

AÑO 8
NÚMERO 2
Agosto de 2020

ISSN: 2339-7284

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

EN ESTE NÚMERO:

P.45

La cultura organizacional, una fuerza invisible de energía ante las contingencias

P.47

Discriminación social y su relación con el afrontamiento y adaptación a la enfermedad del VIH

P.53

Experiencias de comprensión del cuidado espiritual en estudiantes de la licenciatura de enfermería

P.60

Representaciones sociales, marco interpretativo para la investigación en enfermería

P.65

La formación integral del profesional de enfermería en el entorno epidemiológico actual

P.70

Cuidados de enfermería durante la posición en decúbito prono al paciente con síndrome de dificultad respiratoria

P.76

Escuela promotora de salud en universitarios. Una propuesta para la prevención de obesidad y otros problemas alimentarios en estudiantes de enfermería



PERMANYER MÉXICO
www.permanyer.com



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Comité editorial

Editora en jefe

Lizeth Guadalupe López López

Editores asociados

David Kershenobich Stalnikowitz

Director General del INCMNSZ

Alberto Lifshitz Guinzberg

Secretario de enseñanza clínica e internado médico UNAM

Sergio Ponce de León Rosales

Director de enseñanza del INCMNSZ

Alvar Loria Acereto

Investigador de la Unidad de Epidemiología Clínica del INCMNSZ

Alicia J. Frenk Mora

Subdirectora de Servicios Paramédicos del INCMNSZ

Marina Martínez Becerril

Subdirectora de Enfermería del INCMNSZ

María de los Ángeles Torres Lagunas

Jefa de División de Estudios de Posgrado en Enfermería ENEO UNAM

Victoria Fernández García

Fundadora-Presidenta de la Asociación Mexicana de Investigación en Enfermería (AMIENF, A.C.) Docente e Investigadora en Enfermería ENEO-UNAM

María Paula Nájera Ortiz

Jefa del Departamento de Enfermería del INCMNSZ

Araceli Jiménez Méndez

Jefa del Departamento de la Escuela de Enfermería del INCMNSZ

Comité de árbitros

Diana Cecilia Tapia Pancardo

Eduardo González Flores

Emma Myrna Barquera Núñez

Francisco Jair S. González Robles

Guadalupe Citlaha Hernández

José Alberto Ávila Funes

Judith González Sánchez

Lorena Bautista Paredes

Luis Manuel H. Pérez Pantoja

Ma. Del Pilar Sosa Rosas

Margarita Pulido Navarro

María Alberta García Jiménez

María de Lourdes Alemán Escobar

María Diana Ruvalcaba Rodríguez

Patricia Domínguez Sánchez

Rafael Antonio Estévez Ramos

Roberto Reyes Guerrero

Rosa María Ostiguin Meléndez

Sandra Antonieta Palacios García

Sergio Lemus Alcántara

Silvino Arroyo Lucas

Angélica María Armendáriz Ortega

Bertha Medel Pérez

Graciela Hernández

Yesica Claudia Juárez Serrano

Martha Kaufer Horwitz

Ulises Rieke Campoy

Sandra Hernández Corral

Noé Sánchez Cisneros

Víctor Hugo Toral Rizo

Saúl May Uitz

Jesús Soto Torres

Margarita Cárdenas Jiménez

Zahira Esperanza Ángel Ángel

Verónica Bautista Eugenio

Tirso Durán Badillo

Rosa María Estrada Oros

Julio Alfredo García Puga

Mónica Guadalupe Martínez Lizcano

Luisa Quezada García

Ma. Guadalupe Quezada Valadez

Hermes Eduardo Ramos Arispe

Alma Rosa Chávez Ríos

Enrique Sánchez Valdivieso

Sergio Torres Vázquez

Pedro García García

Antonio Vicente Yam Sosa



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Comité Internacional de árbitros

Júlia Esteve Reig

*Asesora del censo de Administración de Bonoom Healthcare
Barcelona, España*

Isabel Pérez Pérez

*Vicedegana de grado, calidad y comunicación de la Facultad de Ciencias de la Salud
Blanquerna
Universidad Ramon Llull
Barcelona, España*

Rosa Rifà Ros

*Directora del grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna
Universidad Ramon Llull
Barcelona, España*

Eva Roman Abal

*Docente de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau
Barcelona, España*

Doriam Camacho Rodríguez

*Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Santa Marta
Santa Marta, Colombia*

Sandra Guerrero Gamboa

*Investigadora de la Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia*

Eva Brunet Campaña

*Quironsalud
Sitges, España*

Revista Mexicana de Enfermería es una revista oficial del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMSZ). El objetivo es socializar el conocimiento generado de la práctica asistencial, trabajos originales, análisis de experiencias, propuestas de mejora, escenarios educativos y de administración validados a través de un método científico que garantice la calidad en la gestión del cuidado de Enfermería.

Esta obra se presenta como un servicio del área de la Salud. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios y/o hallazgos propios y conclusiones de los autores, quienes son responsables de las afirmaciones. El editor y la editorial no son responsables de los contenidos publicados en la revista. En esta publicación podrían citarse pautas posológicas distintas a las aprobadas en la Información Para Prescribir (IPP) correspondiente. Algunas de las referencias que, en su caso, se realicen sobre el uso y/o dispensación de los productos farmacéuticos pueden no ser acordes en su totalidad con las aprobadas por las Autoridades Sanitarias competentes, por lo que aconsejamos su consulta. El editor, el patrocinador y el distribuidor de la obra, recomiendan siempre la utilización de los productos de acuerdo con la IPP aprobada por las Autoridades Sanitarias.



PERMANYER
www.permanyer.com

Permanyer

Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España
permanyer@permanyer.com

Permanyer México

Temístocles, 315
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo
11560 Ciudad de México
Tel.: (044) 55 2728 5183
mexico@permanyer.com



www.permanyer.com



Impreso en papel totalmente libre de cloro

Edición impresa en México



Este papel cumple los requisitos de ANSI/NISO
Z39.48-1992 (R 1997) (Papel Permanente)

ISSN: 2339-7284

Ref.: 5740AX192

La *Revista Mexicana de Enfermería* es *open access* con licencia *Creative Commons*.

© 2020 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Esta es una publicación *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Índice

EDITORIAL

La cultura organizacional, una fuerza invisible de energía ante las contingencias

Araceli Jiménez-Méndez 45

ARTÍCULOS ORIGINALES

Discriminación social y su relación con el afrontamiento y adaptación a la enfermedad del VIH

Marian A. Ramos-Pineda, María G. González-Herrera, Diego A. Villaseñor-González, Juan A. Díaz-Bermejo y María de L. Castañeda-Guerrero 47

Experiencias de comprensión del cuidado espiritual en estudiantes de la licenciatura de enfermería

Yadira E. Loredo-Cortez, Leticia G. Martínez-Téllez y Ramiro Altamira-Camacho 53

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Representaciones sociales, marco interpretativo para la investigación en enfermería

Julio A. García-Puga, María O. Quintana-Zavala, Rosa Ma. Tinajero-González y Rosa E. Salazar-Ruibal 60

La formación integral del profesional de enfermería en el entorno epidemiológico actual

Gerardo Ruvalcaba-Palacios y Andrea Galván-Guerra 65

BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Cuidados de enfermería durante la posición en decúbito prono al paciente con síndrome de dificultad respiratoria

Yeni Huerta-Ramírez y Ana L. Valencia-Mendoza 70

Escuela promotora de salud en universitarios. Una propuesta para la prevención de obesidad y otros problemas alimentarios en estudiantes de enfermería

Cristina González-Rendón, Verónica Juárez-Torres, Alba L. Rubio-Cristerna y Mónica S. Valdéz-Padilla 76



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Index

EDITORIAL

Organizational culture, an invisible force of energy in the face of contingencies

Araceli Jiménez-Méndez 45

ORIGINAL ARTICLES

Social discrimination and its relationship with confrontation and adaptation to HIV disease

Marian A. Ramos-Pineda, María G. González-Herrera, Diego A. Villaseñor-González,
Juan A. Díaz-Bermejo and María de L. Castañeda-Guerrero 47

Experiences of understanding spiritual care in nursing undergraduate students

Yadira E. Loredo-Cortez, Leticia G. Martínez-Téllez and Ramiro Altamira-Camacho 53

REVIEW ARTICLES

Social representation, interpretative framework for nursing research

Julio A. García-Puga, María O. Quintana-Zavala, Rosa Ma. Tinajero-González
and Rosa E. Salazar-Ruibal 60

Integral formation of nursing professional in the actual epidemiological environment

Gerardo Ruvalcaba-Palacios and Andrea Galván-Guerra 65

GOOD PRACTICES OF HEALTH CARE

Nursing care during the prone position for the patient with respiratory distress syndrome

Yeni Huerta-Ramírez and Ana L. Valencia-Mendoza 70

School promoting health in university students. A proposal for the prevention of obesity and other eating problems in nursing students

Cristina González-Rendón, Verónica Juárez-Torres, Alba L. Rubio-Cristerna
and Mónica S. Valdéz-Padilla 76



La cultura organizacional, una fuerza invisible de energía ante las contingencias

Organizational culture, an invisible force of energy in the face of contingencies

Araceli Jiménez-Méndez*

Departamento de la Escuela de Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

En los últimos meses, el Sistema Nacional de Salud en México, en especial el grupo médico y de enfermería, ha alcanzado gran notoriedad por el trascendental papel que desempeñan en la atención de la población, ya que si bien es cierto que no son los únicos actores del sistema de salud, sí representan en gran medida a quienes participan en la gestión del conocimiento y el desarrollo de las mejores prácticas para el cuidado a la vida humana; máxime cuando existe una amenaza real que supera por más a la ciencia y tecnología. Me refiero en este momento a la pandemia de enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19).

Ellos dentro de la organización tienen la función de dar cumplimiento a uno de los principales derechos emanados de nuestra constitución, el derecho a la protección de la salud, mismo que es considerado como factor inalienable e insustituible que determina en gran medida el bienestar social, la educación y la calidad de vida.

Para que este importante grupo de médicos y de enfermería se relacione con los demás integrantes del equipo de salud y logre una participación que se acerque a la consecución de este mandato (otorgando servicios de salud de manera oportuna, aceptable, asequible y plural; todo ello enmarcado en el amplio espectro de la calidad) requiere de toda una infraestructura que descansa en un aspecto por demás relevante, propia de las instituciones, que de manera intangible se traduce en el alma y fortaleza de los grupos humanos desde el ámbito laboral, que permite en gran medida el cumplimiento de los objetivos de las organizaciones: hablamos de la «cultura organizacional».

Este concepto surge en los años 70, aunque en los primeros aportes de la teoría tayloriana se plantearon aspectos que a la postre formarían parte de la cultura organiza-

cional, como la aportación de la administración científica, el cual ha sido muy estudiado dentro de las organizaciones empresariales sobre todo en Japón y Norteamérica, porque su esencia les reporta ventajas competitivas en su productividad, así como posicionamiento. Sus enfoques más contemporáneos tienen una concepción interdisciplinaria, capaz de definirse desde diferentes ciencias, como la antropología, la sociología y la psicología entre otras; y cuando estas posturas logran fusionarse se reportan grandes resultados.

Sin embargo, es importante que en los contextos de los servicios de salud se conozca y analice constantemente, porque invariablemente es un indicador importante para la eficiencia y eficacia de los procesos relacionados con la atención integral a la población beneficiaria. Me atrevería a decir que refleja también el cumplimiento de la filosofía de la institución.

Desde su concepción, la cultura organizacional de una institución de salud tiene amplia relación con el liderazgo, porque quien lo ejerce estimula la cohesión entre sus miembros, impulsa su motivación, el compromiso y la creatividad hacia la consolidación de pautas de comportamiento que benefician a la institución; o bien los orienta y acompaña para participar en el cambio cuando es necesario, por medio de nuevas dinámicas de trabajo, a fin de direccionar las actividades de la organización a nuevas condiciones y desafíos del entorno, como plantea Robbins (1999): «La cultura organizacional es un estado de coherencia entre la persona y los objetivos y el sistema de valores de la empresa y tiene consecuencias que se expresan en términos de cantidad o calidad del trabajo y la posibilidad o no de movilidad».

Correspondencia:

*Araceli Jiménez-Méndez

E-mail: araceli.jimenezm@incmnsz.mx

Fecha de recepción: 01-06-2020

Fecha de aceptación: 02-06-2020

Es decir, en una institución de salud se crea y socializa una cultura en las funciones sustantivas que se realizan: las correspondientes a la asistencia, la investigación y la formación de nuevos profesionales de la salud; y dentro de este rubro, la actualización constante de todos sus integrantes (porque todos son importantes) y la suma de su trabajo, talento y creatividad le dan sentido a la organización.

Durante la construcción de la cultura dentro de la institución existe un proceso de culturalización de los nuevos integrantes donde aprenden formas de trabajo, de rutinas, creencias y tabúes, y al paso del tiempo también en ellos se reflejan las normas y valores que se plantean y se normalizan. Existen códigos que no se escriben, pero se comprenden y se repiten. Lo mismo sucede con las presiones internas y externas de los diferentes grupos, las rutinas en sus procesos de trabajo y las modalidades de comunicación y del ejercicio de la autoridad dentro del sistema, entre otros aspectos.

Hay veces que es vital redireccionar las estrategias, porque la cultura organizacional no lo es todo en sí misma, paralelo a su existencia, o quizá como parte de esta, se requiere de una planeación estratégica y que deriven de esta programas actuales en materia de nuevas tecnologías del cuidado de enfermería acordes a los estándares internacionales. Y en lo que respecta a las funciones de formación académica y educación continua, considerar la enseñanza centrada en la persona, para que desde su papel de estudiante o trabajador estos fortalezcan su formación integral, en escenarios y condiciones más humanas, donde aprendan a ser protagonistas de sus propios aprendizajes. Lo mismo hay que hacer en el ámbito de investigación, porque entonces tendremos mejores resultados que beneficiarán a la cultura organizacional, lo que posibilitará que incluso en las circunstancias más difíciles se cumpla con los objetivos y metas de las instituciones de salud. Para ello es indispensable que los integrantes de la organización conozcan los planteamientos y que tengan la claridad de lo que se espera de ellos, estimulando su participación, con estas acciones nos identificamos y generamos el sentido de identidad y pertenencia personal, profesional y laboral pertenencia.

No es fácil crear una cultura organizacional ideal, porque como se mencionó anteriormente se requiere del li-

derazgo de los directivos que desde su esquema mental les posibilita crear normas de conducta, lo que se puede y no se puede hacer, métodos de trabajo, relaciones funcionales y jerárquicas; es decir, muchas de estas pautas son generadas desde la subcultura del grupo directivo. Y a eso hay que agregar que como participantes de la organización tenemos todas construcciones sociales diferentes, valores y cosmovisión únicas que no siempre logran conjuntarse ni ser compartidos; aunque no se pretende cambiar la estructura personal de los trabajadores, más bien se requiere de un pleno entendimiento, voluntad y un proceso permanente de autoconocimiento y autorregulación personal y grupal.

Por eso, desde mi experiencia, atender, sentir y escuchar lo que dice la cultura organizacional de nuestros ámbitos laborales nos permitirá identificar áreas de oportunidad para la mejora continua que permitan trabajar hacia la calidad de los servicios de salud.

Aunque en este mundo complejo que vivimos siempre habrá turbulencias que amenacen el cumplimiento de nuestros ideales y tareas dentro del grupo laboral, los valores y motivaciones que hayamos construido durante nuestro propio proceso humano inmerso en la cultura organizacional nos permitirá enfrentarnos como organización a las crisis que amenazan su supervivencia, implementando transformaciones importantes en su estructura y en sus procesos.

Bajo esta línea es importante y necesario revisar nuestra cultura organizacional y en su momento divulgar y compartir resultados medibles en este órgano de difusión, pues desde su creación nuestra revista se concibió como un importante recurso científico, con amable y sólida exigencia para sus publicaciones, y que al paso de su madurez, se consolide como un espacio que permitiría verter y compartir las diversas posturas teóricas, filosóficas y también de crítica capaces de hacer crecer el liderazgo de nuestra profesión.

Por ello me honra enormemente dirigirme a ustedes, estimados lectores, sobre todo en estos momentos complicados, para compartirles mi especial interés en la importancia de la cultura organizacional y su relación con nuestra función en el cuidado de la vida humana dentro de los sistemas de salud.



Discriminación social y su relación con el afrontamiento y adaptación a la enfermedad del VIH

Social discrimination and its relationship with confrontation and adaptation to HIV disease

Marian A. Ramos-Pineda*, María G. González-Herrera, Diego A. Villaseñor-González, Juan A. Díaz-Bermejo y María de L. Castañeda-Guerrero

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes, México

Resumen

Objetivo: Determinar si la discriminación social se relaciona con el afrontamiento y adaptación de la persona que vive con VIH, en una clínica de VIH/SIDA, de Aguascalientes. **Metodología:** Estudio analítico, transversal y correlacional, muestra no probabilística por conveniencia de 119 pacientes que asisten por control a una clínica de VIH/SIDA, de julio a agosto del 2018. Se aplicaron los instrumentos llamados Escala de proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy y Escala de Discriminación Temida y Percibida para personas con VIH con fiabilidad de 0.70 y 0.89 por alfa de Cronbach, respectivamente. **Resultados:** El rango de edades es de 19 a 59 años, predominando el sexo masculino; el 63.8% de los individuos presentan una baja capacidad de afrontamiento y adaptación y el 42.8% presenta poca discriminación temida y percibida. **Conclusión:** Para las personas con VIH, el afrontamiento de la enfermedad no dependerá de la discriminación percibida en el ámbito donde se rodea. Por lo tanto, la discriminación y el afrontamiento, al no tener relación, no tendrán un impacto para el desarrollo social y psicológico de la persona.

Palabras clave: Discriminación. Relación. Afrontamiento. Adaptación. VIH.

Abstract

Objective: Determine if social discrimination is related to coping and adaptation of the person living with HIV in a clinic from Aguascalientes. **Methodology:** Analytical, transversal and correlational study, non-probabilistic sample for convenience of 119 patients attending for control in an HIV/AIDS clinic, from July to August 2018. The so-called Process Scale of Roy and The Dreaded and Perceived Discrimination Scale for people with HIV were applied, with 0.70 and 0.89 Cronbach alpha reliability, respectively. **Results:** The age range is 19 to 59 years predominating male sex. 63.8% of the individuals have a low capacity of confrontation and adaptation, and 42.8% present little discrimination theme and perceived. **Conclusions:** For people with HIV, coping with the disease will not depend on the perceived discrimination in the surrounding area. Therefore, discrimination and unrelated confrontation will not have an impact on the social and psychological development of the person.

Key words: Discrimination. Relationship. Confrontation. Adaptation. HIV.

Correspondencia:

*Marian A. Ramos-Pineda

E-mail: marian.ramos@outlook.com

Fecha de recepción: 05-07-2019

Fecha de aceptación: 21-10-2019

«Estamos en una carrera contra el tiempo, contra la ignorancia. Es una carrera contra la falsa moral y está relacionada con la aceptación y el amor de uno mismo. Se trata de reconstruirse como sujeto social todos los días, hacerle mentir a la genética, pues cada día es precioso y muy valioso para reforzar la estancia aquí en la Tierra.»

Testimonio de una vida con VIH

Introducción

La discriminación se conoce como la exclusión o restricción de factores biológicos, físicos y sociales que por efecto impide el reconocimiento de los derechos y oportunidades de las personas, así mismo se integran todos los procesos cognitivos y motores del afrontamiento que en conjunto con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) crean un vínculo de rechazo social¹.

Las acciones discriminatorias contra las personas que padecen la enfermedad del VIH son uno de los problemas presentados en México, además del desarrollo de una afectación directa a la salud pública y derechos humanos. Al comienzo de esta epidemia se generaron prejuicios e ideas que conllevan que la persona comience una lucha ante la sociedad, por la violación al derecho de protección a la salud y el inicio de una vida con discriminación².

Las prácticas y actitudes discriminatorias en contra de las personas que viven con el VIH o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), siguen siendo, desafortunadamente, muy comunes en nuestro país. Además de constituir un serio problema de salud pública, el VIH/SIDA es también un problema de derechos humanos. Desde el inicio de la epidemia, una serie de prejuicios e ideas falsas contribuyeron a la discriminación y a la violación al derecho a la protección de la salud de quienes padecen esta enfermedad.

La discriminación contra las personas que viven con VIH y quienes las rodean son consecuencia de la enfermedad, en el sentido de que es un obstáculo para el suministro de información sobre los riesgos de transmisión, que debería tener una base lo más amplia posible para impulsar la prevención; inhibe la personalización del riesgo del VIH por miedo a generar desconfianza o críticas, lo que reduce las posibilidades de negociar medidas preventivas, la predisposición de las personas a conocer su estado serológico y limita el recurso a la detección sistemática. Hace que las personas infectadas nieguen tener la enfermedad y reduce las probabilidades de que busquen tratamiento, lo que provoca que se desatiendan las necesidades específicas de las personas infectadas y fomenta que nieguen su condición, reduciendo las probabilidades de que busquen tratamiento³.

México, hasta el segundo trimestre del 2019, presentó 207,369 de las personas que viven con VIH o SIDA, las cuales enfrentan múltiples formas de discriminación: discriminación temida en diversas situaciones sociales, por

agentes familiares, en el trabajo y el vecindario, atención clínica, casa y momentos con la familia, consulta del expediente clínico y en el lugar de atención clínica. Las cuales se presentan desde las más inofensivas y difíciles de detectar, como lo son la utilización del lenguaje o bromas ofensivas y discriminatorias, hasta las más crueles y evidentes, como la negación de servicios de salud o la restricción de acceso a medicamentos necesarios para el cuidado de la salud^{4,5}.

Tras el diagnóstico de la enfermedad, el individuo cambia la forma como se ve a sí mismo y su vida comienza un proceso de adaptación y afrontamiento que dependerá de múltiples factores como edad, sexo, estatus social, apoyo, educación, creencias religiosas, patrones de personalidad, autoesquemas, equilibrio o control emocional y estilos de afrontamiento. Pueden derivar en problemas y/o trastornos agudos y graves como trastornos depresivos o de ansiedad, con ideas o no de suicidio, trastornos adaptativos, trastornos de identidad, síntomas de autorrechazo, culpabilidad, disminución de la autoestima y alteraciones en las relaciones sexuales afectivas⁶.

La pérdida de la salud, del empleo y de bienes materiales ocasiona graves trastornos en la persona. Sin embargo, para la persona resulta difícil poder establecer que algunas de estas variables, tanto en lo individual como en lo grupal y en lo comunitario⁷.

En 1970, Callista Roy desarrolló una teoría de mediano alcance sobre el proceso de afrontamiento y adaptación, derivada de su modelo conceptual, en la que describe las estrategias que utiliza la persona para responder a las influencias y cambios ambientales para crear una integración humana y ambiental. El proceso de afrontamiento se relaciona con la conciencia encargada de monitorizar y regular el comportamiento humano, por ello es fundamental en el proceso de adaptación a través de los canales cognitivo-emotivos, procesamiento-perceptual, por lo que con ellos la persona interpreta la situación y nos da la respuesta consciente para promover la adaptación^{8,9}.

Principalmente, el proceso de entrada es el estado de alerta y atención, en donde se procesa la información de forma automática o controlada, que dirige a los estímulos percibidos mediante la codificación y formación de conceptos, la memoria y el lenguaje; la principal habilidad del cerebro es almacenar la información, lo cual le permite correlacionar, analizar e interpretar las sensaciones para poder afrontar con base en ella, se formulan metas para cumplirlas.

La forma cómo enfrentamos el problema va a depender de factores recursivos y centrados como: reacciones físicas y enfocadas, proceso de alerta, procesamiento sistemático y conocer y relacionar (lo que permite identificar la capacidad, el estilo y las estrategias que utiliza una persona para controlar la situación y promover su adaptación). Es importante señalar que las diferencias culturales pueden

ser un factor decisivo en las diferentes formas de afrontar una situación. Al mismo tiempo, desde la perspectiva de enfermería, la adaptación se define como el ajuste que realiza el organismo a los cambios ambientales^{10,11}.

Se cree que el proceso de afrontamiento a su enfermedad se verá limitado por la discriminación en los diferentes ámbitos donde se desenvuelven: personal, familiar, social, laboral y espiritual.

En este sentido, se ha observado que la discriminación se lleva desde las mismas instituciones de salud especializadas en la atención al paciente con VIH, en donde el personal de la salud carece de conocimiento de la enfermedad, modos de transmisión, habilidades en la atención y precaución para la disminución de riesgos, así mismo, la ausencia del trato humanista y el reconocimiento del paciente como un ser holístico; por lo que obstaculizan el cuidado integral, sustentado en marcos normativos y éticos. Como consecuencia, también pueda generar que las personas que viven con VIH no tengan un proceso deseado de afrontamiento y por lo tanto, de adaptación a su enfermedad. Esto conlleva consecuencias como la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, disminución del autocuidado, aumento de la propagación de la enfermedad y prácticas sexuales inseguras, así como consecuencias emocionales desfavorables¹².

Por lo que la presente investigación pretende determinar si la discriminación social se relaciona con el afrontamiento y adaptación de la persona que vive con VIH en una clínica de VIH/SIDA, en Aguascalientes. Con los resultados se espera que el personal de salud comprenda que el paciente está en un estado de vulnerabilidad y que en ocasiones su única red de apoyo es el personal de salud. Pero también que la discriminación que perciba determinará la manera de afrontar y adaptarse a la enfermedad.

Métodos

Estudio analítico, transversal y correlacional. El universo lo conformaron personas con VIH que asisten por control en una clínica de VIH/SIDA, de julio a agosto del 2018 en el Estado de Aguascalientes. Los sujetos seleccionados reunieron los criterios de inclusión: sexo indistinto, mayores de 18 años, que se encontraban en la clínica al momento de la encuesta y aceptaron participar; se excluyeron 21 sujetos que no desearon participar y se eliminaron 10 sujetos de investigación por cuestionarios incompletos. La muestra fue de tipo no probabilístico, por conveniencia integrada por 119 personas con VIH.

El estudio se inició tras su autorización por la Academia de Investigación del Departamento de Enfermería de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, que otorgó la aprobación bajo el código AIE-32-18. La investigación se considera de riesgo mínimo, donde se protege la privacidad de

la población de estudio y el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones. Para que un sujeto participase en el estudio, se obtuvo el consentimiento informado previamente con su autorización.

Se utilizaron dos instrumentos: la Escala de proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy y la Escala de Discriminación Temida y Percibida para mujeres que viven con VIH:

- La Escala de proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy mide la capacidad de afrontamiento y adaptación de los individuos en condiciones de salud y enfermedad, con una fiabilidad de 0.70 por alfa de Cronbach. La escala está conformada por 47 ítems agrupados en cinco factores: factor 1, recursivo y centrado; factor 2, reacciones físicas y enfocadas; factor 3, proceso de alerta; factor 4, procesamiento sistemático, y factor 5, conocer y relacionar. La respuesta con una calificación tipo Likert de cuatro puntos, que varía desde 1 (nunca) hasta 4 (siempre); cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil. Puntuación en el rango de 47 a 188 para cada uno de los factores y el total de la escala; operacionaliza la baja capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación con una puntuación de 47 a 117, y alta capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación con una puntuación de entre 118 y 188, a su vez, para cada uno de los factores, como se presenta en la tabla 1¹⁰.
- La Escala de Discriminación Temida y Percibida para mujeres que viven con VIH, de Moral y Segovia (2013), es aplicable en hombres. Está integrada por 40 ítems tipo Likert con un rango de respuesta de 1 (nada) a 5 (totalmente) y tiene una fiabilidad de 0.89 por alfa de Cronbach. La puntuación total de discriminación se obtiene por la suma simple de los ítems. El instrumento se divide en siete factores de discriminación: DT, discriminación temida en diversas situaciones sociales; AMF, percepción de la discriminación por agentes familiares; PTV, percepción de discriminación percibida en el trabajo y el vecindario; PMC, percepción de modos de discriminación en la atención clínica; LTF, percepción de discriminación en casa y momentos con la familia; PEC, discriminación percibida ante la consulta del expediente clínico por personal administrativo y auxiliar, y PLC, percepción de discriminación en el lugar de atención clínica¹³.

Resultados

Participaron 119 personas con VIH, un 87.4% hombres y un 12.6% mujeres; la edad más alta fue de 59 años y la mínima de 19 años, con un promedio de edad de 32 años. Respecto a la religión, el 67.2% profesa el catolicismo. El 36.1% vive con sus padres, el 22.7% solo y el 11.8% con amigos.

Tabla 1. Categorización de la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación

Estrategias de afrontamiento	Puntuación	Categorías de la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación	
		Baja capacidad	Alta capacidad
Rekursivo y centrado Factor 1	11-44	11-27	28-44
Físico y enfocado Factor 2	13-52	13-32	33-52
Proceso de alerta Factor 3	9-36	9-22	23-36
Procesamiento sistemático Factor 4	6-24	6-18	19-24
Conociendo y relacionando Factor 5	8-32	8-24	25-32
Escala total	47-188	47-117	118-188

Adaptada de Gutiérrez López, et al., 2007¹⁰.

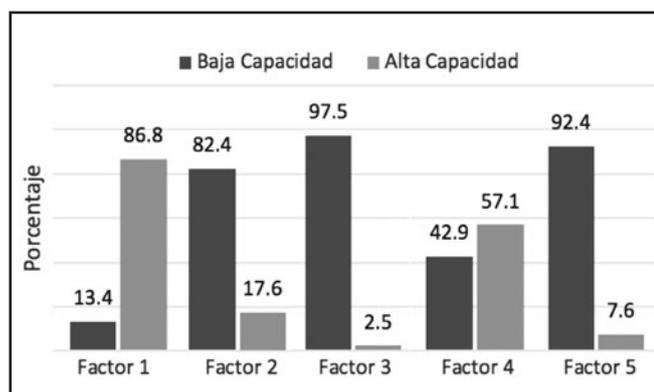


Figura 1. Adaptación y afrontamiento usuarios de clínica de VIH/SIDA, Aguascalientes 2018 (n=119).

Respecto a la ocupación de las personas encuestadas con VIH, en el 60.5% su ocupación correspondía a empleado, el 16% a comerciante, el 15.1% a obrero, el 6.7% a estudiante y el 1.7% al hogar.

De acuerdo a su estado civil, se encontró que el 71.4% de personas con VIH correspondió a soltero, el 12.6% casado y el 8.4% en unión libre, el 5% divorciado y el 2.5% viudo.

Adaptación y afrontamiento (Fig. 1)

El 86.8% de las personas con VIH mostró una alta capacidad en el factor 1 de afrontamiento recursivo y centrado al reflejar los comportamientos personales y los recursos, se concentra en la expansión del nivel de entrada del sistema cognitivo de la información; considerando actitudes con respecto a la solución de problemas como es ser creativo y buscar resultados.

El 82.4% del factor 2 mostró una baja capacidad de afrontamiento para el manejo de situaciones, el 97.5% del factor 3 cuenta con una baja capacidad de afrontamiento, haciendo referencias a aspectos físicos, funcionales, de salud y estado de enfermedad, compuesto por las sensaciones corporales y la imagen corporal. El 57.1% cuenta con una alta capacidad de afrontamiento, el cual describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente; el 92.4% del factor 5 cuenta con una baja capacidad de afrontamiento para recurrir a sí mismo y a otras personas.

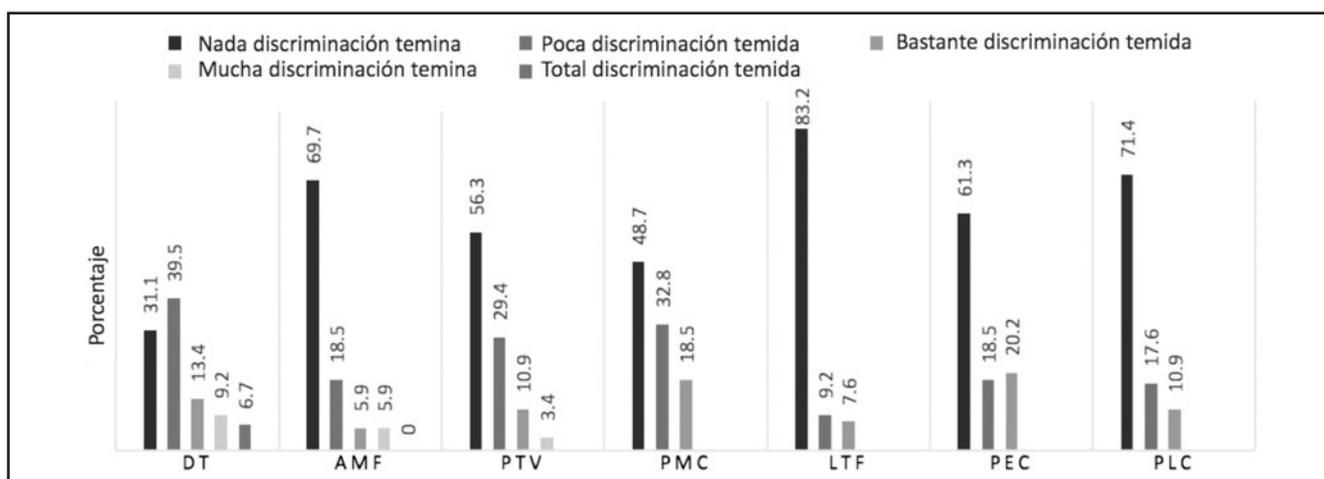
Tipos de discriminación con relación al agente discriminatorio (Fig. 2)

De acuerdo con los resultados obtenidos, el 39.5% de los pacientes con VIH tienen una percepción de poca discriminación temida (DT), el 69.7% percibe nada de discriminación por agentes familiares (AMF), mientras que el 29.4% percibió poca discriminación en el trabajo (PTV), con actos de separación o exclusión. El 18.5% percibió bastante discriminación en la atención clínica (PMC), el 83.2% expresó tener nada percepción de discriminación en casa y momentos con la familia (LFT) mientras que el 20.2% percibió bastante discriminación ante la consulta del expediente clínico (PEC), así como el 10.9% expresó percibir bastante discriminación en el lugar de atención clínica (PLC).

En la tabla 2 se observa el afrontamiento presentado por las personas con VIH y la discriminación percibida, la cual mostró una correlación muy baja, con un valor de 0.052 y un nivel de significancia de 0.575. Esta correlación demuestra que no se relaciona la discriminación social con el pro-

Tabla 2. Correlación del afrontamiento y adaptación y su relación con la discriminación en personas con VIH (usuarios [clínica de VIH/SIDA], Aguascalientes)

		Afrontamiento		Discriminación	
Rho de Spearman	Afrontamiento	Coeficiente de correlación	1.000	0.052	
		Sig. (bilateral)		0.575	
		N	119	119	
	Discriminación	Coeficiente de correlación	0.052	1.000	
		Sig. (bilateral)	0.575		
		N	119	119	

**Figura 2.** Tipos de discriminación en relación con el agente discriminatorio (usuarios [clínica de VIH/SIDA], Aguascalientes). DT: discriminación temida en diversas situaciones sociales; AMF: percepción de la discriminación por agentes familiares; PTV: percepción de discriminación percibida en el trabajo y el vecindario; PMC: percepción de modos de discriminación en la atención clínica; LTF: percepción de discriminación en casa y momentos con la familia; PEC: discriminación percibida ante la consulta del expediente clínico por personal administrativo y auxiliar; PLC: percepción de discriminación en el lugar de atención clínica.

ceso de afrontamiento y adaptación a la enfermedad de VIH (estadísticamente significativo; $n = 119$; $p = 0.52$; $\alpha = 0.575$).

Discusión y conclusiones

Se encontró que los usuarios con VIH perciben poca discriminación temida y nada de discriminación por agentes familiares, sin embargo se presenta bastante discriminación ante la atención a la salud y la consulta del expediente clínico por lo que los usuarios refieren que perciben un trato diferente. Por lo observado, se coincide con Moral, et al. (2011), quienes indican que las usuarias son discriminadas con más frecuencia con relación a los servicios de salud donde se revela o está registrada su condición, lo cual confirma los datos publicados sobre percepción de discriminación en la atención sanitaria por la condición de ser mujer seropositiva. En consecuencia, impactará de una manera negativa al usuario, ya que potencialmente se ausentará de su atención médica, considerando grandes obstáculos para la prevención de nuevas infecciones y para el

suministro de asistencia, apoyo y tratamientos adecuados, lo que causará daño emocional y de salud, ya que no se tendrá acceso al tratamiento y valoración continua. Así mismo, disminuirá su pronóstico de vida a largo plazo¹³.

El 86.8% de las personas mostró alta capacidad de afrontamiento; esto refleja los comportamientos personales y los recursos, se concentra en la expansión del nivel de entrada del sistema cognitivo de la información, considerando actitudes con respecto a la solución de problemas como es ser creativo y buscar resultados, para aislar la discriminación que pueda afectar en su vida cotidiana, coincidiendo con Gaviria, et al. (2009)¹⁴. Se muestra que los pacientes con VIH/SIDA tienen un alto uso de estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo (focalizadas en el problema), de búsqueda de apoyo en la religión y profesionales de la salud.

Mediante este modelo teórico de adaptación de Callista Roy, el afrontamiento y la adaptación son fenómenos dinámicos en los cuales se realizan procesos de integración entre el individuo y el entorno, que generan estilos y estrategias para afrontar una situación; las estrategias foca-

lizadas en la cognición como búsqueda de alternativas, refrenar afrontamiento, reevaluación positiva e incluso la religión y búsqueda de apoyo profesional, que son fundamentales para encontrar soluciones cognitivas ante los síntomas físicos y reacciones emociones, tuvieron más relevancia en los pacientes con VIH/SIDA que las estrategias focalizadas en la emoción¹⁵. Para el afrontamiento de su enfermedad y cómo impacta en su vida cotidiana, así mismo, crear acciones para concienciar a los prestadores de salud que forman parte de brindar cuidado, tratamiento y proporcionar cuidados individualizados, es importante conocer los diferentes modelos teóricos que sustentan la práctica de enfermería, como también saber la percepción de bienestar que tiene el individuo acerca de su propia salud física, psicológica y social, de manera que los cuidados de enfermería tengan una base en los modelos teóricos y los aspectos éticos; todo ello permitirá ofrecer una atención integral, completa, equitativa, respetuosa, sin que sean víctimas de la discriminación y estigmatización por parte del personal de salud¹⁶.

Estamos obligados a crear programas de conciencia para el prestador de salud que esté directamente involucrado en el tratamiento médico farmacéutico de estas personas, con el objeto de obtener la información necesaria para formular las propuestas de acciones y medidas para combatir los actos de discriminación y las violaciones de derechos humanos del paciente, como eliminar los prejuicios erróneos de la población externa a los servicios de salud que tienen desconocimiento de la enfermedad, los mitos de modos de transmisión de VIH, los prejuicios, la falta de tratamiento y los miedos sociales en torno a la sexualidad¹⁷.

Al inicio de la presente investigación se creía que a las personas con la enfermedad del VIH se las discriminaba en los diferentes ámbitos sociales y que esto las afectaba de tal manera que su afrontamiento iba a depender directamente de la discriminación percibida. Sin embargo, no se puede hacer una generalización en las personas con este tipo de enfermedad. Se limita al total de muestras del estudio y a que cada persona afrontará y hará cambios de adaptación dependiendo de los factores sociodemográficos y culturales para cada uno de ellos. De tal manera, se concluye que el paciente con VIH, si no percibe ninguna discriminación o al menos no le afecta directamente, podrá afrontar la enfermedad como un ser holístico, por lo que ninguna de las variables se relacionan y no determinan el proceso de afrontamiento y adaptación.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial o sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010. Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 21 de julio de 2000 [consultado el 5 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/NOM-010-SSA2-2010.pdf>
2. SEGOB. Que es la discriminación [Internet] [Fecha actualización 2018 15 Agosto 2018; Fecha consulta 19 Septiembre 2018]. Disponible en: https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=65&id_opcion=110&op=110
3. ONUSIDA Hacer frente a la discriminación — Superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en centros de atención de la salud y más allá [Internet]. Un-aids.org. 2017 [Consulta 18 Septiembre 2018]. Disponible en : <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2017/confronting-discrimination>
4. Detengamos Juntos el VIH. Detener el estigma del VIH [Internet]. EE.UU.: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2018 [consultado el 6 de septiembre de 2018]. Disponible en : <https://www.cdc.gov/actagainstaids/spanish/campaigns/together/vih-estigma-datos/index.html>
5. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [Internet]. México; 2019 Epidemiología / Registro Nacional de Casos de VIH y sida [Consultado 30 Junio 2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>
6. INFOCOP: Efectos Psicológicos de las Personas Afectadas por Vih-Sida. [Internet]. General de la Psicología de España líneas de actuación: ISSN 1886-1385 ©Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1651
7. Candela Iglesias M, Chiesa. 30 años del VIH/SIDA [internet], México. Cieni, 2011 [consultado 29 Agosto 2019]. disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/30anosdelvihsida.pdf>
8. Alonso A. Definición de la semana: Afrontamiento [Internet]. Psyciencia [fecha de publicación: 7 de octubre de 2014]. Disponible en: <https://www.psyciencia.com/definicion-de-la-semana-afrontamiento/>
9. Raile Alligood M, Mannier-Toney A. Modelos y teorías en enfermería. 7.ª edición. España: Elsevier; 2011. pp. 335-365.
10. Gutiérrez López C, Vellozo Gómez, Moreno Fergusson ME, Durán de Villalobos MM, López de Mesa C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. Aquichan. 2007;7(1):54-63.
11. Carrolles J, Remor E, Rodríguez Alzamora L. Afrontamiento, apoyo social percibido y estrés emocional en pacientes con infección por VIH. Psicothema. 2003;15(3):420-6.
12. Achucarro S. Calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA y atención integral de enfermería. Rev Inst Med Trop. 2010;5(1):20-34.
13. Moral J, Segovia MP. Discriminación en mujeres que viven con VIH/SIDA. Rev Iberoam Psicol Salud. 2011;2(2):185-206.
14. Gaviria Milena A, Japcy M, Vinaccia S, Martínez Ojalvo L. Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/SIDA. Ter Psicol. 2009; 27(1):5-13.
15. Vargas Mendoza J, Cervantes Ramírez E, Aguilar Morales M, Everardo J. Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. Psicol Salud. 2009;19(2):215-21.
16. Tamayo Zuluaga B et al. Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín. Revista Ciencias de la Salud, [S.l.], v. 13, n. 01, p. 9-23, feb. 2015. ISSN 2145-4507. [Fecha de consulta: 18 Agosto 2019] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12804/revsalud13.01.2015.01>.
17. Bermudez Roman V, Bran Piedrahita L, Palacios Moya L y Posada Zapata I. Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. Salud pública México [En línea]. 2015, vol.57, n.3, pp.252-259. ISSN 0036-3634.



Experiencias de comprensión del cuidado espiritual en estudiantes de la licenciatura de enfermería

Experiences of understanding spiritual care in nursing undergraduate students

Yadira E. Loredó-Cortez^{1*}, Leticia G. Martínez-Téllez² y Ramiro Altamira-Camacho³

¹Servicio social de Enfermería, Centenario Hospital Miguel Hidalgo; ²Servicio social de Enfermería, Hospital General de Zona Número 3, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); ³Departamento de Enfermería, Universidad Autónoma de Aguascalientes. Aguascalientes, México

Resumen

Introducción: El cuidado enfermero tiene una implicación más compleja que el fundamentar científicamente lo clínico asistencial desde la perspectiva profesionalizada. La importancia de la atención de la dimensión espiritual es indiscutible en el cuidado holístico. **Objetivo:** Comprender el significado que tiene el cuidado espiritual para los estudiantes de enfermería. **Métodos:** Estudio con enfoque cualitativo, diseño descriptivo y método fenomenológico, en el que se aplicó una guía de entrevista semiestructurada a estudiantes de enfermería, en las instalaciones de la Universidad. La técnica para la selección de los participantes fue por medio de la bola de nieve, la muestra finalmente se conformó por cinco estudiantes por saturación teórica de datos con un muestreo intencionado. El análisis de las entrevistas se realizó bajo el método artesanal. **Resultados:** Existe falta de claridad acerca del significado de cuidado espiritual, sin embargo, se demostró que para los estudiantes el acompañamiento, el manejo de las emociones y la práctica de valores son posibles acciones de este cuidado. **Conclusión:** Es evidente la falta de comprensión del fenómeno, ya que la necesidad de prestar importancia a la humanización del cuidado existe. El cuidado espiritual debe ser enseñado durante la formación académica para mejorar la práctica de enfermería.

Palabras clave: Fenomenología. Espiritualidad. Atención de enfermería.

Abstract

Introduction: Nursing care has a more complex implication than scientifically substantiating the clinical care from a professionalized perspective. The importance of attention to the spiritual dimension is indisputable in holistic care. **Objective:** Understanding the meaning of spiritual care for nursing students. **Methods:** Qualitative study, descriptive design and phenomenological method, in which a semi-structured interview was applied to nursing students, the scenario was the University facilities, the technique for selecting the participants was through the snowball, the sample eventually consisted of 5 students by theoretical saturation of data with an intentional sampling. The analysis of the interviews was carried out under the artisanal method. **Results:** There is a lack of clarity about the meaning of spiritual care, however, it was shown that for students the accompaniment, management of emotions and the practice of values are possible actions of this care. **Conclusion:** The lack of understanding of the phenomenon is evident, since the need to give importance to the humanization of care exists. Spiritual care should be taught during education to improve nursing practice.

Key words: Phenomenology. Spirituality. Nursing care.

Correspondencia:

*Yadira E. Loredó-Cortez

E-mail: yadiraloredoc@gmail.com

Fecha de recepción: 18-06-2019

Fecha de aceptación: 04-10-2019

Cómo citar este artículo: Loredó-Cortez YE, Martínez-Téllez LG, Altamira-Camacho R. Experiencias de comprensión del cuidado espiritual en estudiantes de la licenciatura de enfermería. Rev Mex Enf. 2020;8:53-9.

2339-7284 / © 2019 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permaner. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El cuidado enfermero es más complejo de lo que se cree y debe separar lo clínico de lo asistencial o técnico-práctico desde la perspectiva profesional. El atender la dimensión espiritual es algo innegable para el cuidado holístico de los pacientes¹. La palabra espiritual surgió del latín *spiritus*, que significa «soplar» o «respirar» y ha llegado a referirse a aquello que da vida o esencia al ser humano². Callista Roy, en su teoría de la adaptación, identifica claramente la dimensión espiritual de la persona como parte del yo personal, uno de los elementos que conforman el autoconcepto³.

Reig-Ferrer, Fernández-Pascual, Santos-Ruiz y Arredondo-González, entre otros más, nos refieren que la Organización Mundial de la Salud plantea que lo «espiritual hace referencia a aquellos aspectos de la vida humana que tienen relación con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales». Y que además, no es lo mismo que «religioso», aunque para muchas personas la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso⁴. Visto de esta forma, la posibilidad de brindar un cuidado espiritual se ve truncado al ver que en muchas ocasiones es confundido con la religión.

Sánchez afirma que el término de «espiritualidad» se utiliza en repetidas ocasiones como sinónimo de religión, sin embargo, tiene un sentido mucho más amplio y complejo que esta y agrupa las ideas filosóficas acerca de la vida, su significado y su propósito. «Lo espiritual no es exclusivo de los creyentes, sino una dimensión dentro de cada persona»¹.

Watson plantea algunas afirmaciones en relación con el cuidado transpersonal, una de las cuales tiene que ver con la conexión espiritual que la enfermera hace con el paciente, lo cual se pone de manifiesto por medio de la comunicación no verbal, como los gestos, el tacto, las caricias, las expresiones faciales, además de expresiones verbales de apoyo, como dar información⁵.

Actualmente, los estudiantes de enfermería mecanizan cada acto de la disciplina, cada intervención, gracias al apoyo de la técnica y esta a su vez, de la tecnología, separando de enfermería su propio núcleo o «foco» de conocimiento, con relación al objeto y al sujeto de estudio, «el cuidado de enfermería y el ser humano respectivamente». Olvidando que cuando el ser humano enferma, además de los dolores del cuerpo, sufre de los que se pueden llamar «dolores del alma»: soledad, miedo, tristeza, temores y angustias⁵.

De acuerdo con un estudio realizado respecto a la percepción de los estudiantes de enfermería sobre la necesidad de ayuda espiritual, existe un porcentaje significativo de los estudiantes que tienen una percepción de indiferencia sobre la necesidad de ayuda espiritual a los pacientes hospitalizados, debido a que se les resta importancia a ac-

ciones espirituales como dar amor y esperanza a los demás; siendo estas importantes para el crecimiento espiritual⁶.

Según el estudio realizado a estudiantes de cuarto de año de enfermería, se demostró que las estrategias de cuidado espiritual que utilizan los estudiantes de enfermería son: demostrar amabilidad, preocupación y alegría para ofrecer cuidado, escuchar, permitirles tiempo a los pacientes para discutir y explorar sus miedos, ansiedades y problemas². Como punto clave para brindar este cuidado cabe mencionar que Higuero y Prieto refieren que en un estudio realizado por Velázquez se observó que las enfermeras que han sufrido situaciones de dolor y muerte (experiencias previas) adquieren una sensibilidad para brindar un cuidado espiritual más cercano y cálido^{7,8}.

En nuestro entorno, la atención espiritual puede atribuirse a la valoración de la esfera emocional, las expresiones espirituales como el amor, la esperanza y la compasión constituyen el enfoque más básico y universal de la atención espiritual y pueden integrarse en todos los aspectos del cuidado de enfermería, mismo que resulta difícil su evaluación y abordaje desde el paradigma científico enfermero⁵. Es por ello que aún no es posible definir qué se entiende por «brindar un cuidado espiritual», sin embargo, para fines de la investigación se hizo referencia al «acompañamiento espiritual» mediante la comunicación, la escucha activa, la música ambiental y la colaboración con otros profesionales de la salud⁹.

En vista de los datos recabados, el objetivo de esta investigación fue describir las experiencias de comprensión que tienen los estudiantes de enfermería acerca del cuidado espiritual, debido a que diversos estudios insisten en la importancia de explorar y cultivar la propia espiritualidad de enfermería como paso previo e imprescindible para una futura competencia profesional de calidad, mismos que demuestran que las intervenciones que se realizan con énfasis en la espiritualidad causan una sensación de bienestar no solo para los pacientes, sino también para las enfermeras y enfermeros⁴.

De igual manera, existen pocas experiencias pedagógicas formativas cuyo objetivo sea explorar la espiritualidad del estudiante de enfermería y que vayan dirigidas a una repercusión efectiva en su desarrollo profesional posterior: la identificación y atención a las necesidades y demandas espirituales del paciente⁴.

Material y métodos

Enfoque del método

Cualitativo, dado que se explora un fenómeno de implicaciones disciplinarias desde su perspectiva epistemológica y ontológica, la experiencia del conocimiento, en este sentido el conocimiento del cuidado espiritual. De igual manera, el

camino que se toma para indagar el fenómeno, sus técnicas de recolección de los datos y la naturaleza que permite interactuar en la subjetividad de quienes participan en el estudio.

Paradigma metodológico

Fenomenología descriptiva (Husserl), debido a que con este diseño solo se busca ir a «las cosas mismas», es decir, se busca ir al fenómeno del conocimiento, más específicamente, sobre lo que los estudiantes conocen respecto a la espiritualidad. Se pretende explorar cómo han apprehendido la noción de espiritualidad^{10,11}.

Población de estudio

La población estuvo conformada por cinco estudiantes de 8.º semestre de licenciatura en enfermería de la Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA).

Participantes

El estudio fue desarrollado con la participación de estudiantes de los últimos semestres de la licenciatura en enfermería; resultaron dos hombres y tres mujeres de edades entre los 20 y 22 años.

Muestreo

La selección de los participantes se hizo mediante un muestreo emergente, mayormente conocido como «bola de nieve», el cual consiste en que el investigador le pide ayuda al primer participante para identificar a otras personas que tengan un rasgo de interés similar. Luego, el investigador observa a los sujetos designados y sigue de la misma manera hasta obtener el número suficiente de sujetos, llegando a la saturación teórica de datos.

Escenario de estudio

El estudio se llevó a cabo en la UAA Campus Central, siendo realizadas las entrevistas en las aulas y biblioteca de esta. Se contó con un espacio accesible, cómodo y limpio, teniendo, por ende, un clima sereno y de confianza, ya que esto permitió la mayor concentración del participante en las preguntas.

Caracterización de los participantes para su estudio

Los participantes debieron cumplir primordialmente con los siguientes criterios de inclusión:

- Ser estudiantes de 8.º semestre de la licenciatura en enfermería de la UAA.

- Aceptar participar en la investigación, con la firma de un consentimiento informado.
- Los que decidieran dejar la investigación, podrían hacerlo en el momento que así lo requirieran; sin embargo, sus aportaciones se considerarían en el trabajo de investigación, a menos que el participante no lo deseara.
- Respecto a los criterios de no inclusión se consideró lo siguiente:
- Estudiantes que por sus características personales y académicas fueron propuestos por otros participantes, pero no quisieron participar.

Plan de recolección y análisis de los datos

Para la implantación del estudio se realizó el trámite administrativo mediante un oficio dirigido al Comité de investigación del Departamento de Enfermería de la UAA, a fin de obtener la autorización. Una vez obtenida, se dio inicio a la recolección de los datos. Se seleccionó a los estudiantes mediante un muestreo emergente, se llevó a cabo la aplicación del instrumento al primer participante, previo consentimiento informado. De igual manera se hizo uso de una guía de observación para detectar y asimilar información o tomar registro de determinados hechos, por lo que es un documento que permitió encauzar la acción de observar el fenómeno.

Al finalizar la entrevista, se le pidió invitar a un compañero el cual creyera que respondería sinceramente a las preguntas del estudio. Las entrevistas tuvieron una duración de 50 a 60 minutos y fueron grabadas y transcritas en su totalidad. Se continuó con la aplicación de cada una de ellas hasta lograr la saturación de los datos. Para mantener el anonimato de los participantes se les asignó nombres de planetas, mismo que fue notificado.

El análisis de las entrevistas fue realizado mediante el método de Giorgi¹⁶, posteriormente y en profundidad con la reducción fenomenológica referida por Edmund Husserl¹⁶. Este análisis se caracterizó por el desarrollo de temas y subtemas. En un primer paso se realizó la identificación de unidades de significado de los textos transcritos. De esos mismos surgieron numerosas unidades de significado; se realizó un agrupamiento de las unidades por significados comunes, formando grupos de significado. En esos momentos, el listado previo de unidades de significado disminuyó considerablemente. Y desde estos grupos se interpretaron e identificaron los temas que muestran cuáles son las experiencias de comprensión del cuidado espiritual en estudiantes.

Criterios de calidad

Se cotejaron los datos de cada entrevista y se validaron con el siguiente participante con la finalidad de lograr el criterio de credibilidad. Se hizo un registro y documenta-

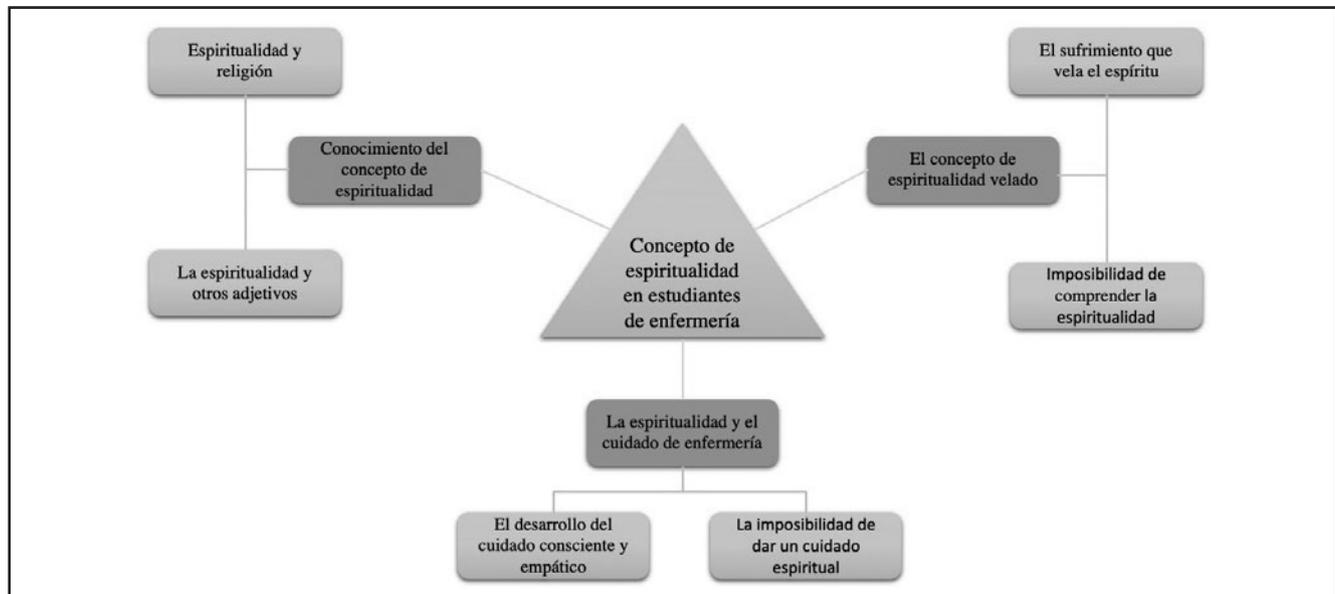


Figura 1. Diagrama del concepto de espiritualidad en estudiantes de enfermería, con sus categorías centrales y sus unidades de significado.

ción completo de las decisiones e ideas que los investigadores tuvieron durante el desarrollo del estudio, lo que permitió que otro investigador examinara los datos y pudiera llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original^{12,13}.

Además, se emplearon métodos de triangulación entre la congruencia de la pregunta, el método empleado y el análisis de la información. Esta investigación contó con la verificación de participantes e investigadores externos y la aprobación por un comité ético^{14,15}. De modo que los estudiantes que intervinieron en el estudio fueron informados de forma sencilla y clara sobre los objetivos de la investigación, asegurándoles que su nombre sería considerado en el anonimato.

Además, se hace mención de la ley general de Salud en materia de investigación en el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos de acuerdo con el capítulo I, de la entrega de un consentimiento informado¹⁶. Por lo que esta investigación se considera sin riesgo, ya que no se realizó alguna intervención que modificara variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes, solo se realizó la aplicación del instrumento de investigación.

Resultados (Fig. 1)

Categoría 1. Conocimiento del concepto de espiritualidad

- 1.^a unidad de significado. Espiritualidad y religión.
 - Mercurio. «En la religión encuentras esa parte espiritual. Aunque no es el único lugar en donde puedes encontrarla, pero muchas veces tenemos

como la idea que es cómo lo mismo y en este proceso de cambio de religión que tuve, me di cuenta de que no tiene nada que ver. Son conceptos totalmente diferentes».

- Venus. «La espiritualidad es algo religioso, estaba basada en la religión y a cómo tratar a la persona para darle esa tranquilidad o sea, hacer que se sintiera segura. Creo que es algo que las personas optamos o adoptamos a nosotros para poder sentirnos tranquilos».
 - Marte. «Pues sería mmm...la relación que uno mismo tiene con Dios. Lo relaciono con mi religión, que es la católica, y pues también la relaciono con algunos retiros que tenemos o algo, porque eso nos ayuda, yo pienso que, a ser mejor persona, y eso nos ayuda a fin de cuentas a estar bien con uno mismo y con los demás.»
 - Júpiter. «Es esa relación que tiene uno mismo con Dios. Va encaminado hacia la religión que sea, la puede tener cualquier persona siendo cristiano, católico, etc.».
 - Neptuno. «Todo el tiempo la he escuchado en la iglesia, o sea, siempre la he relacionado totalmente con Dios, esa conexión que tengo con Dios y con las personas».
- 2.^a unidad de significado. La espiritualidad y otros adjetivos.
- Mercurio. «Que la espiritualidad no se puede medir. Es todo aquello que de alguna manera nos acerca a la introspección. No sé, a mí se me hace como poquito inefable siento que es como... ammm...como tal, una experiencia. Esa experiencia de vida que hay como entre tú y lo que crees».

- Venus. «Es esa tranquilidad que tiene una persona, en la que se encuentra en paz consigo mismo, o sea, en donde puede afrontar todo aquello que está pasando o que está viviendo».
- Marte. «Sería tal vez el sentimiento que tienes al ver a alguien, el cómo tratas a las personas, mmm...sí, los sentimientos, emociones y la gente».
- Júpiter. «Yo creo que es algo que las personas optamos o adoptamos a nosotros a poder sentirnos tranquilos. De igual manera, si una persona no es religiosa, con los valores que se le inculcan, puede tener aun así aunque no sienta ese vínculo con Dios».
- Neptuno. «Nuestra esencia, o siento que está como en cada persona, o sea, que es parte de nosotros es decir, que no somos solamente un cuerpo, somos un espíritu, que es como, no sé, como el alma que nos hace, pues hacer las cosas buenas o malas, relacionadas con los demás».
- Venus. «Casi no hablo de mis emociones, ya que me recuerda mucho a una persona... Tuve una experiencia difícil con mi familia y por esta razón me aleja de los pacientes, de no querer relacionarme tanto con los pacientes. Pero es por ese miedo de volver a vivir esa experiencia. Hasta la fecha me marcó para siempre».
- Marte... «Relaciono la espiritualidad con la lástima, porque es cuando reflexionamos sobre lo que vivimos, sobre lo que hacemos. También lo relaciono mucho con el amor, con lo que sentimos cada persona, así como los pensamientos.»
- Júpiter... «Sacar a las personas de mi vida que de alguna manera no te ayudan, que son tóxicas, prefiero perder el contacto con ellas.»

Categoría 3. La espiritualidad y el cuidado de enfermería

Categoría 2. El concepto de espiritualidad velado

- 1.^a unidad de significado. Imposibilidad de comprender la espiritualidad.
 - Mercurio. «Me cuesta trabajo hablarlo... Es que, no sé cómo explicarlo... quisiera que fuera más explícitamente, no sé. Es que, como que ni siquiera se podría definir con palabras...».
 - Venus. «Por cosas que se viven en el pasado no sabemos cómo relacionarla o a lo mejor porque estamos alejados de lo que realmente es espiritualidad o no conocemos bien el significado. Yo en lo particular, no sé cómo vivir ese proceso de espiritualidad...».
 - Marte. «Más bien no, no entendería bien espiritualidad en sí. Cómo sé que ya tuve una experiencia espiritual, si no sé cuál es la definición...».
 - Júpiter. «No sé qué más contestarle o sea, algo que... mmm... no sé cómo explicarle, es muy difícil».
 - Neptuno. «No, es que no sé... pues sí se me dificulta, porque no me había puesto a pensar, pero pues, tengo muchas ideologías que la vivo, como la vivo siempre, siento que... bueno, ideas que tengo yo, de que todo pasa por algo, o sea, eso lo relaciono si algo tiene que pasar».
- 2.^a unidad de significado. El sufrimiento que vela el espíritu.
 - Mercurio. «Me he tenido que acercar a muchas religiones para a lo mejor encontrar ese lado espiritual porque en cada religión se encuentra esa parte espiritual. En este proceso me di cuenta de lo interesante que es conocer sobre otras religiones y vi que los conceptos de espiritualidad son totalmente diferentes a cómo le vas encontrando ese lado espiritual».
 - 1.^a unidad de significado. El desarrollo del cuidado consciente y empático.
 - Mercurio. «Conforme vamos experimentando esa amabilidad o ese servicio que realmente se da, como por hacerle un bien a alguien con ese tipo de conexiones... También con estar escuchando a los pacientes, el estar ahí con ellos y darle un mejor cuidado para que él se sienta cómodo, o sea, querido y no despreciado por los de enfermería».
 - Venus. «O sea, no nada más es la técnica, sino entablar una relación con la persona para que no desconfíe de ti... debemos saber escuchar a las personas de cómo se sienten, lo que piensan en ese momento, para de esa manera tratar de darle algo de tranquilidad».
 - Marte. «Creo que es brindar el cuidado de forma amable donde hagamos un rato felices a las personas que están a mi alrededor, hacerlas sentir bien, acompañarlas de alguna manera, el estar con él y pues que también de alguna forma lo relaciono con los valores que tenemos como persona».
 - Júpiter. «Si voy ayudar a alguien, va a ser por el bien de alguien y de buena forma, sin dañarle, o con que yo conviva con ellos. No voy a tratar de herirlos siendo mala persona, guiándome por lo que Dios dice en los mandamientos. De igual manera creo que se debe dar con ciertos valores como la empatía, el respeto, la tolerancia, entre otros, y saber escucharla para tranquilizarla».
 - Neptuno. «Viendo a las personas como, como seres humanos, como personas que tienen sentimientos, emociones, problemas, entonces intento como, pues ser buena con ellos, saludarlos, tener un buen trato con ellos, de no lastimarlos, de no hacerles daño».

- 2.^a unidad de significado. La imposibilidad de dar un cuidado espiritual.
 - Mercurio. «No puedes dar lo que no tienes, o hacer lo que no sabes...ya que este concepto no lo enseñan en ningún lado, pero yo tuve la experiencia de que cuidaran de mí y se siente bien».
 - Venus. «Pienso que yo no podría dar ese cuidado a las personas. Sí les brindo atención, las escucho, pero no permito relacionarme más con las personas y esto es porque no he superado del todo mi experiencia con mi familiar que falleció. Esto no te lo enseñan en la escuela, es algo que vas aprendiendo con la experiencia, pero si solo eres estudiante, no tienes la suficiente».
 - Marte. «Los enfermeros nada más hacen sistemáticamente las actividades, los pasos de administrar medicamentos, aspiración de secreciones y otros. Lo hacen así, sin preguntar nada, lo hacen muy frío, no mantienen esa comunicación con el paciente y no se fijan en otros aspectos de él, quizá por problemas o situaciones que hayan vivido antes».

Discusión

A pesar de que la literatura refiera la definición de espiritualidad y cuidado espiritual, para los participantes resulta difícil definir estos conceptos, ya que no es materializado por la conciencia del hombre, es decir, vivido por los estudiantes de forma consciente, pues por múltiples circunstancias individuales propias de la historicidad, por ende se desconoce cómo brindar un cuidado desde esta dimensión.

Para la mayoría de los participantes, la espiritualidad y la religión tienen un fuerte vínculo; perciben que no es propia de una sola religión, sin embargo siempre está presente en cada una de las diferentes prácticas religiosas y probablemente en esto pueda influir la formación religiosa de cada uno sobre la percepción que tienen de la espiritualidad, lo que coincide con Sánchez, quien afirma que el término «espiritualidad» es muchas veces utilizado como sinónimo de «religión»¹. Por otro lado, refirieron que la religión puede ser un medio para ofrecer un cuidado espiritual al paciente.

Respecto a la preparación de los estudiantes para brindar un cuidado espiritual, se observó que durante la formación académica no se les impartió un tema sobre este, siendo de su desconocimiento el cuidado desde esta dimensión. Sin embargo, para ellos al brindar este cuidado se hace referencia a actividades como acompañamiento de una persona, escucharla y entablar una conversación, brindarle una caricia, demostrar amabilidad, permitirle discutir y explorar sus alegrías, miedos y problemas.

En este estudio se presenta una relación directa con lo mencionado por Watson, quien plantea que la conexión espiritual que la enfermera hace con el paciente se pone de manifiesto mediante la comunicación no verbal, como los gestos, el tacto, las caricias, las expresiones faciales, además de expresiones verbales de apoyo, como dar información⁵.

Para ser capaces de cuidar de la espiritualidad de sus pacientes, el personal de enfermería necesita cuidar de sí mismo mediante la continua búsqueda de armonía e integridad. Contrario a Velásquez, quien en su estudio concluyó que las experiencias previas de las enfermeras (situaciones de dolor y muerte) proporcionan una sensibilidad para brindar un cuidado espiritual más cercano y cálido⁵.

En este estudio se evidenció que si los estudiantes no cuentan con una buena salud emocional, que les permita hacer frente a sus experiencias desagradables vividas y separarlas al momento en el que mantienen una relación con el paciente, esta será vista como una barrera, ya que se manifestará la imposibilidad de brindar un cuidado espiritual. Por lo que se concuerda con Velásquez, quien menciona que el cuidado holístico solamente es posible cuando la cuidadora está consciente de sí misma y cuando su *self* está integrado y armonioso^{5,6}.

Conclusión

Respecto al objetivo de la investigación, se logró describir las experiencias de comprensión que tienen los estudiantes de enfermería acerca del cuidado espiritual y conocer que es un tema que suscita interés en los estudiantes para su práctica diaria, debido a la falta de conocimiento sobre la forma de brindar un cuidado espiritual y reconociendo que es indispensable en las necesidades del paciente.

La necesidad de formarse de manera distinta para dar importancia a la humanización del cuidado existe en la actualidad. Por esta razón conocer cómo brindar este cuidado es importante para la profesión y debe ser enseñado a los estudiantes para mejorar la calidad del cuidado de enfermería con las cualidades de cortesía, amabilidad, amor, respeto, responsabilidad, compasión y libertad.

Se evidencia que más allá de dar el tratamiento farmacológico y los cuidados de enfermería, los pacientes requieren un momento donde puedan expresar lo que sienten, puedan ser escuchados y sentirse importantes. La espiritualidad es una necesidad del paciente, de la que se desprenden la necesidad de esperanza, necesidad de sentido, necesidad de amor, necesidad religiosa o divina y necesidad de afrontamiento de la muerte.

Deben crearse nuevas investigaciones relacionadas con la dimensión espiritual del paciente y el ser humano, para

ofrecer dentro del perfil de enfermería el cuidado desde la dimensión espiritual y que sea implementado dentro de la práctica de los profesionales de enfermería. Se ha sugerido en esta dimensión espiritual la implantación de programas formativos en las universidades sobre el cuidado espiritual, como el otorgamiento de intervenciones paliativas, las formas de manejar el duelo, atención humanizada, entre otros, que podrían ser de gran interés y relevancia para ayudar al profesional de enfermería a brindar un cuidado holístico, en donde ya se incluyan los cuidados espirituales en beneficio de los pacientes que reciben de este cuidado y con ellos apoyararlos en su pronta recuperación de salud.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial o sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Veloza MM, Pérez B. La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería. *Halazgos* [Internet]. 2009;6(11):151-62. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835199009>
2. Morales Torres JI. Estudio exploratorio sobre la percepción espiritual en los estudiantes de cuarto año de enfermería de dos instituciones de educación superior en Puerto Rico [tesis doctoral en Internet]. [Gurabo, Puerto Rico]: Universidad de Turabo, Escuela de educación; 2014 [consultado el 29 de agosto de 2019]. Disponible en: https://utsuagm.edu/sites/default/files/uploads/Centro-Estudios-Doctorales/Tesis_Doctorales/2014/JMorales.pdf
3. Quintero Laverde MC. Espiritualidad y efecto en el cuidado de enfermería [Internet]. Facultad de Enfermería, Universidad de la Sabana [consultado el 29 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Public/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf>
4. Reig-Ferrer A, Fernández-Pascual MD, María Santos-Ruiz A, Arredondo-González CP, Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, et al. Integración de los cuidados espirituales en estudiantes de enfermería: una propuesta de intervención educativa [Internet]. Alicante, España: Departamento de Psicología de la Salud, Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante; 2017 [consultado el 29 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://web.ua.es/es/ice/jornadas-redes-2016/documentos/tema-2/807582.pdf>
5. Uribe Velásquez SP, Lagouyete Gómez ML. "Estar ahí", significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería. *Av Enferm*. 2014;XXXII(2):261-70.
6. Lunasco Chávez M. Percepción de los estudiantes de enfermería sobre la necesidad de ayuda espiritual en pacientes hospitalizados, 2014 [tesis en Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [consultado el 29 de agosto de 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4106/Lunasco_cm.pdf?jsessionid=3D0CBAE595C476EA15BBB1221032B922?sequence=1
7. Higuero M. Percepción y experiencia enfermera sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica [trabajo fin de máster en internet]. Universidad internacional de Catalunya, Facultad de Medicinas y Ciencias de la Salud; 2013 [consultado en noviembre de 2018]. Disponible en: https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/217662/Matea_Abril_Higuero_TFM.pdf?sequence=1
8. Sierra Leguía L, Montalvo Prieto A. Bienestar espiritual de enfermeras y enfermeros en unidades de cuidado intensivo. *Av Enferm*. 2012;30(1):64-74.
9. Pinedo M, Jiménez JC. La importancia de la atención espiritual en los cuidados paliativos [Internet]. *Diario Información* (Editorial Prensa Alicantina) 21 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.diarioinformacion.com/empresas-en-alicante/2018/02/21/importancia-atencion-espiritual-cuidados/1990751.html>
10. Bolio AP. Husserl y la fenomenología trascendental: Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. *Reencuentro*. 2012;(65):20-29.
11. Trejo F. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Enf Neurol (Mex)*. 2012;11(2):98-101.
12. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*. 2003;34(3):164-7.
13. Palacios Vicario B, Sánchez Gómez MC, Gutiérrez García A. Evaluar la calidad en la investigación cualitativa. Guías o checklists [Internet]. *Actas del 2º Congreso Nacional sobre Metodología de la Investigación en Comunicación*; 2011 [consultado en 2018]. Disponible en: [file:///C:/Users/SEARS/Downloads/DialnetEvaluarLaCalidadEnLaInvestigacionCualitativaGuiasO-4229112%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/SEARS/Downloads/DialnetEvaluarLaCalidadEnLaInvestigacionCualitativaGuiasO-4229112%20(1).pdf)
14. Código de Nuremberg. Normas éticas sobre experimentación en seres humanos [Internet]. Comisión Nacional de Bioética; 1947 [consultado en 2018]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatividadinternacional/2.INTL_Cod_Nuremberg.pdf
15. Manjarrés M. Aplicación de los principios éticos a la metodología de la investigación. *Enferm Cardio*. 2013;año XX(58-59):27-30.
16. Ley General de Salud 12-07-2018 [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf



Representaciones sociales, marco interpretativo para la investigación en enfermería

Social representation, interpretative framework for nursing research

Julio A. García-Puga*, María O. Quintana-Zavala, Rosa Ma. Tinajero-González y Rosa E. Salazar-Ruibal

Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora, Hermosillo, Sonora, México

Resumen

Introducción: La teoría de representaciones sociales tiene origen en el concepto de representaciones colectivas y posteriormente es utilizado como base por Moscovici, al crear la teoría de representaciones sociales. Su uso se extendió a diversas disciplinas, entre ellas, enfermería. **Objetivo:** Realizar la revisión de los elementos constitutivos de la teoría de las representaciones sociales. **Resultados:** Las dimensiones de la teoría son: a) contenido, y b) proceso. En la dimensión de contenido se integra la actitud, la información y el campo de la representación; mientras que la construcción de la representación la constituye la objetivación y el anclaje. Los estudios de representaciones sociales se han enfocado básicamente en cinco enfoques: histórico, sociológico, educativo, cultural y estudios de la comunicación. En las temáticas que abordan, predominan los estudios de género y educativos, mientras que los estudios de salud solo aparecen en un 10%.

Palabras clave: Representaciones sociales. Investigación cualitativa. Enfermería.

Abstract

Introduction: The theory of social representations has its origin in the concept of collective representations and is subsequently used as a basis by Moscovici when creating the theory of social representations. Its use extended to various disciplines, including Nursing. **Objective:** To carry out overhaul of the constituent elements of the theory of social representations. **Results:** The dimensions of the theory are: a) content, and b) process. The content dimension is integrated by the attitude, the information and the field of representation; while the construction of representation constitutes objectification and anchoring. Studies of social representations have basically focused on five approaches: historical, sociological, educational, cultural and communication studies. In the topics they address, predominate gender and educational studies, while health studies only appear in 10%.

Key words: Social representation. Qualitative research. Nursing.

Introducción

En esta revisión se presentan elementos de la teoría de representaciones sociales (RS) de Serge Moscovici, así como ejemplos de investigaciones realizadas bajo esta teoría. Al cobijo de las ciencias de la salud, enfermería se adscribió al paradigma positivista en sus trabajos de investigación, especialmente condicionada por el pragmatismo de resolver situaciones en ámbitos hospitalarios, así como por la evolución de la investigación científica de las primeras enfermeras

investigadoras. Esta visión se caracterizó por la tendencia hacia el control de las variables de interés, verificación, cuantificación y búsqueda de explicaciones y predicciones^{1,2}.

Históricamente, durante la década de 1920, la investigación de enfermería se centró en determinar el conocimiento y educación de las enfermeras. Posteriormente se presentó un giro hacia el estudio del cuidado de enfermería y factores relacionados con las enfermedades^{3,4}.

En estos estudios la noción de enfermedad se aborda desde una perspectiva predominantemente biológica, con

Correspondencia:

*Julio A. García-Puga

E-mail: julio.garcia@unison.mx

Fecha de recepción: 08-09-2019

Fecha de aceptación: 02-12-2019

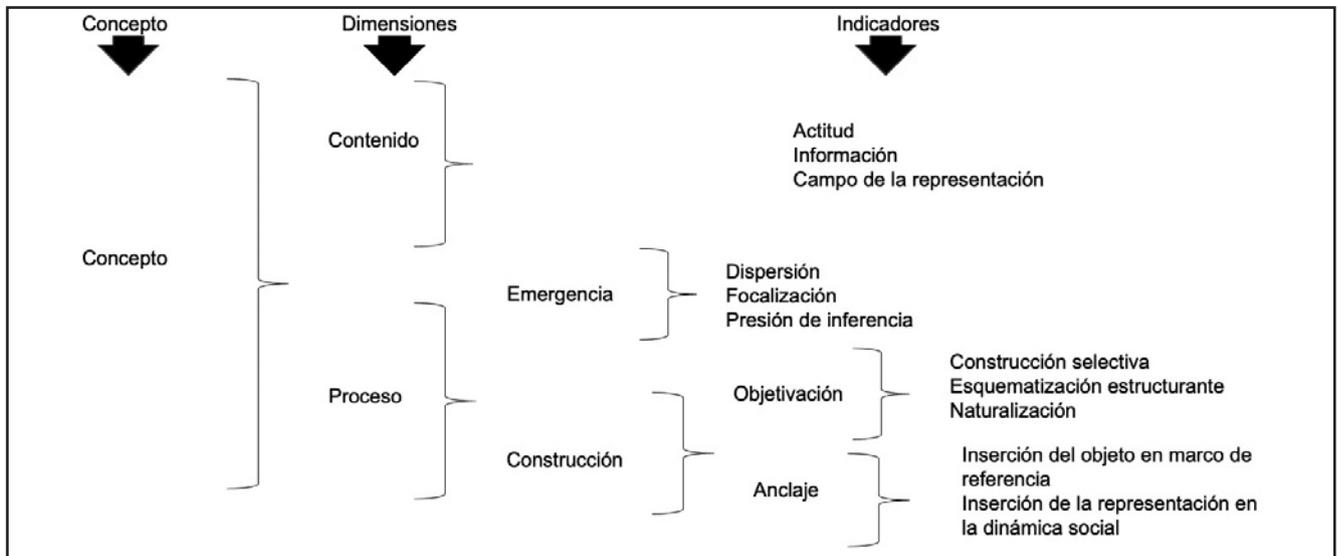


Figura 1. Estructura de la representación social. Estudios de las representaciones sociales, salud y enfermedad.

poca comprensión de los aspectos socioculturales que existen en la vida de los sujetos y condicionan la forma de enfermar y atender sus padecimientos; sin embargo, las enfermeras al tratar de comprender las respuestas humanas en el proceso salud-enfermedad, han visto limitadas sus investigaciones al usar fundamentos biomédicos, por lo cual una parte de la investigación ha girado su mirada hacia marcos y métodos cualitativos que den cuenta de dichos procesos subjetivos, además de develar cómo los individuos entienden y atienden sus enfermedades y llevan a cabo diversas prácticas de atención en sus escenarios socioculturales.

Por ello es necesario integrar marcos teóricos que ayuden a comprender dichos fenómenos enmarcados en un conocimiento socioculturalmente determinado; actualmente nos encontramos ante una amplia diversidad de marcos provenientes de ciencias sociales, los cuales orientan hacia la investigación de carácter cualitativo. Si bien este tipo de investigación no es nuevo en enfermería, al menos en algunas regiones de México ha sido poco utilizado. El propósito de este artículo es realizar un revisión de los elementos constitutivos de la teoría de las RS que coadyuve a ampliar la mirada interpretativa de las enfermeras interesadas en comprender la realidad que construyen los sujetos mediante la teoría de las RS.

La teoría de las RS tiene su origen en las ciencias sociales. Emile Durkheim expone el concepto de representaciones colectivas, en el cual se expresan realidades socialmente construidas con poder coercitivo y que derivan a representaciones individuales, concepto que posteriormente Moscovici retoma y reconoce al sujeto y grupo como agentes constructores de sentidos que negocian en el contexto sociocultural y que, al contrario de Durkheim, el sujeto no es simplemente pasivo. La teoría tiene repercusiones importantes, ya que evidencia la articulación entre lo individual y lo colectivo y demuestra que existe una organización estructurada del pensamiento social⁵⁻⁷.

La teoría de las representaciones sociales

La teoría de RS se estructura en función de dos dimensiones: a) contenido, y b) proceso. El contenido se integra por la actitud, la información y el campo de la representación. La dimensión de proceso se integra por dos aspectos: a) emergencia, y b) construcción de la representación; esta dimensión explica la génesis de la representación⁸ (Fig. 1).

Conceptos

La teoría de RS se ha utilizado por diversas disciplinas, tales como sociología, psicología, medicina, educación y enfermería. Ello se debe a que esta teoría ofrece un marco explicativo para conocer y comprender el pensamiento social, así como la dinámica de las prácticas sociales determinadas por la visión del mundo de los sujetos⁹.

Desde su aparición, el concepto de RS ha sido objeto de adecuaciones con el fin de utilizarlo en diferentes disciplinas y explicar los fenómenos que son de competencia en cada área. Entre los más importantes exponentes de la teoría encontramos a Denisse Jodelet, Robert Farr y María Auxiliadora Branchs¹⁰.

Inicialmente, Moscovici definió las RS como una «modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de comportamientos y la comunicación entre los individuos». Esta conceptualización es compleja debido a su generalidad e inespecificidad, puesto que devela que existen diferentes modalidades de pensamiento, pero no determina otras formas particulares de pensamiento que puedan diferenciarse de lo establecido por Moscovici¹¹.

A la vez, Moscovici considera a la representación como un «cuerpo organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas, gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un

grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación»⁹.

En este concepto, Moscovici muestra la intersección entre las dimensiones sociales e individuales, ya que toda representación se estructura en el intercambio social, por lo que la misma representación puede transformar la realidad social de los individuos. De tal forma que cuando un individuo, al insertarse a un nuevo grupo, suele llegar con ideas preconcebidas, mismas pueden ser transformadas por la representación preexistente en el grupo.

Por su parte, Jodelet define las RS como «una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados». Las RS constituyen modalidades de pensamiento práctico, orientado hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica¹².

Mientras que Farr las considera como sistemas cognitivos que poseen una lógica y un lenguaje particular destinadas a descubrir y ordenar la realidad y, por tanto, tienen una doble función: a) hacer que lo extraño resulte familiar, y b) lo invisible, perceptible¹³.

Por su parte, Branchs define las RS como la «forma de conocimiento del sentido común propio a las sociedades modernas bombardeadas constantemente de información a través de los medios de comunicación. En sus contenidos encontramos sin dificultad la expresión de valores, actitudes, creencias y opiniones, cuya sustancia es regulada por las normas sociales de cada colectividad»¹⁰.

En estos conceptos se aprecian dos componentes en la estructura de las RS: a) como noción donde se manifiesta la idea de que la representación es un sistema de conocimiento, y b) para comprender la realidad y orientar las prácticas sociales; que, en términos de Bourdieu, son sistemas de predisposiciones para la acción. No obstante, las prácticas no siempre son concordantes con la representación social¹³.

Dimensiones

La teoría de las RS, de acuerdo con Moscovici, tiene tanto un contenido como un proceso. Con «contenido» se refiere a un conocimiento particular, del cual se pueden distinguir tres componentes: a) actitud, b) información, y c) el campo de la representación. La actitud es utilizada en un sentido de toma de posición acerca de los problemas en el mundo con los cuales se confronta, orienta la conducta de las personas, su función es dinamizar y regular la acción, mientras que la información tiene que ver con aquellos elementos que vienen por los medios de comunicación, la información científica o escolar. Conciernen a la organización de los conocimientos que tiene una persona o grupo sobre un obje-

to o situación social determinada, y varía tanto en la cantidad de información como la calidad de esta.

Finalmente, el campo de la representación está mediado por elementos que entran en las imágenes que utiliza la gente para expresar su relación con el entorno social, así como metáforas y valores que vienen a sostener el punto de vista de las personas, los que integran el conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores presentes en una misma representación social^{9,11}.

Condiciones de emergencia de la representación social

Las RS emergen debido a la necesidad del hombre de familiarizarse con los objetos nuevos. Constituyen un modo de reconstrucción mental de la realidad que se da en el intercambio de información con otras personas¹⁰.

Moscovici infiere tres condiciones de emergencia: a) la dispersión de la información, la cual es bombardeada a los sujetos y suele ser insuficiente o el sujeto no tiene la capacidad para integrarla; en esta condición, las personas se enfocan en un objeto que se da en las interacciones personales; b) en la focalización, los sujetos responden a los intereses de cada individuo o grupo, y c) la presión de inferencia, que se refiere a la presión que el grupo social ejerce sobre los sujetos, condicionando una postura y acciones específicas⁹.

Construcción de la representación social

Un elemento esencial para la construcción de una RS son los elementos culturales de los individuos, como son las normas, valores, estatus, educación, roles, clases sociales, religión o género. Estos elementos conforman la memoria cultural de la cual abrevan los individuos al momento de construir sus RS. La construcción se compone por los procesos de objetivación y anclaje; estos explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación y cómo esta representación transforma lo social^{7,11}.

Objetivación

De acuerdo a Jodelet, la objetivación se define como una operación estructurante formadora de imágenes. Desde la perspectiva de Knapp, es hacer concreta y accesible a la realidad una idea u objeto abstracto, se trata de materializar el objeto asignando textura material a las ideas y dar cuerpo a esquemas conceptuales; esto es, transferir algo que está en la mente al mundo físico. Por tanto, la objetivación trasfiere lo que está en la mente a algo existente en el mundo físico, algo que podamos ver, tocar y por ende, controlar^{8,10,13}.

La objetivación se compone, a la vez, de tres fases: la construcción selectiva, esquematización estructurante y la naturalización. La construcción selectiva es la selección de

elementos que después son libremente organizados; es el proceso por medio del cual los grupos se apropian de las informaciones y saberes de un objeto.

El esquema figurativo, el discurso, se estructura y objetiva en un esquema de pensamiento, sintáctico, condensado, concreto, formado con imágenes vividas y claras. Una vez seleccionada y adaptada la información, se organiza para conformar una imagen del objeto representado, mientras que la naturalización se observa al momento de transformar un concepto abstracto, simbólico, arbitrario, y se convierte en una realidad con existencia autónoma, de modo que las imágenes sustituyen a la realidad⁹.

Anclaje

El anclaje es el proceso que permite transformar lo que es extraño en familiar. Se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto, el cual se traduce en el significado y la utilidad que le son conferidos⁸. Este proceso permite incorporar lo extraño en una red de categorías y significaciones por medio de dos modalidades: a) inserción del objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente, y b) inserción de la representación en la dinámica social. Este proceso proporciona funcionalidad y significación a las RS, posibilita desempeñar su rol regulador de las interacciones grupales y un marco de interpretación de la realidad^{9,10}.

El estudio de la salud y enfermedad ha sido objeto de diversas disciplinas. La antropología médica se ha ocupado de comprender los procesos culturales de salud/enfermedad/atención utilizando distintos lentes teóricos para su estudio, recalcando que los valores, creencias y prácticas acerca de la salud y enfermedad de todas las sociedades humanas son expresión y parte de la cultura de esa sociedad y no pueden ser estudiadas aisladas de la cultura¹⁴.

Las investigaciones que utilizaron las RS se organizan básicamente en cinco enfoques: histórico, sociológico, educativo, cultural y estudios de la comunicación. En estos enfoques predominan los estudios de género y educativos, mientras que los estudios de salud solo aparecen en un 10%¹³.

Entre las investigaciones del proceso salud/enfermedad se pueden encontrar estudios del concepto de salud realizado por Knapp en Cuba. Los principales resultados muestran que el núcleo figurativo de la representación social se compone por la idea de bienestar y alrededor de este giran las categorías de instituciones, personal, práctica médica, así como calidad de vida. La información que recibe la población proviene principalmente de los medios de comunicación, sin embargo, también la adquieren del personal médico y de las instituciones de salud¹⁰.

En un sentido más específico, León¹⁵ estudió las representaciones de la enfermedad de Chagas en Venezuela en 473 personas que habitaban en la zona rural. Se realizaron entrevistas a informantes prototípicos. Las creencias acerca de

la enfermedad se centran en el agente transmisor y, en menor medida, en sus consecuencias, síntomas, cura y evolución. La representación más clara del mal de Chagas se estructura en términos del escenario donde este ocurre y la persona en riesgo: el rancho de palma y barro del campesino pobre del medio rural, donde proliferan los chipos causantes del mal de Chagas. Estas representaciones implican la idea de poco riesgo ante el mal de Chagas cuando no se cumplen los criterios de la persona en riesgo, lo que puede derivar en prácticas no preventivas ante el padecimiento.

Álvarez¹⁶ estudió las RS de la salud y la enfermedad, estableciendo semejanzas y diferencias de lo que se considera salud y enfermedad entre un grupo de operadores sanitarios y pacientes hospitalizados en las ciudades de Bucaramanga y Floridablanca. La hipótesis fue que las RS del grupo médico están determinadas por el campo de formación, mientras que el resto lo haría bajo la lógica de la cotidianidad. Se encontró que ambos grupos experimentan, juzgan y manejan la salud y enfermedad con representaciones comunes siguiendo la lógica del sentido común.

Vergara¹⁷, por su parte, emprendió un estudio para conocer las RS sobre la salud de algunos grupos de jóvenes manizales. La muestra estuvo constituida por 57 manizales cuyas edades estaban entre los 10 y 51 años; entre los resultados, se pudo apreciar que las concepciones de salud están determinadas por los ambientes cotidianos, su nivel educativo y sus experiencias particulares, tanto de forma individual como en sus relaciones grupales. Estos jóvenes asumen que la salud es un equilibrio entre la mente, el cuerpo, el espíritu y los valores morales.

Otros estudios se han enfocado en la mujer, de los cuales se pueden citar los estudios realizados por Pelcastre¹⁸ sobre menopausia: RS y prácticas, cuyo el objetivo fue el de caracterizar los significados que se atribuyen al proceso de la menopausia. Para responder a esto, el estudio se realizó con 20 mujeres, residentes de Cuernavaca y Emiliano Zapata, Morelos. Respecto a los resultados, se encontró una representación que se construye alrededor de la menopausia en términos de cese de la fertilidad y entrada al envejecimiento, aspectos que tienen que ver con la concepción de la mujer del cuerpo y de la sexualidad.

Morales¹⁹ realizó un estudio en Sonora, cuyo objetivo fue estudiar las RS de la detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres. Se encontró que el núcleo figurativo es la prueba de cáncer, cuya finalidad es detectar la presencia de enfermedades infecciosas, contagiosas y prevenir el cáncer.

Conde y Concha²⁰ estudiaron la evolución de las RS sobre la salud de las mujeres madrileñas, en 10 grupos de discusión. Al análisis de los discursos, se tradujeron en forma visual para comprender la evolución de las representaciones; los resultados mostraron que la visión de la mujer dedicada al hogar hacía del rol de mujer trabajadora, pasando al estrés de la doble jornada laboral.

Flores y de Alba²¹ emprendieron un estudio para indagar la RS del sida en jóvenes universitarios en Morelos. Se encontraron dos ámbitos en la construcción de la RS: uno proviene del conocimiento especializado y otro del sentido común sobre la enfermedad, especialmente prevención y contagio.

Por otro lado, realizaron estudios de las representaciones de la salud bucal. Ponen de manifiesto que las interpretaciones sobre la salud y enfermedad están influenciadas por la cultura, el trabajo, la pobreza y las emociones²².

Ofman, et al. buscaron identificar, de acuerdo con el género, la estructura de las RS de la hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Entre sus resultados, los varones asocian la hipertensión a aspectos biomédicos, mientras que las mujeres a emocionales tales como su situación conyugal, conflictos en la relación con los hijos o familiares²³.

En 2016, Garay, et al. llevaron a cabo un estudio no experimental, con análisis multifactorial, para conocer la salud sexual y reproductiva en estudiantes de una escuela de enfermería y analizar las diferencias entre hombres y mujeres. Como categorías se encontraron: a) cuidado de la salud sexual durante el embarazo no deseado, 2) métodos anticonceptivos, y 3) transmisión sexual. Las diferencias por género en la primera categoría giran en torno a la culpabilización y aceptación de esta de que la mujer no se cuidó durante la relación sexual, mientras que en la segunda, en ambos géneros el condón es visto como el principal método anticonceptivo y, finalmente, en la tercera categoría los riesgos percibidos en las mujeres se centran en contar con varias parejas, mientras que los varones tienen la noción de que a ellos no les va a pasar²⁴.

Por otra parte, Beltrán y Garay analizaron la representación de los métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios mexicanos. Los resultados concuerdan con lo reportado por Garay, ya que el uso del condón se representa para prevenir el embarazo no deseado y como protección contra enfermedades de transmisión sexual; pero los estudios difieren respecto a que el varón considera como responsabilidad compartida cuidarse²⁵.

Conclusiones

Dentro de las funciones que desarrolla el personal de enfermería, se encuentra comprender las experiencias ante los procesos de salud/enfermedad, especialmente las prácticas o trayectorias de atención con el fin último de brindar cuidados de enfermería con calidad. Una vez con estos saberes, se pueden implementar estrategias de promoción o prevención desde sus propias necesidades y no desde una mirada etnocéntrica del personal de salud.

Las experiencias de investigación en enfermería bajo la mirada teórica de las RS aún son limitadas, por lo que es deseable incrementar la producción de artículos científicos como un elemento de complemento a diferentes diseños de estudio.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no tener conflictos de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Treviño Z, Sanhueza O. Paradigmas de investigación en enfermería. *Cienc Enferm.* 2005;XI(1):17-24.
2. Araya ME, Regina de SS, Romijn TF. Las contribuciones de las representaciones sociales para la investigación en salud y enfermería. *Invest Educ Enferm.* 2012;30(1):101-7.
3. Fawcett J. Tendencias de investigación en enfermería. *Aquichan.* 2014;14(3):289-93.
4. Alarcón MA, Astudillo DP. La investigación en enfermería en revistas latinoamericanas. *Cienc Enferm.* 2007;XIII(2):25-31.
5. Parales-Quenza CJ, Milciades VG. Las relaciones entre actitudes y representaciones sociales: elementos para una integración conceptual. *Rev Latinoam Psicol.* 2007;39(2):351-61.
6. Durkheim E. *Las formas elementales de la vida religiosa.* Madrid: Akal Editor; 1982.
7. Rouquette ML. La teoría de las representaciones sociales hoy: esperanzas e impases en el último cuarto de siglo (1895-2005). *Polis.* 2010;6(1):133-40.
8. Giménez G. Introducción a la sociología de Pierre Bourdieu. Colección Pedagógica Universitaria. 2002;37-38:37-8.
9. Araya US. Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. *Cuad Cienc Soc.* 2002;127:4-84.
10. Knapp E, María S, Magdalena S. Aspectos teóricos y epistemológicos de la categoría representación social. *Revista Cubana de Psicología.* 2003;20(1):23-34.
11. Castorina JA, Barreiro A. Los usos de las representaciones sociales en la investigación educativa. *Educ Leng Soc.* 2010;9(9):15-40.
12. Jodelet D. La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. En Serge Moscovici (Ed). *Psicología Social II. Pensamiento y vida social, Psicología y social y problemas sociales.* España, Paidós; 1986: 469-494.
13. Farr R. Las representaciones sociales. En Serge Moscovici (Ed). *Psicología Social II. Pensamiento y vida social, Psicología y social y problemas sociales.* España, Paidós; 1986: 495-505.
14. Palacios Gámaz AV. Los estudios de representaciones en ciencias sociales en México: 1994-2007. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas. Época II.* 2009;15(29): 91-109.
15. León M, Darío P, Díaz DB. Representaciones de la enfermedad estudios psicosociales y antropológicos. *Bol Psicol.* 2003;77:39-70.
16. Álvarez R, Yovana L. Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca. *Med UNAB.* 2006;9:211-20.
17. Vergara Q, María C. Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes Manizales, Colombia. *Revista Latinoamérica de ciencias sociales niñez y juventud.* 2007;7(1):105-33.
18. Pelcastre-Villafuerte B, Garrido-Latorre F, León RV. Menopausia: Representaciones sociales y prácticas. *Salud Pública Méx.* 2001;43(5):408-14.
19. Morales HMA. Representaciones sociales sobre la detección oportuna de cáncer cervicouterino en un contexto multicultural y de migración en Estación Pesqueira, Sonora. Sonora: Tesis de Maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora; 2008.
20. Conde F, Concha G. La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madreleñas, 1993-2000. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76(5):493-507.
21. Flores PF, De Alba M. El SIDA y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales. *Salud mental.* 2006;29(3):51-9.
22. González MF, Puello R, Díaz CA. Representaciones sociales sobre la salud y enfermedad oral en familias de la Boquilla, Cartagena, Colombia. *Rev Clin Med Fam.* 2009;3(1):27-35.
23. Ofaman SD, Pereyra GCI, Cofreces P, Stefani D. Estudio de las representaciones de la hipertensión arterial según género. *Liberabit.* 2015;21(1):59-70.
24. Garay NJR, Félix AMA, Santos QMI. Representaciones sociales del cuidado de la salud sexual y reproductiva en estudiantes de enfermería. *Revista Iberoamericana de las ciencias de la salud.* 2016;5(10):203-23.
25. Beltrán MA, Garay NJR. Representaciones sociales de los métodos anticonceptivos. *Revista Iberoamericana de las ciencias de la salud.* 2016;5(10):174-202.



La formación integral del profesional de enfermería en el entorno epidemiológico actual

Integral formation of nursing professional in the actual epidemiological environment

Gerardo Ruvalcaba-Palacios^{1,2*} y Andrea Galván-Guerra^{1,2}

¹Departamento de Enfermería y Obstetricia, División Ciencias de la Vida, Universidad de Guanajuato, Campus Irapuato-Salamanca; ²Clinica privada de atención psicológica "PSI-HEALTH-Retroalimentación Biológica". Irapuato, Gto., México

Resumen

Objetivo: Motivar la reflexión sobre la necesidad de formar profesionales de la enfermería conscientes de la transición epidemiológica actual, capaces de fomentar estilos de vida saludables. Los cambios poblacionales que afrontan las sociedades han motivado el predominio de enfermedades crónicas y sus complicaciones. El abordaje para enfrentar estos problemas debe considerar los factores sociales y clínicos a la hora de realizar cualquier intervención, por lo que la formación de profesionales de la enfermería tiene que estar basada en el reconocimiento de estos procesos, en el desarrollo de competencias y en la práctica de enfermería basada en evidencia, de manera que se combine la investigación con la experticia clínica, considerando la preferencia de las personas y los recursos disponibles. Para lograr el verdadero cambio, es necesario que el estudiante posea habilidades de comunicación, liderazgo y demás habilidades interpersonales que le permitan identificar a los actores que puedan ayudarlo o que minen su esfuerzo por construir estilos de vida saludables. En este sentido, el profesional de la enfermería debe ser capaz de prevenir la enfermedad, motivando a las personas para desarrollar y asumir una forma de comportamiento adecuada. En síntesis, se espera pues que al final el egresado pueda construir un «ser» y un «saber» que exprese los más altos valores humanos y científicos. En conclusión, debe ofrecerse al formando espacios en donde enriquecerse con otros, mediante la construcción global de significados que le permitan afrontar los retos epidemiológicos actuales y la falta de un estilo de vida saludable.

Palabras clave: Salud social. Formación de estudiantes. Escenario epidemiológico. Formación por competencias. Intervención comunitaria.

Abstract

Objective: To motivate reflection about necessity of educate nursing professionals conscious of actual epidemiological transition, capable of promote healthy lifestyles. Nowadays, societies face populational changes that have been motivate the predominance of chronic disease and its complications. Approach for these problems should consider social and clinical factors when conduct any intervention, so education of nursing professionals should be based upon the acknowledge of these process, as well in development of competences, and in nursing practice based-on-evidences; in a way that combine investigation with clinical expertise, considering in addition, the personal preference and the available resources that people has. To achieve the truly change, it is necessary that student has communication, leadership and the rest interpersonal skills that let him identify community actors who leads or impede him to build healthy lifestyles between persons in that community. In this way, nursing professional should have to be capable to prevent disease, motivating in persons the development and assumption of an adequate behavior. In sum, it is expected that at the end, graduated people can construct a real to-be and a knowledge who express the highest human and scientific values. In conclusion, it is necessarily offer to our students spaces in where they could be enriched along with other professionals and students and bringing them the opportunity of construct global meanings, that leads them to face actual epidemiological threats and the lack of a healthy lifestyle.

Key words: Social health. Students formation. Epidemiological scenario. Formation by competences. Communitarian intervention.

Correspondencia:

*Gerardo Ruvalcaba-Palacios

E-mail: drruvalcaba@gmail.com; grualcabap@ugto.mx

Fecha de recepción: 20-09-2019

Fecha de aceptación: 24-01-2020

Introducción

Este manuscrito tiene el objetivo de motivar la reflexión sobre la necesidad de formar profesionales de enfermería conscientes de la transición epidemiológica actual, capaces de fomentar estilos de vida saludables.

Esta reflexión puede ayudar a readecuar los modelos educativos que usan las universidades y también puede impactar la forma en que quienes practican la enfermería en instituciones de salud o en la comunidad efectúan el acto de cuidar.

Los cambios poblacionales caracterizados por un incremento en la expectativa de vida, un decremento en la tasa de defunciones y un estilo de vida poco saludable¹ han motivado la aparición de enfermedades crónicas². Esta transición obliga a la adopción de intervenciones que permitan acceder a una atención más eficaz y efectiva³.

La alta prevalencia de trastornos cronicodegenerativos hace que estos sean de las cargas económicas y de demandas de servicio más importantes para los sistemas de salud, y son una de las principales causas de discapacidad y mortalidad⁴, llegando a ser factores generadores de pobreza¹. En México pasa igual, pues las principales causas de muerte son las complicaciones relacionadas con la diabetes, las enfermedades isquémicas del corazón y el cáncer^{5,6}.

Sin embargo, la merma económica, social y en los servicios de salud, está asociada a las complicaciones de la enfermedad crónica; además de que motivan el mayor sufrimiento, la discapacidad y el deceso del paciente. En otras palabras, las principales causas de muerte están asociadas a un estilo de vida poco saludable y a la ausencia de hábitos de higiene conductual, más que a la enfermedad en sí. Esta falta de conductas saludables afecta a un gran número de personas en edad productiva y las complicaciones resultan en deterioro económico, productivo y social⁴.

Así pues, resulta innegable que la población está envejeciendo⁷, y desgraciadamente lo hace sin tener los adecuados hábitos de salud. Tanto es así, que se ha calculado que para el 2030 una cuarta parte de los habitantes de nuestro país tendrá más de 60 años⁸; de este porcentaje, más del 80% padecerá enfermedades crónicas⁹, las cuales producirán discapacidad, sufrimiento, deterioro económico, dependencia funcional y trastornos emocionales a casi el 90% de quienes las padecen¹⁰.

Si hablamos en términos puramente económicos, puede citarse por ejemplo el tratamiento de la diabetes, en la que se invirtieron 15,118 millones de dólares durante el año 2000¹¹. El costo directo de la enfermedad fue de 974 millones. Y se emplearon 1,108 millones en el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las complicaciones. Sin embargo, el mayor porcentaje del presupuesto se destinó al pago de las complicaciones crónicas o los años

de vida saludable (AVISA) perdidos por mortalidad y discapacidad temporal o permanente¹².

Además, quien padece algún trastorno crónico o los efectos de las complicaciones o comorbilidades asociadas, comúnmente sufre afectaciones emocionales, las cuales producen discapacidad y deterioro funcional, económico y social, lo que contribuye al agravamiento de los síntomas y merma el efecto del tratamiento. Por ejemplo, la discapacidad que produce la depresión asociada a los trastornos crónicos es la principal causa de AVISA perdidos y si consideramos que afecta a casi el 60% de las personas que padecen algún trastorno crónico¹², estamos hablando de una cantidad importante de la población. Además, los trastornos emocionales no afectan únicamente a la capacidad social de la persona, sino que deterioran su funcionamiento económico y la capacidad para contribuir al bienestar de su familia. Por ejemplo, en 2019 en nuestro país, los trastornos afectivos ocasionaron 2.7 días más de ausencia laboral por año que los ocasionados por trastornos crónicos físicos¹³.

Como puede verse, este fenómeno epidemiológico y poblacional produce efectos en los servicios de salud y la economía de los países, y se refleja también en el entorno familiar, en el bienestar individual y en el desarrollo social de la población. A este respecto es interesante notar que el entorno social también contribuye al establecimiento de trastornos crónicos, en una espiral de realimentación negativa que mantiene la enfermedad física, emocional y social.

La investigación respecto al rol que juega el contexto social y el desarrollo de estados de salud enfermedad no es nueva y existe un sólido cuerpo de investigación que la sostiene. Incluso se ha establecido que el tipo de habilidades sociales, los valores, las relaciones familiares y las redes sociales influyen de manera decisiva en los procesos de salud o de enfermedad^{14,15}.

Particularmente se ha establecido que vivir y desarrollarse en pobreza, es decir, en un «ambiente caótico» en el cual el individuo tiene que lidiar con muchos estresores a la vez (carencia de alimento, vestido y vivienda; situaciones de hacinamiento, deprivación intelectual y/o sensorial y sufrir incapacidad para acceder a los satisfactores que ofrece la sociedad de consumo) es un condicionante para el desarrollo de trastornos físicos, psicológicos y sociales¹⁶. Y en diferentes reportes se ha documentado una mayor prevalencia de depresión, estrés, enfermedades cardiovasculares y sentimientos de soledad en personas que viven en deprivación, en comparación con aquellas más pudientes¹⁷.

Para el personal de enfermería y en particular para los formadores de profesionales en esta disciplina, lo anterior significa reconocer la necesidad de generar el conocimiento necesario para conformar marcos teóricos y meto-

dológicos que, además de impulsar el desarrollo disciplinario, permitan la formación de profesionales capaces de atender los problemas de salud de la población, haciendo énfasis en el proceso de cuidar¹⁸.

Formar profesionales de enfermería para promover la salud comunitaria en lugar de la individual

Considerando las cifras anteriores, resulta más fácil y barato, como se sabe, prevenir la enfermedad que curar el daño o las secuelas que pudiera generar. Desgraciadamente esto no ocurre así.

En primer lugar debe decirse que la promoción de la salud puede abordarse desde el escenario macrosocial, con un enfoque en los determinantes sociales; el escenario microambiental, relacionado con los ambientes en que la persona se desenvuelve (casas, barrios, municipios, etc.); el escenario interpersonal, donde la familia es la principal fuente de apoyo social y de promoción de estilos de vida; y el escenario individual, donde cabe la motivación hacia estilos de vida saludables⁹.

Sin embargo, se tiende a focalizar las actividades de promoción de la salud en el escenario individual, esperando que el cambio genere una reacción que culminará en el ámbito social¹⁹. No obstante, el verdadero cambio de actitudes respecto a la adopción o no de conductas, hábitos y estilos de vida se relaciona más con un cambio comunitario que con un cambio individual. En otras palabras, se espera más un cambio en los valores de la comunidad que en los valores del individuo. En este sentido, se entiende que una comunidad es aquel sistema de personas con valores e instituciones comunes, que comparten una localidad, una estructura y relaciones interpersonales, por lo cual las intervenciones deben considerar siempre estos aspectos e involucrar en todo el proceso a los miembros y líderes de la comunidad²⁰.

Solo así se puede lograr el cambio comunitario, es decir, se necesita que el promotor posea sólidas destrezas para el cabildeo político y el liderazgo, de tal manera que pueda desplegar la capacidad de identificar aquellos actores dentro de la comunidad que sean potenciales detractores o líderes y que ayuden u obstaculicen el cambio que se propone¹⁹.

Estas habilidades deben ser complementadas con el desarrollo de relaciones interpersonales que permitan establecer, dentro de la comunidad, un frente cohesionado para enfrentar los problemas y utilizar adecuadamente los recursos; involucrar a las personas en el planteamiento de objetivos y en la asunción del compromiso de lograrlos por medio de planes y estrategias compartidas; así como permitir la adecuada retroalimentación y la autocrítica que lleve al crecimiento y la mejora continua.

Con lo anterior, es fácil ver que dicho enfoque de intervención exige la presencia de profesionales debidamente capacitados y sensibilizados en la importancia de todos los elementos ya descritos. Y es aquí en donde los profesionales de la enfermería cobran relevancia, pues son ellos los que hacen de la promoción de la salud su baluarte de servicio para el individuo y la sociedad¹⁹.

De hecho, existe una tendencia global hacia la consideración de los profesionales de la enfermería como elementos clave para proporcionar a la sociedad estrategias innovadoras para mejorar el cuidado de la salud²¹, pues dada su formación académica, su objeto de estudio y su mística de servicio deberían ser ellos quienes lleven los avances en materia de salud que permita a las comunidades una mejor calidad de vida y el logro del bienestar al que tienen derecho²².

Formar profesionales de enfermería íntegros y basados en la ciencia

Debe pues reconocerse a la enfermería como elemento clave para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a personas enfermas, con alguna discapacidad o en situación terminal.

Por lo tanto, formar profesionales en este campo de la salud no debe limitarse a lograr una comunicación efectiva que culmine con la adherencia a las intervenciones. Variables como el género, la edad, el nivel educacional, la situación laboral, el nivel de ingresos, la etnia o la condición de migrante, son aspectos que deben tomarse en cuenta a la hora de hacer una intervención² y a los cuales el personal de enfermería debería estar acostumbrado, si recibiera una formación integral desde el aula.

Por ello, la formación de profesionales de la enfermería es un reto que debe ser asumido por personal debidamente preparado, en donde la consolidación de competencias sea un punto vital¹⁸. Ya el Consejo Internacional de Enfermeras dice que el profesional de la enfermería debe ser altamente educado y competente para la entrega de cuidados de salud de alta calidad, eficiente y eficaz. Pues al ser el grupo de trabajadores más cercano y con frecuencia los únicos disponibles en muchas comunidades, son esenciales para la salud de la población¹⁸.

Así pues, se espera que en su formación se combine la mejor evidencia de investigación con la experticia clínica, considerando las preferencias de los pacientes y los recursos disponibles en los diferentes contextos de salud²³. Otra cosa que se espera es que afronten las políticas en salud pública en general y la intervención comunitaria en particular con una perspectiva de apertura, utilizando abordajes para implicar y trabajar con las comunidades de manera adecuada a sus valores culturales optimizando la salud y la calidad de vida de las personas²⁴.

Por otro lado, es innegable que la enfermería ha luchado por consolidar una práctica basada en un cuerpo de conocimientos propios, que permitan un trabajo independiente de la práctica médica. Para lograrlo es necesario articular un modelo que concentre adecuadamente las teorías existentes y que además derive en el ejercicio de una práctica basada en evidencia, lo cual se logrará mediante la investigación constante y de alta calidad²³.

Así, la formación en enfermería para esta nueva era debe consolidarse en un «ser» y en un «saber» que exprese los más altos valores humanos y científicos, pues se espera de ellos que ocupen su vocación de servicio, no solo en atender las necesidades del individuo o la comunidad, sino que se empeñen en un proceso constante a partir del cual se construya ese nuevo marco teórico, que permita la consolidación de la independencia práctica, teórica y metodológica que la disciplina del cuidado enfermero reclama para sí.

En este sentido, los estudiantes necesitan asumir el reto que plantean las circunstancias actuales, de tal manera que como profesionistas, puedan aplicar efectivamente aquel conjunto de pasos por medio de los cuales puedan tomar decisiones clínicas pertinentes, apoyándose en conocimiento científico de vanguardia, en la experiencia clínica y, sobre todo, en las preferencias del paciente y los valores de la comunidad a la que pertenece, todo esto considerando siempre los recursos disponibles²³.

Así, durante el proceso de formación de los nuevos profesionales debe privilegiarse la adquisición de habilidades y competencias que les permitan hacer un uso consciente y juicioso de la información derivada de la teoría, para que de manera creativa construyan luego el conocimiento científico que les permita tomar las mejores decisiones a la hora de realizar sus intervenciones grupales o individuales.

Por lo tanto, el reto ante estas exigencias de formación implica que los profesores y todos aquellos profesionistas que contribuyen a la formación de estudiantes de enfermería eviten conscientemente la práctica basada en la intuición, en la experiencia clínica no sistemática y en la racionalidad fisiopatológica; tratando de que estos factores no sean la base para la toma de decisiones, de tal manera que, a la hora de realizar cualquier intervención, en su lugar prevalezca el examen cuidadoso de la evidencia científica, el uso de su pericia clínica e, incluso, la consideración preminente de las características y necesidades del mismo paciente²⁴.

Esto sin dejar de lado que el profesional de la enfermería debe basarse en el proceso de atención enfermero, el cual se define como el conjunto de acciones intencionadas que se realizan en un orden específico con el propósito de asegurar que la persona o la comunidad reciban los mejores cuidados, la mejor educación o la mejor propuesta de estilos de vida²⁵.

Por lo tanto, los formandos deben entender que cobra especial significado la inclusión del paciente y su familia en el proceso de la toma de decisiones sobre el propio cuidado; principalmente cuando este proceso está dirigido a atender condiciones crónicas, como la diabetes, esquizofrenia o artritis reumatoide, o bien cuando se desea efectuar intervenciones comunitarias de promoción de la salud.

Así mismo, no debe olvidarse que la enfermería ha recibido el encargo social de desarrollar y diseminar conocimiento enfermero, pero también de llevar a la práctica ese conocimiento, de tal manera que contribuya efectivamente al logro del bienestar de los seres humanos. En este sentido, es un deber universitario formar profesionales de la enfermería que sean conscientes de que su práctica no es solamente un ejercicio vacío, sino una forma de vida en la que el profesionista es para el otro fuente de cuidado, de acompañamiento y de recuperación en su experiencia de vulnerabilidad. Este «ser» debe estar fundado en un conocimiento que le permita ofrecer a los otros un servicio significativo y profesional²⁶.

Este servicio debe considerar siempre que la población mundial y nacional está cambiando, por lo que es necesario un nuevo tipo de profesionistas, encargados de suministrar en parte los satisfactores que demandan. Entre ellos y de manera apremiante (al menos en materia de salud) está el poder desarrollar estilos de vida saludables, no solo para la población que envejece, sino para toda la población. Este reconocimiento de la realidad social debe guiar la formación académica de los profesionales de la enfermería.

Con todo esto, resulta evidente la necesidad de ofrecer a los estudiantes espacios en los que puedan expresar sus vivencias académicas y enriquecerse con el intercambio con otros estudiantes y profesionistas, de manera que se construya dinámicamente el conocimiento y que realmente se experimente el proceso de profesionalización mediante la construcción grupal de significados a partir de la puesta en práctica de la teoría recibida en el aula. Esto sin olvidar jamás que se vive una transición epidemiológica muy específica, la cual debe ser afrontada con el desarrollo y adopción de adecuados hábitos de salud, los cuales en gran medida corresponde promover a los profesionales de la enfermería.

Conclusión

El predominio de enfermedades crónicas es una carga tanto para el sistema de administración pública como para el sistema de salud. En México las principales causas de muerte son las complicaciones asociadas a la diabetes, las enfermedades del corazón y la enfermedad pulmonar obstructiva.

En su etiología debe considerarse el rol de los factores sociales e individuales si se quiere ser efectivo en la labor

de cuidar la salud pública. Como miembros del equipo de enfermería debemos cuidar que la formación profesional derive en una práctica clínica en la que los cuidados no se concentren solamente en los hospitales, sino que comiencen en la intervención comunitaria.

Una verdadera intervención comunitaria debe estar basada en el liderazgo, la comunicación y la adherencia a las intervenciones. Por lo tanto, aspectos como el género, la edad, el nivel educativo, la situación laboral, el nivel de ingresos, la etnia o la condición de migrante deben ser considerados, pues definen al individuo dentro del entramado social.

Las competencias, la formación basada en evidencias y todos los demás aspectos de la formación curricular deben consolidarse en un «ser» y en un «saber» que expresen los más altos valores científicos. Los profesores y todos aquellos que contribuyen a la formación de enfermería deben evitar la práctica basada en la intuición, en la experiencia clínica no sistemática y en la racionalidad fisiopatológica para que el estudiante pueda expresar sus vivencias académicas, pueda enriquecerse con la experiencia e intercambio con otros, de manera que construya dinámicamente el conocimiento.

Por lo tanto, el estudiante que actualmente se forma en el aula debe asumir dinámicamente los retos que plantea el envejecimiento progresivo de la población y la falta de hábitos saludables.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial o sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

- World Economic Forum [WEF]. We'll live to 100 – How can we afford it?. White Paper [Internet]. Ginebra, Suiza: WEF, Committed to improving the state of the world; 2017. Disponible en: http://www3.weforum.org/docs/WEF_White_Paper_We_Will_Live_to_100.pdf
- Bernales M, Pedrero V, Obach A, Pérez C. Competencia cultural en salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. *Rev Med Chile.* 2015;143(3):401-2.
- Covarrubias-Gómez A. Epidemiología y características del enfermo con dolor crónico. En: Covarrubias-Gómez A, Nucho Cabrera E, Ayón Villanueva H, editores. *El médico de primer contacto y el enfermo con dolor.* México: Corinter; 2013. pp. 65-70.
- Macías Sánchez A, Villareal Páez HJ. Sostenibilidad del gasto público: cobertura y financiamiento de enfermedades crónicas en México. *Ensayos Revista de Economía.* 2018;37(1):99-134.
- Aldaco-Sarvide F, Pérez-Pérez P, Cervantes-Sánchez G, Torrecillas-Torres L, Erazo-Valle-Solis AA, Cabrera-Galeana P, et al. Mortalidad por cáncer en México: actualización 2015. *Gac Mex Oncol.* 2018;17:28-34.
- Gómez Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaut FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Publica Mex.* 2011;53(Suppl 2):S220-32.
- Cerquera AM, Uribe Rodríguez AF, Matajira Camacho YJ, Delgado Porras MP. Apoyo social percibido y dependencia funcional en el adulto mayor con dolor. *Divers Perspect Psicol.* 2017;13(2):215-27.
- Pérez V, Sierra F. Biología del envejecimiento. *Rev Med Chile.* 2009;137(2):296-302.
- Aliaga-Díaz E, Cuba-Fuentes S, Mar-Meza M. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016;33(2):311-20.
- Ruvalcaba Palacios G, Galván Guerra A, Cantú Sánchez CM. Relación entre estado cognitivo-emocional y dolor crónico en adultos mayores institucionalizados. En: *Universidad de Guanajuato. Memorias 3.º Foro Nacional de Enfermería y Ciencias de la Salud [CD-ROM].* México: Universidad de Guanajuato; 2011. pp. 1-15.
- López RC, Ávalos GMI. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Rev Cubana Sal Pub.* 2013;39(2):331-45.
- Rodríguez-Velázquez AL, Alvarado-Aguilar S, Cuellar-Hübbe M, Villavicencio-Valencia V, Gómez-García FJ. Nivel de ansiedad y depresión en pacientes amputados por sarcomas. Estudio piloto. *Gac Mex Oncol.* 2010;9(1):11-8.
- Gil Hernández Y, Haro Acosta ME, Hernández Barba C, Quiñones Montelongo KA. Caracterización sociodemográfica de pacientes con invalidez laboral por depresión y trastorno ansioso depresivo. *Rev Cubana de Salud y Trab.* 2019;20(2):52-6.
- Domínguez Trejo B, Ruvalcaba Palacios G, Montero López-Lena M. Pain, emotions and social well-being in Mexico: Challenges and future trending. En: Rojas M, editor. *Handbook of happiness research in Latin America.* EE.UU.: Springer; 2016. pp. 489-514.
- Rojas M. Happiness, research, and Latin America. En: Rojas M, editor. *Handbook of happiness research in Latin America.* EE.UU.: Springer; 2016. pp. 1-16.
- Evans GW, Eckenrode J, Marcynyszyn LA. Chaos and the macrosetting: The role of poverty and socioeconomic status. En: Evans GW, Wachs TD, editores. *Chaos and its influence on children's development. An Ecological perspective.* Washington DC, EE.UU.: American Psychological Association; 2010. pp. 225-38.
- Montero M. Optimización de recursos socio-emocionales de madres en pobreza: Propuesta de una intervención ecológica social. Documento Interno, PAPIIT- IN301311-3. México: UNAM-DGAPA; 2011.
- Ramos Serpa G, López Falcón A, Echeverría El. Contribución de los meta-perfiles a mejorar la formación por competencias: el caso de la carrera de Enfermería en UNIANDES. *Rev UNIANDES Episteme.* 2016;3(2):1-16.
- Coronel Carbo J, Marzo Páez N. La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. *MEDISAN.* 2017;21(7):926-32.
- Giedion Ú, Muñoz AL, Ávila A. Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud. Nota 1: Introducción [Internet]. Nota técnica del BID: 837. División de Protección Social y Salud. Banco Interamericano de Desarrollo; julio de 2015. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/15422/serie-de-notas-tecnicas-sobre-procesos-de-priorizacion-en-salud-nota-1>
- Broderick JE, Keefe FJ, Bruckenthal P, Junghaenel DU, Schneider S, Schwartz JE, et al. Nurse practitioners can effectively deliver pain coping skills training to osteoarthritis patients with chronic pain: A randomized controlled trial. *Pain.* 2014;155(9):1743-54.
- Institute of Medicine (US). *The future of nursing: Leading change, advancing health* [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2011. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24983041>
- Urta Medina E, Retamal Valenzuela C, Tapia Pinto C, Rodríguez Vidal M. Enfermería basada en la evidencia: qué es, sus características y sus dilemas. *Invest Educ Enferm.* 2010;28(1):108-18.
- Artazcoz L, Chilet E, Escartín P, Fernández A. Incorporación de las perspectivas de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2018;32(Suppl 1):S92-7.
- Castaño Mora Y, Erazo Chavez IC, Piedrahita Sandoval LE. Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliar de personas con enfermedad mental. *Enfermería Global.* 2012;28:41-51.
- Fawcett J, Desanto-Madeya S. *Contemporary nursing knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories.* 3.ª ed. EE.UU.: FA Davis Company; 2013.



Cuidados de enfermería durante la posición en decúbito prono al paciente con síndrome de dificultad respiratoria

Nursing care during the prone position for the patient with respiratory distress syndrome

Yeni Huerta-Ramírez* y Ana L. Valencia-Mendoza

Unidad de Terapia Intensiva, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Resumen

La posición del decúbito prono ha mostrado alta eficacia en la aplicación clínica en pacientes críticos con síndrome de dificultad respiratoria que requieren mejorar su ventilación, así como la reducción del riesgo de lesión pulmonar durante la ventilación mecánica. El tratamiento se basa en un manejo interdisciplinario de la unidad de cuidados intensivos. La participación de enfermería dentro del equipo multidisciplinario en la valoración y el seguimiento hospitalario tiene una actuación preponderante. Objetivo: Socializar la experiencia del proceso de giro a decúbito prono en pacientes con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) internados en la unidad de terapia intensiva. La repercusión del decúbito prono en pacientes con SIRA respecto a la oxigenación es favorable. Para llevar a cabo el procedimiento se debe contar con un equipo de salud capacitado y organizado. El profesional de enfermería es quien se ha posicionado en el liderazgo del procedimiento y cuidados, debido a que los pacientes pronados presentan un alto riesgo de extubación orotraqueal, desplazamiento de accesos venosos, presencia de úlceras y lesiones corneales, entre otras. La experiencia nos ha permitido proponer algunos diagnósticos de enfermería que aún no han sido considerados en la taxonomía NANDA. Aún queda pendiente la presencia de protocolos unificados para los cuidados de enfermería entre las instituciones de salud, por lo menos en México.

Palabras clave: Síndrome respiratorio agudo. Decúbito prono. Enfermería. Cuidados.

Abstract

The prone position has been shown to be highly effective in clinical application in critically ill patients with respiratory distress syndrome who require improved ventilation, as well as reduced risk of lung injury during mechanical ventilation. Treatment is based on interdisciplinary management of the intensive care unit. Nursing participation within the multidisciplinary team in the assessment and hospital monitoring has a preponderant performance. Therefore, the objective of this work is to socialize the experience of the process of turning to the prone position in patients with acute respiratory distress syndrome (ARDS) hospitalized in the Intensive Care Unit. The repercussion of the prone position in patients with ARDS regarding oxygenation is favorable. To carry out the procedure, you must have a trained and organized health team. The nursing professional is the one who has positioned himself in the leadership of the procedure and care, because prone patients have a high risk of orotracheal extubation, displacement of venous accesses, presence of ulcers, and corneal injuries, among others. Experience has allowed us to propose some nursing diagnoses that have not yet been considered in NANDA classification. The presence of unified protocols for nursing care among health institutions is still pending, at least in Mexico.

Key words: Acute respiratory syndrome. Prone. Nursing care.

Correspondencia:

*Yeni Huerta-Ramírez

E-mail: yenhuram@gmail.com

Fecha de recepción: 19-05-2020

Fecha de aceptación: 19-05-2020

Cómo citar este artículo: Cómo citar este artículo: Huerta-Ramírez Y, Valencia-Mendoza AL. Cuidados de enfermería durante la posición en decúbito prono al paciente con síndrome de dificultad respiratoria. Rev Mex Enf. 2020;8:70-5.

2339-7284 / © 2020 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La posición del decúbito prono ha mostrado alta eficacia en la aplicación clínica en pacientes críticos con síndrome de dificultad respiratoria que requieren mejorar su ventilación^{1,2}. El decúbito prono es una maniobra utilizada en la unidad de terapia intensiva en pacientes que presentan síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) y cuando la hipoxemia es severa, con una relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ (presión del oxígeno en sangre arterial/ fracción inspiratoria de oxígeno) de 150 mmHg³.

El SIRA, de acuerdo con el último consenso celebrado en Berlín (2012), se define en relación con el grado de hipoxemia (relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$), el tiempo de inicio, hallazgos radiológicos, el nivel de la presión positiva al final de la espiración (PEEP) y el origen del edema pulmonar. Derivado de la inclusión de estas variables se consideró al síndrome de insuficiencia respiratoria una entidad aguda, caracterizada por inflamación alveolar, que ocasiona aumento de la permeabilidad endotelial y colapso alveolar⁴.

La incidencia y la mortalidad del SIRA son cambiantes y pueden variar dependiendo de la región geográfica, los recursos disponibles para su diagnóstico y tratamiento, y el ámbito en el que se presenta. El índice de mortalidad puede ir del 15 al 66%. Las cifras pueden ser discordantes debido a la región e institución evaluadas⁵.

En los países de ingresos altos y medios el SIRA se presenta en 10.1 a 86.2 por 100,000 habitantes en la población general. La epidemiología del SIRA no se ha reportado en países de bajos ingresos a nivel de población, hospital o unidad de cuidados intensivos⁶.

Los tratamientos para el SIRA no han proyectado pronóstico aceptable para los pacientes. Sin embargo, existen estudios que evidencian que la posición de decúbito prono tiene gran impacto sobre la fisiología respiratoria en el aumento en la oxigenación durante la ventilación mecánica, y favorece el intercambio de gases (desviación de la ventilación, desviación del flujo sanguíneo y reclutamiento alveolar); también permite un mejor drenaje de secreciones. La técnica fue útil y accesible para la mayor parte de las unidades de cuidados intensivos² y su utilización se asoció a una reducción importante de la mortalidad; algunos centros reportan cifras tan bajas como del 11-20%⁷. La técnica ha tomado relevancia debido a que también se utiliza en la atención a los pacientes diagnosticados con el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2).

Los pacientes con SIRA presentan más masa en el tejido pulmonar debido a la presencia de edema, lo cual favorece el desarrollo de atelectasias por transmisión vertical de fuerzas gravitatorias que comprimen las regiones pulmonares más dependientes (dorsales), favoreciendo mejor ventilación en las áreas no dependientes (ventrales). A ello se añaden el peso del corazón y el efecto de la masa abdo-

minal, que en posición supina comprime en dirección cefálica las partes posteriores del diafragma. Este efecto se exagera con la presencia de distensión abdominal, parálisis diafragmática y disminución del surfactante pulmonar. El aumento de áreas atelectásicas en las zonas dependientes del pulmón favorece el aumento de espacio muerto pulmonar, aumentando la relación ventilación/perfusión (V/Q), teniendo en cuenta que las áreas mejor perfundidas son las dependientes, como se expuso anteriormente, y las áreas mejor ventiladas en el SIRA son las no dependientes.

En el SIRA grave temprano la posición prono (PP) con optimización de la PEEP reduce el riesgo de lesión pulmonar inducida por el ventilador, al disminuir el estrés y la distensión del parénquima pulmonar durante la ventilación mecánica. Durante el manejo de pacientes bajo asistencia mecánica respiratoria colocados en PP ocurren tres fenómenos que favorecen el intercambio de gases: redistribución de la ventilación, desviación del flujo sanguíneo y el debilitamiento de la pared torácica. La PP favorece también el reclutamiento alveolar de zonas colapsadas.

Objetivos de la posición prono

- Incrementar la PaO_2 al mejorar la relación V/Q.
- Variar la distribución del gradiente transpulmonar en relación con la redistribución de los infiltrados pulmonares.
- Los infiltrados inflamatorios se desplazan de las zonas dorsales a las ventrales y mejoran la relación V/Q.
- Aumentar la distensibilidad pulmonar al haber una distribución más homogénea de la presión transpulmonar disminuye la tensión y el estrés pulmonar producidos por la ventilación mecánica
- Mejora la eliminación de secreciones. Todos estos fenómenos fisiológicos benefician la relación V/Q, que finalmente se traducirán en mejoría de la oxigenación.

Ante la pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), se ha hecho más relevante y pertinente la enseñanza de la técnica al grupo de profesionales de enfermería, quienes ha incursionado en el liderazgo para llevar a cabo las maniobras y cuidados antes, durante y después de la PP en pacientes en estado crítico.

Por lo cual el objetivo del presente trabajo es socializar la experiencia del proceso de la posición de decúbito prono en pacientes con SIRA internados en las Unidades de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).

El presente trabajo podrá ser útil para el conocimiento sobre aspectos teóricos y prácticos básicos para la pronación del paciente en la unidad de cuidados intensivos, aunque también existen casos en donde la posición de decúbito prono se utiliza en pacientes extubados y que se encuentran en áreas de medicina interna.

Tabla 1. Criterios de Berlín para el SIRA

Criterios de Berlín	
Tiempo	Dentro de una semana de síntomas respiratorios nuevos o que empeoran
Oxigenación	SIRA leve: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300-200$, $\text{PEEP} \geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ SIRA moderado: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 = 200-100$, $\text{PEEP} \geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ SIRA grave: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100$; $\text{PEEP} \geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$
Imagen de tórax	Opacidades bilaterales, no se explican completamente por derrames, colapso lobular/pulmonar o nódulos por radiografía de tórax o tomografía computarizada
Origen del edema	Insuficiencia respiratoria no explicada por insuficiencia cardíaca o sobrecarga de líquidos Necesidad de una evaluación objetiva, para excluir el edema hidrostático si no hay presente ningún factor de riesgo

SIRA: síndrome de insuficiencia respiratoria aguda; PEEP: presión positiva al final de la espiración.
Adaptada de Real López, et al., 2002¹.

Contexto histórico

Se sabe que en 1974 el Dr. Charles Bryan destacó que la presión transpulmonar y el reclutamiento alveolar eran dependientes de la posición corporal y esta se optimizaba con la posición en decúbito prono. En 1977 se manejaron los primeros enfermos con SIRA en PP en este contexto. En México, en 1996, Leal y Domínguez (del INCMNSZ) describieron el comportamiento de la oxigenación y la hemodinámica en 16 pacientes con SIRA a los que se les cambió de decúbito supino a PP.

La técnica de pronación institucional al paciente en estado crítico nace con el liderazgo y la visión de un equipo multidisciplinario, dirigido por médicos y enfermeras. Utilizando diferentes métodos, así como materiales para posicionar al paciente y ante la búsqueda de mejores prácticas en el cuidado, implementaron la técnica por primera vez en el área intensiva del instituto en los años noventa, siendo pioneros a nivel nacional en relación con el tema. En aquel momento la enfermera jefe de servicio, Socorro Méndez, junto con las enfermeras destacadas, como Guadalupe Morales García, Adriana González Lobera y Alicia Tonis Mayen, y las enfermeras de los tres turnos vespertino y nocturno del área, implementaron diferentes técnicas de cuidado para la piel, ojos y prominencias óseas, y valoraron otros riesgos que les permitió atender otros cuidados para prevenir accidentes como la extubación endotraqueal y la inestabilidad hemodinámica.

Liderazgo de enfermería en el proceso de posición prono en paciente con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda

Las funciones que ejerce enfermería en la unidad de terapia intensiva son decisivas para el logro de objetivos dentro de la organización y en la supervivencia del pacien-

te en estado crítico. Dichas funciones no solo son asistenciales, sino administrativas, docentes y en muchos casos de investigación; sin embargo, ante la necesidad de contar un óptimo funcionamiento del servicio entre el equipo multidisciplinario, y el uso de la tecnología, la enfermera tienen un papel preponderante como eje central y la cual debe resaltar valores como responsabilidad, compromiso, honestidad, veracidad, respeto, comunicación asertiva y organización.

Es así como la enfermera ha logrado un posicionamiento dentro del equipo multidisciplinario en la unidad de terapia intensiva, que ha llevado al éxito en técnicas y cuidados como la de pronación de pacientes críticos, por lo cual el personal de enfermería del INCMNSZ ha colaborado en la educación continua y capacitación del personal de enfermería de las instituciones de tercer nivel de atención a nivel nacional.

El seguimiento del proceso de atención de enfermería (PAE) nos lleva al logro de objetivos en cuanto a los cuidados de las necesidades individuales; de forma estructurada, lógica, sistemática y basada en la evidencia científica.

Valoración

La valoración de enfermería se realiza en todo momento, el entorno del paciente nos proporciona información sobre el estado de salud del paciente, es por ello que algunos sentidos sensoriales como vista, oído y tacto del personal de enfermería deben estar apercebidos para captar cualquier información. Asimismo la valoración debe llevarse a cabo con el apoyo de teorías o modelos de enfermería y la utilización de escalas, instrumentos necesarios para llegar a un diagnóstico enfermero certero.

La experiencia institucional y el programa rector del que emana la función de enfermería establecen el uso del modelo de Marjory Gordon y los patrones funcionales para la

valoración de todo paciente. Sin embargo, en particular para la valoración del paciente candidato a pronación se deben considerar lo siguiente:

- El estado hemodinámico del paciente.
- Los criterios de Berlín (Tabla 1) (verificar acciones esenciales 4 y 8).
- La comunicación asertiva con personal médico (verificar acción esencial 2).
- La confirmación de que se cuenta con la autorización firmada por parte de los familiares para girar al paciente a decúbito prono (verificar acciones esenciales 1, 4 y 6).
- Disponibilidad de material y equipo indispensable para realizar el procedimiento.
- Las alteraciones emocionales por parte del familiar para su canalización al profesional que corresponde.

Diagnóstico de enfermería

Es importante resaltar que la valoración de enfermería pretende identificar y establecer las principales necesidades de cada paciente, sin embargo, a continuación se mencionarán algunos de los diagnósticos más frecuentes, de acuerdo con nuestra experiencia durante el proceso de seguimiento al paciente en posición en decúbito prono.

Diagnósticos reales

0030. Deterioro del intercambio gaseoso r/c lesión de la membrana alveolocapilar y disminución en la distensibilidad pulmonar m/p $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 150$, desaturación e hipoxemia.

- Patrón 04: actividad-ejercicio.
- Dominio 03: eliminación e intercambio.
- Clase 04: función respiratoria.

Objetivo:

Mantener con Escala de valoración de sedación (SAS) de 1 punto.

Intervenciones:

- Monitorización de gases arteriales y venosos.
- Administración de bloqueadores neuromusculares. Son útiles para facilitar la ventilación mientras el paciente permanece en decúbito prono.
- Vigilancia y cálculo de distensibilidad pulmonar.
- Vigilancia y cálculo del índice de Kirby (relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$).
- Uso de PEEP ($< 15 \text{ cmH}_2\text{O}$) (evitar fuga de PEEP).
- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda
- Administrar analgésicos y sedantes, según lo prescrito por el médico, para optimizar el grado de comodidad del paciente y para reducir su ansiedad.

0031. Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c. Aumento en la producción y retención de secreciones en el alveolo m/p. Estertores bilaterales, disminución de los sonidos respiratorios e infiltrados pulmonares difusos en cuatro cuadrantes.

- Patrón 04: actividad-ejercicio.
- Dominio 11: seguridad/protección.
- Clase 02: lesión física.

Objetivos:

Mantener las vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire evidenciado por:

- Disminución de estertores.
- Mejora de los sonidos respiratorios.
- Disminución de los infiltrados pulmonares.
- Intervenciones:
 - Aspiración de secreciones solo cuando sea imprescindible y con el menor tiempo posible.
 - Monitorización respiratoria.
 - Evitar el lavado sistemático con solución salina al 0.9%.
 - Utilizar sistema de succión cerrada.

0047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c, inmovilidad y posición decúbito prono, presión sobre prominencias óseas.

Patrón 02: nutricional-metabólico.

- Dominio 11: seguridad/protección.
- Clase 02: lesión física.

Objetivo:

Disminuir el riesgo y mantener la integridad estructural y funcional de la piel y membranas mucosas evidenciado por la ausencia de:

- Lesiones cutáneas.
- Lesiones de la membrana mucosa.
- Eritema.
- Palidez.
- Necrosis.
- Intervenciones:
 - Se registra e inspecciona el estado de la piel antes de girar al paciente a decúbito prono.
 - Se colocan parches hidrocoloides en sitios de presión para prevención de úlceras por presión.
 - Se elimina la humedad excesiva en la piel, el aseo diario se realiza a base de baño seco con toallas de clorhexidina y champú que no necesita enjuague.
 - Protección de las zonas de presión mientras el paciente permanece en posición de decúbito prono, incluyendo cara (pómulos y mejillas), orejas, abdomen, rodillas y protección a nivel del fémur y de la tibia.
 - Utilizar almohadas de espuma como medidas de soporte de la cabeza y la cara, el tórax, la pelvis, los genitales y el dorso de los pies.

- Se inicia programa de cambios posturales de cabeza y brazos cada 2 h.
- Se mantiene ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Aplicación de crema humectante después del baño y cada 12 horas.

Diagnósticos de riesgo

00029. Riesgo de disminución del gasto cardiaco r/c disminución del retorno venoso por uso del PEEP elevado.

- Patrón 04: actividad-ejercicio.
- Dominio 04: actividad/reposo.
- Clase 04: respuestas cardiovasculares/ pulmonares.

Objetivo:

Mantener un adecuado volumen de sangre expulsado del ventrículo izquierdo que garantice la presión de perfusión sistémica, evidenciado por:

- Tensión sanguínea sistólica.
- Tensión sanguínea diastólica.
- Tensión arterial media.
- Presión venosa central (PVC).
- Gasto cardiaco.
- Índice cardiaco.
- Gasto urinario.
- Intervenciones:
 - Monitorización y vigilancia de la tensión arterial (línea arterial).
 - Cálculo y vigilancia del gasto cardiaco e índice cardiaco, vigilancia del gasto urinario.
 - Mantenimiento de la volemia, PVC 12-15 mmHg para que el gasto cardiaco sea adecuado respecto a la perfusión de los órganos.
 - Evitar la sobrecarga de líquidos que podría empeorar el edema pulmonar.

De acuerdo con la experiencia en la atención al paciente en decúbito prono, hemos tenido la necesidad de incorporar diagnósticos de enfermería, que no se mencionan en la clasificación NANDA, por lo que algunos de los siguientes diagnósticos no contienen número de código.

- Riesgo de deterioro de la integridad tisular córnea r/c posición decúbito prono.

Objetivo:

Disminuir el riesgo y mantener la integridad estructural y funcional del tejido corneal evidenciado por:

- Ausencia de lesiones corneales.
- Intervenciones:
 - Medidas de lubricación ocular, según lo prescrito, con objeto de prevenir las abrasiones corneales.
 - Mantener los ojos cerrados con *micropore*.
- Riesgo de lesión neuromuscular plexo braquial r/c posición decúbito prono.

Objetivo:

Disminuir el riesgo de lesión del plexo braquial asociado a la posición decúbito prono.

– Intervenciones:

- Asegurar que los hombros no queden en una posición de extensión excesiva.
- Cambio de posición de brazos y cabeza cada 2 h (posición de nado).

Consideraciones sobre eventos adversos

Algunos estudios evidencian que uno de los eventos adversos más frecuentes son las úlceras por presión, la obstrucción del tubo orotraqueal y la extubación accidental⁸; en otros casos, edema facial, conjuntival o palpebral (estos dos se relacionan más al tiempo de PP), lesiones cutáneas de las zonas declives como la pared anterior del tórax, los labios, las rodillas y la frente las lesiones mucosas (úlceras corneales o linguales) y el desplazamiento accidental de accesos venosos, sonda nasogástrica o drenajes pleurales. Se ha descrito también un posible aumento de los requerimientos de sedación y de parálisis muscular en los pacientes tratados con posición en decúbito prono⁹. Sin embargo, dichos eventos son evitables en un alto porcentaje con la óptima vigilancia, la constante valoración y los periódicos giros laterales de cabeza cada 2 horas, quedando en la posición mano-cabeza.

Especificaciones

Al ser un procedimiento de alto riesgo, es indispensable contar con el consentimiento informado del cuidador primario o familiar.

En la experiencia para el proceso de girar al paciente a decúbito prono, es indispensable la participación del médico, la enfermera del paciente, un auxiliar de enfermería y un camillero.

En la institución se cuenta con un protocolo de higiene corporal que consiste en la utilización de toallas de clorhexidina, para el llamado baño en seco, así como el uso de champú de clorhexidina, mismo protocolo utilizado en pacientes en PP.

Para la protección de las zonas de mayor presión o prominencias óseas durante la posición de decúbito prono se colocan apósitos hidrocoloides. Estos parches son eficaces porque permiten aislar, proteger y optimizar los principios fisiológicos básicos de humedad, calor, oxigenación y circulación sanguínea de la piel.

Posteriormente se colocan dispositivos estáticos para liberar los sitios de mayor presión, así como una dona (la cual se realiza con: apósitos, pañal desechable y vendas).

Se coloca posteriormente en posición Trendelenburg invertida para disminuir el reflujo gástrico en los pacientes con alimentación enteral (evitar broncoaspiración).

El paciente se queda en PP el tiempo que sea necesario; en la experiencia en el INCMNSZ se han mantenido hasta 18 días continuos presentando mínimas complicaciones posteriores.

Se coloca en decúbito supino una vez que mejora la relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ mayor de 200 o cuando la posición falla dependiendo de la relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$.

Conclusiones

La posición decúbito prono se considera una técnica de reclutamiento alveolar y sustento biológico, más importante y relevante para pacientes con SIRA grave o COVID-19. Disminuye la mortalidad y mejora la oxigenación. Para llevar a cabo el procedimiento, se debe contar con un equipo de salud capacitado y organizado.

Es una de las técnicas más complejas, sin embargo, el profesional de enfermería es quien se ha posicionado en el liderazgo del procedimiento y cuidados, debido a que los pacientes pronados presentan un alto riesgo de extubación orotraqueal y pérdida de algunos catéteres, además de la presencia de edemas o úlceras por presión.

En nuestra experiencia hemos dedicado por mucho tiempo a la enseñanza y capacitar sobre este procedimiento a médicos y enfermeras de varias partes del país, y era una práctica de interés por especialistas de áreas críticas, sin embargo lo vivido en la contingencia por COVID-19 nos ha enseñado que estas competencias se deben generar en todo profesional de enfermería del ámbito hospitalario (segundo y tercer nivel de atención).

Aún nos falta fortalecer la carencia de un protocolo unificado de los cuidados de enfermería en instituciones de salud de México, así como la evaluación del impacto de los cuidados y la implantación de prácticas basadas en la evidencia.

Agradecimientos

A todos los compañeros de la unidad de terapia intensiva del instituto, que a lo largo de los años han contribuido en la mejora de los cuidados para el paciente en estado crítico, a las autoridades de la Subdirección de Enfermería del INCMNSZ por el apoyo para fortalecer la educación continua para la atención de pacientes con SIRA a nivel local y nacional. En particular a la jefa de enfermería de la unidad de cuidados intensivos Guadalupe Morales García, al jefe médico de la unidad de terapia intensiva Dr. Eduardo Rivero Sigarrosa por el impulso y ayu-

da para realizar esta publicación y a la Esfermera especialista Emma Capultitla Rodríguez por sus aportaciones a la realización de las intervenciones en el paciente decúbito prono.

Asimismo, a las nuevas generaciones de enfermería que se integran a nuestras filas en la atención a los pacientes en estado crítico y hoy, en particular, ante la pandemia por COVID-19, las Licenciadas en enfermería Blanca Susana Cruz Juárez, Verence Periañez Pineda y a la Enfermera general Alma Gabriela García Padilla.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Real López L, Enrique Arias C. El decúbito prono en el síndrome de distrés respiratorio del adulto: cuidados de enfermería. *Enferm Intensiva*. 2002;13(4):146-54.
2. Setten M, Plotnikow GA, Accoce M. Decúbito prono en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(4):452-62.
3. Martínez O, Nicolás N, Esteban A. Evidencias de la posición en decúbito prono para el tratamiento del síndrome de distrés respiratorio agudo: una puesta al día. *Arch Bronconeumol*. 2009;45(6):291-6.
4. Carrillo-Esper R, Sánchez-Zúñiga MJ, Medveczky-Ordóñez N, Carrillo-Córdova DM. Evolución de la definición del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. *Med Int Mex*. 2018;34(4):594-600.
5. Carrillo-Esper R, Vázquez-de Anda GF, Mejía-Pérez CI, Delaye-Aguilar MG, Pérez-Castañeda AI, Briones-Garduño JG, et al. A 50 años de la descripción del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. *Gac Med Mex*. 2018;154:236-53.
6. Mouret Hernández UEM, Mendoza Rodríguez M, López González A, Cortés Munguía A. Comparación de criterios de Berlín vs Kigali para diagnóstico del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. *Med Crit*. 2019;33(5):221-32.
7. Hernández-López GD, Mondragón-Labelle T, Torres-López L, Magdaleno-Lara G. Posición prono, más que una estrategia en el manejo de pacientes con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. *Rev Hosp Jua Mex*. 2012;79(4):263-70.
8. Mora-Arteaga JA, Bernal-Ramírez OJ, Rodríguez SJ. Efecto de la ventilación mecánica en posición prona en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda. Una revisión sistemática y metanálisis. *Med Intensiva*. 2015;39(6):352-65.
9. Rialp Cervera G. Efectos del decúbito prono en el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). *Med Intensiva*. 2003;27(7):481-7.



Escuela promotora de salud en universitarios. Una propuesta para la prevención de obesidad y otros problemas alimentarios en estudiantes de enfermería

School promoting health in university students. A proposal for the prevention of obesity and other eating problems in nursing students

Cristina González-Rendón¹, Verónica Juárez-Torres^{2*}, Alba L. Rubio-Cristerna³ y Mónica S. Valdéz-Padilla⁴

¹Escuela Superior de Enfermería de Mazatlán (ESEM), Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS), Mazatlán, Sinaloa, México

Resumen

Introducción: Los problemas en el mundo en torno a la alimentación son de diversas índoles, como el sobrepeso, la obesidad, la desnutrición y la inocuidad alimentaria. Actualmente México es el país con mayor obesidad infantil del mundo y el segundo en obesidad entre adultos, únicamente precedido por EE.UU., según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud estima 600 millones de casos de enfermedades transmitidas por la mala calidad de los alimentos. Instancias gubernamentales mexicanas han planteado acciones intersectoriales de salud-educación dirigidas a construir una nueva higiene y consumo saludable de alimentos, así como aspectos físicos y psicosociales para toda la comunidad educativa: escolares, docentes, personal administrativo y padres de familia. **Objetivo:** Evidenciar avances de la implementación del programa Escuela Promotora de Salud en universitarios de enfermería. **Conclusiones:** a) el escenario universitario de la iniciativa de salud permite la aplicación de una cédula de valoración de salud integral; b) el sobrepeso, la obesidad y la seguridad alimentaria en el entorno universitario representan una amenaza para la salud de los estudiantes, y c) la observación y la educación en clase son recomendables para dar seguimiento a los estilos de alimentación.

Palabras clave: Promoción de salud. Seguridad alimentaria. Universitarios.

Abstract

Introduction: The problems in the world around food are of various kinds, such as overweight, obesity, malnutrition and food safety. Currently, Mexico is the country with the highest childhood obesity in the world and the second in adult obesity, only preceded by the United States, according to Food and Agriculture Organization of the United Nations data. The World Health Organization also estimates 600 million cases of diseases transmitted by poor food quality. Mexican government agencies have proposed intersectoral health-education actions aimed at building a new hygiene and healthy food consumption as well as physical and psychosocial aspects for the entire educational community: schoolchildren, teachers, administrative staff and parents. **Objective:** To show progress in the implementation of the Health Promoting School program in nursing university students. **Conclusions:** a) the university scenario of the health initiative allows the application of a comprehensive health assessment card; b) overweight, obesity and food security in the university environment represent a threat to the health of students; c) observation and education in class are recommended to follow up on eating styles.

Key words: Health promotion. Food safety. University.

Correspondencia:

*Verónica Juárez-Torres

E-mail: veruskaqx@gmail.com

Fecha de recepción: 07-03-2019

Fecha de aceptación: 17-01-2020

Cómo citar este artículo: González-Rendón C, Juárez-Torres V, Rubio-Cristerna AL, Valdéz-Padilla MS. Escuela promotora de salud en universitarios. Una propuesta para la prevención de obesidad y otros problemas alimentarios en estudiantes de enfermería. Rev Mex Enf. 2020;8:76-80.

2339-7284 / © 2020 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La situación de salud nutricional ha sido ampliamente valorada en el mundo en el ámbito escolar en niños¹ y continúa siendo prioritario considerarlo en la agenda de trabajo de salud poblacional, debido a que el problema sigue en aumento.

Se estima que en el mundo existen 1,400 millones de adultos con sobrepeso y obesidad². Los problemas alimentarios pueden ser por déficit, exceso o por falta de higiene en los alimentos; esto último pone en relieve la inocuidad alimentaria, que se refiere a los alimentos nocivos, los cuales son una amenaza para la salud humana y las economías, ya que se estiman 600 millones de casos de enfermedades transmitidas por alimentos.

Desde el 2007 la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó en su agenda el tema de empoderamiento de los jóvenes con estrategias no coercitivas y que buscan despertar su motivación e interés, y la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud en conjunto con la OMS propuso desde 1995 un marco para la evaluación de «escuelas promotoras de salud», enfocándose en la iniciativa, impacto y bienestar, evaluando los programas con sustento científico³.

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública, presentó datos preliminares por medio de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, donde indican que el 73% de los mayores de 20 años presentan sobrepeso u obesidad, respecto a la cifra de 2012, que fue del 71.2%⁴.

En Sinaloa se realizó la encuesta ENSANUT 2012 en población de 20 años o más (959 individuos), que representó a 1,688,909 adultos del Estado, con una prevalencia de sobrepeso y obesidad (índice de masa corporal [IMC] ≥ 25 kg/m²) en hombres del 68.9% y en mujeres del 70.6%. A partir de los datos de la ENSANUT 2012 también se pudo ver que el 6.4% de los adultos de entre 20 y 59 años, de ambos sexos, presentó anemia en Sinaloa. Además de lo anterior, la población rural tuvo una prevalencia de anemia mayor que la urbana (9.1 y 5.4%, respectivamente)⁵.

Con base en lo anterior, la Escuela Superior de Enfermería de Mazatlán (ESEM) tuvo el interés en implementar el Programa Escuela Saludable de la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS), que es la Universidad de la cual depende la ESEM. Dicho programa se implementó a finales del 2017 con el apoyo de los servicios médicos universitarios (SESMU). El propósito de la implementación fue el de realizar una valoración de salud integral y, con base en los resultados, implementar acciones para desarrollar capacidades en los jóvenes, para ejercer control sobre los determinantes causales de su salud⁶.

Mostrar los avances de la implementación permitirá conocer la experiencia de abordar el tema en estudiantes de

Tabla 1. Encuesta de valoración de salud. Dimensiones y variables en universitarios de Enfermería de Mazatlán, Sinaloa, 2017

Dimensión	Variables
Sociodemográficas	Sexo, edad, grado de licenciatura, estado civil y lugar de residencia
Estado nutricional	Hábitos alimenticios: comidas, consumo de productos chatarra e hidratación al día
Antropometría	Peso, estatura, índice de masa corporal
Aparato gastrointestinal	Desparasitación y cuadros diarreicos al año
Actividad física	Prácticas de deporte, frecuencia y horas a la semana

enfermería, quienes serán los futuros profesionales del cuidado de la salud, sabiendo que no se puede brindar educación para la salud si antes no nos cuidamos.

Implementación

La muestra estuvo conformada por el 38% (533) alumnos de la licenciatura de enfermería del turno vespertino de la licenciatura en enfermería de las escuelas de Mazatlán y Sinaloa, del ciclo escolar 2017-2018, de un total de 1,406.

Se diseñó y aplicó una encuesta de valoración de salud integral propuesta por las tres escuelas de enfermería de la UAS campus Mochis, Culiacán y Mazatlán. Para fines del presente trabajo se consideró solo evaluar a la muestra en estudio, para conocer el perfil de salud que presenta y detectar los posibles riesgos que haya que atender desde el programa en la siguiente fase de intervención o bien para canalizarlo a un servicio médico más especializado, si así se requiere. El cuestionario de evaluación se conformó como se muestra en la tabla 1.

Como parte de los servicios estudiantiles que se ofrecen a los universitarios, arrancó el Programa Escuela Saludable como una iniciativa con aval institucional por parte de la rectoría de la UAS para implementarse en las diversas unidades académicas y en la ESEM. Conscientes del potencial que resulta de la información vertida en la encuesta diseñada para valorar la salud de los estudiantes, se determinó su aplicación con la autorización del Consejo Técnico y del Comité de Ética en Investigación de la ESEM, obteniendo la participación voluntaria e informada de los estudiantes de enfermería.

En la aplicación de la encuesta y la medición de variables antropométricas participaron tres enfermeras generales que laboran en el SESMU en los turnos matutino y

Tabla 2. Encuesta de valoración de salud SESMU. Distribución de variables sociodemográficas en universitarios de enfermería de Mazatlán, Sinaloa, diciembre del 2017

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	n	%
Sexo		
Femenino	404	75.7%
Masculino	129	24.2%
Grado de la licenciatura		
1.º grado	195	36.5%
2.º grado	112	21%
3.º grado	140	26.2%
4.º grado	86	16.1%
Estado civil		
Soltero	506	94.7%
Casado	16	2.9%
Unión libre	11	2%
Lugar de residencia		
Sinaloa	422	79.1%
Otros Estados	111	20.8%
Edad: media 22 años		
Total	533	100%

vespertina, coordinadas con la responsable del Programa Escuela Saludable.

Una vez que se autorizó el programa en el ciclo escolar 2017-2018, la coordinadora académica programó una jornada semanal de salud en diciembre del 2017 para aplicar la encuesta, iniciando con los alumnos de nuevo ingreso y continuando sucesivamente por grados hasta los de cuarto grado (Tablas 2-5).

Una amenaza latente para los universitarios en enfermería es la inseguridad alimentaria, ya que se relacionaron los casos de infecciones gastrointestinales a la inocuidad de los alimentos que consumieron; además de que el sobrepeso y la obesidad, aunado a la falta de ejercicio, la no ingesta de desayunos y el consumo de productos chatarra se asocian a un perfil clínico de riesgo nutricional y metabólico de esta población.

Comentarios

El programa fue aceptado por la comunidad estudiantil y se acordó ampliar la valoración hacia los docentes universitarios por su valor preventivo y el compromiso hacia la salud de los estudiantes.

Los resultados obtenidos de la encuesta permiten darse cuenta de las necesidades de salud de la comunidad estudiantil de manera integral. Es una acción plausible por parte de las autoridades universitarias, de quienes se mantiene un apoyo permanente hacia la continuidad y mejoramiento de programa. La información obtenida es

Tabla 3. Encuesta de valoración de salud SESMU. Distribución de perfil somatométrico-clínico en universitarios de enfermería de Mazatlán, Sinaloa, diciembre del 2017

	n	%
IMC		
Bajo peso (menor de 18)	35	6.5%
Normal (menor de 25)	294	55.1%
Sobrepeso (25 a 27)	120	22.5%
Obesidad		
Grado I (mayor de 27)	62	11.6%
Grado II (mayor de 30)	13	2.4%
Grado III (mayor de 35)	6	1.1%
Tensión arterial		
Hipotensión	28	5.2%
Normotensión	491	92.1%
Hipertensión	14	2.6%
Seguridad alimentaria		
Diarreas	251	47%
Ingesta de productos chatarra		
	120	22.5%

Tabla 4. Encuesta de valoración de salud SESMU. Índice de masa corporal relacionada con actividad deportiva en universitarios de Mazatlán, Sinaloa, diciembre del 2017

	Practica algún deporte		Total
	Sí	No	
IMC			
Bajo	16	19	35
Normal	109	185	294
Sobrepeso	54	67	121
Grado de obesidad			
Obesidad I	21	41	62
Obesidad II	5	10	15
Obesidad III	6	0	6
Total	211	322	533

determinante para llevar a cabo acciones de detección, prevención y fomento a la salud; permite la colaboración con el Programa Institucional de Tutorías en la ESEM por medio de acciones concretas para responder a las necesidades de protección de la salud expresadas por los alumnos.

Se consideró viable dar continuidad a este programa con la sistematización de la información y el seguimiento por medio de estudios de cohortes para una mejor comprensión del fenómeno de salud en los universitarios.

La implementación del programa en la fase diagnóstica mostró la necesidad de dar seguimiento experto nutricional y en algunos casos médico, debido a las alteraciones de la presión arterial, y al bajo peso, sobrepeso y obesidad detectados. También se decidió imple-

Tabla 5. Encuesta de valoración de salud SESMU. Asociación entre índice de masa corporal (IMC) y tensión arterial en universitarios de enfermería de Mazatlán, Sinaloa, diciembre del 2017

	Hipotensión	Normotensión	Hipertensión	Total
IMC				
Bajo	4	31	0	35
Normal	20	272	3	295
Sobrepeso	3	115	3	121
Grado de obesidad				
Obesidad I	1	61	1	63
Obesidad II	0	10	3	13
Obesidad III	0	2	4	6
Total	28	491	14	533

mentar la referencia y contrarreferencia de los alumnos hacia las instituciones de salud por parte del personal médico de SESMU y la entrega de una cartilla NutriMSS para el control de la alimentación correcta y la actividad física. Asimismo se llevó a cabo con éxito la feria de la salud 2018 y 2019, en donde los alumnos se empoderaron y demostraron con proyectos académicos muy creativos los saberes de una nutrición correcta y las modificaciones en la dieta en caso de alteraciones metabólicas y fisiopatológicas, los beneficios del lavado de manos, muestras gastronómicas y realización de concursos deportivos.

Otro parámetro que refieren Katz, et al.² es el perímetro de cintura, que no se incluyó en la valoración del programa y es indicativo de adiposidad central, considerada como factor de riesgo de la resistencia a la insulina y un factor predictivo de hipertensión arterial².

Por ser un proyecto inicial de salud, es posible que no se contemplaran algunas precisiones que requiere la rigurosidad de una metodología científica y esto conlleva la dificultad en el procesamiento de la información en la base de datos estadística, por lo que se refirió a las autoridades responsables la posibilidad de reelaborar la encuesta con ítems basados en estándares de referencia en la literatura citada.

También es importante destacar que se realizó inspección y asesoramiento a los expendedores de alimentos sobre el Programa Escuela Saludable, quienes reciben vigilancia sanitaria por la Secretaría de Salud. Otra acción realizada con beneficios directos hacia la comunidad docente fue la asesoría nutricional por experto para profesores tutores con el objetivo de asesorar a los grupos tutorados.

Se consideró factible la planeación de sesiones nutricionales por expertos para un mayor impacto, de acuerdo con los grupos de riesgo registrados y la derivación personalizada para el apoyo nutricional al Centro de Atención Estudiantil en la Unidad Regional Sur de la UAS.

Conclusión

Para intervenir se debe apoyar cada iniciativa en algún modelo eficaz para el control del sobrepeso y la obesidad, que van en aumento.

Para futuras intervenciones se utilizará el modelo de modificación conductual mediante la entrevista motivacional para la pérdida de peso, que refuerza patrones de la conducta alimentaria y de ejercicio. Otro aspecto es atender la salud mental, ya que se relaciona la imagen corporal distorsionada con baja autoestima y esto afecta de manera adversa la alimentación.

Frecuentemente, la situación de sobrepeso y obesidad se ha atendido en la consulta clínica por los médicos y la evidencia de éxito es escasa por múltiples factores (porque no alcanza el tiempo, las técnicas de psicoterapia no se sustentan o implementan de manera adecuada, etc.) o no se le ha dado seguimiento por un nutriólogo de forma interdisciplinaria⁸; en consecuencia, la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la seguridad alimentaria implica para una unidad académica la consideración de aspectos éticos, metodológicos, organizacionales, clínicos y socioculturales, que mediante la adopción del modelo de prevención de riesgos metabólicos y un programa de intervención educativa asesorado por expertos en nutrición⁶ incidiría en la adopción de estilos de alimentación y de ejercicio que favorezcan la salud de los universitarios en enfermería.

Financiamiento

Se trata de un producto de investigación con financiamiento institucional Escuela Superior de Enfermería de Mazatlán ESEM/Universidad Autónoma de Sinaloa.

Conflicto de intereses

Los participantes en el estudio declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de la promoción de la salud: principios y perspectivas. Metodologías para la promoción de la salud. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud; 2007.
2. Katz DL, Friedman RSC, Lucan SC. Nutrición Médica. 3.^{ra} ed. Barcelona, España: Wolters-Kluwer; 2015. . pp 55-183.
3. Silva Palma IC. Resultados preliminares ENSANUT 2018 [Internet]. México: Grupo La Silla Rota. SuMédico. Comunicación, Bienestar y Salud [fecha de publicación: 20 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://sumedico.com/ensanut-2018-resultados/>
4. Gutiérrez JP, Rivera Dommarco J, Shamah Levy T, Oropeza Abúndez C, Hernández Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Sinaloa [Internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2013 [fecha de publicación o de consulta]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/index.php>
5. Coordinación del programa Escuela Promotora De La Salud. Escuela Superior de Enfermería de Mazatlán, Universidad Autónoma de Sinaloa; 2017.
6. Vargas OF. Educación para la salud. 2.^a ed. México: Limusa; 2006. pp. 203-205.

Para consultar las instrucciones completas, por favor visite la web de la revista:
http://publisher.revistadeenfermeria.permayer.com/contingut.php?cid=normas_a



Si desea suscribirse gratuitamente a la **Revista Mexicana de Enfermería** favor de acceder al siguiente link, o bien puede escanear el código QR con la cámara de su Smartphone o Tableta para para completar el registro:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfx175dmjmosdhTlctiiUplIGyY9-w1hKnwnSykJxxiT7Xbbg/viewform>