desarrollo cerebral casi completo. En este periodo establece su sentido de independencia, define su papel social, pasa la mayor parte del tiempo fuera de casa, participa en actividades de la comunidad, presentan el conflicto de laboriosidad-inferioridad. Si encuentran fracasos o desalientos constantes experimentarían sentimientos de inferioridad, coordinados y autocontrolados, forma valores (10).

Adicción

Es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad (11).

Tecnología

Se consideran tecnologías de la información aquellas cuyo propósito es el manejo y tratamiento de la información, entendida esta como conjunto de datos, señales o conocimientos, registrados o transportados sobre soportes físicos de muy diversos tipos. Las tecnologías de la información abarcan técnicas, dispositivos y métodos que permiten obtener, transmitir, reproducir, transformar y combinar dichos datos, señales o conocimientos (12).

Educación y promoción para la salud

Esta consiste en proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana (13).

METODOLOGÍA

Se trata de un programa educativo en modalidad curso-taller, basado en el modelo propuesto por la teórica de enfermería Nola Pender "Promoción de la Salud". Este pretende que las personas tomen decisiones acerca de su propia salud, basándose en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather, los cuales favorecen el desarrollo del programa educativo, ya que se utilizó la motivación personal para el logro de un aprendizaje social significativo.

Modelo de Nola Pender

Este modelo permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación y promoción de conductas saludables, exponiendo de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud (14).

Para la aplicación de este programa de educación y promoción para la salud se solicitó la autorización previa de los directivos de la escuela primaria, los cuales estuvieron de acuerdo en realizar las actividades. Fue dirigido a padres e hijos que cursan el sexto grado de primaria de la ciudad de Chihuahua, con previo consentimiento informado, para la reflexión y concientización sobre las conductas adictivas hacia las tecnologías y sus repercusiones en la salud. En el programa se llevaron a cabo tres sesiones, las cuales fueron realizadas en la explanada de la escuela durante el transcurso de la mañana, en un solo día.

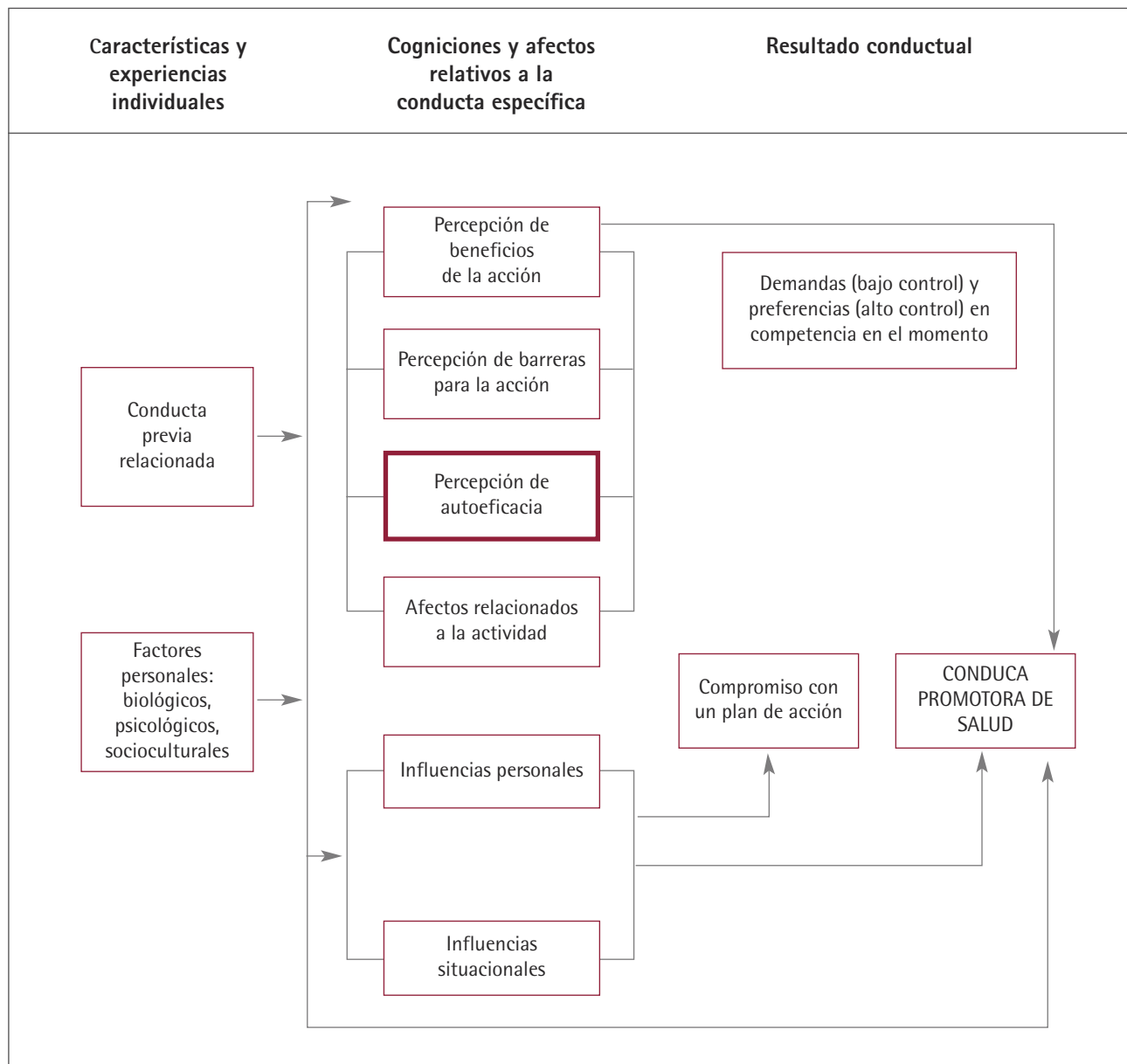


Figura 1. Modelo de Nola Pender

- Sesión 1: "Rompe el hielo"

En esta sesión se realizó una actividad dinámica que consistía en reventar globos, donde los niños hacían equipo con sus padres y tenían que competir contra los otros equipos. Esta dinámica permitió la integración del grupo de padres e hijos, favoreciendo la comodidad de los mismos y generando un ambiente adecuado para después abordar el contenido del tema, realizando al final de la misma una reflexión sobre la importancia de compartir tiempo efectivo entre padres e hijos.

- Sesión 2: "Rompecabezas gigante"

En esta sesión se buscó reconocer la problemática del uso excesivo de las tecnologías, mediante el juego de armar dos "Rompecabezas gigantes", que terminaban por formar dos esquemas que fueron explicados, haciendo hincapié en las consecuencias desde el punto de vista físico, mental y psicológico en los niños y las características o señales de alarma que indican una adicción a las tecnologías.

- Sesión 3: "Carta de deseos"

En esta sesión, los niños y padres realizaron una carta en donde plasmaban sus deseos en cuanto a la relación que les gustaría tener, los menores escribían una carta para sus padres y estos una carta para sus hijos, permitiendo fortalecer la relación entre ambos y además identificando las necesidades de cada uno para promover las relaciones afectivas entre ellos.

Al término de estas tres sesiones se dieron recomendaciones de aplicación de técnicas y estrategias que pueden favorecer el enfrentamiento de esta problemática, en caso de que los padres detecten que tienen a un niño adicto a las tecnologías. Así mismo se aclararon dudas por parte de los padres y los niños con respecto al tema y se realizó una reflexión sobre las actitudes que estos niños presentan en sus hogares.

Del mismo modo se crearon acuerdos entre padres y niños que permiten la realización de acciones o actividades encaminadas a la prevención de la adicción a las tecnologías y el desapego a ellas si es que ya presentan una adicción como tal, mediante la organización de las horas del día, procurando dedicar solo el tiempo necesario a las tecnologías para la realización de actividades escolares y un tiempo considerable para diversión, agregando actividades recreativas saludables, como la práctica de algún deporte.

EVALUACIÓN

La evaluación de este programa educativo se efectuó para los padres y los niños, los cuales, de manera individual, hicieron una descripción escrita sobre el aprendizaje adquirido en cada sesión del programa. Estas descripciones fueron leídas para compartirlas con el grupo lo que permitió identificar el impacto tanto en los menores, como en sus progenitores, del conocimiento que se les compartió.

Así mismo, al finalizar el programa se dio un momento para que los niños y sus padres expusieran su opinión sobre el programa en cuanto a contenido y manera de implementarlo, si fue o no de su agrado, así como sugerencias que permitan la mejora del mismo y opiniones hacia los conocimientos y habilidades de quienes crearon e impartieron el mismo programa de promoción y educación para la salud.

Además, se acordó con los padres y maestros dar un seguimiento en cuanto al desarrollo y mejoramiento de las actitudes del niño hacia las tecnologías durante las próximas cuatro semanas, recordando lo aprendido en las sesiones si es que llegan a desviar sus comportamientos, promoviendo el desapego a las mismas poco a poco para formar hábitos saludables aun después de esas cuatro semanas.

RESULTADOS

De un total de 59 padres, tomando como representativo a un padre por niño, solamente asistieron 23, siendo el 38,9% de padres e hijos que tomaron el curso-taller basado en este programa educativo, con un total de 46 asistentes entre padres de familia y menores. Por tal motivo no se cumplieron los logros en cuanto a porcentajes de la población total.

Sin embargo, de los progenitores y niños asistentes, el 100% conoció las señales de alarma en la adicción a las tecnologías, el 100% reconoció y habló sobre la importancia de una buena relación entre padres e hijos, siendo también el 100% los que reflexionaron

sobre el mal uso de las tecnologías y sus afecciones a la salud mediante recomendaciones para la aplicación de técnicas que permitan hacer frente al problema de adicción a las mismas.

Así mismo, se tuvo una participación muy activa en la realización de actividades por parte de los padres y niños asistentes (100%), quienes además de participar, disfrutaron de los juegos aplicados, reconociendo de este modo la importancia de la adecuada convivencia y el tiempo efectivo entre padres e hijos. El 100% de los padres y niños asistentes fue conscientes de las consecuencias negativas que se tienen en los menores, padres y familia en general cuando se lleva a cabo un excesivo uso de las tecnologías.

Al finalizar se efectuó un seguimiento durante cuatro semanas, por parte de los padres y maestros, con las actitudes de los niños hacia las tecnologías. Se obtuvieron resultados muy favorables, siendo un 82% de menores asistentes al curso-taller los que cumplieron los acuerdos realizados en cuanto al tiempo que dedican a las tecnologías y un 18% los que tuvieron actitudes desfavorables pero que, sin embargo, continúan con el apoyo de sus padres para mejorarlas. Es entonces posible decir que un 82% de los escolares asistentes cumplió con el propósito del programa de educación y promoción para la salud.

DISCUSIÓN

Debido a la escasa participación de padres de familia y sus hijos, considerado como un área de oportunidad, es necesario realizar más intervenciones en un futuro para el cumplimiento de los logros y metas establecidas, abordando a una mayor cantidad de padres y niños de la escuela primaria para la creación de conciencia sobre el mal uso y adicción a las tecnologías.

Es de gran importancia la realización de más intervenciones educativas y el continuo trabajo con los niños de educación primaria, debido a que frecuentemente existe escasez de tiempo. Se necesita incluir a menores de otras edades y sus docentes, para promover y fomentar una buena salud, abarcando un panorama más amplio con el apoyo de personas que influyen en su comportamiento. Ofrecer estrategias, herramientas, conocimientos y actitudes que permiten a los niños y niñas mantener una buena salud física, psicológica y social, concretamente en relación al uso de las tecnologías (15). Actividades que también se llevaron a cabo en la actual intervención con la utilización de estrategias didácticas que favorecieron el interés por parte de los mismos.

Además, es importante mencionar que durante el desarrollo del curso-taller de este programa de educación y promoción para la salud se establecieron relaciones empáticas entre participantes y ponentes, lo cual favoreció la efectividad del mismo y la creación de un aprendizaje significativo, pues se tuvo una muy buena actitud y disposición para aprender por parte de los padres y niños asistentes.

Así mismo, el lugar en donde se llevó a cabo la implementación del programa educativo fue muy favorable. Tanto la escuela como la familia son ámbitos donde los niños aprenden a desenvolverse en la vida, donde se transmiten valores y conocimientos, se moldean actitudes, se comparten costumbres, y donde, principalmente, se socializa, lo que actúa como factores protectores para los menores (16).

De esta manera se puede considerar al programa de educación como efectivo; sin embargo, es necesario realzar más promoción para la asistencia al curso-taller, quizá mediante los comentarios y experiencias de los padres y niños que ya asistieron y conocieron sobre la temática de la adicción a las tecnologías, sus consecuencias a la salud y estrategias de afrontamiento a la problemática que se está presentando con tanta intensidad en la actualidad.

Por otra parte, se recomienda realizar una investigación nacional sobre el uso problemático de las tecnologías, con el fin de conocer la situación actual e identificar las edades en las que se está presentando en mayor nivel esta problemática para aplicar estrategias de prevención adecuada, ya que posiblemente sean a edades más tempranas en las que se está presentando la adicción a las tecnologías (17).

CONCLUSIÓN

La promoción y educación para la salud tiene un papel primordial para el ser humano, ya que, como herramienta de la Promoción de la Salud, se ocupa además de crear oportunidades de aprendizaje para facilitar cambios de conducta o estilos de vida saludables, a prevenir, para que la gente conozca y analice las causas sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud de la comunidad, en este caso en las adicciones a las tecnologías. Esto significa una superación del papel tradicional que se ha atribuido a la edu-

cación para la salud, limitado fundamentalmente a cambiar las conductas de riesgo de los individuos, convirtiéndose en un potente instrumento para el cambio.

La promoción de la salud en las escuelas es una forma efectiva de intervención para mejorar y proteger la salud de la comunidad escolar. Además de la educación para la salud, la promoción de la salud incluye otras acciones como el desarrollo de políticas de apoyo al bienestar individual y colectivo, la mejora del entorno físico y social, o el establecimiento de vínculos con la comunidad y los servicios de salud (18).

El concepto de salud que la población debe cambiar de una concepción individual a una colectiva, adoptar una actitud preventiva más que curativa y actuar comunitariamente, en conjunto. Para lograr esto es necesaria la promoción y educación para la salud, ya que esta ayuda a informarse y formar su propia salud. "La E.P.S. es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar esos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos" (19).

BIBLIOGRAFÍA

1. Echeburúa Odriozola E, Requesens Moll A. Adicción a las redes sociales y nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Madrid: Ediciones Pirámide; 2014.
2. Delgado AO. Riesgos y beneficios asociados al uso de las nuevas tecnologías de la información. En: Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente 2015, February. núm. 6.
3. Matalí JL. Adicción a las nuevas tecnologías: definición, etiología y tratamiento. Las nuevas tecnologías en niños y adolescentes 2005; 113-37.
4. Cía AH. Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. Revista de Neuro-Psiquiatría 2013; 76(4).
5. Ruvalcaba MM, Arámbula RE, Castillo SG. Impacto del uso de la tecnología móvil en el comportamiento de los niños en las relaciones interpersonales. Educateconciencia 2016; 5(6).
6. Montalvo J. Hábitos de uso y conductas de riesgo en Internet en la preadolescencia. Comunicar 2015; 22(44).
7. Arnáiz P. Conductas de ciberadicción y experiencias de cyberbullying entre adolescentes. Anales de Psicología 2016; 32(3):761-9.
8. Villadangos SM. Menores y nuevas tecnologías (NT): ¿Uso o abuso? Anuario de psicología clínica y de la salud 2009; 75-83.
9. Quintero-Corzo J, Munévar-Molina RA, Munévar-Quintero FI. Nuevas tecnologías, nuevas enfermedades en los entornos educativos. Hacia la Promoción de la Salud 2015; 20(2):13-26.
10. Redonet LN. Prescolar, escolar, adolescente, adulto sano y trabajador. LN Redonet, Libro de texto Enfermería Familiar y Social del colectivo de autores Cubanos Capítulo XIV. 2004.
11. Echeburúa Odriozola E, Requesens Moll A. Adicción a las redes sociales y nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Madrid: Ediciones Pirámide; 2014.
12. Pedrero-Pérez EJ, Ruiz-Sánchez de León JM, Rojo-Mota G, Llanero-Luque M, Pedrero-Aguilar J, Morales-Alonso S, Puerta-García C. Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC): uso problemático de internet, videojuegos, teléfonos móviles, mensajería instantánea y redes sociales mediante el MULTICAGE-TIC. Adicciones 2018; 30(1):19-32.
13. Giraldo Osorio A, Toro Rosero MY, Macías Ladino AM, Valencia Garcés CA, Palacio Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Revista hacia la Promoción de la Salud 2010; 15(1).
14. Aristizábal GP. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería universitaria 2011; 8(4):16-23.

BIBLIOGRAFÍA (CONTINUACIÓN)

15. Giménez AR, Salas BL, García VG, de Larriva Casares MV, Ruiz MSB, Cuadrado E, et al. TIC y conductas de riesgo en Primaria: prevención y promoción de la salud en la escuela. *Revista de innovación y buenas prácticas docentes* 2017; 3: 80-4.
16. Pérez MJ, Quiroga AB, Alzugaray PO, Pérez J. Uso abusivo de Tecnologías de la Información y la Comunicación: experiencia de intervención en prevención de adicciones en San Luis. *Virtualidad, Educación y Ciencia* 2017; 8(14):182-8.
17. Aguirre Gaon SJ. Estrategia de educación para la salud en la prevención del uso problemático de las tecnologías de información y comunicación (TIC) y redes sociales en los adolescentes que asisten a la Escuela República Argentina durante el periodo de marzo-diciembre 2016. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2016.
18. Davó-Blanes MC, de la Hera MG, La Parra D. Educación para la salud en la escuela primaria: opinión del profesorado de la ciudad de Alicante. *Gaceta Sanitaria* 2016; 30(1):31-6.
19. Catalán VG, Sala MJR, Beguer AC. La Educación para la Salud: una propuesta fundamentada desde el campo de la docencia. *Enseñanza de las ciencias: revista de investigación y experiencias didácticas* 1993; 11(3):289-96.



¡Enfermería21 se actualiza!

► Conoce todas las novedades incorporadas y el nuevo diseño web del portal líder de Enfermería

- Adaptado a múltiples dispositivos
- Más visual e intuitivo
- Acceso a todas las plataformas y servicios de Grupo Paradigma desde un mismo sitio
- Conoce a través de la sección de Diario DICEN todas las noticias del sector
- Acceso a toda la oferta formativa de DAE Formación: AulaDAE, AulaOPE, AulaEIR
- Ofertas de empleo, revistas de Enfermería, test, documentos, libros y multitud de recursos relacionados con el mundo de la Enfermería

ESTRÉS EN EL NEONATO PREMATURO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

¹ **Tatiana Guadalupe Caudillo Díaz**

² **María de Lourdes García Campos**

³ **Vicente Beltrán Campos**

¹ Estudiante de la Maestría en Ciencias de Enfermería. División de Ciencias de la Salud e Ingenierías. Campus Celaya Salvatierra. Universidad de Guanajuato y Enfermera Especialista Infantil en el Hospital General de Guanajuato y Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. León, Guanajuato (México).

² Profesora de Tiempo Completo. Doctora en Ciencias de la Enfermería Adscrita al Departamento de Enfermería Clínica de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya-Salvatierra. Universidad de Guanajuato y Enfermera Especialista Pediatra del Instituto Mexicano del Seguro Social I (IMSS), Celaya, Gto. México.

³ Profesor de Tiempo Completo. Doctor en Ciencias Biomédicas con enfoque en Neurociencias Adscrito al Departamento de Enfermería Clínica de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya-Salvatierra. Universidad de Guanajuato. México.

E-mail: tcaudillod@gmail.com

Fecha de recepción: 27 de noviembre 2018.

Fecha de aceptación: 11 de febrero 2019.

Cómo citar este artículo:

Caudillo Díaz TG, García Campos ML, Beltrán Campos V. Estrés en el neonato prematuro: una revisión de la literatura. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. 2019; 9(2):43-9.

RESUMEN

Objetivo: identificar la evidencia disponible de la literatura científica sobre la evaluación de estrés en el neonato prematuro internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), a través de la medición de signos vitales: frecuencia cardiaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno (SaO₂) medida con sensor percutáneo, además de los niveles de cortisol salival.

Método: revisión de literatura científica en bases de datos PubMed (NCBI), biblioteca virtual Scielo, Science Direct y se llevó a cabo mediante el buscador Google Académico, se consideraron artículos con antigüedad menor de 10 años utilizándose los descriptores "premature infant", "preterm neonate", "stress", "salivary cortisol", "hypothalamus", "physiological responses" y "biochemical response".

Resultados: 30 estudios cumplieron con los criterios de inclusión. Existe evidencia científica que sustenta que el personal de Enfermería puede identificar estrés en el neonato prematuro internado en la UCIN observando variaciones o alteraciones en los signos vitales: FC, FR, SaO₂ y que además se puede confirmar la presencia del estrés con la medición de los niveles de cortisol salival.

Conclusiones: se enfatiza que los signos vitales FC, FR y SaO₂ son variables que el personal de Enfermería mide constantemente durante las 24 horas del día y su pensamiento crítico debería ir más allá de solo medir clínicamente el estado general de salud del neonato prematuro, porque la importancia radicaría principalmente en que estos datos proveen información suficiente para identificar el estrés, lo que permitiría diseñar intervenciones de enfermería para disminuirlo en pro de la calidad de vida del neonato prematuro hospitalizado.

Palabras clave: estrés; neonato prematuro; cortisol salival; signos vitales.

Estresse no recém-nascido prematuro: uma revisão da literatura

RESUMO

Objetivo: identificar evidências disponíveis da literatura científica sobre a avaliação do estresse em neonatos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), através da mensuração de signos vitais: frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), saturação de oxigênio (SaO₂) mensurada com sensor percutâneo, além dos níveis salivares de cortisol.

Método: revisão da literatura científica nas bases de dados PubMed (NCBI), biblioteca virtual SCIELO, Science Direct e Google Scholar; artigos com menos de 10 anos de idade, utilizando os descritores "prematuro infantil", "recém-nascido prematuro" "Stress", "cortisol salivar", "hipotálamo", "respostas fisiológicas", "resposta bioquímica"

Resultados: 30 estudos preencheram os critérios de inclusão. Existem evidências científicas de que a Enfermagem pode identificar o estresse no recém-nascido prematuro neonatal internado na (UTIN), observando variações ou alterações nos signos vitais: FC, FR, SaO₂ e que também é possível confirmar a presença de estresse a medição dos níveis do cortisol salivar.

Conclusões: destacam-se os signos vitais da FC, FR e SaO₂, variáveis que o enfermeiro constantemente mede 24 horas por dia no recém-nascido prematuro, seu pensamento crítico deve ir mas lá do só medir a condição clínica ou geral do recém-nascido prematuro, porque seria principalmente importante que eles recebam informações suficientes para identificar o estresse, o que permitiria desenhar intervenções de enfermagem para diminuí-lo em favor da qualidade de vida do recém-nascido prematuro hospitalizado.

Palavras-chave: estresse; recém-nascido prematuro; cortisol salivar; signos vitais.

Stress in preterm newborns: a literature review

ABSTRACT

Purpose: to find available literature on stress assessment in preterm newborns in Neonatal Intensive Care Unit (NICU), based on vital signs: heart rate (HR), respiratory rate (RR), oxygen saturation (SaO₂) measured with a percutaneous sensor, and also cortisol levels in oral fluids.

Methods: a literature review based on databases PubMed (NCBI), SCIELO virtual library, and Science Direct, using the search engine Google Scholar. Papers published in the last 10 years were selected, and the following keywords were used: "preterm infant", "preterm neonate" "stress", "salivary cortisol", "hypothalamus", "physiological responses", "biochemical response".

Results: thirty studies fulfilled inclusion criteria. Scientific evidence supports that professional nurses are able to identify stress in preterm newborns in NICU, by means of observed changes in vital signs: HR, RR, SaO₂. Stress can be confirmed by measuring cortisol levels in oral fluids.

Conclusions: HR, RR and SaO₂ are vital signs consistently assessed by nurses 24/7. In preterm newborns, nurses' critical thinking should not be limited to the evaluation of their general health; such factors should provide them with data allowing stress to be detected. This could enable nurses to develop nursing procedures to reduce stress in order to improve quality of life in preterm newborns being managed in hospitals.

Key words: stress; preterm newborn; cortisol in oral fluids; vital signs.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) resulta particularmente estresante para el neonato prematuro, puesto que su respuesta de adaptación a los estímulos que recibe se encuentra limitada debido a la inmadurez de sus órganos, en especial el sistema nervioso central (SNC). El feto, en el útero materno, permanece en sueño profundo casi el 80% del tiempo, esto promueve su crecimiento cerebral y maduración; al pasar a un entorno con múltiples estímulos ambientales inesperados (luz, ruido, estímulos propioceptivos y dolorosos) (1), su respuesta es desorganizada e inefectiva y le provocan estrés (2).

El estrés en el neonato prematuro es cualquier amenaza percibida de naturaleza interna o externa (estresor o estímulo negativo) que afecta su estabilidad fisiológica (3). Existe evidencia clínica de que el impacto adverso del estrés en el neonato prematuro puede afectar negativamente su cerebro en desarrollo produciendo alteración permanente en la percepción neuroanatómica del dolor, cambios emocionales, trastornos del aprendizaje (4) y alteraciones neuroconductuales como reflejos no óptimos, asimétricos, hiper o hipotonía, excitabilidad, letargo ($p < 0,05$) (5).

En el neonato prematuro todos los estímulos deben presentarse adecuadamente en frecuencia, duración, intensidad y otros, porque tan nocivo es para los sistemas funcionales la hiperestimulación, la estimulación fluctuante, la estimulación a destiempo o su ausencia que le provocan estrés (6).

Las respuestas fisiológicas al estrés incluyen alteración en la frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) y saturación de oxígeno (SaO_2), por lo tanto se podría incorporar evaluar el estrés cada vez que se toman los signos vitales. Los signos vitales son una medida objetiva que provee información acerca del estado clínico del neonato prematuro.

Por lo anterior, el objetivo del presente artículo es proporcionar evidencia científica para que los enfermeros pueda evaluar, medir o producir el conocimiento acerca del estrés en el neonato prematuro, que está internado en la UCIN, mediante los signos vitales (FC, FR y SaO_2) y este pudiera ser confirmado con la medición de niveles de cortisol salival.

Comprender los mecanismos de respuesta fisiológica del neonato prematuro al estrés permitirá identificar los signos de este, para realizar un diagnóstico precoz y se estará en la posibilidad de realizar cuidados de enfermería dirigidos a disminuirlo, para beneficiar el estado general de salud del neonato.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda de la literatura de estudios en bases de datos PubMed (NCBI), Science Direct y el buscador Google Académico, utilizando los descriptores "premature infant", "preterm neonate", "stress", "salivary cortisol", "physiological responses", "biochemical response", y los operadores booleanos "AND" y "NOT". Los artículos que se incluyeron fueron de texto completo, productos de estudios cuantitativos, escritos en idioma español, inglés y portugués, que hubieran sido publicados del año 2010 al 2018, que el estrés fuera medido o descrito en la especie humana.

Durante el periodo de octubre de 2018 a enero de 2019 se buscó exhaustivamente, en la literatura científica, artículos que describieran los cambios en el organismo del neonato prematuro debido a la presencia del estrés, dirigidos hacia la evaluación de los signos vitales, encontrándose 40, en revistas tales como *Experimental Neurology*, *J Matern Fetal Neonatal Med*, *Rev. enferm. CyL*, entre otras. Se realizó una lectura crítica y discriminación de artículos conforme a los criterios de inclusión establecidos, y solo quedaron 30 artículos para analizar, algunos de ellos fueron de revisiones sistemáticas.

RESULTADOS

En el neonato prematuro está afectada la respuesta al estrés debido a la interrupción del desarrollo del SNC. El estrés se asocia con cambios en la presión arterial, taquicardia, polipnea, mayor consumo de oxígeno, hipoxemia, hemorragia intraventricular e isquemia miocárdica (4).

El sistema nervioso autónomo (SNA) y el eje hipotálamo hipófisis adrenal (HHA) son las dos ramas principales involucradas en la respuesta al estrés del neonato prematuro (7). La respuesta inmediata está mediada por el SNA, con una descarga simpática e inhibición parasimpática simultánea (8). Cuando se percibe el estímulo estresor se produce una descarga masiva del simpático de adrenalina y noradrenalina, produciendo manifestaciones como el aumento de la FC, aumento de la FR y disminución de la SaO₂ (7,9).

Si el estímulo estresante continúa se pone en marcha el eje HHA con un sistema de respuesta neuroendocrina de mayor persistencia (8), donde aumentan principalmente los niveles del glucocorticoide cortisol, que es la hormona principal del estrés (10) y se considera uno de sus principales biomarcadores (11), su inicio pico ocurre 15-30 minutos después de un factor estresante (10).

Los niveles de cortisol siguen un ciclo circadiano a lo largo de 24 horas, registrándose en la mañana los niveles más altos y en la noche descienden a los niveles más bajos (12,13), en los neonatos prematuros el ciclo circadiano puede diferir, Ivars et al. (14) concluyeron que el ritmo circadiano del cortisol salival se establece en un mes de edad corregida en estos neonatos; sin embargo, el establecimiento de este ritmo circadiano está relacionado con la edad gestacional más que con la edad de vida postnatal.

En el neonato prematuro, el cortisol se ha utilizado como biomarcador de estrés desde 1992 (15), a partir de esa fecha la medida de cortisol se ha empleado como indicador fiable para medir la respuesta de estrés tanto para investigación como para diagnóstico clínico (15,16).

Los niveles de cortisol pueden ser analizados en sangre, orina y saliva (12). Las medidas salivales son el método de elección en la investigación del estrés del neonato prematuro, ya que representan un método no invasivo, no inducen trauma y, por lo tanto, estrés (12,15,16); han sido un método válido para evaluar la actividad adrenocortical en los neonatos y su respuesta a estímulos estresantes (17).

Candia et al. (18) evaluaron el estrés en 16 neonatos prematuros con la medición de las respuestas fisiológicas (FC, FR y SaO₂) y la concentración de cortisol en la saliva antes y después de la posición prona, concluyeron que la frecuencia respiratoria y el cortisol salival fue significativamente menor con la posición prona. Ays, e Kahraman et al. (19) también evaluaron el estrés producido por punción de talón con los valores de cortisol salival en posición prona.

Niveles elevados o alterados de cortisol son de los principales responsables de las consecuencias-secuelas de estrés a corto y a largo plazo; y la elevación de cortisol puede resultar en incremento de niveles de glutamato, que puede ser neurotóxico en el tejido neuronal neonatal (20), produciendo serios daños a nivel de SNC (21).

El cortisol salival es una medida bioquímica válida para evaluar el estrés; sin embargo, en el contexto inmediato para el neonato prematuro, como lo es la UCIN, lo que resulta observable y medible para el personal de Enfermería, de manera habitual, son las medidas fisiológicas, las cuales han sido útiles para evaluar activación del estrés y se pueden relacionar las señales de estrés del neonato prematuro con el aumento de la FC, FR y disminución de la SaO₂, medida con un sensor percutáneo, con la respuesta de estrés o autorregulación durante los procedimientos estresantes o estrés ambiental (22,23), estas medidas fisiológicas han sido utilizadas en investigaciones enfermeras para medir el efecto y la eficacia de intervenciones y además aportan conocimiento acerca del tiempo que los neonatos prematuros necesitan para recuperar su estado fisiológico, después de algún procedimiento estresante como canalización de vena, flebotomía, punciones en el talón, etc. Incluso en cuidados como el baño o la medición de peso, aunque se han clasificado como no dañinos, su capacidad para inducir una respuesta al estrés y ser responsable del daño acumulativo debe considerarse y evaluarse en estudios futuros (1,5,24-26).

Por su parte, Cone et al. (27) midieron el estrés de 10 neonatos prematuros internados en la UCIN con el cortisol salival, FC y SaO₂ posterior a aspiración endotraqueal con cuatro manos vs. cuidados de rutina con un solo cuidador. Los resultados de su investigación no encuentran diferencias significativas al comparar los efectos fisiológicos del estrés en ambas intervenciones; lo que se destaca es que se observaron más respuestas de estrés en la aspiración con un solo cuidador (27).

Discusión

Se ha demostrado que la FC y la FR aumentan y la SaO₂ disminuye frente a un estímulo negativo o estresante; sin embargo, es indispensable que el personal de Enfermería considere que estos parámetros también pueden verse influenciados por otros factores tales

como alteraciones en la circulación sanguínea, patrones de respiración, sedantes e incluso los días de edad postnatal o la edad gestacional. Respecto a los días de edad postnatal, Zeiner et al. (22) evaluaron las medidas fisiológicas de respuesta al estrés después de cuarto día de edad postnatal, ya que se habían recuperado del estrés del nacimiento y el impacto de los medicamentos prenatales; los cuáles son factores conocidos que afectan la capacidad de respuesta fisiológica al estrés.

Con lo que respecta a la edad gestacional, Zeiner et al. (22) mencionan que en el neonato prematuro extremo o hemodinámicamente inestable puede haber disminución de la capacidad de respuesta a estrés, que no es una validación de la ausencia del mismo. Gómez (28) evidenció que en el prematuro extremo la FC disminuía ante un estímulo estresante en comparación con los de mayor edad gestacional, en los que aumentaba la FC. Eskeckstein-Grunau (29) refiere que, en el neonato prematuro extremo, la excitación nerviosa provocada por el estrés no se autorregula durante esta fase del desarrollo del SNC.

Durante los cuidados de Enfermería que se brinden al neonato prematuro hay que considerar que existe un delicado equilibrio entre limitar la exposición a estímulos estresantes y, al mismo tiempo, brindar cuidados esenciales (3,20). La maduración cerebral alterada y la respuesta al estrés alterada pueden deberse en parte a experiencia de estos estímulos estresantes de la vida temprana en lugar del nacimiento prematuro en sí (20). Los hallazgos de un estudio sugieren que los neonatos prematuros reaccionan con una respuesta de estrés similar a la manipulación (toma de temperatura axilar, cambio de pañal, cambio de posición) como la respuesta de estrés que se produce durante la punción del talón (15).

Además, es preciso considerar que la respuesta al estrés en neonatos prematuros puede variar según las intervenciones anteriores en la última hora, y responder al cuidado habitual de manera similar a un procedimiento invasivo; por ejemplo, el cambio de pañal puede provocar respuestas de estrés intensas si está precedido por una punción del talón 30 minutos antes (29). Es por ello que los estímulos apropiados proporcionados por el personal de Enfermería en tiempo, complejidad e intensidad mantendrán y promoverán la integridad funcional, crecimiento y desarrollo del neonato prematuro (30).

En los neonatos prematuros su umbral táctil es más bajo y las vías inhibitorias descendentes son inmaduras, lo que las hace más sensibles a estresores acumulativos. Se ha encontrado que un mayor número de procedimientos estresantes predice directamente la disminución del crecimiento de la cabeza y la función cerebral en los neonatos prematuros, lo que indica que el estrés durante este periodo vulnerable puede activar una cascada de señalización de estrés que afecta el crecimiento posterior (5). La repetición de un estímulo estresante, como lo es el dolor por punción de talón y sin tratar, causa respuesta cada vez más exagerada al dolor y además resulta acumulativo. Debido a este proceso cuando los prematuros reciben un estímulo no doloroso, como lo es el cambio de pañal, presentan la misma reacción que tuvieron cuando recibieron dicho estímulo doloroso (1).

El hecho de incorporar la evaluación del estrés cada vez que se toman los signos vitales se podría realizar mediante intervenciones apropiadas para el control del estrés cuando sea necesario. Existe evidencia en estudios realizados en los que se evaluó el estrés a través de los parámetros fisiológicos. La observación y evaluación de los cambios fisiológicos permitirá desarrollar estrategias antes, durante y después de la intervención de Enfermería, hasta que el neonato prematuro alcance el estado deseado de estabilidad para el procedimiento o intervención. Los estímulos e intervenciones cotidianas deben coordinarse para respetar los periodos de descanso del neonato prematuro y así evitar los excesos en manipulación e invasiones que puedan ser estresantes. Es conveniente agrupar maniobras y programarlas en el mismo momento (4). La forma en que el neonato prematuro reacciona a las intervenciones de Enfermería la guiará hacia un cuidado de calidad dirigido a proteger el desarrollo integral (2).

Debido a lo anterior, si se realiza investigación, se sugiere se haga una combinación de mediciones fisiológicas (FC, FR, SaO₂) y bioquímicas (cortisol) para evaluar mejor la respuesta de estrés del neonato prematuro (15,22).

CONCLUSIONES

Los parámetros fisiológicos FR, FC, SaO₂ y cortisol salival son de ayuda para el personal de Enfermería en el reconocimiento de estrés en el neonato prematuro que está internado en la UCIN; sin embargo, existen diversos métodos, tales como medición de catecolaminas, que generalmente indican estrés agudo, pero el cortisol se puede usar como un indicador para evidenciar el estrés subagudo y crónico, que en caso del neonato prematuro se utiliza más la identificación de niveles de cortisol en saliva debido a que es menos invasivo que identificarlo en sangre.

Es muy importante y necesario realizar investigaciones que produzcan conocimiento respecto a estímulos positivos que ayuden a neutralizar las respuestas de estrés o disminuir lo más posible las complicaciones a consecuencia de este. El conocimiento basado en la mejor evidencia, la evaluación integral y el pensamiento crítico proporcionarán al profesional de Enfermería bases sólidas para realizar un cuidado de alta calidad.

Se hace énfasis en que los signos vitales FC, FR y SaO₂ son variables que el personal de Enfermería mide constantemente durante las 24 horas del día y su pensamiento crítico debe ir más allá de solo medir clínicamente el estado general de salud del neonato, su importancia además radica en que proveen información para evaluar el estrés, tomar decisiones respecto a intervenciones idóneas y disminuirlo en pro de la calidad de vida del neonato hospitalizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nascimento-Tamez R. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. 5ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2016.
2. Sellán Soto MC, Vázquez Sellán A. Cuidados Neonatales en Enfermería. Barcelona: Elsevier; 2017.
3. Allinson LG, Denehy L, Doyle LW, Eeles AL, Dawson JA, Lee K J, et al. Physiological stress responses in infants at 29-32 weeks' postmenstrual age during clustered nursing cares and standardised neurobehavioural assessments. *BMJ Paediatr Open*; 2017 1(1):1-8.
4. Lemus M, Sola A, Golombek S, Baquero H, Borbonet D, Dávila C, et al. Consenso sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico del dolor y estrés en el recién nacido. *Revista de Salud Pública*. 2014; 36(5):348-54.
5. Xiaomei C, Jing W, Dorothy V, Wanli X, Naveed H, Shari G, et al. The Impact of Cumulative Pain/Stress on Neurobehavioral Development of Preterm Infants in the NICU. *Earli Human Dev*. 2017; 108:9-16.
6. Rodríguez- González L, De la Mata-Alcoba I. Procedimiento de mínima manipulación en el neonato. *Rev. enferm. Cyl* 2014; 6(2):58-64.
7. Urfer-Maurer N, Ludyga S, Stalder T, Brand S, Holsboer-Trachsler E, Gerber M, et al. Heart rate variability and salivary cortisol in very preterm children during school age. *Psychoneuroendocrinology*. 2018; 87:27-34. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.10.004>
8. Cardinali Daniel P. Neurociencia aplicada y sus fundamentos. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007.
9. Michels N, Sioen I, Clays E, Buyzerec M, Ahrens W, Huybrechts I, et al. Children's heart rate variability as stress indicator: Association with reported stress and cortisol. *Biological Psychology*. 2013; 94:433-40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2013.08.005>
10. Oken BS, Chamine I, Wakeland W. A systems approach to stress, stressors and resilience in humans. *Behav Brain Res*. 2014; 282:144-54. DOI: 10.1016/j.bbr.2014.12.047
11. Urizar GG, Muñoz RF. Impact of a prenatal cognitive-behavioral stress management intervention on salivary cortisol levels in low-income mothers and their infants. *Psychoneuroendocrinology*. 2011; 36(10):1480-94. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2011.04.002
12. Bjarte-Rolfsjord L, Bakkeheim E, Løvold-Berents T, Alm- J, Ove Skjerven-H, Carlsen KH, et al. Morning Salivary Cortisol in Young Children: Reference Values and the Effects of Age, Sex, and Acute Bronchiolitis. *The Journal of Pediatrics*. 2017; 184:193-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.01.064>
13. Do YL, Eosu K, Man HC. Technical and clinical aspects of cortisol as a biochemical marker of chronic stress. *BMB* 2015; 48(4):209-16. DOI: 10.5483/BMBRep.2015.48.4.275
14. Ivars K, Nelson N, Theodorsson A, Theodorsson E, Ström JO, Mörelius E. Development of salivary cortisol circadian rhythm in preterm infants. *PLoS One*. 2017; 12(8):1-15. DOI:10.1371/journal.pone.0182685

BIBLIOGRAFÍA (CONTINUACIÓN)

15. Mörelius E, Hong-Gu H, Shefaly S. Salivary Cortisol Reactivity in Preterm Infants in Neonatal Intensive Care: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2016; 13(3):337. DOI: 10.3390/ijerph13030337
16. Maidana P, Bruno OD, Mesch V. Medición de cortisol y sus fracciones: Una puesta al día. *Medicina (B. Aires)*. 2013; 73(6):579-84.
17. De Bernardo G, Riccitelli M, Giordano M, Proietti F, Sordino D, Longini M, et al. Rooming-in Reduces Salivary Cortisol Level of Newborn. *Mediators of Inflammation*. 2018; 1-5. DOI: <https://doi.org/10.1155/2018/2845352>
18. Cândia MF, Osaku EF, Leite MA, Toccolini B, Costa NL, Teixeira SN, et al. Influence of prone positioning on premature newborn infant stress assessed by means of salivary cortisol measurement: pilot study. *Rev. bras. ter. Intensiva*. 2014; 26(2):169-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20140025>
19. Ays,e Kahramana, Zu`mru`t Bas,bakkala, Mehmet Yazazb, Eser Y. So`zmen. The effect of nesting positions on pain, stress and comfort during heel lance in premature Infants. *Pediatrics and Neonatology*. 2018; 59(4):352-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2017.11.010>
20. Mooney-Leber SM, Brummelt S. Neonatal pain and reduced maternal care: early-life stressors interacting to impact brain and behavioral Development. *Neuroscience* 2017; 21-36. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.05.001>
21. Victoria NC, Murphy A. The long-term impact of early life pain on adult responses to anxiety and stress: Historical perspectives and empirical evidence. *Experimental neurology*. 2016; 275(2):261-73. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2015.07.017>
22. Zeiner V, Storm H, Doheny KK. Preterm infants' behaviors and skin conductance responses to nurse handling in the NICU. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2015; 29(15):1-11. DOI: 10.3109/14767058.2015.1092959
23. Peng NH, Chen CH, Bachman J, Lin HC, Wang TM, Chang YC, Chang YS. To explore relationships between physiological stress signals and stress behaviors in preterm infants during periods of exposure to environmental stress in the hospital. *Biol Res Nurs*. 2011 Oct; 13(4):357-63. DOI: 10.1177/1099800410392020
24. Alipoura Z, Eskandaria N, Ahmari-Tehranb H, Kamal S, Hossainic E, Sangid S. Effects of music on physiological and behavioral responses of premature infants: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2013; 19(3):128-32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2013.02.007>
25. Chuang LJ, Wang SH, Ma MC, Lin CN, Chen CL, Huang MC. A modified developmental care bundle reduces pain and stress in preterm infants undergoing examinations for retinopathy of prematurity: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14645>
26. De Freitas P, Bueno M, Holditch-Davis D, Santos HP Jr, Kimura AF. Biobehavioral Responses of Preterm Infants to Conventional and Swaddled Tub Baths: A Randomized Crossover Trial. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2018. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000336
27. Cone S, Pickler RH, Grap MJ, McGrath J, Wiley PM. Endotracheal Suctioning in Preterm Infants Using Four-Handed versus Routine Care. *Obstet, Gyneco Neonatal Nurs*. 2013; 42(1):92-104. DOI: <http://doi.org/10.1111/1552-6909.12004>
28. Gómez MC. Estudio Observacional de procedimientos médicos dolorosos realizados a infantes nacidos prematuros internados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). *Revista El Dolor*. [internet] 2014 [citado 8 mar 2019]; 61:10-6. Disponible en: http://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/5522fd371ad89_original161.pdf
29. Eckstein-Grunau R. Neonatal pain in very preterm infants: long-term effects on brain, neurodevelopment and pain reactivity. *Rambam Maimonides Med J*. 2013; 4(4):1-13. DOI: 10.5041/RMMJ.10132
30. Egan F, Quiroga A, Chatás G. Cuidados para el neurodesarrollo. *Revista de Enfermería neonatal*. [internet] 2012 [citado 8 mar 2019]; 4-13. Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/12/Cuidado-para-el-neurodesarrollo.pdf>

FATORES QUE INTERFEREM NA PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO EM ESTUDANTES: REVISÃO INTEGRATIVA

¹ Morgana Valesca de Melo Bezerra

² Giselle Carlos Santos Brandão Monte

³ Ana Carolina Costa Moreira Nicolau

⁴ Mayara de Melo Bezerra

⁵ Whatson Araujo Oliveira

¹ Enfermeira. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Maceió, AL, Brasil. Pós-graduada pela Universidade Federal Fluminense em Micropolítica da Gestão para o Trabalho em Saúde.

² Enfermeira Obstetra pelo Programa de Residência em Enfermagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Maceió, AL, Brasil.

³ Odontóloga pelo Centro Universitário Cesmac. Maceió, AL, Brasil.

⁴ Biomédica pelo Centro Universitário Cesmac. Maceió, AL, Brasil.

⁵ Médico pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Maceió, AL, Brasil.

E-mail: morgana.valesca@hotmail.com

Fecha de recepción: 9 de mayo de 2018.

Fecha de aceptación: 5 de marzo 2019.

Cómo citar este artículo:

De Melo Bezerra MV, Brandão Monte GCS, Moreira Nicolau ACC, de Melo Bezerra M, Araujo Oliveira W. Factores que interfieren en la práctica de la lactancia en estudiantes: revisión integrativa. Rev. Iberoam. Educ. Invest. Enferm. 2019; 9(2):50-8.

Resumo

Objetivo: analisar os fatores que interferem a prática da amamentação em mulheres estudantes.

Metodologia: trata-se de uma revisão integrativa da literatura cujo levantamento foi realizado nas bases de dados Lilacs, Ibecs e Medline, no período de janeiro a fevereiro de 2015. Os critérios de inclusão foram: indexação do período de 2004 a 2014, que trabalhassem a relação do aleitamento materno e estudantes e que estivessem disponíveis nos idiomas inglês, espanhol e português.

Resultados: a amostra constituiu-se de 11 artigos que atenderam aos critérios estabelecidos. Houve um predomínio de estudos com abordagem descritiva (97%); em relação ao plano amostral todos foram por conveniência (100%). O periódico com maior veiculação de artigos foi a Medline (100%). Os principais fatores que interferem na prática da amamentação em estudantes são a falta de apoio psicossocial, ausência de legislação que garanta a flexibilidade no horário e a falta de estrutura das instituições de ensino.

Conclusão: verificou-se que há um esforço materno para manter a lactação, porém este mostra-se frágil diante das forças que o ambiente de estudo estabelece. Fica evidente que a conciliação da amamentação com os estudos depende de uma rede de apoio e possibilidade concreta para mulher exercer essa prática.

Palavras-chave: aleitamento materno; estudantes; desmame; promoção da saúde; saúde da criança.

Factores que afectan a la práctica la lactancia materna en estudiantes mujeres: revisión integradora**RESUMEN**

Objetivo: analizar los factores que afectan a la práctica de la lactancia materna en los estudiantes mujeres.

Metodología: se trata de una revisión integradora de la literatura cuya encuesta se llevó a cabo en las bases de datos Lilacs, Ibecs y Medline en el periodo de enero a febrero de 2015. Los criterios de inclusión fueron: periodo de indexación de 2004 a 2014, que trabajasen la relación de la lactancia materna y los estudiantes y estuvieran disponibles en inglés, español y portugués.

Resultados: la muestra estuvo constituida por 11 artículos que cumplieron los criterios de inclusión. Hubo un predominio de estudios con enfoque descriptivo (97%); en relación con el plan de muestreo estaban todos por conveniencia (100%). La base científica con mayores artículos que sirven fue Medline (100%). Los principales factores que interfieren con la lactancia materna en los estudiantes es la falta de apoyo psicosocial, la ausencia de una legislación que garantice la flexibilidad en el horario y la falta de estructura de las instituciones educativas.

Conclusión: se encontró que hay un esfuerzo materno en mantener la lactancia, pero esto resulta ser frágil ante las fuerzas que el entorno de estudios establece. Es evidente que la conciliación de la lactancia materna con los estudios depende de una red de apoyo y la posibilidad concreta para la mujer de ejercer esa práctica.

Palabras clave: lactancia materna; estudiantes; destete; promoción de la salud; salud del niño.

Factors affecting breastfeeding use in female students:an integrative review**ABSTRACT**

Purpose: to analyze factors affecting breastfeeding use in female students.

Methods: an integrative literature review using databases LILACS, IBECS and MEDLINE, from January to February 2015. The following inclusion criteria were used: indexation period 2004 to 2014; dealing with breastfeeding and students; and available in English, Spanish, or Portuguese.

Results: eleven papers fulfilling inclusion criteria were selected. Most studies used a descriptive approach (97%); a convenience sample was used in all investigations (100%). MEDLINE was the database that included the highest number of papers (100%). Major factor interfering breastfeeding in students are lack of psychosocial support, lack of legal regulation to guarantee timetable flexibility; and lack of structure in educational sites.

Conclusion: a maternal effort to use breastfeeding was found; however, it appears to be fragile due to the students' environment pressures. The reconciliation of breastfeeding and student life depends on a support network and the specific possibility for a woman to use it.

Key words: breastfeeding; students; weaning; health promotion, infant health.

INTRODUÇÃO

O leite materno é incontestavelmente o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento dos bebês, recomenda-se amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida. Inúmeros são os benefícios que a amamentação proporciona, dentre eles estão a redução da taxa de mortalidade infantil, proteção contra alergias, prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, melhor desenvolvimento cognitivo e estímulo ao vínculo afetivo entre a mãe e o bebê (1).

A amamentação exclusiva, embora amplamente vantajosa, apresenta índices baixos em todo o mundo. Um relatório realizado em 2017 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em colaboração com o Global Breastfeeding Scorecard- uma nova iniciativa para aumentar as taxas globais de amamentação, mostrou que, dos 194 países avaliados, apenas 23 possuíam índice de amamentação exclusiva maior que 60%. Além disso, apenas 40% das crianças com menos de 6 meses de idade são amamentadas exclusivamente (2).

Apesar de todo empenho das organizações de saúde em promover a amamentação, o desmame precoce ainda é um desafio para saúde pública. Os altos índices de abandono da amamentação se relacionam com atributos fisiológicos e, principalmente com determinantes contextuais que a mulher esta inserida (3-5).

Nas últimas décadas a inserção da mulher no ambiente de ensino ampliou-se, representando atualmente 63% dos ingressantes (6). Paralelo a isso, observou-se aumento de mulheres grávidas jovens, estando a maioria ainda inseridas em escolas ou em universidades, o que acaba interferindo de forma bastante expressiva na instituição e continuidade da amamentação (7). A dificuldade em conciliar as atividades extra lar e a inadequação e ou ausência de suporte no ambiente doméstico e de ensino, torna a continuidade da amamentação uma atividade difícil de ser superada (8,9).

Poucos são os países que possuem legislação que regulamentam a licença maternidade nas instituições de ensino. No Brasil, a mulher tem direito a afastamento a partir do oitavo mês de gestação e durante três meses a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares (10,11). Em suma essa lei dá direito a estudante a usufruir de 120 dias ininterruptos, sem a obrigatoriedade de comparecer na instituição de ensino para realizar provas ou aulas práticas, que deverão ser garantidas no seu retorno.

É de grande importância que durante as consultas de pré-natal essas mulheres sejam informadas sobre os benefícios e das técnicas corretas de amamentação, desvantagens do uso das fórmulas lácteas, para que se aumente a confiança e habilidades dessas mães estudantes, estimulando-as a não abandonar o aleitamento materno mesmo com um ambiente de ensino para enfrentar. É importante que a gestante conheça as leis que as protegem, para que assim possam usufruir de seus direitos mesmo que enquanto estudantes (11).

Diante desse contexto, o enfermeiro assume papel importante no que diz respeito a prática da amamentação, o qual detém conhecimento técnico e científico adequado para o padrão de estabelecimento de um padrão para a alimentação do lactente. Suas intervenções devem focar os benefícios nutricionais, emocionais, fisiológicos e imunológicos, embasados em justificativas científicas (12).

Apesar de ser foco em vários estudos na área da saúde, a amamentação ainda apresenta muitas lacunas. Levando em consideração que a amamentação exclusiva depende de vários fatores, entre eles biológicos, sociais, culturais, econômicos e políticos, o presente estudo visa analisar as evidências científicas acerca das barreiras encontradas pelas mulheres estudantes no processo da amamentação.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão literatura, método que permite sintetizar os resultados de estudos com temática idênticas ou similares para desenvolver uma explicação abrangente de um determinado fenômeno, com propósitos teóricos e/ou intervencionistas. Sua construção foi norteada por seis etapas, são elas a elaboração da pergunta norteadora (quais os fatores que interferem a prática da amamentação em mulheres estudantes?), busca na literatura, coleta de dados e categorização dos estudos, análise crítica, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (12).

Na segunda etapa, busca das publicações científicas, foram adotadas como fontes de informação as bases eletrônicas Lilacs, Ibecs e Medline. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos publicados entre 2004-2014 (de janeiro de 2004 a dezembro de 2014), teses e dissertações, em português, inglês e espanhol, disponível na íntegra e que respondessem à pergunta norteadora. Foram excluídos editoriais, resumos de pesquisa, avaliações econômicas e artigos de jornal que não apresentavam caráter científico.

A busca das publicações ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2015, utilizando a combinação dos descritores "Aleitamento Materno" e "Estudantes", ambos encontram-se incluídos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e suas respectivas traduções padronizadas no Medical Subject Heading (MESH): *BreastFeeding/Lactancia Materna* e *Students/Estudiantes*. Inicialmente foi realizada a busca dos descritores individualmente. Posteriormente, foram realizados cruzamentos, utilizando o operador boelano *and*, entre os descritores: aleitamento materno e estudante.

Após os cruzamentos, foram encontradas 93 publicações. Aquelas que se repetiram foram computadas considerando a seguinte ordem hierárquica: Medline, Lilacs e Ibecs (Tabela 1).

TABELA 1. PUBLICAÇÕES ENCONTRADAS ENTRE OS ANOS DE 2004 E 2014, A PARTIR DO CRUZAMENTO DOS DESCRITORES, SEGUNDO BASES DE DADOS. MACEIÓ, AL, BRASIL, 2015

DESCRITORES UTILIZADOS	LILACS	IBECs	MEDLINE	TOTAL
Aleitamento materno "and" Estudantes	26	0	67	93
Total	26	0	67	93

Para a seleção das publicações, primeiramente foram lidos todos os títulos dos estudos. Nas publicações em que os títulos possuíam algum descritor e/ou palavras que remetesse ao objetivo da revisão integrativa, os resumos (20) foram analisados. Aqueles resumos que contextualizassem os objetivos do presente estudo, as publicações (11) eram lidas na íntegra. Destas, foram selecionados 11 estudos, os quais respondiam à questão norteadora e atendiam aos critérios de inclusão determinados, estando disponíveis nas bases de dados Medline (11) Portanto, das 93 publicações iniciais, apenas 11 artigos constituíram a amostra final (Figura 1).

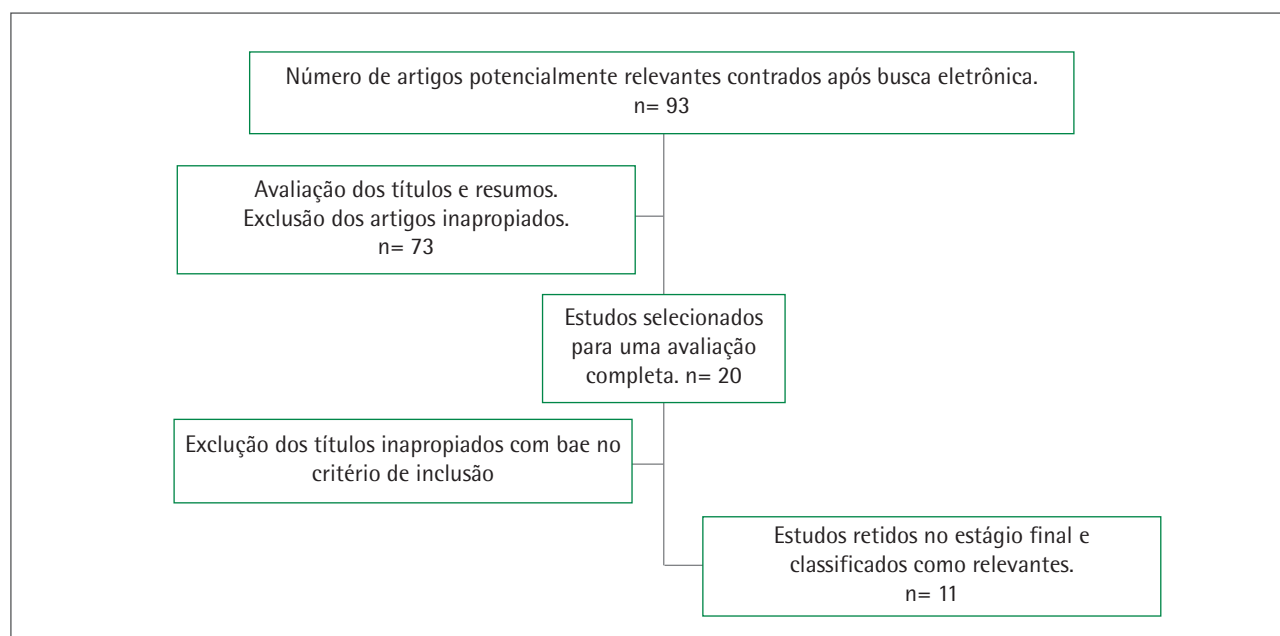


Figura 1. Análisis de la muestra. Maceió, AL, Brasil, 2015

Na terceira etapa, coleta de dados, utilizou-se um instrumento adaptado proposto por Rodrigues et al. (13) contemplando os seguintes aspectos: referência, objetivo, tipo de estudo, plano amostral e tipo de evidência. Os resultados, que resultaram do conteúdo produzido, foram agrupados por proximidade temática.

Na etapa de análise de publicações (quarta etapa), foi avaliada o rigor metodológico, considerando a clareza na descrição dos métodos utilizados, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados, limitações e vieses.

A quinta, e última etapa, é composta pela discussão dos resultados, sendo apresentada de forma descritiva, possibilitando a identificação das evidências e a necessidade de outras pesquisas que possam subsidiar a prática do aleitamento materno por estudantes.

RESULTADOS

O idioma de publicação que mais predominou foi o inglês (10) seguido do português (1), não sendo encontrado nenhum artigo na língua espanhola. Em relação ao ano de publicação, a maior concentração sobre a temática se deu nos anos de 2005, 2009, 2012 e 2013, com dois artigos cada (67%), seguido dos anos de 2007, 2008, 2011 e 2014, contendo uma publicação cada (33%). Os anos de 2004, 2006 e 2010 não tiveram publicações selecionadas referentes à temática. O **Quadro 1** apresenta um breve resumo destes estudos.

QUADRO 1. RESUMO DOS ARTIGOS ANALISADOS NA REVISÃO INTEGRATIVA, 2015

REFERÊNCIAS	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	PLANO AMOSTRAL	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Silva IA, 2005	Conhecer os principais elementos interferentes no processo de amamentação vivenciado por trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública do Estado de São Paulo	Qualitativo	Conveniência	6
Nam-Mi K, Yong S, Eun-Ok I; 2005	Explorar o conhecimento e atitudes de estudantes universitários coreanos relação ao aleitamento materno por sexo e idade	Descritivo	Conveniência	6
Tarrant M, Dodgson JE, 2007	Explorar as relações entre conhecimento, atitudes, futuras intenções sobre o aleitamento materno em estudantes universitários	Transversal descritivo	Conveniência	6
Marrone S, Vogeltanz-Holm N, Holm J; 2008	Examinar a atitude de mulheres e homens universitários para a amamentação, bem como seu conhecimento sobre benefícios e práticas de aleitamento materno	Transversal descritivo	Conveniência	6
Campana JR, Araujo, TAR, Fonseca AS; 2009	Verificar os desafios enfrentados pelas estudantes universitárias quanto à amamentação	Descritivo	Conveniência	6
Dabritz HA, Hinton BG, Babb J; 2009	Realizar um levantamento sobre o apoio a lactação no local de trabalho e no ambiente escolar	Descritivo	Conveniência	6
Bader Ebrahim, MBCH, 2009	Investigar o conhecimento, equívocos, e futuras intenções em relação à amamentação entre estudantes universitárias no Kuwait	Descritivo	Conveniência	6
Kavanagh KF, Lou Z, Nicklas JC, Habibi MF, Murphy LT; 2012	Reunir os dados mais recentes sobre o conhecimento da amamentação, atitudes e exposição prévia entre os estudantes universitários de graduação	Descritivo	Conveniência	6
Al-Ali N, Hatamleh R, Khader Y; 2013	Descrever, em uma amostra de estudantes de graduação do sexo feminino, atitudes em relação ao aleitamento materno, nível de autoobjetivação e examinar se as atitudes das mulheres ea intenção do aleitamento materno está relacionada com o nível de auto-objetivação	Exploratório	Conveniência	6

QUADRO 1. RESUMO DOS ARTIGOS ANALISADOS NA REVISÃO INTEGRATIVA, 2015 (CONTINUAÇÃO)

REFERÊNCIAS	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	PLANO AMOSTRAL	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Froehlich J, Boivin M, Rice D, McGraw K, Munson E, Walter KC, et al., 2013	Determinar se uma breve intervenção educativa afetaria nos conhecimentos gerais e atitudes em relação amamentação entre estudantes universitários	Descritivo	Conveniência	6
Hamade H, 2014	Examinar o conhecimento sobre amamentação, atitude, e comportamento percebido entre estudantes de graduação do sexo feminino no Líbano e na Síria e determinar fatores associada à intenção de amamentar nesta população	Descritivo	Conveniência	6

Da amostra, 8,5% (1) dos trabalhos foram publicados na área da dermatologia, 16,5% (2) na área da nutrição, 8,5% (1) na área da nutrição e obstetrícia e 66,5% (8) na área da enfermagem.

No tocante ao delineamento metodológico, percebeu-se que 91,7% (10) apresentaram abordagem descritiva e 8,3% (1) apresentou abordagem qualitativa.

Quanto ao plano amostral definido para os estudos, 100% (11) consistiam em amostragem por conveniência. Em relação aos critérios considerados para composição da amostra, 100% (11) apresentaram critérios para arrolar os sujeitos na pesquisa. No que concerne as limitações e possíveis vieses, notou-se que 100% (11) dos artigos não apresentavam tais informações.

Dentro da classificação hierárquica metodológica proposta pela Prática Baseada em Evidências (PBE), 100% (11) das publicações foram classificadas com nível de evidência 6, os quais correspondem a único estudo descritivo ou qualitativo.

O **Quadro 2** mostra os principais resultados encontrados, que de um modo geral, identificaram a falta de apoio psicossocial, a ausência de legislação que garanta flexibilidade no horário e a falta de infraestrutura nas instituições de ensino como os principais fatores que interferem a prática da amamentação em estudantes.

QUADRO 2. SINOPSE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS ENCONTRADOS NAS PUBLICAÇÕES SELECIONADAS ENTRE 2004 E 2014, SOBRE "FATORES QUE INTERFEREM A PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO EM ESTUDANTES". MACEIÓ, 2015

AGRUPAMENTOS DOS RESULTADOS	PUBLICAÇÕES	REFERÊNCIAS
Fatores sociais: desconhecimento da legislação existente; ausência de legislação que garanta flexibilidade nos horários	4	14, 16, 20, 21
Fatores culturais: ter que amamentar em espaço comum a várias pessoas; influência dos familiares	11	14-24
Fatores institucionais: retorno às atividades fora do lar; falta de apoio e condições institucionais; aumento das cobranças ao longo do período; sobrecarga de atividades; horário de estudo (se é integral ou não)	6	14, 18, 20-23
Fatores comportamentais: falta de conhecimento sobre a amamentação; inexperiência na amamentação; falta de apoio dos colegas; restrição da liberdade; falta de apoio da família da estudante; falta de apoio do cuidador do lactente, em relação à alimentação com o leite ordenhado	11	14-24

Discussão

Observou-se a relevância do objeto investigado para o cenário nacional e internacional, haja vista o impacto dessa investigação para o fortalecimento da amamentação nas instituições de ensino e por disparar novos horizontes e linhas investigativas. O número de artigos sobre o tema ainda é bastante restrito, principalmente no Brasil, cujas legislações existentes incentivam o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e o complementado até os dois anos ou mais (14,15).

Os resultados demonstram que as condições oferecidas pelas instituições de ensino as estudantes em processo de amamentação tem favorecido o desmame precoce, já que grande parte não oferece infraestrutura adequada e um estatuto que apoie as nutrizes. No entanto, alguns dos estudos analisados abordaram outras questões que vão além dos limites institucionais, evidenciando a necessidade de uma rede de apoio psicossocial para o fortalecimento do AM nessa população (16-18).

Dentre os trabalhos contemplados na revisão, notou-se que eles foram publicados em sua maioria (66,5%) na área de enfermagem, o que demonstra a preocupação da área na temática abordada. Desses estudos, percebeu-se que apenas dois foram publicados no Brasil, o que pode estar relacionado a falta de políticas públicas no país para esse público-alvo (19,20). Diante disto é de suma importância que os profissionais de enfermagem participem ativamente do processo da amamentação, no tocante a realização de atividades educativas, incentivo e apoio à nutriz, bem como apoiá-la nas dificuldades que surgirão ao longo do processo.

Não foi possível observar a categoria profissional que mais publicou sobre a prática da amamentação em estudantes, possivelmente porque se trata de um tema de investigação inerente às profissões de caráter universal.

Outro aspecto observado foi em relação ao nível de evidencia científica, onde a maioria dos artigos foi classificada como fraca, pois seu delineamento metodológico pautou-se em estudo descritivo.

Quanto à questão norteadora, pôde-se observar que os fatores que interferem a prática da amamentação em mulheres estudantes são abordados de forma convergente nos estudos, onde foram verificados como nós críticos a falta de apoio psicossocial, falta de estrutura nas instituições de ensino, falta de legislação específica e a falta de conhecimento por parte das estudantes da lei que as protege (21-24).

CONCLUSÃO

O aleitamento materno é uma atividade complexa, que envolve não só o querer amamentar; é um entrelaçamento do físico, do psíquico e do contexto social da mulher. Portanto, o apoio a estudante que está amamentando é fundamental para que a mesma possa amamentar de forma exclusiva até os seis meses e após o retorno das atividades fora do lar. Desta forma, o conhecimento das dificuldades relacionadas à amamentação em estudantes que retornam as suas atividades acadêmicas e/ou escolares, deveria ser considerada em todos os momentos da assistência prestada a ela, tanto nos serviços de saúde como nas instituições de ensino, durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Diante disto, cabe aos profissionais de saúde, principalmente a enfermagem, a orientação e o apoio às essas mulheres, como forma de evitar o desmame precoce.

A partir desta revisão pode-se concluir que há um esforço materno para manter a lactação, porém este se mostra frágil diante das forças que o ambiente de estudo estabelece em que as decisões e necessidades dessas mulheres perdem diante das imposições das regras da sociedade. Fica evidente que a conciliação da amamentação com os estudos depende de uma rede de apoio e possibilidade concreta para mulher exercer essa prática.

Dos trabalhos selecionados, percebeu-se que a maioria trouxe uma reflexão acerca do papel da instituição de ensino na rede de apoio psicossocial, que deve se constituir como uma das principais formas de evitar o desmame precoce em estudantes. Vale salientar que os artigos evidenciam a necessidade de uma reforma institucional e política, já que as estudantes se sentem desamparadas por falta de estrutura institucional e pela legislação em vigor.

Vale ressaltar que objeto pleiteado nesta revisão é relativamente novo e que muitos dos estudos realizados vem cumprindo o papel de descrever novas realidades e difundir as experiências de estudantes em processo de amamentação.

Espera-se que as indagações erigidas no presente estudo possam fomentar novas investigações a cerca da temática explorada, para que desta forma sejam determinadas os tipos de intervenções mais eficazes para apoio a amamentação no ambiente de ensino.

REFERÊNCIAS

1. Capucho LB, Forechi L, Lima RCD, Massaroni L, Primo CC. Fatores que interferem na amamentação exclusiva. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. 2017 jan-mar; 19(1):108-13.
2. World Health Organization, United Nations Children's Fund. *The Investment Case for Breastfeeding: Nurturing the Health and Wealth of Nations*. Geneve/New York: WHO; 2017.
3. Rodrigues NA, Gomes ACG. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. *Enf. Rev.* 2014 jan-abr; 17(1):30-48.
4. Silva CA, Davim RMB. Mulher trabalhadora e fatores que interferem na amamentação: revisão integrativa. *Rev. Rene. Fortaleza*. 2012; 13(5):1208-17.
5. Machado ARM, Nakano AMS, Almeida AM, Mamede MV. O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto. *Rev Bras Enferm.* 2004 mar-abr; 57(2):183-7.
6. Silva MCR, Vendramini CMM, Lopes FL. Diferenças entre gênero e perfil sócio-econômico no exame nacional de desempenho do estudante. *Avaliação (Campinas)*. 2010; 15(3):185-202.
7. Santos LC, Ferrari AP, Tonete VLP. Contribuições de enfermagem para o sucesso do aleitamento materno na adolescência: revisão de literatura. *Revista Ciências da Saúde*. 2009 out-dez; 8(4):691-8;
8. Anais VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal; Minas Gerais: Abenfo; 2011. A prática da amamentação entre estudantes da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Minas Gerais; 2011.
9. Anais 61 Congresso Brasileiro de Enfermagem; Fortaleza: ABEEn; 2009. O aleitamento materno no ambiente universitário: uma contribuição da enfermagem na perspectiva da estudante [internet]. Fortaleza; 2009. [citado 12 mar 2019]. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01452.pdf
10. Brasil. Presidência da República. Lei no 6.202 de 17 de abril de 1975. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências [internet]. Brasília, DF; 1975. [citado 12 mar 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6202.htm
11. Souza MJN, Barnabé AS, Oliveira RS, Ferraz RRM. A importância da orientação a gestante sobre amamentação. Fator para diminuição dos processos dolorosos mamários. *Consciente saúde*. 2009; 8(2):245-9.
12. Amaral LIX, Sales SS, Carvalho DPSRP, Cruz GKP, Azevedo IC, Júnior MAF. Fatores que interferem na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36(esp):127-34.
13. Rodrigues LBB, Peruhype RC, Silva PCS, Palha PF, Crispim JA, Pinto IC. A atenção primária à saúde na coordenação de redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciências&Saúde Coletiva*. 2014; 19(2):343-52.
14. Silva IA. A vivência de amamentar para trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública. *Rev Bras Enferm.* 2005; nov-dez; 58(6):641-6.
15. Hamade H. Breastfeeding knowledge, attitude, perceived behavior, and intention among female undergraduate university students in the Middle East: The case of Lebanon and Syria. *Food and Nutrition Bulletin*. 2014; 35(2):179-90.
16. Marrone S, Vogeltanz-Holm N, Holm J. Attitudes, Knowledge, and Intentions Related to Breastfeeding Among University Undergraduate Women and Men. *J Human Lact.* 2008; 24(2):186-92.
17. Dabritz HA, Hinton BG, Babb J. Evaluation of Lactation Support in the Workplace or School Environment on 6-Month Breastfeeding Outcomes in Yolo County, California. *J Human Lact.* 2009; 25(2):182-93.
18. Tarrant M, Dodgson JE. Knowledge, Attitudes, Exposure, and Future Intentions of Hong Kong University Students Toward Infant Feeding. *JOGNN*. 2007; 36(3):243-54.
19. Kang NM, Song Y, Im EO. Korean university students' knowledge and attitudes toward breastfeeding: A questionnaire survey. *Intern Jour of Nurs Studies*. 2005; 42:863-70.
20. Ebrahim B, Al-Enezi H, Al-Turki M, Al-Turki A, Al-Rabah F, Hammoud MS, et al. Knowledge, Misconceptions, and Future Intentions Towards Breastfeeding Among Female University Students in Kuwait. *J Human Lact.* 2009; 27(4):358-56.
21. Al-Ali N, Hatamleh R, Khader Y. Female Public Jordanian University undergraduate students' intentions and attitudes toward breastfeeding: application of self-objectification theory. *Breastfeeding Review*. 2013 nov; 21(3):31-42.

REFERÊNCIAS (CONTINUAÇÃO)

22. Froehlich J, Boivin M, Rice D, McGraw K, Munson E, Walter KC, et al. Influencing University Students' knowledge and attitudes toward breastfeeding. *Nutr Educ and Behavior*. 2013; 45(3):282-84.
23. Kavanagh KF, Lou Z, Nicklas JC, Habibi MF, Murphy LT. Breastfeeding knowledge, attitudes, prior exposure, and intent among undergraduate students. *J Human Lact*. 2012 nov; 28(4):556-64.
24. Campana JR, Araújo TAR, Fonseca AS. Breastfeeding: a challenge for university students from a private institution in São Paulo. *Nursing*. 2009; 12(131):182-9.



XV CONFERENCIA IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

“Transformar la Educación en Enfermería: compromiso ante la complejidad y diversidad para el cuidado sostenible a la vida y la salud”.

VIII SIMPOSIO DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA
VI ENCUENTRO IBEROAMERICANO DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA



EJES TEMÁTICOS

- 1) Tendencias globales y regionales de la Educación superior en la formación de profesionales de Enfermería y su contribución al desarrollo sostenible.
- 2) Establecimiento de políticas de cuidado y de atención a la salud: compromiso de la innovación curricular.
- 3) Innovación educativa en Enfermería: del cambio paradigmático y conceptual al desarrollo del conocimiento para la transformación de los procesos y prácticas educativas.

Ciudad de Panamá, Panamá 23 al 28 de septiembre del 2019



enferteca
Grupo Paradigma

La Gran Biblioteca de Enfermería online

- Más de **140 títulos** de todos los temas y especialidades
- Incluye el **buscador Encuentr@**, el mejor del sector
- Además, podrás acceder a ella **donde y cuando quieras** a través de su **app**



App disponible para
iOS y Android

 grupoparadigma

