

LA MUJER, EL ESTRÉS Y EL CUIDADO DE UN FAMILIAR DEPENDIENTE. ESTUDIO DE CASOS MÚLTIPLES

M.Sc. Psic. Haydée Otero Martínez

Facultad Ciencias Médicas Calixto García
otade@infomed.sld.cu

ESTUDIO DE 15 MUJERES CON EL FIN DE CARACTERIZAR EL ESTRÉS QUE EXPERIMENTAN LAS CUIDADORAS DE UN FAMILIAR DEPENDIENTE. ÉSTE UTILIZA UNA METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA, FUNDAMENTADA EN EL ESTUDIO DE CASOS MÚLTIPLES.

REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En un estudio realizado por esta autora¹ sobre el estrés del cuidador primario familiar de veintiséis pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, sólo se encontraron dos hombres que cuidaban. Se pudo constatar que la falta de reconocimiento hacia las cuidadoras formaba parte de las características del estrés de aquella muestra. A los hombres, sin embargo, se les brindaba un gran reconocimiento por asumir el cuidado de su familiar. Recibían también apoyo social de tipo instrumental de familiares y vecinos en cuanto a cocinar, limpiar y otros quehaceres hogareños.

Navarro y Beyebach² afirman que hablar del cuidador significa hablar de la mujer, ya que en la mayoría de los casos el cuidado lo asumen las esposas, las hijas, las nueras o las hermanas. En los estudios revisados, el porcentaje más bajo de mujeres entre personas que se responsabilizan con el cuidado de un enfermo, ha sido aproximadamente de 70 %.

Todo esto motivó que realizáramos el presente trabajo, con una metodología cualitativa, planteándonos el siguiente problema: ¿qué características tiene el estrés de las mujeres que cuidan a un familiar dependiente?

OBJETIVOS

Caracterizar el estrés vivenciado por las cuidadoras de un familiar dependiente.

METODOLOGÍA

Estudio de casos múltiples

En el presente trabajo se aplicó una *metodología de investigación cualitativa*, diseñada como un *estudio múltiple de casos*. En el diseño de casos múltiples se utilizan varios casos únicos a la vez para estudiar la realidad que se desea explorar.

Estudio de caso

El estudio de caso es un profundo, intenso y rico análisis descriptivo de una instancia, fenómeno o unidad social simple. Se basa en el razonamiento inductivo. Las generalizaciones, conceptos o hipótesis surgen a partir del examen minucioso de los datos.³

Los criterios de selección de los casos consistieron en estudiar a las encargadas del cuidado de otra persona dependiente que estuvieran emparentados, que no recibieran remuneración por el cuidado y que el motivo para asumir dicho cuidado no fuera algún otro interés, como heredar la vivienda.

Únicamente seleccionamos a personas que padecían enfermedades físicas o mentales crónicas, así como a ancianos que no pudieran valerse por sí mismos. Asimismo, otro criterio de selección de los casos fue la facilidad para acceder al campo.

Acceso al campo

El acceso al campo se produjo de modo informal. El entrevistador conocía a la entrevistada o fue introducido por algún conocido. Se les explicó a cada uno el propósito del estudio, obteniéndose así su consentimiento informado.

El estudio se prolongó durante aproximadamente dos meses. Cada dos semanas se repetían las entrevistas y observaciones. Los entrevistados eran estudiantes de psicología. Fueron entrenados y tutorados durante todo el desarrollo de la investigación.

Estrategias de recogida y registro de datos

Utilizamos como técnica principal la *entrevista en profundidad* en número mayor de tres en cada caso. Con este tipo de entrevista obtuvimos la información sin previa estructuración de aspectos a tratar, a partir de un guión que emanaba de los temas tratados por el propio entrevistado y que se iban profundizando en las sucesivas entrevistas. La observación no participante fue utilizada para complementar las entrevistas durante las visitas al hogar de las cuidadoras. Se utilizó para las observaciones el *sistema narrativo* para realizar un registro natural (en el medio) de la ocurrencia de acontecimientos relacionados con nuestro esquema teórico sobre el estrés. En este tipo de observación los hechos se van captando sin una estructuración, aunque partiendo del marco teórico, de los objetivos y del problema planteado, por lo que de un modo no estructurado nos propusimos observar el clima de relaciones y el lenguaje extraverbal de la cuidadora durante la entrevista. Se llevó un registro con las correspondientes notas de campo.

Estrategia de análisis de los datos

Efectuamos un *análisis de contenido* de las entrevistas en profundidad y de las observaciones que se desarrollaron.

Otra estrategia de análisis de los datos fue la *triangulación*: método cualitativo que consiste en la contrastación de técnicas, datos, fuentes, métodos, momentos y sujetos para obtener diferentes lecturas que se confrontan con el fin de complementar, apoyar o confirmar las diferentes informaciones obtenidas.

Abandono del campo

Una vez concluidas las entrevistas y observaciones, nos despedimos de nuestros casos. La salida del campo no fue abrupta y los entrevistados agradecieron la oportunidad de poder conversar sobre estos asuntos.

Casos estudiados

Se estudiaron 15 cuidadoras. A cada una se le realizó un *estudio de caso único*.

Una breve caracterización de las mismas es la siguiente:

a) Mujeres que cuidan a familiares con retraso mental profundo:

Dos madres cuidan cada una a un hijo adolescente con síndrome de Down, de 16 y 17 años y de sexos femenino y masculino, respectivamente. La tercera madre cuida a su hijo, un hombre de 38 años, quien sufrió lesión cerebral relacionada con el parto.

b) Encargadas de ancianos:

Estudiamos a 5 mujeres que cuidan a ancianos. Sus edades oscilan entre 40 y 62 años. Los ancianos cuidados tienen desde 82 hasta 92 años. De estos ancianos, 3 están aquejados del síndrome de Alzheimer o demencia senil. Una anciana es además inválida a causa de un accidente.

Una de las estudiadas cuida a dos señoras; las dos tienen 88 años y una de ellas presenta demencia senil. La anciana de 92 años no presenta demencia, sino una gran disminución de sus capacidades físicas y mentales.

c) Cuidadoras de enfermos:

Las mujeres que cuidan a enfermos fueron 7. Sus edades abarcan desde 42 hasta 59 años. Veamos los tipos de enfermedades que padecen los familiares a su cargo:

- invalidez por accidente (madre de 77 años);
- trauma craneo-encefálico con secuelas que provocan invalidez física y mental (esposo de 53 años);
- esquizofrenia con manifestaciones desde la niñez (hijo de 26 años);
- tumor cerebral e hipoplasia suprarrenal congénitos con secuelas física y mental (hijo de 14 años);
- cáncer de páncreas en etapa terminal (esposo de 52 años);
- cáncer de pulmón (esposo de 48 años);

- diabetes, con amputación total de una pierna y parcial de la otra (madre de 68 años).

En nuestro estudio de casos encontramos mujeres con distintas ocupaciones:

- amas de casa: 10
- técnica de nivel medio: 1 (actualmente trabaja)
- jubilada: 1
- universitarias: 3 (trabajan como ingeniera, periodista y profesora universitaria en la actualidad).

Definiciones operacionales y modelo teórico utilizado

Definimos como personas dependientes a las necesitadas del cuidado de otras para poder mantener sus funciones vitales.

En este trabajo utilizamos la definición de estrés de Dionisio Zaldívar:⁴

El estrés es un estado vivencial displacentero sostenido en el tiempo que se acompaña en menor o mayor medida de trastornos psicofisiológicos, que surge en un individuo como consecuencia de la alteración de sus relaciones con el ambiente que impone al sujeto demandas o exigencias, las cuales objetiva o subjetivamente, resultan amenazantes para él y sobre las cuales tiene o cree tener poco o ningún control.

También utilizamos la clasificación de Lazarus⁵ sobre los estilos de afrontamiento del estrés, referida a los afrontamientos centrados en la emoción y en el problema.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Análisis de las entrevistas y observaciones a las cuidadoras del subgrupo de retraso mental

Las categorías y frecuencias extraídas de las entrevistas fueron:

- Dudas acerca de tener más hijos luego del nacimiento de éste: 3
- Orgullo por los pro-gresos del hijo: 2
- Vergüenza por las limitaciones del hijo: 1
- Cooperación familiar: 1
- Tratamiento psiquiátrico, enfermedad de los nervios: 2
- Trastornos al dormir, pocas horas de sueño, se despierta por algún temor: 3

- Trabaja en la calle y se siente realizada por ello: 1

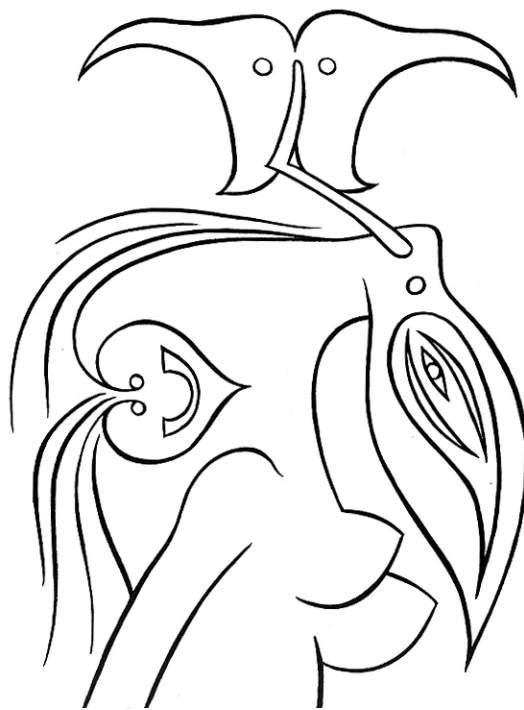
- No permite que otro familiar cuide al hijo, porque ella lo hace mejor: 2

- Le gusta informarse sobre la enfermedad del hijo: 2

- Cansancio, fatiga: 3

De este subgrupo de cuidadoras, una madre asiste a un grupo de padres con hijos con síndrome de Down. Esta señora trabaja en la calle como técnico medio. Permite que su esposo y su otro hijo participen de distintas tareas como responsables. Ha establecido con el esposo un grado de cooperación que le permite tener algún tiempo libre. Lejos de abochornarse de su hija, se alegra de sus progresos. Parte de sus esfuerzos a través de los años han estado encaminados a fomentar la independencia de la enferma. Cuando ha necesitado orientación para atender a su hija, ha acudido a psicólogos y especialistas. Su hija asiste al psicoballet, participa en algunos juegos y hace labores sencillas. Esta madre se permite ciertos paseos y refiere que disfruta de su vida familiar y personal.

Otro de nuestros casos, cuida al hijo varón con síndrome de Down de 17 años y ha expresado: Realmente las pocas veces que salí con mi hijo por necesidad, noté que no era aceptado por las demás personas y creo que es lo que me ha hecho aislarme; ahora todo a mi alrededor me molesta, hasta mi propio hijo, y no sé por qué... Todo lo que hace mi hijo me molesta, y se ha hecho usual entre nosotros maltratarnos. No está en mí maltratarlo, pero es que yo pensé que



al nacer iba a ser como los demás muchachos... Me cuesta trabajo aceptar la realidad y me siento muy mal... A veces mis otros hijos vienen a darme una vuelta, a ver cómo estoy y hasta ellos me dicen que soy una amargada.

En las observaciones en el hogar se pudo apreciar que ella y su esposo apenas se comunican, porque todo el tiempo deben estar pendientes de su hijo.

La tercera madre de hijos con retraso mental profundo ha aceptado mejor la situación que la madre anterior, pero el estilo de afrontamiento principal ha sido la resignación y la negación, afirmando que su hijo es muy inteligente. Aunque logra un equilibrio en el hogar, no refiere un grado de satisfacción como la primera de los casos.

Él no pudo asistir a la escuela, ya que aquí nunca existieron escuelas. La primera escuela que hicieron... yo tenía tremenda ilusión con aquella escuela, y la directora me desilusionó diciéndome que si no tenía sexto grado, no podía estudiar allí... Luego, en una ocasión sacaron a unos maestros que iban por las casas y le mandaron uno a él, y pasó el curso y tiene su diploma. Luego a la maestra le llegó la jubilación y no le mandaron más ninguno... más nunca tuvo maestros en casa. Nada, que todo ha llegado tarde para él.

Análisis de las entrevistas y observaciones a las cuidadoras del subgrupo de los ancianos

Entre las categorías que pudimos conformar a partir de las entrevistas, tenemos:

- No saber por cuánto tiempo se extiende el cuidado: 4
- Culparse por tener ideas acerca de la muerte del anciano: 4
- Insistir en solicitar del anciano una conducta más responsable, demostrando desconocimiento acerca del Alzheimer y la demencia senil: 4
- No dormir lo suficiente: 5
- No soportar las majaderías, las malacrianzas o los antojos del familiar: 4
- Perder fácilmente la paciencia, estar irritable, tender a pelear y enfadarse: 4
- Sentir lástima hacia la persona cuidada: 4
- Tener que dejar de trabajar: 1
- No poder dedicarle tiempo suficiente a su trabajo: 3

- No tener tiempo para su pareja u otros familiares: 3

- Recibir quejas de desatención por parte de su pareja: 3

En general, las cuidadoras de ancianos se sienten tristes, predomina el agotamiento y algunas expresan pesar ante el cambio que han dado sus familiares por la pérdida de las capacidades cognitivas.

Una cuidadora nos ha dicho:

Es mi mamá y yo la quiero mucho, lo que a veces se pone muy majadera. Con lo que habla me quiero volver loca; yo creo que eso es arterioesclerosis... A veces no me deja trabajar, hablando desde el cuarto y pidiendo que le haga cosas. Ahora todos los días quiere que me siente a escribirle cartas de versos que ella me dicta para que se las mande para la radio, y si no se pone a pelear porque hablo con las vecinas y se pone insoportable. ¿Cómo no voy a perder la paciencia?

La responsable del cuidado de dos señoras de 88 años, nos dijo:

Mi madre presenta demencia senil y las dos dependen absolutamente de mi cuidado. Es una situación problemática, porque a veces me roba horas de sueño. Esta situación me hace sufrir bastante, ya que, por una parte, no podría desampararlas u obviar esta situación; por otra parte, mi vida es una sola y ya estoy cerca de los cincuenta años. Tengo muchos proyectos profesionales y personales que para alcanzarlos requieren del tiempo que yo no dispongo.

Fernández Castillo y sus colaboradores⁶ estiman que el tiempo dedicado al cuidado de familiares con demencia senil es de 10 a 12 horas diarias. Durante una observación, escuchamos gritos de la madre de la cuidadora ofendiendo a la tía. Pudimos presenciar cómo esta misma señora golpeaba a la otra anciana por la cara con un objeto que tenía en las manos.

Nos habla otra cuidadora:

No sólo ha sido mi salud lo único que se ha afectado, sino también mi vida. En este período perdí mi matrimonio de muchos años. Siento que ya no soy la misma ni física, ni psicológicamente. Me siento cansada.

No me quedan fuerzas para seguir; soy el hombre y la mujer de la casa. Siento miedo de morir antes que mi madre, y que mi nieta no sepa cuidarla bien. También me preocupa cómo quedará yo una vez que mi madre ya no exista.

Lleva 5 años cuidando a su madre y desea que «una vez que esto termine, mi vida vuelva a ser la misma, pues en este tiempo he cambiado mucho».

Como podemos apreciar en el grupo de cuidadoras de ancianos con demencias, suelen aparecer irritabilidad, cansancio crónico, sufrimiento y sensación de que el tiempo no les alcanza. El sueño de las cuidadoras de ancianos es interrumpido por estos últimos. Suelen ser llamadas en la madrugada por los ancianos, quienes solicitan su atención o deambulan por la casa.

Análisis de las entrevistas y observaciones a las cuidadoras del subgrupo de familiares enfermos

Obtuvimos categorías como:

- Resentimiento hacia algún familiar que no ayuda: 3
- No aceptación de la enfermedad: 2
- Agotamiento: 6
- Esconder el diagnóstico y el pronóstico, disimular, callar: 3
- Sueño insuficiente: 7
- Sobresalto, temor a que ocurra la muerte del familiar: 5
- Nadie lo puede cuidar mejor: 5
- Renuncia a aspiraciones personales: 3
- Enfermedad nerviosa del cuidador: 1
- No le alcanza el tiempo: 5
- Falta de recreación: 2
- Depresión y llanto frecuente: 3
- Descuido de sí mismo, de su salud: 4

El sueño de estas personas se distingue por despertares espontáneos durante la noche debido al temor. Temer la proximidad de la muerte del paciente cuidado, constituye una fuente de estrés para los familiares de enfermos.

Caracterización del estrés de todos los casos integrados

Existe un conjunto de rasgos comunes que caracteriza el estrés de las mujeres que cuidan a un familiar dependiente:

- una gran irritabilidad;
- sensación de que embrutece, se vuelve menos inteligente o menos informada;
- trastornos al dormir e insuficientes horas de sueño;
- incertidumbre ante la muerte; riesgos o perspectivas futuras del familiar bajo su cuidado;
- falta de «respiros»; sensación de que no hay tregua;
- convicción de que éste es su lugar y su deber y de que no existe nadie más que lo pueda hacer, o nadie lo hace como ella;
- renuncia a proyectos, aspiraciones y motivaciones personales;
- descuido de su apariencia física;
- descuido de la propia salud;
- disminución de la autoestima;
- cansancio crónico;
- incapacidad para relajarse;
- ausencia o disminución considerable de actividades recreativas o que le causen placer, incluido el sexo;
- convicción de que otros miembros muy cercanos de la familia, como hijos y esposos, no piensan en ella.

Algunos autores han identificado un conjunto de elementos que incluyen algunos de los identificados en este trabajo y que han denominado el «síndrome del cuidador». ^{7, 8, 9}

Las que presentaban mayor satisfacción

Se pueden establecer relaciones causales entre el estrés de la mujer cuidadora y los resultados encontrados entre aquellas que presentaban una mayor satisfacción. El control del estrés estuvo relacionado con:

- No asumir todo el trabajo y el control de la situación en el hogar, descentralizando responsabilidades y permitiendo la participación implicada de otros familiares. Es decir, no tomarlo todo para sí.
- Afrontamientos centrados en la solución de problemas mostraron que son más eficaces que los estilos evitativos.
- Las que permanecían en un trabajo remunerado y de su agrado, mejoraron la realización personal.
- La información sobre el problema de salud de su familiar.

- Procurarse ayuda.
- La aceptación de la situación, de su rol y de las limitaciones de su familiar mejoró la satisfacción, comparado con rechazar, negar o intentar antagonizar.
- Relaciones familiares funcionales en el hogar.
- La pertenencia a familias numerosas frente a personas que viven solas con el familiar cuidado o en familias muy cortas.
- Darse lugar, tiempo y recreación a sí mismos sin experimentar culpas por ello.

Los factores anteriores pudieran explicar la intensidad o moderación de las vivencias estresantes, funcionando como hipótesis causales de dichas vivencias y pudiendo ser aprovechados tanto para estudios posteriores como para la intervención de ayuda a estas mujeres.

Cuidar tiene un lado positivo

La experiencia de cuidar no sólo es estresante, sino que presenta aspectos positivos. Con excepción de una cuidadora que manifestó no tener sentido para vivir, las otras pudieron:

- sentirse útiles,
- medir sus propias fuerzas,
- experimentar crecimiento personal.

López Martínez¹⁰ destaca los beneficios del cuidador, que incluyen crecimiento personal, propósito en la vida, autonomía, control del entorno, relaciones positivas con los demás y autoaceptación. Estos elementos favorables para el crecimiento personal de las cuidadoras podrían reforzarse durante la orientación y la psicoterapia.

Un estrés femenino

En el presente trabajo, a pesar de que seleccionamos los casos atendiendo a la persona dependiente, encontramos que ligada a ella y a su cuidado siempre estuvo una mujer. Al parecer, en distintos países el mayor porcentaje de cuidadores son mujeres.¹¹

La sociedad les otorga un mayor reconocimiento a los hombres cuidadores, además de apoyo social de tipo instrumental, por lo que en comparación con las mujeres pudieran presentar menos estrés.¹² Además, parece que los hombres piden más ayuda. En cuanto a la relación enfermo-cuidador, Pino Roca¹³ asegura que los hombres suelen buscar ayuda externa con más facilidad que las mujeres.

En general, las mujeres de nuestro estudio excluyen a esposos y a otros familiares, impidiendo que éstos compartan la responsabilidad por el cuidado; aunque reclaman ayuda familiar, sólo piden una participación liderada por ellas, con todos los privilegios de decidir sobre el cuidado de la persona dependiente. En su mayoría, creen que sólo ellas lo hacen bien.

Pudimos comprobar que en realidad una sola cuidadora, la madre de la adolescente con síndrome de Down, daba una participación con autonomía al esposo. De todos los casos, ella fue el que presentaba mayor satisfacción.

Estas mujeres no son conscientes de que excluyen a otros familiares, lo cual también puede ser modificado durante las intervenciones psicológicas.

CONCLUSIONES

1. Existe un conjunto de rasgos comunes que caracteriza el estrés de las mujeres que cuidan a un familiar dependiente.
2. Hay algunas diferencias entre las características del estrés de los cuidadores en relación con el tipo de limitaciones o dependencia que presenta la persona cuidada. No es igual cuidar a un anciano que a un enfermo o a un familiar con discapacidad.
3. Se pueden establecer relaciones causales entre el estrés de la mujer cuidadora y los resultados encontrados entre aquellas que presentaban una mayor satisfacción.
4. La experiencia de cuidar no sólo es estresante, sino que presenta aspectos positivos.
5. El estrés de cuidar a un familiar dependiente, cobra características particulares cuando la cuidadora es una mujer. Además, la mayoría de los cuidadores siguen siendo las mujeres.

RECOMENDACIONES

1. Establecer acciones comunitarias en las que tanto el sistema de atención primaria de salud como los trabajadores sociales puedan atender las diferentes necesidades de información sobre el cuidado de su familiar: atención de especialistas, información sobre los recursos de la comunidad y ayuda material a estas cuidadoras.
2. Propiciar la participación en grupos de autoayuda.

3. Potenciar y utilizar en la psicoterapia los elementos favorecedores de la satisfacción de las mujeres cuidadoras encontrados en este estudio.

4. Utilizar las características del estrés tanto generales como particulares de los subgrupos de cuidadoras de enfermos, ancianos y discapacitados mentales para trabajar en la intervención.

NOTAS

- ¹ Haydée Otero Martínez: «El estrés del cuidador primario familiar de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal», tesis de Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, 2000.
- ² J. Navarro Góngora y M. Beyebach: «Avances en terapia familiar sistémica», en *Terapia con enfermos físicos crónicos*, Ediciones Paidós, Barcelona, 1995.
- ³ Gregorio Rodríguez Gómez, Javier Gil Flores y Eduardo García Jiménez: *Metodología de la investigación cualitativa*, Editorial Aljibe, S.L., 1999.
- ⁴ Dionisio Zaldívar Pérez: *Conocimiento y dominio del estrés*, Editorial Científico-Técnica, Ciudad de La Habana, 1996.
- ⁵ Richard Lazarus y S. Folkman: *Estrés y procesos cognitivos*, Editorial Martínez Roca, Barcelona, 1986.
- ⁶ Rafael Fernández-Castillo, F. Amate y M. de la Rosa: «Necesidades asistenciales de los familiares de pacientes con demencia senil», http://personal.telefónica.terra.es/web/enfermeria_avanzada/home/html. (Visitado el 12 de agosto de 2003 y el 19 de septiembre de 2003.)
- ⁷ Leydis Lara Pérez et al.: «Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario en atención geriátrica», *Revista Cubana de Enfermería*, vol. 17, no. 2, pp. 107-111, 2001.
- ⁸ «Cuidar al que cuida. Síndrome del cuidador», <http://andarrat.frec.indice.html>. (Visitado el 12 de agosto de 2003.)
- ⁹ «El síndrome del cuidador», www.consumer.es/web/es/actualidad/salud-y-seguridad/38919jsp.74k. (Visitado el 12 de agosto de 2003.)
- ¹⁰ Javier López Martínez: «Efectos positivos de un estresor crónico: El cuidado de enfermos con demencia», Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, www.psiquiatria.es.com/congreso. (Visitado el 10 de mayo de 2003.)
- ¹¹ Ver Haydée Otero: ob. cit.; y J. Navarro y M. Beyebach: ob. cit.
- ¹² Ver Haydée Otero: ob. cit.
- ¹³ M. Pino Roca: «La sobrecarga del cuidador», www.medicaterragona.es/aula/neuropsicologia/la-sobrecarga-del-cuidador.html. (Visitado el 19 de septiembre de 2003.)

Las revistas *Sexología y Sociedad* y *MEDICC Review* convocan a todos los profesionales de la salud y de ramas afines a participar en el Concurso «Salud de la Mujer».

Los trabajos ganadores serán publicados simultáneamente en *Sexología y Sociedad* (en español) y *MEDICC Review* (en inglés para EE.UU. y en Internet). Además de la publicación de sus trabajos, a los autores les serán otorgados los siguientes premios:

- El autor principal del artículo científico seleccionado como «mejor trabajo» recibirá una computadora.
- Los restantes miembros del equipo de redacción del «mejor trabajo» recibirán, cada uno, el libro de texto de su preferencia.
- Los autores principales de todos los trabajos publicados recibirán, cada uno, el libro de texto médico de su preferencia.

BASES DEL CONCURSO

Los trabajos presentados deben cumplir con los siguientes requisitos:

1. Ser resultado de una investigación científica en el campo de la salud de la mujer en Cuba. NO se aceptarán trabajos de revisión de bibliografía, ni trabajos meramente descriptivos de proyectos.
2. Ser ORIGINALES: no haber sido publicados en Cuba o en el exterior. Se aceptarán trabajos por uno o varios autores, siempre que se designe a un AUTOR PRINCIPAL.

3. Regirse por el siguiente formato: Título; Autores (con sus grados científicos y afiliaciones institucionales); Resumen; Objetivos; Métodos; Discusión de Resultados; Conclusiones; Bibliografía. No se considerarán trabajos que sobrepasen 5 000 palabras.

4. Entregarse al Jurado con fecha tope de 1o. de octubre de 2003.

5. Entregar cada trabajo en forma impresa y en disquete (se harán excepciones sólo en casos previamente coordinados con el Jurado). Deben acompañar los trabajos: Nombre y Apellidos del Autor Principal, Profesión, Cargos y Grados Científicos, Centro de Trabajo y su dirección postal, Dirección particular, Teléfono de día, Correo Electrónico. Además, un párrafo que describa su trayectoria docente y laboral.

NOTA: El Jurado se reserva el derecho de otorgar prioridad a los trabajos presentados por autores que se desempeñan directamente en la práctica de la salud de la mujer, y sobre todo en el nivel de atención primaria de salud.

ENTREGAR LOS TRABAJOS A:
MEDICC Review

Escuela Nacional de Salud Pública
Calle I no. 202, piso 3, esquina a Línea
Plaza de la Revolución, C. Habana
Teléfono: 33-5920

Para más información: medicc@ensap.sld.cu