



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA

# **ACTITUD DE LAS ENFERMERAS UNIVERSITARIAS CON RESPECTO A SU AUTOCAUIDADO GINECOLÓGICO. ESTUDIO APROXIMATIVO**

## **AUTORES:**

Br. Alonso, Doris  
Br. Alvez, Nely  
Br. Cánepa, Claudia  
Br. Simón, Graciela  
Br. Viscardi, Estela

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 1996**

---

## AGRADECIMIENTOS

A los docentes del Instituto Nacional de Enfermería del D.A.I.E.  
por su apoyo permanente durante la realización de éste estudio.

\*

A la Dirección y al Departamento de Enfermería del C.A.S.M.U. III  
Dr. Pablo Carlevaro, por colaborar y permitimos llevar a cabo ésta  
investigación.

\*

A las Enfermeras Universitarias que gentilmente accedieron a la  
realización de la prueba piloto.

---

---

---

## INDICE

---

RESUMEN .....	3
INTRODUCCION .....	4
DEFINICION DEL TEMA .....	4
MOTIVOS DE ELECCION DEL TEMA .....	4
OBJETIVOS .....	4
MARCO TEORICO .....	5
VARIABLES A CONSIDERAR .....	8
METODOLOGIA DE TRABAJO .....	9
ANALISIS DE LOS DATOS .....	11
DISCUSION Y CONCLUSIONES .....	18
BIBLIOGRAFIA.....	18
ANEXOS .....	19

---

---

## Resumen

El presente trabajo abordó "la actitud adoptada por las Enfermeras Universitarias con respecto a su autocuidado ginecológico". Surge el interés por este tema a partir de nuestra experiencia como estudiantes en la clínica y en este caso en un sector de ginecología-obstetricia.

Es un trabajo de tipo descriptivo realizado en una Institución de Salud Privada de nuestro medio; donde se aplicó una entrevista estructurada en forma personal y anónima a las Enfermeras Universitarias que trabajan en el sector. Del total de éstas (29) solamente se pudo estudiar al 69% (20 E.U.).

De este estudio surge que el promedio de edad de las entrevistadas es de 45,1 años.

El 55% (11) de las mismas tiene otra actividad laboral, las cuales se incluyen en el grupo de mayor autocuidado.

De los indicadores que describen el aspecto conductual, se destacan que el 50 % de E.U. no concurre al ginecólogo, ni se realizó Papanicolau en los últimos dos años y que solamente el 53% (9) de las que se realizan autoexamen de mama lo hacen en forma periódica.

Cabe destacar que el 65% de la población (13) considera que su conducta con respecto al autocuidado ginecológico es inadecuada.

De los indicadores que describen el aspecto cognitivo, el 60% (12) refiere haber realizado cursos de actualización de conocimientos en el área gineco-obstétrica en los últimos dos años, 85% (17) manifiesta la necesidad de profundizar sus conocimientos en el área y no lo han hecho por falta de tiempo o porque priorizan otros temas.

Del aspecto afectivo se puede inferir, que el 65% (13) afirman que han experimentado algún tipo de sentimientos en el trato diario con los pacientes; el 79% (10) de éstas consideran que dichos sentimientos no influyen en su autocuidado.

Se vió que las E.U. de mayor edad, mayor tiempo de egresada y con más factores de riesgo son las que tienen menor autocuidado.

## Palabras claves:

Actitud  
Autocuidado

---

---

## **Introducción**

El presente trabajo fue realizado por cinco estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería Gen.90, en el Servicio de "Ginecología-Obstetricia Dr. Pablo F. Carlevaro", perteneciente al "Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay" con la finalidad de conocer la actitud que adoptan las Enfermeras Universitarias de dicho servicio con respecto a su autocuidado ginecológico.

El estudio consistió en una investigación de tipo descriptivo, que abarcó el período de tiempo comprendido entre Mayo de 1995 y Octubre de 1996 el que presentó varias interrupciones por razones curriculares.

El instrumento utilizado fue una entrevista estructurada en forma personal y anónima, que se aplicó a Enfermeras Universitarias (E.U.) asignadas a los sectores de ginecología, obstetricia y block quirúrgico. El total de la población asignada a éste sector es 29 E.U. y se pudo estudiar y aplicar la entrevista a un total de 20 E.U. (69%)

Es de destacar que no encontramos estudios previos en relación al tema, elemento que dificultó la construcción teórica y operativa del estudio.

## **DEFINICION DEL TEMA**

"Conocer la actitud de las Enfermeras Universitarias en relación a su autocuidado ginecológico".

## **MOTIVOS DE ELECCION DEL TEMA**

Nuestro interés en abordar éste tema parte de la observación en que muchas veces no coinciden los aspectos teóricos formativos de las Enfermeras Universitarias con su conductas en la práctica cotidiana en relación al autocuidado. Desde lo racional y lógico no debería ser así ya que han recibido en su formación conocimientos básicos acerca del autocuidado y de su importancia. Además han sido preparados para ser promotores de salud, orientando a la población a escoger metas y conductas a seguir para mejorar la misma. Detrás de este razonamiento existen otros factores que condicionan lo observable. Las conductas son producto de aspectos cognitivos y de la carga emocional que cada individuo y cada sociedad y/o cultura posee respecto a un objeto o situación <sup>(1)</sup>. Al integrar todos los factores nos encontramos frente a lo que se define como **actitud**. Así llegamos a definir nuestro tema de estudio, creemos que investigarlo podría aportar datos que dejen el camino abierto a nuevas investigaciones y distintos enfoques.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Conocer la actitud adoptada por las E.U. que trabajan en un servicio de ginecología-obstetricia con respecto a su autocuidado ginecológico.

### **Objetivos específicos**

- Describir conductas adoptadas por las mismas en los últimos dos años.
- Abordar aspectos cognitivos y afectivos de dicha población.

(1) LINDGREN HENRY CLAY "MOTIVOS SOCIALES Y ACTITUDES" MONTEVIDEO: IDEAS, 1981

---

## MARCO TEORICO

En las últimas dos décadas se ha puesto mayor atención a los problemas de salud de las mujeres y a su protección, estudiándose en forma continua los cambios biológicos y psicosociales que tienen relación directa con la **salud**, la cual fue definida por Floreal A. Ferrara<sup>(2)</sup> como "el estado de optima vitalidad, que surge del accionar del hombre frente a su conflicto y a la solución de los mismos" la cual compartimos.

Existen diversas definiciones de actitud; para nuestro trabajo seleccionamos la de Daniel Kotz y Ezrastodland: quienes la definen como la tendencia o predisposición del individuo a evaluar en cierta forma un objeto o simbolo del mismo. Teniendo componentes afectivos, cognoscitivos y propios de la conducta, es decir; entraña sentimientos y emociones, creencias y acciones.

No es posible observar directamente las actitudes sino que debemos inferirlas de la conducta bien sea al observar las respuestas de un individuo a los objetos, personas y otros acontecimientos o por sus apreciaciones y otras expresiones verbales. Es difícil observar de un modo directo y sistemático los actos de un individuo, siendo mas fácil de buscarlas en las declaraciones verbales por medio de una entrevista.

Se considera que debe haber una coherencia entre las actitudes, los valores y la conducta social que rigen.

Definimos **conducta** como el conjunto de actividades de una persona (o cualquiera de ellas) que son detectables y observables directamente. Dichas acciones son manifestaciones que surgen de la coexistencia de las tres áreas: mente, cuerpo, mundo exterior que ofrecen estímulos al individuo y cuya respuesta integrada es la conducta<sup>(3)</sup>.

La relación entre actitud y conducta es de suma importancia y el estudiarlas puede brindar información acerca de la posibilidad de que se presenten algunas respuestas o reacciones específicas en individuos o grupos. Parece útil suponer aquí que la conducta real de una persona dependerá de la interacción que resulte de las actitudes por ejemplo, una persona puede tener una actitud positiva hacia el control ginecológica periódico (su actitud hacia un objeto es positiva), y su embargo, esa misma persona puede tener, al mismo tiempo, una actitud negativa hacia la posibilidad de ella concurrir al control ginecológico periódico (su actitud hacia la situación es negativa). De ahí la importancia de tener en cuenta los fenómenos de interacción.

Definimos función cognoscitiva como el proceso intelectual por el cual la persona es conciente, percibe y comprende las ideas; comprende todos aquellos aspectos relacionados con la percepción pensamiento, razonamiento y memoria<sup>(4)</sup>.

Definimos afectivo como todo aquello que pertenece o se relaciona con la afección; dentro de las cuales encontramos:

**estado afectivo** - condición que incluye y en la que se experimenta subjetivamente el sentimiento continuado de la emoción.

**experiencia afectiva** - acontecimiento agradable o desagradable que influye de forma especial en la vida del individuo.

**reacción afectiva** - cualquier desorden psíquico u orgánico en que el síntoma principal es afectivo o emocional.

**desplazamiento del afecto** - traspaso del sentimiento o emoción desde el objeto que inicialmente lo produce a otro objeto.

Cabe aclarar algunos conceptos que van ligados a las actitudes como:

**-valores** : Roekead sostiene que un valor es un tipo de creencia localizada en el centro del sistema total de creencias de una persona, acerca de como se debe de actuar o no se debe comportar, o acerca de algún objetivo que vale la pena conseguir. Los valores son por tanto, ideales abstractos, positivos o negativos.

(2) FLOREAL A. FERRARA "EN TORNO AL CONCEPTO DE SALUD" (MIMEO)

(3) BLEGER JOSE "PSICOLOGIA DE LA CONDUCTA " 3ª ED. BS.AS.: CENTRO EDITOR DE AMERICA LATINA, 1971

(4) GENOVARD ROSELLO C. "DICCIONARIO DE PSICOLOGIA", BARCELONA: EDITORIAL ELICIEN, 1980.

---

**-opiniones** : Dictamen, juicio o parecer que se forma de una cosa cuestionable (valores, creencias o actitudes ). Muchas veces la expresión verbal pública no es lo que la persona en verdad piensa.

**-estereotipo** : Es una creencia socialmente compartida sobre el objeto de una actitud en la cual éste recibe una evaluación a descripción indeferenciada o simplista.

Se entiende por autocuidado la responsabilidad de un individuo en los cuidados de la propia salud.

El autocuidado en el área ginecológica comprende determinadas acciones tendientes a la detección precoz y protección de enfermedades ginecológicas en la mujer, siendo las más frecuentes: -tumores benignos ( quistes de mamas, quistes de ovario, miomas ).

- tumores malignos (cáncer de mamas, cancer de cervix )
- enfermedades de transmisión sexual

Entendemos por protección de la salud al conjunto de actividades orientadas a proteger del o los riesgos a que está expuesto un individuo, un grupo, o una población. Incluye controles periódicos a la población aparentemente sana.

Detección precoz consiste en encontrar oportunamente cualquier alteración de la salud para poder actuar y evitar que esta tenga una evolución desfavorable para el individuo.

Factor de riesgo se entiende por la probabilidad que tiene dicho factor (físico, ambiental, social, etc.) de alterar la salud del individuo o población dependiendo de la naturaleza del factor, del tiempo de exposición, e intensidad e intimidad del contacto.

Definiremos en este trabajo actividades y estudios paraclínicos a tener en cuenta para prevenir o detectar precozmente las enfermedades ginecológicas antes mencionadas, así como también una reseña de las mismas enumerando los factores que hacen a la mujer más propensa a contraerlas.

Control ginecológico periódico: es la asistencia sanitaria de la mujer particularmente en lo referente a su función sexual y reproductora, y las enfermedades de sus órganos genitales. Incluye la anamnesis gineco-obstétrica, examen físico de los genitales externos e internos, y también la solicitud por parte del ginecólogo de los exámenes necesarios según el caso. El control ginecológico debe hacerse una vez por año en toda mujer mayor de 18 años, o con actividad sexual cualquiera sea su edad. Si el médico lo considera puede ser prescripto en período de tiempo menor.

**Quistes o tumores benignos de la mama:** los cambios fibro quísticos de la mama ocurren con mayor frecuencia entre los 30 y 50 años de edad, aparentemente éste crecimiento está ligado a la dependencia de estrógenos. Las áreas quísticas fluctúan de tamaño, dependiendo del ciclo menstrual, son de mayor tamaño antes de la menstruación y se reducen luego de ésta. Estos quistes pueden ser aspirados con anestesia local, y en otros casos que no contienen líquido aspirable, sino tejido mamario nudoso y granuloso, es necesario practicar una biopsia. Si una muestra de biopsia de una masa fibroquística, muestra hiperplasia atípica, la paciente está en mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama.

**Quistes ováricos:** son agrandamientos anormales del folículo de Graff o del cuerpo amarillo, o pueden surgir por alguna neoplasia del epitelio de la glándula. Se debe a un desequilibrio endócrino y se consideran benignos, con posibilidad de cancerizarse. El nivel elevado de estrógeno propio de éste trastorno determina un mayor riesgo de cáncer de mama y endometrio. Cerca del 98 % de los tumores que ocurren en mujeres jóvenes, hasta los 29 años son benignos; a los 50 años, solo el 50 % son benignos.

---

Mioma o Fibromioma: tumor benigno y frecuente del músculo uterino, su desarrollo es lento entre los 25 y 40 años y a menudo aumenta de tamaño después de ésta etapa. Puede no dar síntomas, en algunos casos provocan menorragia (sangrado excesivo durante la menstruación regular), metrorragia (hemorragia uterina entre periodos menstruales regulares) e incluso esterilidad.

Cáncer de mamas: enfermedad neoplásica maligna del tejido mamario. Junto con el cáncer de cuello de útero constituye los más frecuentes en la mujer uruguaya. Su incidencia aumenta de la segunda a quinta década de la vida y alcanza un segundo máximo a los 65 años. Los factores de riesgo para contraerlos son:

- mujer mayor de 45 años de edad.
- mujer que ha tenido cancer de seno previo (antecedentes personales)
- hija o hermana de mujer con cancer mamario (especialmente si ocurrió antes de la menopausia)
- mujer que ha tenido su primer hijo luego de los 30 años.
- nulipariedad
- exposición prolongada a estimulaciones hormonal.
- mujer con menarquia precoz (antes de los 11 años), y menopausia tardía
- tumor maligno de utero, ovario o colón.
- ingesta excesiva de grasas y obesidad, consumo excesivo de alcohol, consumo de cigarrillos.

Para la detección precoz del mismo, la mujer debe realizarse autoexamen de mamas: procedimiento en el cual la mujer se examina las mamas y estructuras accesorias en busca de cualquier alteración. Se debe realizar una vez por mes, en los primeros días finalizado el período menstrual y aquella personas que ya no tienen el período menstrual deben hacerlo en la misma fecha cada mes. Toda mujer de 20 años a 40 años debe ser examinada por un profesional cada 3 años y luego de los 40 años en forma anual.

Según la American Cancer Society es aconsejable que toda mujer de entre 35 a 39 años se realice una mamografía basal; entre 40 y 49 años se la realice cada 1 a 2 años y en toda mujer de 50 años o más se la realice anualmente. Dado el costo de éste estudio y ajustándonos a las políticas institucionales, no es común en nuestro medio que el profesional de salud prescriba este estudio para detectar precozmente una enfermedad del tejido mamario, por lo tanto no fue incluido en el presente trabajo.

En aquella mujer que halla sido sometida a cirugía de mamas y/o tratamiento radiante es importante el seguimiento estricto cada tres meses enseguida de la operación, luego cada 6 meses y después cada 1 año.

Cáncer de cervix: más frecuente en mujer de 30 a 45 años, se define como neoplasia del cuello uterino que protrusa en la vagina. Los factores asociados con su desarrollo son:

- mujer menor de 25 años con múltiples compañeros sexuales y/o diversos embarazos tempranos (coito a edad precoz)
- exposición a virus papiloma humano.
- tabaquismo.
- exposición in utero a diatilestibestrol.

Se detecta precozmente por medio del Papanicolau (PAP), el cual es un estudio citológico que se practica con este fin y permite diferenciar además, cambios císticos inflamatorios, invaciones virales, fungicas y ocasionalmente parasitarias. Su resultado se mide en grados, que reflejan la alteración encontrada.

---

No incluiremos en este trabajo la Colposcopia, dado que no es un estudio para detección precoz de una enfermedad neoplásica, sino por el contrario, es un método diagnóstico prescrito por el médico ante la sospecha de enfermedad neoplásica ya detectada por los métodos antes mencionados.

Enfermedad de Transmisión Sexual: enfermedad de naturaleza infecciosa o parasitaria en que la transmisión a través de relaciones sexuales tiene importancia epidemiológica, aunque en alguna de ellas este no sea el mecanismo de transmisión primario o exclusivo. Existen factores de riesgo exclusivos para cada E.T.S., con el fin de restringir nuestro trabajo consideramos solo el hecho de mantener relaciones sexuales con personas infectadas ( que se puede prevenir teniendo una pareja sexualmente estable o con el uso del preservativo en caso contrario ).

Ciclo Menstrual: la secreción de hormonas ováricas sigue un patrón cíclico que ocasiona los cambios del endometrio uterino (recubrimiento interno del útero) y la menstruación.

Un ciclo regular tiene una duración de 28 días con un rango de variación de  $\pm 7$  días, desde el primer día de la regla hasta el primer día de la regla siguiente. Se considera ciclo irregular aquel que no está incluido dentro de éste rango de variación.

Una irregularidad del ciclo menstrual puede estar determinada por Amenorrea secundaria, es la falta de menstruación durante tres ciclos o más, ocurre después de una menarquia normal; por ejemplo durante el embarazo, la lactancia o la menopausia.

Dispositivo Intra Uterino ( D.I.U.): es una pieza de plástico o cobre de forma variable, que introduce el ginecólogo por el cuello uterino a la cavidad endometrial con fines anticonceptivos.

Existen con distintos tiempos de duración, deben ser controlados por el ginecólogo cada seis meses aproximadamente, según el tipo de D.I.U. utilizado, la frecuencia de los controles depende del criterio del profesional.

#### **VARIABLES A CONSIDERAR:**

- Cognitivo
- Afectivo
- Conductual

---

## **METODOLOGIA DE TRABAJO**

Se realizó un estudio descriptivo, tomando una población de E.U. de sexo femenino, que trabajan en segundo nivel de atención de un servicio de ginecología-obstetricia (C.A.S.M.U.)

Nuestro acceso a la institución fue autorizado en forma escrita por la Dirección de la Institución y el Departamento de Enfermería.

Con la finalidad de llevar adelante dicho estudio se confeccionó una entrevista piloto, la cual fue sometida a una prueba. El análisis de la misma permitió realizar las correcciones pertinentes.

Una vez reformulado el instrumento, se procedió a su ejecución, aplicando la entrevista en forma personal y anónima a las E.U. del C.A.S.M.U. dentro del propio ámbito laboral.

La entrevista incluye, datos personales, así como también un grupo de indicadores que permiten evaluar los aspectos afectivos, cognitivos y conductuales (variables).

Para relevar datos referidos a la conducta adoptada en el autocuidado ginecológico se tomaron cuatro indicadores:

- concurrencia al control ginecológico.
- realización del autoexamen de mama.
- realización del Papanicolau.
- controles ginecológicos en caso de usar anticonceptivos orales (A.C.O.) o D.I.U.

Ya que dichas conductas pudieron ser muy variables a lo largo de la vida de cada entrevistada, pedimos que sean referidos a los últimos dos años para estandarizar las respuestas y apelando además a la memoria de las entrevistadas.

Se presentarán los valores generales obtenidos de cada variable.

También se definieron tres niveles de autocuidado y los criterios que permitieron ubicar a cada encuestada dentro de uno de ellos:

- nivel 1 = autocuidado bueno
- nivel 2 = autocuidado regular
- nivel 3 = autocuidado insuficiente, reiteramos solo referido a la conducta adoptada en los últimos dos años respecto a los indicadores ya nombrados.

Vimos además que dentro del total de encuestadas no era válido aplicar los criterios de autocuidado homogéneamente ya que no todas tienen igual riesgo e igual necesidad de autocuidados.

Por lo tanto comenzamos por formar un subconjunto dentro de la población que presentara menor riesgo y un subconjunto de mayor riesgo.

Factores para definición de subgrupos de riesgo:

- Mayor de 45 años.
- Antecedentes gineco-obstetricos:
  - menarca precoz (menor de 11 años).
  - menarca tardía (mayor de 16 años).
  - ciclos menstruales irregulares.
  - alteraciones menstruales.
  - nuliparidad.
- Antecedentes personales:
  - tumor maligno ginecológico.
  - que presenten actualmente enfermedad ginecológica ya sea instalada recientemente o de larga data que no fue tratada por lo tanto no tiene el alta.
- Antecedentes familiares: - Enfermedad neoplásica en madre o hermana.
- Utilización de métodos anticonceptivos como D.I.U. y A.C.O.

Criterios:

Aquellas que presentaron ninguno o un sólo factor fueron incluidas en el subgrupo de menor riesgo, las que presentaron dos o más factores se incluyeron en el subgrupo de mayor riesgo.

Los criterios aplicados para determinar el nivel de autocuidado (1,2,3) en función de menor o mayor riesgo para cada indicador considerado se resumen en la siguiente tabla:

**Cuadro N°1**  
CRITERIOS QUE DEFINEN EL NIVEL DE AUTOCUIDADO

INDICADORES	RIESGO	NIVELES		
		1	2	3
Controles ginecológicos en los últimos 2 años	< R	2 o más	1	0
	> R	3 o más	1 o 2	0
Realización del autoexamen de mama	< R	Periódica cada 1 o 2 meses	- No periódica - Periódica cada 2 meses	Nunca
	> R	Periódica cada 1 mes	- No periódica - Periódica cada 2 meses	Nunca
Número de P.A.P. en los últimos 2 años	< R	2 o más	1	0
	> R	3 o más	2	0 o 1
Utilización de A.C.O.	< R	1 control al año	1 control cada 1 a 2 años	1 control cada mas de 2 años
	> R	1 control al año	1 control cada 1 a 2 años	1 control cada mas de 2 años
Utilización de D.I.U.	< R	1 control cada 6 meses	1 control al año	1 control cada mas de 1 año
	> R	1 control cada 6 meses	1 control al año	1 control cada mas de 1 año

Ejemplo: La E.U. de iniciales XX que por solo presentar un solo factor de riesgo, pertenece al grupo de menor riesgo. En la entrevista respondió que: concurrió al ginecólogo una vez en los dos últimos años, se realizó un solo PAP y refiere realizarse autoexamen de mamas regularmente cada mes.

Cálculo del nivel :	Nivel
- concurrencia al gineólogo	2
Menor Riesgo - realización del PAP	2
- realización del A.E.M.	1
Promedio Total	$\frac{1}{1,7}$
Nivel de autocuidado obtenido =	2

En lo que respecta a las variables cognitiva y afectiva nos limitamos a presentar los datos obtenidos.

Además se buscaron relaciones entre los niveles de conducta de autocuidado y diversos datos por ejemplo: edad, composición del núcleo familiar, características cognitivas y afectivas.

## ANALISIS

### Caracterización de la población.

La población entrevistada incluyó 20 E.U., que representan el 69% de la población que está trabajando en los sectores gineco-obstétricos y block-quirúrgico; no incluimos 3 cargos vacantes, así como también un E.U. de sexo masculino, 4 E.U. con licencia anual reglamentaria y una E.U. con licencia por embarazo.

El grupo estudiado comprende E.U. entre 31 y 61 años de edad con una media de 45.1 años.

Sólo una de ellas vive en el interior (Dpto. de Canelones), el resto reside en el Dpto. de Montevideo.

Respecto a su estado civil el 50% (10) de ellas son casadas, un 40% (8) solteras, el grupo restantes incluye divorciadas (1) y unión libre (1).

Tiempo de egresadas promedio de 18.75 años (máximo 40 años y mínimo 4 años).

Antigüedad en el área, promedio 14.15 años (máximo 30 años y mínimo 1 año).

En las entrevistas se incluyeron:

- 13 E.U. operativas
- 6 E.U. supervisoras
- 1 E.U. jefe

Las mismas se distribuyen principalmente en el sector gineco-obstétrico, un grupo menor corresponde a block quirúrgico, la E.U. jefe y algunas supervisoras abarcan ambos sectores.

El 80% (16) de ellas se dedican a la asistencia directa al paciente, mientras que el 20% (4) restante está más abocado a la tarea administrativa y supervisión.

### Cuadro Nº2

#### OTRA ACTIVIDAD LABORAL (FUERA DE ESTA INSTITUCION)

OTRA ACTIVIDAD		FA	FR
NO		9	45%
SI	Lic.	8	40%
	Otro	3	15%
TOTAL		20	100%

Fuente: Entrevista

El 55% de las E. U. suman otra actividad a la realizada en ésta institución, de las cuales 72.7% se desempeña como E.U y el resto asume otro trabajo que no tiene relación con la enfermería.

Respecto a régimen de descanso, las 2 opciones más comunes son: 3/3 con turnos de 9 hs. y régimen 5/1 con 6 hs. diarias, las cuales se distribuyen en turnos matutinos, tarde, vespertino y noche pudiendo abarcar 2 turnos contiguos en los casos de cumplir 9 hs.

**Cuadro N°3**  
NUMERO DE PARTOS

PARTOS	FA	FR
0	5	25%
1	3	15%
2	7	35%
3	4	20%
4 o mas	1	5%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entevista

En relación a los antecedentes gineco-obstétricos de las E.U. entrevistadas consideramos necesario destacar como dato mas relevante que el 25% (5) de ellas son nulíparas, el número de partos promedio es de 1.65 para el total de la población.

Como dato general indicador de la **afectividad** destacamos:

- el 35% (7) de la población tuvo enfermedad ginecológica previa, de los cuales el 57% (4) corresponde a tumor benigno, el resto (3) corresponde a tumores malignos trastornos hormonales y otros.

- de las que han tenido enfermedades ginecológicas previas , el 28.6% no han cumplido con el tratamiento, dato que coincide con las 2 E.U. con enfermedad ginecológica actual, las cuales aún continúan sin tratarse.

- el 40% (8) de E.U. entrevistadas tienen antecedentes familiares de enfermedad ginecológicas las cuales se distribuyen homoganeamente en tumores benignos y malignos, correspondiendo el parentezco a madre o hermana principalmente.

**Cuadro N°4**  
PRESENCIA/AUSENCIA DE SENTIMIENTOS ESPECIALES

PACIENTES QUE GENERAN SENTIMIENTOS ESPECIALES	FA	FR
NO	13	65%
SI	7	35%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entevista

- el 65% (13) de las entrevistadas afirman que han experimentados sentimientos especiales en el trato diario con pacientes; los pacientes que mas las movilizan son: neoplásicas en el 38% (5) el resto se dividen en parturientas, pacientes jóvenes con enfermedades prevenibles, etc. Principalmente refieren sentir lástima, angustia, afecto y en menor proporción bronca y miedo.

**Cuadro N°5**

**TIPOS DE PACIENTES QUE GENERAN SENTIMIENTOS EN LAS E.U.**

TIPOS DE PACIENTES	FA	FR
Parturienta	2	15.4%
Con neoplasma	5	38.5%
Enf. crónicas	1	7.7%
Joven con enfermedad prevenible	2	15.4%
Otro	3	23.1%
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista

- de las E.U. que han experimentado sentimientos especiales el 76.9% (10) refiere que dichos sentimientos no influyen en su autocuidado ginecológico. De las que consideran que si influyen, en dos de ellas en forma negativa y una en forma positiva.

De las variables que indican **aspectos cognitivos** destacamos: - 60% (12) de las E.U. ha realizado en los últimos 2 años, cursos de actualización de conocimientos en el área gineco-obstétrica, siendo organizadas casi en su totalidad 89.3% (10) por ésta institución.

- el 40% (8) de ellas ha ejercido docencia en el área y sólo un 10% (2) presentó trabajos de investigación.

**Cuadro N°6**

**MOTIVO POR EL CUAL NO HA ACTUALIZADO SUS CONOCIMIENTOS**

QUE LE IMPIDE REALIZAR ACTUALIZACION	FA	FR
Prioriza otros temas	2	18.2%
Falta iniciativa	1	9.1%
Falta interés	1	9.1%
Poco tiempo	6	54.5%
Poco acceso institucional	1	9.1%

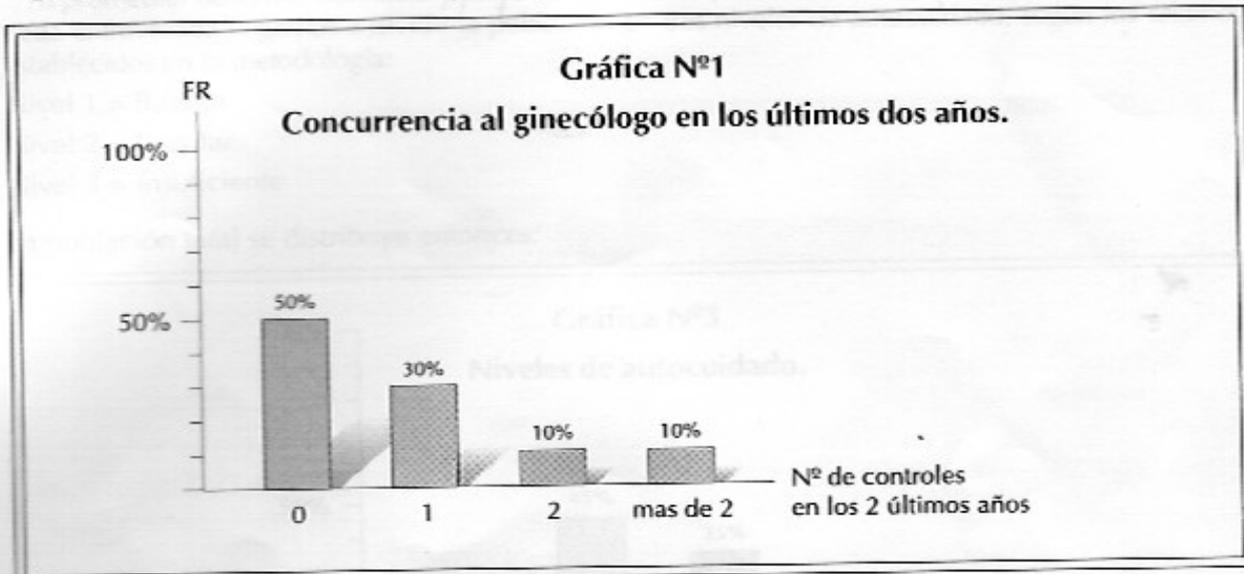
Fuente: Entrevista

INSTITUTO NAL. ENFERMERIA  
BIBLIOTECA  
HOSPITAL DE CLINICAS  
AV ITALIA S/M 3er PISO  
MONTEVIDEO, 13 URUGUAY

00017

- el 85% (17) coincide en que necesita profundizar aún mas su conocimiento, especialmente en lo que respecta a actualización en general; de éstas, el 35.3% (6) refiere realizarlo, el resto no lo hace por falta de tiempo 54.5% (6) o por que prioriza otros temas 18.2% (2).

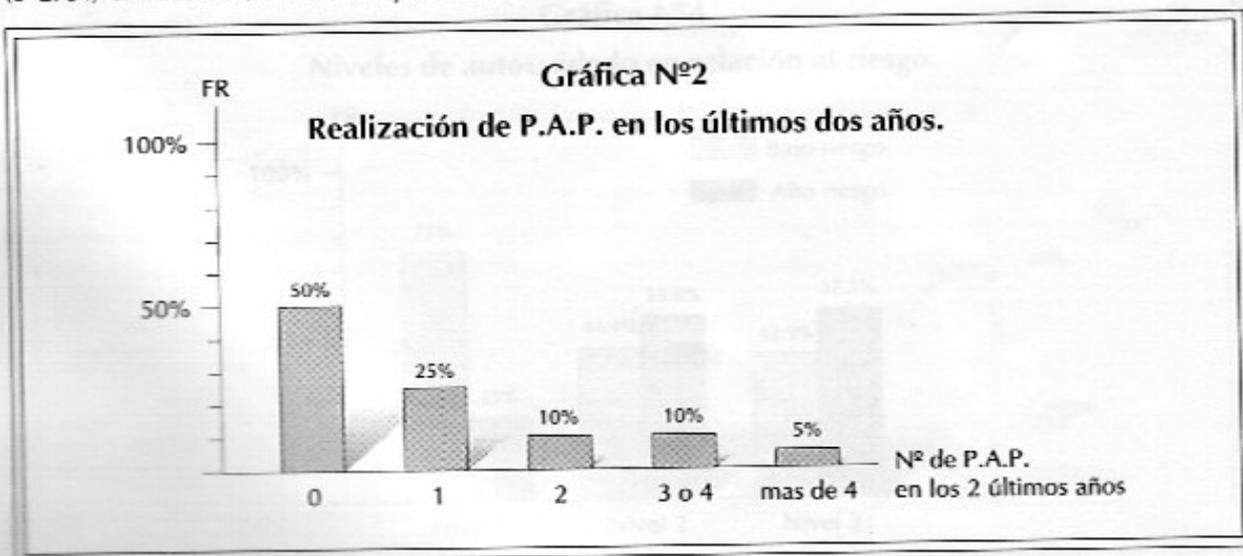
En referencia a las **conductas** adoptadas por las entrevistadas se obtuvo la siguiente información:



Fuente: Entrevista

- el 100% de la población concurreó alguna vez al ginecólogo.
- en los últimos 2 años, sólo el 50% (10) consultaron.

Encuanto a la realización del A.E.M. : el 15 % (3) de la población refiere no realizárselo, del resto que si se lo hace el 47% (8) es de forma no periódica. De las que se lo hacen en forma periódica (9 E.U.) el 77.8 % (7) una vez por mes, el resto lo realiza cada dos o tres meses.



Fuente: Entrevista

El P.A.P es un estudio que el 10% (2) de las entrevistadas nunca se lo han realizado y del total el 50% no se lo ha realizado en los últimos 2 años, el 25% (5 E.U.) se lo hizo una vez y el resto lo realizó dos o mas veces.

Respecto a la vida sexual activa, el 25% refiere no tenerla en los últimos 2 años. De las que refiere tener vida sexual activa el 46.7% utiliza métodos anticonceptivos (sólo una usa A.C.O. controlado cada 12 meses y una usa D.I.U. controlado cada 6 meses, las restantes emplean otros métodos).

El 100% refiere prevenirse de las E.T.S., 53.3% por medio de pareja estable y el 46.7 con el uso del preservativo.

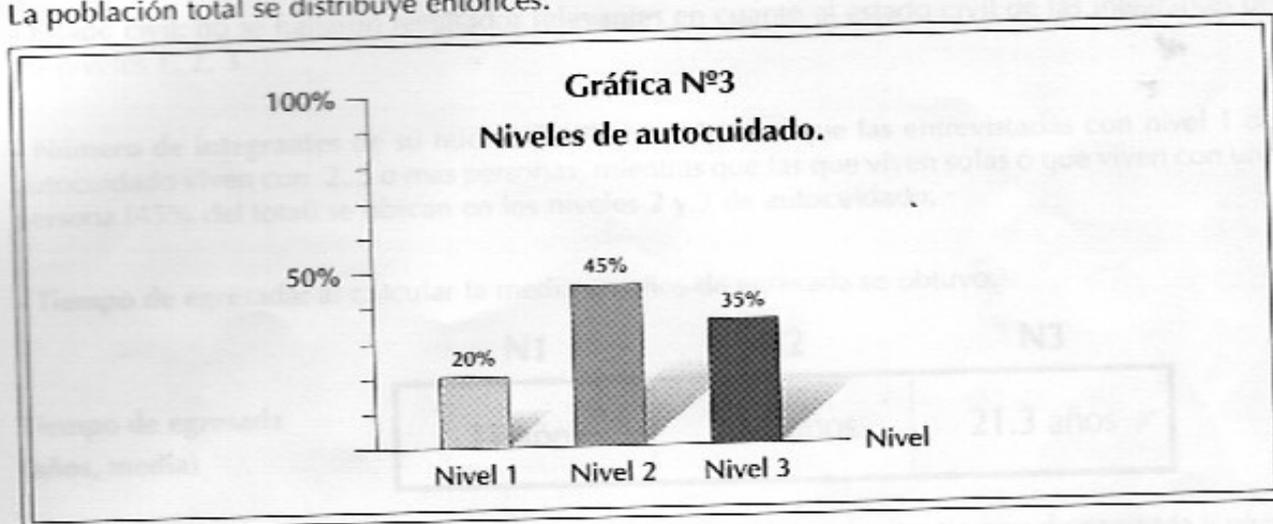
Al promediar de forma individual y personal éstos datos y teniendo en cuenta el alto y bajo riesgo de cada entrevistada llegamos a dividir la población en tres niveles de autocuidado, según los criterios establecidos en la metodología:

Nivel 1 = Bueno

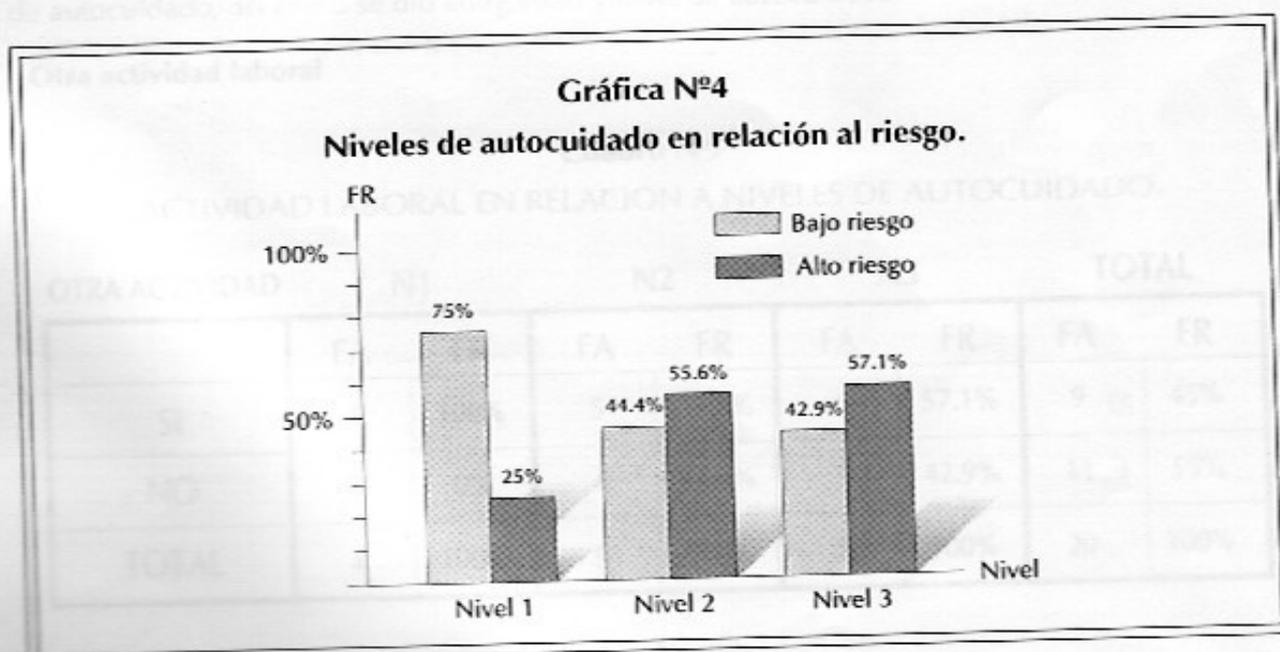
Nivel 2 = Regular

Nivel 3 = Insuficiente

La población total se distribuye entonces:



Fuente: Entrevista



Fuente: Entrevista

De aquí se destacó que el 75% (3) de las entrevistadas con nivel 1 de autocuidado pertenecen al grupo de bajo riesgo. Mientras que la población de alto riesgo, se distribuye predominantemente en los niveles 2 y 3 de autocuidado.

A continuación presentaremos los resultados encontrados al relacionar el nivel de autocuidado con otros datos:

	N1	N2	N3
Edad promedio	36.5 $\left\{ \begin{array}{l} 34 \\ 41 \end{array} \right.$	45.9 $\left\{ \begin{array}{l} 31 \\ 56 \end{array} \right.$	49 $\left\{ \begin{array}{l} 35 \\ 61 \end{array} \right.$

Encontramos que a mayor edad menor nivel de autocuidado.

- **Estado civil:** no se hallaron resultados relevantes en cuanto al estado civil de las integrantes de los niveles 1, 2, 3.

- **Número de integrantes de su núcleo familiar:** se destaca que las entrevistadas con nivel 1 de autocuidado viven con 2, 3 o más personas, mientras que las que viven solas ó que viven con una persona (45% del total) se ubican en los niveles 2 y 3 de autocuidado.

- **Tiempo de egresada:** al calcular la media en años de egresada se obtuvo.

	N1	N2	N3
Tiempo de egresada (años, media)	11 años	20.2 años	21.3 años

Esto se interpreta como una relación inversamente proporcional entre tiempo de egresada y nivel de autocuidado, así como se dió entre edad y nivel de autocuidado.

- **Otra actividad laboral**

**Cuadro N°7**  
ACTIVIDAD LABORAL EN RELACION A NIVELES DE AUTOCUIDADO

OTRA ACTIVIDAD	N1		N2		N3		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
SI	4	100%	5	55.6%	4	57.1%	9	45%
NO	0	0%	4	44.4%	3	42.9%	7	55%
TOTAL	4	100%	9	100%	7	100%	20	100%

Fuente: Entrevista

El 100% de las entrevistadas que tienen nivel 1 de autocuidado tienen otra actividad laboral, mientras que las que no la tienen se ubican en los niveles 2 y 3 de autocuidado.

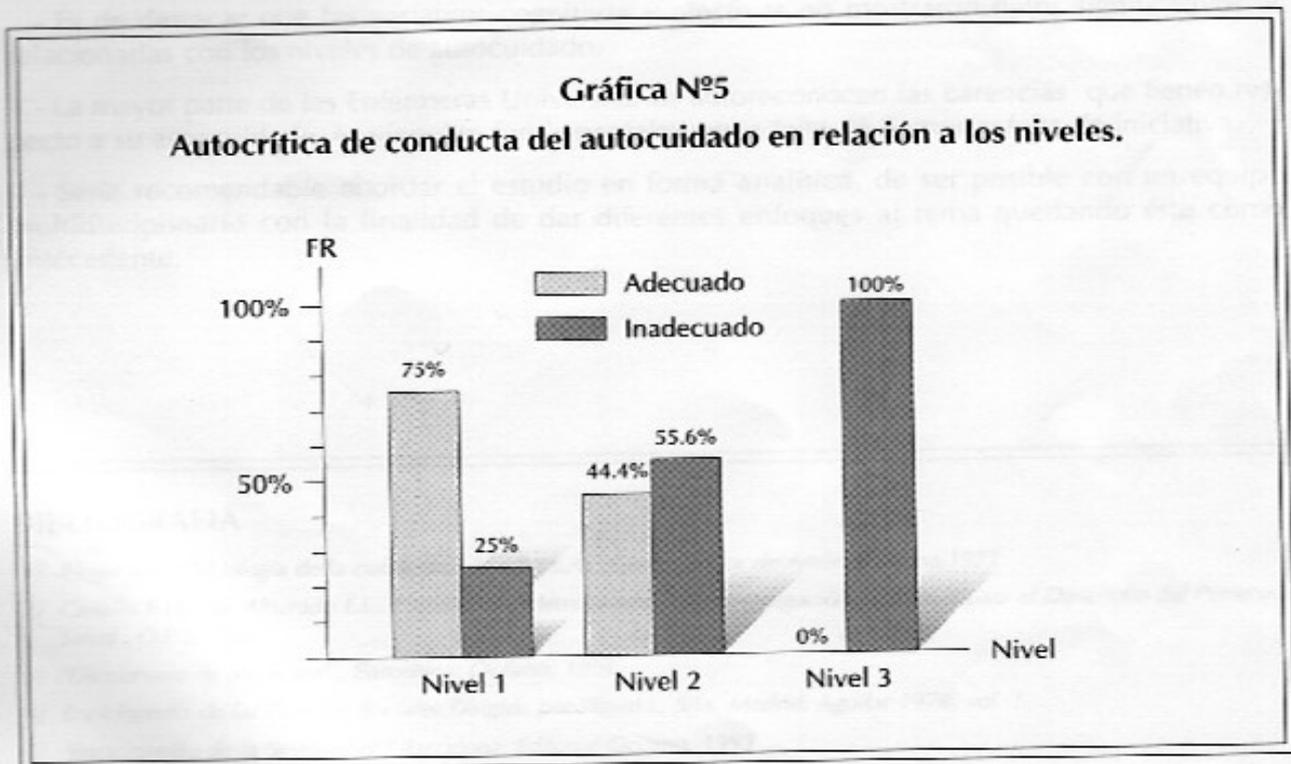
- **Número de partos:** el 100% de las entrevistadas con nivel 1 han tenido 2 o más partos, mientras que las nulíparas y las que han tenido sólo un parto tienen nivel 2 o 3 de autocuidado.

Si relacionamos el número de promedio de partos por nivel de autocuidado hallamos:

	N1	N2	N3
Número medio de partos	2.75	1.1	1.7

- **Vida sexual activa:** del total el 25% (5) refirieron no tener vida sexual activa en los dos últimos años, de ellas el 80% pertenecen al grupo de autocuidado nivel 3, el 20% restante al grupo de nivel 2. Las que tuvieron vida sexual activa se distribuyen en los tres niveles homogéneamente.

- **Conocimiento, Afectividad:** No se hallaron datos relevantes al relacionar los niveles de autocuidado con estas otras.



Fuente: Entrevista

El 100% de las E.U. que pertenecen al grupo de nivel insuficiente de autocuidado, consideran su conducta inadecuada, mientras que las que se incluyen en el nivel bueno de autocuidado, 75% (3) refiere tener conducta de autocuidado adecuado.

---

---

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

- Si bien el objetivo general del trabajo apuntó al conocimiento de una actitud de autocuidado de las Enfermeras Universitarias; al momento de integrar los resultados obtenidos, fue muy difícil llegar a conceptualizar la actitud adoptada, por tal motivo nos limitamos a describir indicadores para los aspectos cognitivos, afectivos, conductuales.

- En lo referente a la población en estudio destacamos que no se pudo tomar Enfermeras Universitarias que trabajaran exclusivamente en el área ginecológica, ya que en el C.A.S.M.U. III están integrados los servicios de ginecología y obstetricia.

- Luego de caracterizar la población y considerando la media de edad obtenida (45,1 años) creemos que hubiese sido importante reever dentro de los estudios paraclínicos considerados, la posibilidad de integrar la mamografía, con la finalidad de agregar un indicador de conducta más selectivo.

- Dentro de los resultados obtenidos nos llamó la atención que las Enfermeras Universitarias de mayor edad, con mayor tiempo de egresada e inclusive las que están expuestas a mayor riesgo, coincide con la población que presenta menor autocuidado. Dentro de este grupo también se encuentran las nulíparas y las Enfermeras Universitarias que no tienen vida sexual activa.

- Curiosamente, se observó que las Enfermeras Universitarias que tienen mayor actividad laboral, se incluyen en el grupo de mejor autocuidado.

- Es de destacar que las variables cognitivas y afectivas no mostraron datos significativos al relacionarlas con los niveles de autocuidado.

- La mayor parte de las Enfermeras Universitarias autoreconocen las carencias que tienen respecto a su autocuidado, lo vinculan fundamentalmente a falta de tiempo y falta de iniciativa.

- Sería recomendable abordar el estudio en forma analítica, de ser posible con un equipo multidisciplinario con la finalidad de dar diferentes enfoques al tema quedando éste como antecedente.

---

---

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Bleger José "Psicología de la conducta" 3ª ed. Bs.As.: Centro Editor de América Latina, 1971
- 2) Canales F.H., de Albarado E.L., Pineda E.B., "Metodología de la Investigación", Manual para el Desarrollo del Personal de Salud. O.P.S. 1986
- 3) "Diccionario de Medicina", Barcelona: Océano, 1994.
- 4) Enciclopedia de las Ciencias Sociales Dirigida por David L. Silis, Madrid: Aguilar 1974, vol. 1.
- 5) "Enciclopedia de la Sexualidad" Barcelona: Editorial Océano, 1993
- 6) González Merlo, J. "Ginecología", 5ª ed. Barcelona: Salvat, 1988.
- 7) Genovard Rosello C. "Diccionario de Psicología", Barcelona: Editorial Elicien, 1980.
- 8) Lindegren Henry Clay "Motivos Sociales y Actitudes" Montevideo: Ideas, 1981.
- 9) Perez Sanchez A. "Ginecología", Chile: Mediterraneo, 1994.
- 10) Smeltzer, S; Bare, B: "Enfermería Medicoquirúrgica de Brunner y Sudarth" 7ª ed., Mexico: Ed. Interamericana 1992, Vol II.
- 11) Tamayo y Tamayo "El proceso de la Investigación Científica": Fundamentos de investigación-manual de evaluación, 2ª Edición, Mexico: Noriega, 1987.
- 12) Algazy-Bayley, I. "Creencias Populares en Pediatría" Revista Médica del Uruguay, vol. 6, Nº1. Marzo 1990, pag. 23 a 33.
- 13) Floreal A. Ferrara "En torno al Concepto de Salud" (mimeo)

# ANEXOS

## HOJA DE ENTREVISTA

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA INSTITUTO NACIONAL  
DE ENFERMERIA INVESTIGACION

Estudio aproximado de la actitud de las Enfermeras Uniiversitarias con respecto a su autocuidado ginecológico"

### Datos personales:

Fecha / /

Nombre (iniciales) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Estado Cívil \_\_\_\_\_

Domicilio (capital/interior) \_\_\_\_\_ Tiempo de egresada \_\_\_\_\_

Tiempo de ejercicio laboral en el área (como Aux. o Lic.) \_\_\_\_\_

Antigüedad en el servicio \_\_\_\_\_ Cargo que ocupa \_\_\_\_\_

Sector \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_ Régimen de descanso \_\_\_\_\_

Está en contacto directo con el Paciente \_\_\_\_\_

Desempeña otra actividad como: Lic. \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_ Regimen de descanso \_\_\_\_\_

Otra \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_ Regimen de descanso \_\_\_\_\_

Composición del núcleo familiar \_\_\_\_\_

### Antecedentes gineco-obstétricos:

Menarca \_\_\_\_\_ Ciclo menstrual \_\_\_\_\_ Alteraciones \_\_\_\_\_

Gestas \_\_\_\_\_ Partos \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_

Nº de hijos vivos \_\_\_\_\_ Observaciones \_\_\_\_\_

Fecha del último parto: mas de 2 años \_\_\_\_\_

menos de 2 años \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna enfermedad ginecológica que usted recuerde de importancia? no \_\_\_\_ si \_\_\_\_

cual \_\_\_\_\_ tratamiento \_\_\_\_\_

¿lo realizó como le fue indicado? \_\_\_\_\_ Alta \_\_\_\_\_ Fecha de alta \_\_\_\_\_

¿Padece actualmente alguna enfermedad ginecológica no \_\_\_\_ desconoce \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_

cual \_\_\_\_\_ tratamiento \_\_\_\_\_ lo está cumpliendo \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes familiares de enfermedades ginecológicas? no \_\_\_\_ si \_\_\_\_

cual \_\_\_\_\_ tratamiento \_\_\_\_\_

¿Parentesco de la persona afectada?: \_\_\_\_\_

Considera ud. el control ginecológico como: Muy importante \_\_\_\_\_

Importante \_\_\_\_\_

Medianamente importante \_\_\_\_\_

Sin importancia \_\_\_\_\_

¿Ha concurrido alguna vez al ginecólogo?

no \_\_\_\_ si \_\_\_\_ Con que frecuencia en los 2 últimos años. ninguna \_\_\_\_\_

1 vez \_\_\_\_\_

2 veces \_\_\_\_\_

más de 2 veces \_\_\_\_\_

Si curso un embarazo en los últimos dos años se tomará el período de dos años previos a este.

Su ginecólogo es: Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

¿Quién determinó esta elección: \_\_\_\_\_

¿De ésta Institución? no \_\_\_\_ si \_\_\_\_ ¿Porqué? \_\_\_\_\_

¿Se ha realizado alguna vez el autoexamen de mama? no \_\_\_ si \_\_\_ \*en forma periódica \_\_\_\_\_  
¿cada cuántos meses? \_\_\_\_\_

\*en forma no periódica \_\_\_\_\_

¿Se ha realizado el PAP? no \_\_\_ si \_\_\_ ¿cuántas veces en los últimos dos años? ninguna \_\_\_\_\_  
1 vez \_\_\_\_\_  
2 veces \_\_\_\_\_  
3 o 4 veces \_\_\_\_\_  
más de 4 veces \_\_\_\_\_

Lo realizó por: Prescripción médica \_\_\_\_\_ Autodeterminación \_\_\_\_\_

Ha tenido vida sexual activa en los dos últimos años: no \_\_\_ si \_\_\_

¿Utiliza algún método anticonceptivo? no \_\_\_ si \_\_\_

¿De éste método realiza control médico? \_\_\_\_\_ ¿Con qué periodicidad? \_\_\_\_\_

¿Previene usted las E.T.S. no \_\_\_ ¿porqué? \_\_\_\_\_  
si \_\_\_ ¿Cómo? \_\_\_\_\_

¿En el trabajo diario algún tipo de pacientes le genera sentimientos especiales?

no \_\_\_ si \_\_\_ ¿Qué tipo de pacientes? \_\_\_\_\_

¿Que sentimientos? \_\_\_\_\_

¿Porqué? \_\_\_\_\_

¿Cree que éstos sentimientos influyen en su autocuidado? \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

¿Ha hecho cursos de actualización de los conocimientos en el área ginecológica en los últimos dos años? no \_\_\_ si \_\_\_ Tema \_\_\_\_\_

Fue organizado por: ésta Institución \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_ ¿cual? \_\_\_\_\_

¿Este conocimiento le ha servido para su autocuidado? \_\_\_\_\_

¿Ha ejercido docencia en el área ginecológica? no \_\_\_ si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

¿Ha presentado trabajos de investigación en el tema? no \_\_\_ si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

¿Considera Ud. que necesita profundizar sus conocimientos en el área ginecológica? no \_\_\_ si \_\_\_

¿en que aspectos? \_\_\_\_\_ ¿lo está realizando actualmente? si \_\_\_ no \_\_\_

¿Qué le impide no hacerlo? \_\_\_\_\_

¿Considera que su conducta con respecto al auto cuidado es adecuada? si \_\_\_ no \_\_\_

Si su respuesta anterior es negativa: ¿Que le está faltando para que sea la adecuada? \_\_\_\_\_

¿Qué ha impedido que adoptara dicha conducta? \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_