



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

www.incmnsz.mx

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



EN ESTE NÚMERO:

Editorial

Deterioro ocular de pacientes con diabetes de 5 a 15 años de evolución atendidos en el primer nivel de atención de salud en el Estado de México

Florence Nightingale: principios y evolución en la gestión de calidad del siglo XXI

Modelos y métodos de intervención en enfermería: análisis de la teoría de la incertidumbre

Experiencias de enseñanza-aprendizaje sobre sexualidad en adolescentes hipoacúsicos



PERMANYER MÉXICO
www.permanyer.com



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



Comité de Dirección

David Keršenobich Stalnikowitz <i>Director General</i> Dirección General	José Sifuentes Osornio <i>Director de Medicina</i> Dirección de Medicina	Miguel A. Mercado Díaz <i>Director de Cirugía</i> Dirección de Cirugía	Sergio Ponce de León R. <i>Director de Enseñanza</i> Dirección de Enseñanza	Rubén Lisker Yourkowitzky <i>Director de Investigación</i> Dirección Investigación	Raúl Rivera Moscoso <i>Director de Planeación</i> INCMSZ	Alicia Frenk Mora <i>Subdirección de Servicios Paramédicos</i> Subdirección de Servicios Paramédicos
---	---	---	--	---	---	---

Consejo Editorial

David Keršenobich Stalnikowitz <i>Director General, INCMNSZ</i>	Marina Martínez Beceril <i>Subdirectora de Enfermería, INCMNSZ</i>	Araceli Jiménez Méndez <i>Jefa del Departamento de Escuela de Enfermería, INCMNSZ</i>	María Paula Nájera Ortiz <i>Jefa del Departamento de Enfermería, INCMNSZ</i>	María de los Ángeles Cano García <i>Enfermera Jefe de Servicio, INCMNSZ</i>
Silvino Arroyo Lucas <i>Jefe del Departamento de Educación e Investigación en Enfermería</i>	Jorge Salinas Cruz <i>Coordinador de Enseñanza, INCMNSZ</i>	Lizeth Guadalupe López López <i>Jefa de enfermeras, INCMNSZ</i>	Patricia Domínguez Sánchez <i>Enfermera Jefe de Servicio, INCMNSZ</i>	María del Pilar Sosa Rosas <i>Jefa de la División de Estudios Profesionales de la ENEO, UNAM</i>

Comité Científico

Silvino Arroyo Lucas <i>Jefe del Departamento de Enseñanza de Posgrado en Enfermería, INCMNSZ</i>	María Guadalupe Escobedo Acosta <i>Directora Técnica, HJM</i>	Araceli Jiménez Méndez <i>Jefa del Departamento de Escuela de Enfermería, INCMNSZ</i>	María Paula Nájera Ortiz <i>Jefa del Departamento de Enfermería, INCMNSZ</i>	Angéles Edilberta González Juárez <i>Directora IPN, IPN</i>
Ihosvany Basset Machado <i>Jefe del Departamento de Educación e Investigación en Enfermería</i>	Francisco Cadena Santos <i>Presidente, FEMAFEE</i>	Beatriz Amanda Lázaro Mandujano <i>Departamento de Educación en Salud para el Desempeño, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas</i>	María Isabel Negrete Redondo <i>Presidenta, AMBEAC, Instituto Nacional de Geriatria</i>	Eugenia Ruiz Dávila <i>Coordinadora de los Servicios de Enfermería, Oaxaca, México</i>
Yolanda Cabrera Juárez <i>Directora de la Escuela de Enfermería y obstetricia, URSE, Oaxaca, México</i>	Oliva Galicia Gijón <i>Presidenta, CONEMAC</i>	Marina Martínez Beceril <i>Subdirectora de Enfermería, INCMNSZ</i>	Rosa María Ostiguín Meléndez <i>Coordinadora del Programa de Maestría en enfermería de la ENEO-UNAM</i>	María del Pilar Sosa Rosas <i>Jefa de la División de Estudios Profesionales de la ENEO, UNAM</i>
María de los Ángeles Cano García <i>Enfermera Jefe de Servicio, INCMNSZ</i>	María Alberta García Jiménez <i>Presidenta, ANEAC</i>	Araceli Monroy Rojas <i>Presidenta, COMCE</i>	María de la Luz Reyes García <i>Presidenta, CONEMAC</i>	Diana Cecilia Tapia Pancardo FESI
María Antonieta Cavazos Siller <i>Directora de la Escuela de Enfermería, UP</i>	Mariano García Viveros <i>Emérito¹</i>	Rosa María Nájera Nájera <i>UAM</i>	Eva Reyes Gómez <i>Presidenta, CNE</i>	Elsy Elisabeth Verde Flota <i>Coordinadora de la Licenciatura en Enfermería, UAM</i>

Comité Editorial Nacional

María Lourdes Alemán Escobar <i>Instituto Nacional de Salud Pública</i>	Martha Castillo González <i>Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias</i>	Margarita Hernández Zavala <i>Instituto Nacional de Pediatría</i>	Yolanda Mayoral Méndez <i>Hospital General Manuel Gea González</i>	Reyna Albertina Rosas Loza <i>Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca</i>
Gloria Arzate Izquierdo <i>Ciudad Salud, Tapachula, Chiapas</i>	Isabel Cicerón Arellano <i>Instituto de Medicina Genómica</i>	Marina Lara Frías <i>Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea</i>	Matilde Morales Olivares <i>Hospitales Federales de Referencia</i>	María Antonia Ruvalcaba Arenas <i>Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío</i>
Juana María Ávila Sánchez <i>Coordinadora Estatal de Enfermería, Baja California</i>	Martina Colchado Ramos <i>Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria Tamaulipas</i>	Claudia Leija Hernández <i>Instituto Nacional de Cardiología</i>	Rosa María Naguatt Domínguez <i>Hospital de la Mujer</i>	Alberto Sánchez Rodríguez <i>Director Estatal de Enfermería, Nuevo León</i>
Luz María Barajas Ramos <i>Hospital Juárez de México</i>	Sofía Cruz Romero <i>Instituto Nacional de Cancerología</i>	Juana Loyola Padilla <i>Servicios de Atención Psiquiátrica</i>	María Isabel Negrete Redondo <i>Instituto Nacional de Geriatria</i>	Héctor Olivera Carrasco <i>Dirección General de Coordinación de Hospitales Regionales de Alta Especialidad</i>
Rosa Elena Burguete Ortiz <i>Hospital de Especialidades Pediátricas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas</i>	Candelaria Flores Costinica <i>Hospital Juárez del Centro</i>	Andrea Mariscal Roque <i>Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca</i>	Héctor Olivera Carrasco <i>Dirección General de Coordinación de Hospitales Regionales de Alta Especialidad</i>	Araceli Saldivar Flores <i>Hospital Infantil de México Federico Gómez</i>
Silvia Leticia Cabrera Díaz <i>Hospital Regional de Alta Especialidad en la Península de Yucatán</i>	Martha García Flores <i>Hospital General de México</i>	Marina Martínez Beceril <i>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán</i>	Norma Popócatl Nájera <i>Hospital Nacional Homeopático</i>	Rocío Valdez Labastida <i>Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía</i>
	Leticia González González <i>Instituto Nacional de Rehabilitación</i>		Manuel Quiroz Carpio <i>Coordinador Estatal de Enfermería, Sonora</i>	



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



Comité editorial internacional

Júlia Esteve Reig

*Directora de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau
(adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona)
Doctora por la Universidad Complutense de Madrid
Barcelona, España*

María Antonia Martínez Momblán

*Responsable del área docente (grado y máster) de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau
(adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona)
Doctora por la Universidad de Barcelona
Barcelona, España*

Isabel Pérez Pérez

*Licenciada en Pedagogía. Doctorado en Ciencias de la Enfermería por la Universidad Rovira i Virgili
Vicedegana de grado, calidad y comunicación de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna
Universidad Ramon Llull
Barcelona, España*

Rosa Rifà Ros

*Licenciada en Antropología. Doctorado en Ciencias de la Enfermería
por la Universidad Rovira i Virgili
Directora del grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna
Universidad Ramon Llull
Barcelona, España*

Eva Roman Abal

*Responsable del área docente de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau
(adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona)
Doctora por la Universidad Autónoma de Barcelona
Barcelona, España*

Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios y/o hallazgos propios y conclusiones de los autores, quienes son responsables de las afirmaciones. 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 MÉXICO
www.permanyer.com

© 2016 Permanyer México

Temistocles, 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



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

Edición impresa en México

ISSN: 2339-7284

Ref.: 2643AX152

Reservados todos los derechos

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación, ni almacenarse en un soporte recuperable ni transmitirse, de ninguna manera o procedimiento, sea de forma electrónica, mecánica, fotocopiando, grabando o cualquier otro modo.

La información que se facilita y las opiniones manifestadas no han implicado que los editores lleven a cabo ningún tipo de verificación de los resultados, conclusiones y opiniones.

ISSN otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación de México.



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



Índice

Editorial

S. Arroyo Lucas 5

ARTÍCULO ORIGINAL

Deterioro ocular de pacientes con diabetes de 5 a 15 años de evolución atendidos en el primer nivel de atención de salud en el Estado de México

K.G. López López y B. Morales Campos 6

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Florence Nightingale: principios y evolución en la gestión de calidad del siglo XXI

K. Karynna Rioja Redon, G. Cigarroa Carreón y R.A. Zarate Grajales 13

Modelos y métodos de intervención en enfermería: análisis de la teoría de la incertidumbre

C. Delgado Bonilla, S. Alemán Rivera, G. Dorantes Pérez y L.G. López López 17

Experiencias de enseñanza-aprendizaje sobre sexualidad en adolescentes hipoacúsicos

E.M. Barquera Núñez 25

Instrucciones para los autores 31



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



Index

Editorial

S. Arroyo Lucas 5

ORIGINAL ARTICLE

Ocular deterioration of patients with diabetes from 5 to 15 years of evolution treated at the first level of health care in the State of Mexico

K.G. López López and B. Morales Campos 6

REVIEW ARTICLES

Florence Nightingale : principles and evolution in the quality management of the XXI century

K. Karynna Rioja Redon, G. Cigarroa Carreón and R.A. Zarate Grajales 13

Models and methods of intervention in nursing: analysis of the theory of uncertainty

C. Delgado Bonilla, S. Alemán Rivera, G. Dorantes Pérez and L.G. López López 17

Teaching-learning experiences on sexuality in adolescents with hearing loss

E.M. Barquera Núñez 25

Instructions to Authors 31

Editorial

S. Arroyo Lucas*

Departamento de Educación e Investigación en Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México

La Enfermería ha transitado de una actividad de cuidados a un cuidado profesional, donde ha estado presente una paradoja desde su origen en nuestra mayor representante, Florence Nightingale; quien por un lado, construyó una Enfermería al margen de un estigma en el sentido servicial, en donde los rasgos del perfil de las personas a incorporarse en esta profesión en aquella época fue a través de requisitos indispensables como: ser persona de origen en clases populares, ser mujer, con vocación de servicio al paciente, auxiliar del médico, con dedicación al cuidado físico; elementos de servicio completamente inadecuados como enfermera para una mujer de estatus social alto, y por otro lado, ella misma, con conocimiento en matemáticas, idiomas, religión y filosofía, dedica grandes esfuerzos al desarrollo de la Enfermería desde el análisis, el argumento, exposición lógica y la filosofía, con la intención de desarrollar teorías, modelos y marcos conceptuales, a fin de contribuir al desarrollo de la Enfermería desde el conocimiento, proporcionando una dirección aplicada a problemas sociales.

Hoy, a más de un siglo de la creación de esta paradoja, que en esencia no es un señalamiento, solo el intento de enmarcar y dar sentido a lo que seguimos

buscando en la propuesta de una profesionalización, en donde, no podemos negar que hay crecimiento, y muestra de ello es observar publicaciones en revistas de Enfermería de diversas áreas de la salud.

Hoy, además de la investigación y la publicación, el reto está en que, previo a la aplicación de acciones en una realidad compleja llena de problemas en salud-enfermedad-atención, es preciso tener la claridad que para aplicar un cuidado profesional debe estar enmarcado entre otros aspectos en competencias vinculadas a bases teóricas de la Enfermería y otras áreas del conocimiento, ciencias básicas, anatomofisiología, filosofías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, psicología y las ciencias sociales, sin dejar de lado la autocrítica a partir de la revisión, interiorización y aplicación de contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva; es así que como grupo disciplinar desde el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) estamos construyendo el camino hacia un nuevo paradigma en el cuidado profesional sustentado en la investigación, aspecto que proyectará nuestro liderazgo hacia otras latitudes.

Correspondencia:

*Silvino Arroyo Lucas

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Vasco de Quiroga, 15

Col. Belisario Domínguez, Sección XVI, Del. Tlalpan

C.P. 14080, Ciudad de México, México

E-mail: sarroyo76@yahoo.com.mx

Deterioro ocular de pacientes con diabetes de 5 a 15 años de evolución atendidos en el primer nivel de atención de salud en el Estado de México

K.G. López López* y B. Morales Campos

Especialidad de Terapia Visual, Centro Interdisciplinario de la Salud, Unidad Milpa Alta, Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: La diabetes *mellitus* es un problema a nivel mundial con gran impacto en la sociedad no sólo por su alta prevalencia, sino también por sus complicaciones crónicas y su alta mortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aumento de la prevalencia de diabetes para Latinoamérica impactará directamente en la salud visual de estos pacientes, lo que se considera un relevante problema de salud pública. **Objetivo:** Conocer los padecimientos oculares más frecuentes en pacientes con diabetes de 5 a 15 años de evolución y su relación con la enfermedad. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal con 288 pacientes con diabetes atendidos en el primer nivel de atención de salud. La información se recolectó a través de la historia clínica optométrica. **Resultados:** El promedio de evolución de la enfermedad de los encuestados fue de siete años; las afecciones oculares más frecuentes estaban asociadas a diabetes, y cerca del 40% de los pacientes nunca había asistido a una valoración visual, por lo que no tenía conocimiento de las complicaciones oculares que pudiera padecer. **Conclusiones:** Existe una deficiente cultura del autocuidado y prevención de complicaciones oculares en pacientes recientemente diagnosticados; sin embargo, la información clara y oportuna desde el primer nivel de atención puede contribuir a prevenir un gran número de padecimientos oculares en pacientes con diabetes.

Palabras clave: Afecciones oculares. Diabetes. Cultura de autocuidado. Prevención.

Abstract

Introduction: Diabetes mellitus is a problem worldwide with a great impact on society, not only because of its high prevalence, but also because of its chronic complications and high mortality. According to the World Health Organization (WHO), an increasing prevalence of diabetes in Latin America will directly impact on the visual health of these patients, which is considered an important public health problem. **Objective:** To determine the most common eye disease in patients with diabetes from five to 15 years of evolution and its relationship with the disease. **Methods:** Cross-sectional study with 288 patients with diabetes treated at the first level of health care; information was collected through optometric medical history. **Results:** The average disease progression of respondents is seven years; the most common eye diseases are associated with diabetes, and about 40% of patients have never attended a visual assessment so they have a lack of information about eye complications that they may suffer from. **Conclusions:** There is a poor culture of self-care and prevention of ocular complications in newly diagnosed patients; however, clear and timely information from the first level of care can contribute to a large number of preventable eye diseases in patients with diabetes. (Rev Mex Enf. 2016;4:6-12)

Corresponding author: Karol G. López López, karol28mx@gmail.com

Key words: Eye disease. Diabetes. Self-care culture. Prevention.

Correspondencia:

*Karol López López
E-mail: karol28mx@gmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 14-11-2014
Fecha de aceptación: 19-02-2015

Introducción

La visión es uno de los sentidos más importante del cuerpo, pues cerca del 80% de la información que se recibe entra a través de los ojos, no sólo por las imágenes, sino también por todas las sensaciones que la acompañan. La visión también permite desempeñar diferentes actividades, así como interrelacionarse con el entorno en los diferentes ámbitos de la vida.

La pérdida de la visión o las afecciones en el órgano ocular conllevan una disminución del desarrollo integral de las personas, como el deterioro en la vida productiva, familiar, social y la aparición de problemas psicosociales, como autoestima disminuida, desadaptación social, cambios en las conductas, enojo y frustración, entre otras.

Además, existen enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes *mellitus* que, si no son atendidas y controladas, pueden generar serias consecuencias para la visión, y, aunque en su etapa inicial no aparecen síntomas, cuando se detecta tardíamente o bien no se trata adecuadamente tiene el riesgo de provocar complicaciones graves, como pueden ser disminución de la visión y/o ceguera, retinopatía, catarata, glaucoma, desprendimiento de retina o hemorragia vítrea, entre otras.

Las afecciones por diabetes a nivel mundial tienen un gran impacto en la sociedad no sólo por su alta prevalencia, sino también por sus complicaciones crónicas y su alta mortalidad, que afecta a unos 150 millones de personas en el mundo y en donde se estima que la esperanza de vida de estas personas se reduce entre 5 y 15 años. En México, la edad promedio de las personas que murieron por diabetes en 2010 fue de 66.7 años¹.

Una de las complicaciones prevenibles más relevantes en el órgano ocular es la retinopatía diabética, con un 40% en pacientes con diabetes, así como la causa principal de ceguera legal* y debilidad visual†

en la población económicamente activa. El riesgo de ceguera en pacientes con diabetes es 25 veces mayor que en el resto de la población².

El 27% de las personas con diabetes que tienen de 5 a 10 años de evolución y el 70-90% de las que viven con más de 10 años con la enfermedad presentan algún grado de retinopatía, en donde a medida que aumentan los años de evolución, se incrementa la incidencia de retinopatía diabética proliferativa. Otras complicaciones relevantes que pueden presentar las personas diagnosticadas diabéticas y que no están controladas son el glaucoma y el edema macular³. Una localización no tan frecuente aunque sí importante de las alteraciones diabéticas se puede observar en el cristalino, con trastorno reversible en la miopía o irreversible, como la cataratas⁴.

La información oportuna en pacientes con este padecimiento puede propiciar la disminución de complicaciones que involucran no sólo la función, sino también el propio órgano de la visión. En los países desarrollados, la población diabética presenta una mayor frecuencia de cataratas y glaucoma respecto a la población no diabética⁵. También los cambios en la refracción están directamente relacionados con los niveles de hiperglucemia prolongada, aun en ausencia de retinopatía y catarata⁶.

Es por ello que la presente investigación tiene como objetivo conocer cuáles son las afecciones oculares más frecuentes en pacientes con diabetes de 5 a 15 años de evolución y su relación con la enfermedad.

Material y métodos

El presente trabajo es descriptivo de corte transversal, con 228 pacientes atendidos en el primer nivel de atención en la Jurisdicción de Nezahualcóyotl, Estado de México. Los pacientes tenían diagnóstico de diabetes *mellitus* entre 5 a 15 años de evolución y fueron elegidos por muestreo aleatorio simple. En el periodo comprendido entre junio y agosto de 2012, se entregó a cada paciente una carta de consentimiento informado, donde se mencionaba que el estudio era inocuo y que lo podían abandonar en el momento que desearan.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con diabetes *mellitus* de 5 a 15 años de evolución, que acudan regularmente a sus consultas médicas en los diferentes centros de salud de la Jurisdicción de Nezahualcóyotl y que estén en tratamiento con hipoglucemiantes orales y/o insulina.

*Ceguera legal es la pérdida de visión en uno o ambos ojos. Cuando una persona tiene una visión por debajo de una agudeza visual de 20/200 (0.1), incluso tras una corrección con gafas o lentes de contacto, se considera que tiene una ceguera «legal». Son muchas las personas que, pese a ser consideradas legalmente ciegas, pueden distinguir formas y sombras, aunque no pueden apreciar los detalles normales en su visión.

†Cuando una persona pierde su capacidad completa para poder ver, se dice que padece debilidad visual, la cual se puede deber a muchos factores; además, puede afectar completa o parcialmente a la vista de una persona.

Y los criterios de exclusión: pacientes no diabéticos, que lleven más de 15 años con la enfermedad, que no sean pacientes que asistan regularmente a sus consultas y que no desearon participar en la investigación.

La recolección de datos se realizó a través de una anamnesis y una exploración optométrica que incluyó cuatro valoraciones: agudeza visual, refracción, revisión de cámara anterior, tonometría y fondo de ojo.

A continuación se explica en qué consiste cada uno de los instrumentos.

Agudeza visual

Este procedimiento fue realizado a toda la población teniendo en cuenta las siguientes actividades:

Las características técnicas de esta actividad fueron:

- Tabla de Snellen apropiada (signos alfabéticos o direccionales).
- El examen se realizó en un espacio con iluminación suficiente, similar a la luz del día.
- En un área de una distancia de 6 m entre la persona y la tabla de Snellen, o bien se realizó la equivalencia del fraccionario de la tabla de Snellen a la distancia a la que se trabajó (esta distancia nunca fue inferior a 3 m).
- Se hizo la evaluación individual de cada uno de los ojos, cubriendo el ojo no examinado, sin cerrarlo ni ejercer presión sobre el mismo.
- Se registró el resultado del examen de forma numérica de fraccionarios, expresada en pies.
- Cuando el resultado de este examen fue inferior a 20/40 con la tabla de Snellen, se tomó nuevamente la agudeza visual haciendo que el paciente mirara a través de un agujero estenopeico: si mejoraba la agudeza visual, se realizaba el examen de optometría complementario; si no había mejoría, se remitía al paciente a una valoración oftalmológica.

Revisión de cámara anterior

Consiste en observar detalladamente con una lámpara de mano. Se estudiaron con detalle los párpados, la conjuntiva y el polo anterior (córnea, cámara anterior, iris y cristalino).

Tonometría de Schiotz

Esta técnica se realizó mediante el tonómetro de Schiotz, que consta de una platina cóncava que se

apoya sobre la córnea. En el centro de la platina existe un orificio por el que asoma un émbolo que se mueve libremente dentro del cilindro que compone el cuerpo del tonómetro. El desplazamiento de este émbolo se transmite mediante una aguja a una escala numerada de 0 a 20 divisiones. El peso del émbolo es de 5.5 g, pero puede aumentarse con pesas adicionales (7.5, 10 y 15 g).

Para realizar esta medición se le dijo al paciente que adquiriera la posición de decúbito supino y se le administró tetracaína en gotas oftálmicas (Ponti).

La base (platina) del tonómetro se administró suavemente sobre la córnea. Se documentó el desplazamiento de la aguja sobre la escala y el peso utilizado, y se exportaron los datos a las tablas de conversión, obteniéndose la cifra de presión intraocular en mmHg.

Oftalmoscopia directa

Se utilizó un oftalmoscopio coaxial con luz halógena de 3.5 v (WA11720). La oftalmoscopia directa es una técnica de suma importancia en la exploración física que ofrece una imagen directa, no invertida, de la retina. Mediante esta técnica se puede observar el fondo de ojo (mácula, papila, vasos), pero también el resto de estructuras oculares (párpados, segmento anterior, medios intraoculares).

Este procedimiento se llevó a cabo en una habitación con escasa luminosidad.

Se pedía al paciente que mirara al frente, a un punto fijo, y se dirigía luz hacia la pupila. En el caso de que no se consiguiera ver el fondo de ojo porque el paciente reaccionaba con una miosis excesiva, se utilizaba un colirio midriático de acción corta, como la fenilefrina al 2% (TP).

Se aplicaba una gota en cada ojo y se esperaban 20-30 min antes de proceder a la exploración.

Resultados

Características de la población en estudio

De la población en estudio, el 82% eran mujeres y el 18% hombres. El 67% de las mujeres eran amas de casa y el 15% jubiladas. El promedio de edad de la población fue de 61 años, con una desviación estándar de 9.5. El 87% de las personas que acudieron a su centro de salud para ser tratadas estaba en el rango de 50-80 años o más.

Tabla 1. Características generales de la población en estudio

Variable	n	%
Sexo		
Mujer	188	82
Hombre	40	18
Total	228	100
Edad		
38-49 años	25	11
50-59 años	77	34
60-69 años	81	36
70-79 años	40	17
80 años y más	5	0.2
Total	228	100
Tiempo de evolución		
5-10 años	131	57
11-15 años	97	43
Total	288	100
Tratamiento farmacológico		
Sí	288	100
Total	288	100
Tipo de tratamiento		
Tabletas	167	58
Tabletas e insulina	31	11
Insulina	26	9
Dieta y tabletas	4	1
Total	288	100
Última fecha de examen visual		
Menos de 1 año	17	6
De 1 a 5 años	82	28
De 6 a 10 años	29	10
De 11 a 15 años y más	3	1
Nunca se ha realizado examen visual	97	34
Total	288	100

Fuente: Anamnesis y evaluación visual. Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México, 2012.

El tiempo de evolución de la diabetes *mellitus* en la población correspondía al 57% en un rango de 5 a 10 años, mientras que el 43% se encontraba entre los 11 y 15 años de evolución.

El tipo de tratamiento principalmente consistía en hipoglucemiantes, con un 58%, mientras que el 11% correspondía a hipoglucemiantes e insulina y el 9% sólo utilizaba insulina.

El 34% de los pacientes nunca se había realizado un examen visual, en el 28% su última fecha correspondía a 1-5 años, en el 10% a 6-10 años, en el 6% a menos de un año y sólo en el 1% hacía de 11 a más de 15 años que no se realizaba un examen visual (Tabla 1).

Tabla 2. Distribución de síntomas presentados en diabéticos de 5-15 años de evolución

Síntomas	Frecuencia	%
Visión borrosa	96	42
Dolor ocular	35	15
Resequedad ocular	20	09
Miodesopsias	17	07
Sensación de cuerpo extraño	11	05
Fotosensibilidad	6	02
Fotopsias	4	02

Fuente: Anamnesis y evaluación visual. Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México, 2012.

Examen visual

El principal síntoma ocular que destaca en la población estudiada con diabetes *mellitus* es la visión borrosa de lejos, en casi la mitad de la población (42%), y en segundo lugar, el dolor ocular, con un cuarto de la población (15%) (Tabla 2).

Motilidad ocular

Como se muestra en la tabla 3, existe un alto porcentaje de los pacientes diabéticos en el estudio que no presenta limitación en la motilidad de ambos ojos (ojo derecho [OD]: 89%; ojo izquierdo [OI]: 88%); sin embargo, un bajo porcentaje sí presenta limitación en la motilidad, que corresponde a un 6% para ambos ojos. La parálisis ocular se presentó en un paciente en el OD (0.4%).

El 5% de OD y el 6% de OI no fueron valorados en cuanto a la motilidad ocular debido a que presentaban incapacidad para seguir el punto de fijación.

Diagnóstico de párpado

Un gran porcentaje de los pacientes no presentaba alteraciones en ambos párpados (98%) y sólo un 1% presentó ptosis. El xantelasma se presentó en un 1.0% para ambos ojos (Tabla 4).

Diagnóstico de conjuntiva

Cerca del 50% de los pacientes se encuentra sin alteración en esta estructura ocular en ambos ojos, pero

Tabla 3. Diagnóstico de motilidad ocular en ambos ojos de pacientes diabéticos con 5-15 años de evolución

Motilidad ocular	OD		OI	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sin limitación	202	89	201	88
Con limitación	14	6.0	13	6.0
Parálisis ocular	1	0.4	0	0.0
Hiperfunción muscular	0	0.0	1	0.4
No valorado	11	5.0	13	6.0
Total	228	100	228	100

Fuente: Anamnesis y evaluación visual. Cd Nezahualcóyotl, Estado de México, 2012.

Tabla 4. Diagnóstico del párpado en ambos ojos de pacientes diabéticos con 5-15 años de evolución

Diagnóstico del párpado	OD		OI	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sin alteración	233	98	224	98
Ptosis afecta al tercer par craneal	2	1.0	1	1.0
Xantelasma manchas amarillas hay colesterol alto	13	1.0	03	1.0
Total	228	100	228	100

Fuente: Anamnesis y evaluación visual. Cd Nezahualcóyotl, Estado de México, 2012.

Tabla 5. Diagnóstico de conjuntiva en ambos ojos de pacientes diabéticos con 5-15 años de evolución

Diagnóstico de conjuntiva	OD		OI	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sin alteración	108	47	110	48
Hiperemia conjuntival	53	23	58	25
Blefarconjuntivitis escamosa	17	7.4	17	7.4
Otras	50	22	43	19
Total	228	100	228	100

Fuente: Anamnesis y evaluación visual. Cd Nezahualcóyotl, Estado de México, 2012.

cabe mencionar que un cuarto de la población estudiada presenta hiperemia conjuntival en ambos ojos y el 7.4% presenta blefarconjuntivitis escamosa (Tabla 5).

Discusión y conclusiones

Según los hallazgos encontrados en el presente trabajo, se puede mencionar que más de una cuarta

parte de la población en estudio nunca se ha realizado una revisión visual, aspecto que llama la atención, ya que, considerando que es uno de los órganos blanco en las complicaciones de la diabetes *mellitus*, los pacientes no tienen la debida información sobre prevención y síntomas de alarma, y desconocen la importancia de acudir periódicamente a consulta de oftalmología.

Las personas que más acuden a consulta se encuentran entre los 50 y 80 años de edad, y de este grupo acuden más las mujeres, con un promedio de edad de 61 años, probablemente porque son amas de casa y/o jubiladas.

Con base a la revisión y análisis de los datos presentados, los padecimientos oculares más presentados pueden estar relacionados con la enfermedad. Al respecto, se puede comentar que cerca del 50% presenta visión borrosa con mayor frecuencia, seguida de dolor ocular (15%), resequeidad (9%), hiperemia conjuntival (25%) y blefarconjuntivitis escamosa (7.4%).

Si bien estos signos y síntomas no necesariamente son propios de la enfermedad, y se pueden presentar por alteraciones en alguno de los componentes del órgano ocular o en sus funciones, se sabe que el paciente descontrolado presenta mala producción de la lágrima, así como su tiempo de ruptura de la lágrima es corto⁷, lo que genera cierto grado de resequeidad en el ojo e incluso sensación de picor, arenilla, sequedad ocular, enrojecimiento conjuntival y, como consecuencia, dolor. Aunque no son específicas del ojo seco, son muy orientativas en pacientes con diabetes. También la falta de lubricación puede traer como consecuencias infecciones e inflamaciones oculares, como la blefarconjuntivitis.

En lo que respecta a la limitación en la motilidad, que corresponde a un 6% para ambos ojos, a pesar de no ser un porcentaje estadísticamente significativo, destaca su importancia en lo epidemiológico, ya que es muy probable que estos pacientes presenten una afección en el tercer par craneal, es decir, motor ocular común relacionado a un elevado nivel de glucosa en sangre en el momento de la valoración; pero ésta es una complicación que puede ser reversible en cuanto el paciente corrija su nivel de glucosa sanguínea⁸.

La aparición de complicaciones oftalmológicas está relacionada con el mal control glucémico, considerando sólo el tiempo en el que se conoce que la persona padece diabetes *mellitus*; en este caso, cerca del 60% de la población en estudio tiene entre 5 y 10 años de evolución. Según lo reportado en la literatura, los pacientes con afección de retina se concentran en el intervalo de 11 a 20 años posteriores al diagnóstico. Pese a que no se encontró retinopatía diabética confirmada, los padecimientos encontrados se relacionan con la diabetes.

En la literatura hay evidencia de una tendencia hacia el incremento del desarrollo de complicaciones oculares en pacientes con mayor evolución de la enfermedad, lo que representa una carga significativa

sobre la familia y la sociedad, pero también una carga potencial para convertirse en un problema mundial de salud pública que conduce a resultados de salud graves, teniendo a «la retinopatía diabética como la segunda causa de ceguera en el mundo occidental y la más común en las personas de edad comprendida entre 30 y 69 años. Su prevalencia está relacionada con la duración de la diabetes. Así, después de 20 años, la presentan en algún grado casi todos los pacientes con diabetes tipo 1 y más del 60% de pacientes con diabetes tipo 2»⁹. En México, el 98% de los pacientes con diabetes tipo 1 con 15 años o más de evolución presentan retinopatía, y sólo el 2% de los que llevan menos de dos años con la enfermedad; sin embargo, los datos reportados de la Secretaría de Salud mencionan que en el primer trimestre de 2013 el diagnóstico de ingreso de los casos hospitalizados con diabetes *mellitus* tipo 2 en el país corresponde al 0.2% (8 casos) con diagnóstico de retinopatía diabética¹⁰.

En el mundo, el 1% de los casos de ceguera son consecuencia de la diabetes¹¹. En personas con diabetes tipo 1 se presenta más tempranamente y con mayor gravedad que en los pacientes con diabetes tipo 2. La retinopatía diabética proliferativa no aparece en los cinco primeros años, pero está presente en el 56% en aquéllos con más de 20 años de evolución. A los 15 años o más de evolución de la enfermedad, es mayor el riesgo en adultos insulino dependientes (85%) que en no insulino dependientes (58%); sin embargo, es mucho menor que en los diabéticos juveniles¹².

Otra localización es a nivel de los nervios oculomotores, produciendo neuritis, especialmente del tercer par. Es una afección reversible, pero a menudo plantea grandes dificultades en el diagnóstico etiológico debido a la similitud del cuadro clínico con los aneurismas intracraneanos.

Se ha podido constatar que con una atención adecuada y oportuna se pueden disminuir considerablemente los efectos negativos en el órgano ocular. Según la OMS, para el año 2030 se prevé un 148% de aumento de la prevalencia de diabetes en Latinoamérica, lo cual impacta directamente en la salud visual de estos pacientes; sin embargo, la invalidez visual y la ceguera diabética son prevenibles en más altos porcentajes en los casos con tratamiento oportuno¹³.

La situación descrita está generando un problema de gran impacto social, epidemiológico, humano y económico. A pesar de que el problema es conocido, no se le ha dado la debida importancia, por lo que se

considera necesario difundir el conocimiento y pruebas del daño a la salud ocular que se está ocasionando a los pacientes diabéticos.

Conclusiones

El primer contacto que tiene la población con un sistema de salud de primer nivel de atención es a través de los establecimientos y acciones comunitarias de servicios básicos como los que se proporcionan en los centros de salud, cuyo deber es la promoción, la prevención, el autocuidado y el apego a los tratamientos que permitan a los usuarios tener una mejor calidad de vida.

La vigilancia epidemiológica debe realizarse en un trabajo colaborativo con médicos, enfermeras, nutriólogos y especialistas de atención visual, oftalmólogos y optometristas, que otorgue la información requerida sobre los factores de riesgo más importantes asociados a la diabetes *mellitus*.

El deber del profesional de salud, junto con otros miembros del equipo, es informar y dar educación para la salud para prevenir riesgos oculares a pacientes con diabetes. Así, la experiencia de este estudio podría ser utilizada como material de soporte para los estudiantes de la licenciatura en Optometría e investigadores a fin de continuar con la investigación y buscar resultados con mayor contundencia en favor de la salud visual de la población en México.

Bibliografía

1. Donnelly R, Emslie Smith AM, Gardner I, Morris A. ABC of vascular disease: vascular complications of diabetes. *BMJ*. 2000;320(7245):1062-6.
2. Zegada JA, Blanco P, Montaña KN, Blanco BA. Retinopatía diabética y otros hallazgos oftalmológicos en pacientes diabéticos, asistidos por las fundaciones Cristo Vive y Vida Plena, Bolivia. *Gac Med Bol*. 2013;33(1):27-30.
3. Prado SA, Guido M, Camas BT. Prevalencia de retinopatía diabética en población mexicana. *Rev Mex Oftalmol*. 2009;83(5):261-6.
4. Rodríguez R, Massera M. Complicaciones oculares. Capítulo XV. Consultado en abril de 2014. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/historicos/dm/cap15.pdf>
5. Gibelalde A, Ruiz-Miguel M, Mendicutte J, Ayerdi S, Martínez-Zabalegi D. Prevalencia de retinopatía diabética mediante cribado con retinógrafo no midriático. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(3):271-6.
6. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica de retinopatía diabética (GPC). Diagnóstico y Tratamiento de Retinopatía Diabética. Guía de Referencia Rápida. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-171-09. Consultado el 8 de marzo de 2016. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/171_GPC_RETINOPATIA_DIABETICA/Imss_171RR
7. Zozaya Aldana B, Medina Rodríguez I, Rodríguez González MI, Ortiz Bermúdez O, Cabanas Santana M. Diabetes mellitus y lentes de contacto. *Rev Cubana Endocrinol* [Internet]. 2009; 20(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532009000200007&lng=es
8. Consejo de Salubridad General. Diagnóstico y tratamiento del estrabismo paralítico. Guía de referencia rápida. GPC Consultada el 20 de noviembre de 2015. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/277_GPC_EstrabismoParalitico/IMSS-277-10-GRR ESTRABISMO_PARALITICO.pdf
9. Mediavilla BJ. Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. Centro de Salud Pampliega. Burgos. SEMERGEN. 2001;27(3):132-45. Consultado el 8 de marzo de 2016. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=10022281&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=40&ty=142&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v27n03a10022281pdf001.pdf
10. Secretaría de Salud. Boletín Epidemiológico Diabetes Mellitus Tipo 2 Primer Trimestre de 2013. 2013:4-13.
11. Organización Mundial de la Salud 2012. Informe Global sobre discapacidad visual 2010. Ginebra.
12. Hernández A, Tirado O, Rivas MC, Licea M, Maciquez JE. Factores de riesgo en el desarrollo de la retinopatía diabética. *Revista Cubana de Oftalmología*. 2011;24(1):86-99.
13. Aguilar CA, Hernández S, Hernández M, Hernández JE. Acciones para enfrentar a la diabetes. Documento de postura. Academia Nacional de Medicina /México. Colección de Aniversario CONACYT. 2013;18.

Florence Nightingale: principios y evolución en la gestión de calidad del siglo XXI

Karla Karynna Rioja Redon^{1*}, G. Cigarroa Carreón¹ y R. A. Zarate Grajales²

¹Programa de Maestría en Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); ²Seminario de Modelos de Gestión y Evaluación de la Calidad del Cuidado

Resumen

Florence Nightingale se centró en la observación, brindó especial atención al entorno que rodea al individuo y conceptualizó la enfermería como la encargada de la salud personal del paciente y la función de la enfermera: poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él¹. Puso énfasis en la planificación del cuidado del paciente, aplicando de forma indirecta la teoría neoclásica, llevando a cabo las etapas del proceso administrativo mediante el manejo del entorno, los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente, lo cual permitía definir errores en la atención y así conseguir la mejora continua del cuidado de enfermería. Todo ello daba un acercamiento epidemiológico al concepto multicausal de la enfermedad, al estudio de las causas de la enfermedad y el cuidado del enfermo. Relacionando las aportaciones de Florence Nightingale con los avances en la seguridad del paciente, podemos señalar que se trata de un principio fundamental de la atención sanitaria, ya que existe cierto grado de peligrosidad en cada paso del proceso de atención de salud^{2,3}. Prevenir errores, observar, valorar y analizar el medio que rodea al paciente, así como desarrollar la cultura del reporte de eventos adversos y la seguridad del paciente en todo nuestro entorno, salvan vidas⁴.

Palabras clave: Enfermería. Cuidado. Administración hospitalaria. Gestión.

Abstract

Florence Nightingale focused on observation, gave special attention to the environment surrounding the individual, and conceptualized nursing as being responsible for the personal health of someone and the role of the nurse was to put the patient in the best condition for nature to act on. She emphasized the planning of patient care, indirectly applying neoclassical theory, performing the steps of the administrative process by managing the environment and intrinsic and extrinsic factors for the patient, which would define errors in care and thus lead to continuous improvement of nursing care. This gave an epidemiological approach, the concept of multi-causal disease, and the study of the causes of the disease and care for the sick. Relating the contributions of Florence Nightingale with advances in patient safety, we can say that this is a fundamental principle of healthcare as there is a certain degree of danger in every step of the health care. Prevent errors, observe, assess, and analyze the environment surrounding the patient and develop the culture of reporting of adverse events and patient safety throughout our environment saves lives. (Rev Mex Enf. 2016;4:13-6)

Corresponding author: Karla Karynna Rioja Redon, krioja_88@hotmail.com

Key words: Nursing. Care. Hospital Administration. Management.

Correspondencia:

*Karla Karynna Rioja Redon
Carrizal, 83, edificio C No. Int. Depto. 204
Col. Ejido Santa Úrsula Coapa, Del. Coyoacán
C.P. 04850, Ciudad de México, México
E- mail: krioja_88@hotmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 15-01-2015
Fecha de aceptación: 27-02-2015

Resumen

A mediados del siglo XIX, cuando Florence Nightingale asistía como voluntaria a la guerra de Crimea (actualmente territorio de Ucrania), en 1854, que enfrentó a los aliados ingleses, franceses y turcos contra los rusos, organizó un Departamento de Enfermería, desafiando los tabúes de la sociedad victoriana inglesa⁵, y escribió y enunció una serie de postulados sobre su punto de vista acerca de la enfermería.

Florence Nightingale aplicó un proceso consistente en la observación, brindó especial atención al entorno que rodeaba al individuo y conceptualizó la enfermería como la encargada de la salud personal del paciente y la función de la enfermera: poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él¹.

Se centró en la planificación del cuidado del paciente, aplicando de forma indirecta la teoría neoclásica, fundada principalmente por Druker en 1935, la cual refiere que la administración consiste en orientar, dirigir y controlar los esfuerzos de un grupo de individuos para lograr un objetivo común⁶. Llevó a cabo las etapas del proceso administrativo: planificación, organización, delegación, autoridad y responsabilidad, empleándolas y llevándolas a la práctica de forma cíclica, dinámica e interactiva, mediante el manejo del entorno, de los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente, lo cual permitía definir errores en la atención, y así conseguir la mejora continua del cuidado de enfermería.

Para Nightingale, el ambiente físico del paciente, sano y enfermo, era de suma importancia, por lo que era importante mantener el aire lo más puro posible. Realizó muchos esfuerzos para asegurar la limpieza de todos los utensilios y equipos usados para y por el paciente. Debido a ello, es importante centrarnos en aspectos como la sanidad, una buena arquitectura del área de trabajo y sobre todo una buena administración, ya que en la experiencia eso favorece el proceso del cuidado.

Otro elemento que consideró Nightingale y que hoy es trascendental en el proceso del cuidado fue el haber involucrado el *ser*, el componente del modelo de gestión en salud que da sentido y significado al servicio que brinda una institución y cuya razón de ser es el cuidado del paciente con calidad centrándose en el entorno que rodea al individuo y en la observación. En lo que se refiere al *hacer*, Nightingale llevó a cabo una metodología, creó estrategias para brindar el cuidado, así como prioridades en función de la razón de ser de la enfermera, todo ello mediante

la evaluación y observación del entorno, empleando un diagnóstico de los factores de riesgo que rodean al paciente. Y respecto al *estar*, identificó los factores, el contexto y los recursos necesarios para que, por medio de la metodología del cuidado, se aplicara el conocimiento de la enfermera, que aún en esa época se daba de forma empírica, ya que no existían escuelas como tal que impartieran la disciplina de enfermería, el trabajo de la enfermera no era diferente del del ama de casa ordinaria, excepto en que la enfermera, además, cuidaba al enfermo.

Florence Nightingale hizo referencia a que la enfermedad era un proceso reparador, síntoma de la necesidad de aire fresco, luz, calor, tranquilidad, limpieza, puntualidad y cuidado en la administración de la dieta. Debido a la falta de atención de alguno de estos elementos, comenzaba el dolor, el sufrimiento, y se interrumpía todo el proceso de recuperación; era ahí donde la enfermera debía ayudar e intervenir en el proceso reparador².

Según Nightingale, los aspectos que se deben tomar en cuenta para una atención de calidad son los siguientes:

- Mantener el aire puro tanto dentro como fuera, así como una temperatura adecuada, ya que esto favorece un mejor patrón del sueño, de descanso, y un ambiente sano para el paciente. Para ello es necesario alejarlo de ruidos innecesarios que no armonicen su entorno.
- Salubridad en las viviendas: sin aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz, no hay casa que pueda ser saludable, será insalubre justo en la proporción en que estos puntos fallen. Es importante tomar en cuenta los siguientes errores en el cuidado de la salud de las casas: no revisar cada agujero o rincón de la casa cada día; considerar que una sola ventana es ventilación suficiente, y no considerar esencial ventilar, solear y limpiar las habitaciones deshabitadas, lo cual significa sencillamente ignorar la primera noción elemental en cuestiones sanitarias y dejar el terreno preparado para toda clase de enfermedades.
- Administración y cuidado de los pequeños detalles, para brindar una atención de calidad, ya que, en ocasiones, al pasar desapercibidos, éstos pueden hacer la diferencia en el cuidado. Es indispensable asegurarse de que el personal de enfermería sabe qué hacer y cómo reaccionar, conoce sus funciones. Esto evita el riesgo de accidentes o eventos adversos prevenibles.

Lo mejor para el paciente es que haga todo cuanto pueda hacer por sí mismo, pues así tendrá menos ansiedad, a no ser que la persona responsable tenga espíritu de organización. Para llevar una buena administración es necesario saber qué significa estar al frente y cómo llevar un cargo. Estar al frente, o ser la persona responsable, ciertamente no es sólo cumplir las propias tareas, sino también procurar que los demás también lo hagan, que nadie, voluntariamente o por ignorancia, frustre o evite las medidas que se dictan para ello.

- El ruido, concebido como un sonido inarticulado o no armonioso y confuso, crea inquietud en la mente y, por lo tanto, puede dañar a las personas y llegar a provocar en el paciente expectación, nerviosismo, ansiedad. Por ello, hay que crear un ambiente agradable, amenizado con música, ya que ésta es capaz de producir una influencia benéfica.
- Variedad: el hecho de ver siempre las mismas paredes, el mismo techo, el mismo ambiente, el encierro constante, crea desorientación y nerviosismo en el paciente, lo cual afecta a su pronta recuperación y puede influir en su estado de ánimo.
- Alimentación y clase de alimentos, dos aspectos relacionados: es importante observar al paciente y valorar si puede comer solo, pues la falta de atención durante las horas de la comida puede hacer que se quede sin comer, lo cual afecta a su nutrición, y hay que asegurarse de que el paciente tolera la vía oral y de que la dieta es de su agrado, para que la consuma.
- Cambiar la cama y la ropa: esto favorece la movilización y, por lo tanto, la prevención de humedad, proporciona comodidad y limpieza, y evita la aparición de úlceras por presión.
- Luz: es esencial tanto para la salud como para su recuperación; el aspecto, las visitas y la luz del sol son cuestiones de la mayor importancia para el enfermo y su pronta recuperación.
- Limpieza de habitaciones y paredes: es importante mantener el área de trabajo limpia para evitar y prevenir infecciones asociadas al ambiente.
- Limpieza personal, hidratación constante del paciente, prevención de la humedad y movilización constante: son factores importantes de la limpieza. La ventilación y la limpieza de la piel son igualmente esenciales ya que de esta manera se disminuye el riesgo de lesiones.
- Charlatanería que da esperanzas y consejos: dar falsas esperanzas es inhumano y representa la pérdida del enfermo. Es importante tomar en

cuenta y respetar la decisión del paciente si no quiere hablar de sí mismo y de su enfermedad; podría desanimarse debido a los pensamientos que los demás pudiesen formarse sobre él.

- Observación del enfermo: permite identificar los factores de riesgo asociados a la prevención de accidentes, así como las necesidades del paciente, su estado físico, mental y espiritual, su entorno, el proceso salud-enfermedad, que afectan de forma directa o indirecta a su recuperación. Hay que aprender a ver, observar, oír, escuchar, sentir, tocar, preguntar, a ir más allá de lo obvio; la observación rápida y profunda, de forma analítica y diagnóstica, es esencial en una enfermera.

Los comentarios de Florence Nightingale sobre la importancia de una observación aguda y las formas en que la gente puede mejorar su destreza en la observación son muy apropiados para las enfermeras. Dice Nightingale que «la lección práctica más importante que se puede dar a las enfermeras es enseñarles qué observar, cómo observar, qué síntomas indican mejoría, cuáles empeoramiento, cuáles tienen importancia, cuáles no, cuáles muestran evidencia de negligencia y qué clase de negligencia»². Y añade: «El poder formar una opinión correcta, así como el resultado, debe depender eternamente de una investigación a fondo de las condiciones en las cuales el paciente vive»². Lo que hoy concebimos como la valoración de enfermería dio un acercamiento epidemiológico al concepto multicausal de la enfermedad, al estudio de las causas de la enfermedad y el cuidado del enfermo.

En este sentido, Nightingale consideró la psicología para el manejo del paciente: «La aprensión, incertidumbre, espera, expectación y temer a lo imprevisto hacen al paciente más daño que cualquier otra acción». Así pues, no sólo el paciente es la clave fundamental para brindar un cuidado de calidad, sino que también debemos hacer partícipes a sus familiares, ya que, en conjunto, son miembros esenciales que contribuyen con aportes que faciliten, promuevan y mejoren el mismo⁷.

La comprensión de la enfermería a partir de las ideas de Florence Nightingale ha dado la base a los conceptos teóricos de la disciplina, ciencia y arte de la enfermería, lo que ha permitido reconocer e interpretar sus orígenes mediante la observación y reflexión sobre lo ya construido para iniciar los procesos de transformación.

Relacionando las aportaciones de Florence Nightingale con los avances en la calidad y seguridad del

paciente, podemos señalar que se trata de un principio fundamental de la atención sanitaria, ya que existe cierto grado de peligrosidad en cada paso del proceso de atención de salud^{2,3}.

Aplicando algunos de los principios de Florence Nightingale, la observación es una herramienta fundamental, al igual que la seguridad del paciente, para la prevención e identificación de eventos adversos, que pueden estar relacionados con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. Por ello, la mejora de la seguridad del paciente requiere un esfuerzo complejo de todo el sistema, que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, en unión con la *Joint Commission*, centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud, tiene como misión llevar a cabo el cumplimiento de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, las cuales son estrategias para garantizar la calidad y acreditar a las instituciones; están integradas por lo siguiente: identificar correctamente a los pacientes; mejorar la comunicación efectiva; mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo; garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y en el paciente correcto; reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica, y reducir el riesgo de daño al paciente debido a caídas⁸.

La Organización Mundial de la Salud ha creado 10 datos sobre la seguridad del paciente:

- La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo.
- Uno de cada 10 pacientes puede sufrir algún tipo de daño en el hospital.
- Las infecciones hospitalarias afectan a 14 de cada 100 pacientes ingresados.
- La mayoría de las personas no tiene acceso a dispositivos médicos apropiados.
- Las inyecciones sin garantía de seguridad se han reducido en un 88% entre los años 2000 y 2010.
- Trabajar en equipo es imprescindible para que las intervenciones quirúrgicas sean seguras.
- Entre el 20 y el 40% de todo el gasto en salud se despilfarran a causa de una atención de calidad deficiente.
- La atención médica tiene un historial de seguridad deficiente.
- La experiencia y la salud de los pacientes son esenciales.
- Las alianzas de hospitales pueden desempeñar una función crucial⁹.

Como profesionales de enfermería, es indispensable no perder de vista el significado de la calidad y lo que ésta conlleva. Se puede aplicar o llevar a cabo desde distintos puntos de vista, de acuerdo a cada uno de los teóricos, pero, según su significado, cabe decir que la calidad está en función de las expectativas de quien la evalúa o recibe¹⁰. Los pilares de la calidad son: saber lo que se debe lograr, saber cómo hacer las cosas bien a la primera, contar con lo necesario para hacer el trabajo y que las personas quieran hacer su trabajo. Identificando la esencia, empoderándonos, siendo conscientes de cuál es nuestra razón de ser y mostrando un verdadero compromiso, podremos brindar calidad en el servicio. De igual forma se verán reflejadas las actitudes, eficacia y eficiencia hacia nuestra persona de cuidado, lo cual creará un clima de confianza y seguridad, garantizando una cultura de calidad, que dará como resultado la satisfacción interna y externa en el sistema de salud.

Conclusiones

Desde que inicia la enfermería profesional con Florence Nightingale, ha existido una forma especial de ver el cuidado, que hace énfasis en el medio, la observación, el análisis y el registro como elementos que permiten ir en favor de un cuidado de calidad y evitar errores, aspectos que de manera global favorecen mantener la vida del paciente⁴.

Bibliografía

1. Iyer PW. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3.a ed. Ciudad de México: MacGraw-Hill Interamericana; 1997.
2. Nightingale F. Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es. 1.a ed. Londres: Harrison & Sons; 1859.
3. Amaro M. Florencia Nightingale, la primera gran teórica de Enfermería. *Rev Cubana Enferm.* 2004;20(3).
4. Secretaría de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. México; 2016. [Internet] Consultado el 20 de abril de 2016. Disponible en: www.calidad.salud.gob.mx.
5. Tomey Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 4.a ed. España: Harcourt; 2000.
6. Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. 7.a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2009.
7. The National Academies of Sciences, Engineering, Medicine. Cómo mejorar el diagnóstico en el cuidado de la salud. Recursos para pacientes, familias y profesionales en el cuidado de la salud. Serie Abismo de la calidad. Instituto de Medicina; 2012.
8. Joint Commission International. Objetivos Internacionales de Seguridad de los Pacientes. EE.UU.; 2016. [Internet] Consultado el 20 de abril de 2016. Disponible en: <http://es.jointcommissioninternational.org>.
9. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre seguridad del paciente. EE.UU.; 2014. [Internet] Disponible en: www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/.
10. Alvarado FA. Administración y mejora continua en enfermería. México: McGraw-Hill; 2012.

Modelos y métodos de intervención en enfermería: análisis de la teoría de la incertidumbre

C. Delgado Bonilla^{1*}, S. Alemán Rivera¹,
G. Dorantes Pérez² y L.G. López López³

¹PME, ENEO-Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); ²Universidad La Salle; ³Departamento de Educación e Investigación en Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Ciudad de México, México

Resumen

En su teoría de la incertidumbre, Merle Mishel conceptualiza el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad como la incapacidad de la persona de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, de dar valores definidos a los objetos o hechos y, por lo tanto, no se pueden predecir los resultados, fenómenos todos ellos motivados por la falta de información y conocimiento.

La teoría ofrece un marco de referencia para la práctica de la enfermería, pues proporciona una perspectiva general de lo que es importante observar; por lo tanto, influye de forma definitiva en la aplicación del proceso de enfermería y en el tipo de intervenciones que se realizan. Este conocimiento evita que la práctica se base en preconcepciones, intuiciones, rutinas y rituales; más bien constituye una motivación para determinar indicadores de resultado y buscar alternativas para mejorar los procesos que afectan a los resultados del cuidado profesional. La teoría busca crear un pensamiento compartido entre los profesionales y permite identificar con mayor claridad cuál es su contribución en un equipo interdisciplinario de salud.

Palabras clave: Teoría de la incertidumbre, equipo interdisciplinario de salud, práctica de la enfermería.

Abstract

In his theory of uncertainty, Merle Mishel conceptualizes the level of uncertainty about the disease and the inability of the individual to determine the meaning of the facts related to the disease, being unable to give definite facts on objects or values without which you cannot predict the results, all due to a lack of information and knowledge phenomena.

The theory provides a framework for practice. It provides an overview of what is important to note, and therefore influences definitively the application of the nursing process and the type of procedures performed. This knowledge prevents practice based on preconceptions, intuitions, routines, and rituals; rather it constitutes a real motivation to determine performance indicators and look for ways to improve the processes that affect our professional work results.

The theories seek to create a shared thinking among professionals and help them identify more clearly what is their contribution to an interdisciplinary health team. Identity, recognition, and autonomy in practice are obtained if you have a proper knowledge to back it up. (Rev Mex Enf. 2016;4:17-24)

Corresponding author: Cecilia Delgado Bonilla, edelbon@prodigy.net.mx

Key words: Theory of uncertainty, interdisciplinary health team, nursing practice.

Correspondencia:

*Cecilia Delgado Bonilla

E- mail: cedelbon@prodigy.net.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 19-12-2014

Fecha de aceptación: 23-01-2015

Introducción

Merle Mishel, autora de la teoría de la incertidumbre, conceptualiza el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad como la incapacidad de la persona para determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, de dar valores definidos a los objetos o hechos, y, por lo tanto, no se pueden predecir los resultados, fenómenos todos ellos motivados por la falta de información y conocimiento.

Las teorías buscan crear un pensamiento comparado entre los profesionales, a los que ayudan a identificar con mayor claridad cuál es su contribución en un equipo interdisciplinario de salud. La identidad, el reconocimiento y la autonomía en el ejercicio profesional se obtienen si se tiene un conocimiento propio que los respalde. El estudio de la teoría de la enfermería sobre la incertidumbre permite comprender y encontrar significado a sus experiencias, así como organizar y articular su conocimiento, y hacer preguntas relacionadas con el ejercicio profesional. Al respecto, la aplicación de esta teoría en la práctica pretende favorecer que las personas acepten su enfermedad y movilicen todos sus recursos para las siguientes etapas de su cuidado.

Por todo ello, se considera que esta teoría ofrece un marco de referencia para explicar a los pacientes los factores que intervienen en el proceso de la incertidumbre y entender esta última no como un peligro, sino como una oportunidad para aceptar y afrontar la enfermedad e iniciar una nueva visión de la vida que permita adaptarse y responder exitosamente al tratamiento.

El propósito de este trabajo es ofrecer a la enfermera el conocimiento de esta teoría para profundizar en las necesidades del cuidado integral, para que pueda reconocer en las personas los signos y síntomas críticos que dificultan el afrontamiento y la adaptación, con el fin de incorporar aspectos de esta teoría en la valoración, la intervención y el plan de cuidados, y mejorar la calidad de vida del paciente.

En la primera parte de este trabajo se analizan aspectos teóricos del modelo, los antecedentes de donde surge, se hace referencia a las aplicaciones en el campo de la enfermería en personas que se enfrentan a un proceso de duelo y se hace mención de los principales conceptos y supuestos que componen el modelo y sirven como eje a considerar en la aplicación del cuidado enfermero. Posteriormente, en la metodología, se sugiere un instrumento de valoración que permite identificar los principales conceptos y el modelo y su operacionalización, que se considera de aplicabilidad

para nuestro medio. Finalmente, se realizan las conclusiones pertinentes: con base en los aspectos teóricos, las integrantes de este equipo de trabajo reflejan sus percepciones relacionadas con este modelo.

Antecedentes

Merle Mishel nació en 1939 en Boston (Massachusetts). En 1966 obtuvo un M. S. en enfermería especializada en atención psiquiátrica en la Universidad de California y en 1980 logró su Ph en psicología social. Su teoría se centra en el desarrollo y evaluación de la escala de la ambigüedad percibida frente a la enfermedad (*Perceived Ambiguity in Illness Scale*). Conocida como escala de Mishel, originalmente evalúa de manera efectiva la percepción de la incertidumbre que experimentan los padres con respecto a la experiencia vivida por la enfermedad ¿por la medición?

La incertidumbre es un estado cognitivo resultante de impulsos que no son suficientes para formular un esquema cognitivo o representación de un hecho, atribuyéndolo al estrés y al afrontamiento.

Las personas, en el escenario social, protagonizan situaciones cotidianas que no les refieren riesgos, pero, muchas veces, un evento inesperado les genera incertidumbre sobre la posibilidad o no de experimentar en el futuro una situación semejante, con desenlaces nefastos o irremediables.

Teoría de la incertidumbre

Para hablar de la teoría de la incertidumbre nos detendremos en el concepto que, según consideramos, más se acerca a la disciplina de la enfermería, la incertidumbre, que es la capacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad, y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de dar los valores definidos a los objetos o hechos y/o predecir con precisión los resultados que se obtendrán¹.

Su origen se debe al físico alemán Werner Heisenberg, que, en 1927, presentó una serie de fórmulas matemáticas para predecir la posición y la velocidad futura de las partículas, y llamó a este acontecimiento principio de la incertidumbre, de indeterminación o de indeterminabilidad. Según este principio, las partículas no tienen una posición bien definida, sino que están «esparcidas» con cierta distribución de probabilidad.

En enfermería, la máxima exponente de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad es Merle Mishel, que basa su teoría en modelos ya existentes

de procesamiento de información y en el estudio de la personalidad, procedentes de la psicología, identificando la incertidumbre como un estado cognitivo resultante de una serie de impulsos o señales que no son suficientes para formar un esquema cognitivo o una representación interna de una situación o hecho. Mishel atribuye el marco subyacente del estrés, la valoración, el afrontamiento y la adaptación de su teoría original al trabajo de Lazarus y Folkman².

Merle Mishel aplica este marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad. En 1980 desarrolló una escala para conocer la ambigüedad percibida frente a la enfermedad, conocida como escala de Mishel de la incertidumbre frente a la enfermedad (*Mishel Uncertainty in Illness Scale*), a partir de la cual se han desarrollado otras tres escalas: una comunitaria, otra para padres respecto a la experiencia de enfermedad de sus hijos y otra para parejas y otros familiares cuando un miembro de la familia se halla gravemente enfermo.

En 1988 Mishel conceptualizó la teoría de la incertidumbre para adaptar las reacciones de las personas con enfermedades crónicas, apartando la idea de que no hay una solución para la incertidumbre, sino que el individuo tiene que aceptarla como parte de la realidad en que vive. En este contexto, la incertidumbre se reinterpreta como una oportunidad y provoca un nuevo punto de vista de la vida regido por la probabilidad.

Es lo mismo que en el párrafo anterior³. Aplica este marco de incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad. En 1988 conceptualizó la teoría de la incertidumbre para adaptar las reacciones con respecto a las personas con enfermedades crónicas. Apartando la idea de que no hay una solución para la incertidumbre, pero el individuo tiene que aceptarla como parte de la realidad en que vive. En este contexto, la incertidumbre se reinterpreta como una oportunidad y provoca un nuevo punto de vista de la vida regido por la probabilidad.

Esta teoría se sustenta en diversas aportaciones de varias ramas de la ciencia, como se puede observar en la tabla 1.

En 1990, Mishel reconceptualizó su teoría inicial, lineal y determinista, a partir de descubrimientos contradictorios, luego de aplicar los postulados iniciales a enfermos crónicos, es decir, después de analizar las «reacciones frente a la incertidumbre con respecto al concepto del tiempo, en personas con enfermedades crónicas» o mortales; aquí la base es la teoría del caos⁸ y la teoría social crítica. Posteriormente, tras múltiples estudios cualitativos, llegó a la conclusión

de que «las reacciones de las personas ante la incertidumbre cambiaban a lo largo del tiempo».

Se ha comprobado en diversas investigaciones que las personas enfrentadas a situaciones de enfermedad física aguda o crónica viven la incertidumbre como un peligro o como una oportunidad, y llegan incluso a desarrollar una nueva perspectiva de vida. Así, la incertidumbre que se experimenta con «respecto al concepto de tiempo sirve de catalizador de la fluctuación en el sistema al amenazar los sistemas cognitivos de vida ya existentes, que se presentan como predecibles y controlables», según la forma en la que se construye la cotidianidad moderna. Las experiencias se constituyen, así, en una fuente de posibilidad permanente para que la persona busque adaptarse y potenciarse en cada situación que vive¹³.

Los principales supuestos y conceptos son los siguientes¹⁴:

- La incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo a raíz de la enfermedad.
- La incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra que no se desea ni se desprecia hasta que se valora de una o de otra forma.
- La adaptación representa la reducción de la incertidumbre vista como un peligro o como una oportunidad.
- La relación entre la enfermedad y la incertidumbre, la valoración, los sistemas de afrontamiento y la adaptación, son lineales y unidireccionales, y van de las situaciones de incertidumbre a la adaptación.
 - La incertidumbre surge en el momento en que la persona no puede estructurar adecuadamente los casos de enfermedad.
 - La incertidumbre puede presentarse por ambigüedad, complejidad o falta de información.
 - Cuando la tipología de los síntomas aumenta, la incertidumbre disminuye.
 - Las fuentes de apoyo social y educación provocan una disminución de la incertidumbre.
 - La incertidumbre valorada como un peligro provoca esfuerzos para reducirla.
 - La incertidumbre valorada como una oportunidad provoca afrontamiento.

Al hallarse bajo las condiciones de sufrir incertidumbre, el individuo desarrolla una perspectiva de la vida nueva por la probabilidad, aceptando la incertidumbre como parte natural de la vida.

Se hallan representados en su modelo, el cual se esquematiza en la figura 1.

Tabla 1. Aportaciones de algunas ramas de la ciencia a la teoría de la incertidumbre

Rama	Autor	Aportación
Científico	Francés Marqués de Laplace	Basándose en la teoría de Isaac Newton, argumentó, a principios del siglo XIX, que el universo era completamente determinista. Supuso que había cuatro leyes que gobernaban todos los fenómenos, incluido el comportamiento humano ⁴ .
Física	Albert Einstein	Aunque recibió el Premio Nobel por su contribución a la teoría cuántica, nunca aceptó que el universo estuviera gobernado por el azar. Sus ideas al respecto están resumidas en su famosa frase «Dios no juega a los dados». La teoría de Einstein ha tenido un éxito sobresaliente y en ella se basa casi toda la ciencia y la tecnología modernas ⁵ .
Físico	Erwin Shrodinger y Paul Dirac	Apoyaron a Heisenberg y reformularon la mecánica cuántica basada en el principio de incertidumbre. Según su teoría, las partículas ya no poseen posiciones y velocidades definidas por separado, pues no pueden observarse, sino que tienen un estado cuántico que es una combinación de posición y velocidad ⁶ .
Psicología	Matezans Atma	No hay mayor incertidumbre que el miedo, ni ignorancia más poderosa que la que se deriva de éste ⁷ .
Psicología	Tolman	Dilema psicológico: el individuo sólo puede inferir lo que otra persona experimenta. La experiencia es, sin duda, un aspecto importante de la actividad mental, pero no puede cumplir con el criterio de observación pública.
Psicología	Lazarus y Launier (1978) Lazarus y Folkman (1986)	<p>El dolor de cabeza de una persona, a pesar de lo real que pueda ser, no deja de ser su propiedad privada y ninguna cantidad de búsqueda o inspección por parte de los demás podrá darle la cualidad e intensidad de la experiencia⁸.</p> <p>Estrés proceso biopsicobiológico normal aunque complejo⁹.</p> <p>Estrés relación entre individuo y entorno. Se busca aplicar los síntomas psicósomáticos de acuerdo a tres eventos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respuesta del individuo (activación simpática, liberación de catecolaminas o cortisol, ansiedad, ira, etc.); en este caso el estrés actúa como variable dependiente. - Fenómeno del entorno externo (estimación dolorosa, ruido, discusiones, etc.); en este caso el estrés se considera una variable independiente. - Interacción (transacción) entre el individuo y el medio como proceso. <p>La teoría transaccional de Lazarus y Folkman distingue tres tipos de evaluación: primaria, secundaria y reevaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación primaria: se produce en cada transacción (o encuentro) con algún tipo de demanda externa o interna y puede dar lugar a cuatro modalidades de evaluación: amenaza, daño o pérdida, desafío y beneficio (no induce reacciones de estrés). - Evaluación secundaria: se refiere a la evaluación de los propios recursos para afrontar la situación. - Reevaluación: implica una retroalimentación y permite realizar correcciones con respecto a valoraciones anteriores¹⁰.
Biología	Braun (1949)	El desarrollo de los sentidos experimentado por el hombre está controlado por el fenómeno evolutivo y últimamente se relaciona con las condiciones físicas y químicas del ambiente que nos ha rodeado en el transcurso de los tiempos. De hecho, la forma de funcionar de los sentidos es consecuencia de la adaptación al medio ¹¹ .
Filosofía	Edmund Husserl	Invitación a la fenomenología: a través de los sentidos nos damos cuenta de lo que le sucede a otro, pero necesitamos reconocernos nosotros mismos para poder conocer a los demás por medio de los sentidos ¹² .

La teoría de la incertidumbre aplicada a la enfermería

El cuidador enfermero, en la situación, inicia un proceso de inducción reflexiva que lleva a la persona cuidada a «darse cuenta», que la sitúa frente a su experiencia y le descubre sus potencialidades, intereses,

necesidades y prioridades. Es decir, juntos construyen el «diagnóstico», que en realidad es la explicitación de la vivencia. Tal vez ahí radique la mayor diferencia frente a la propuesta tradicional. En este modelo, la vivencia es el eje y, como tal, no le cabe un rótulo, sino sólo su relato y reflexión, siempre situacional, en consonancia con el entorno en que se

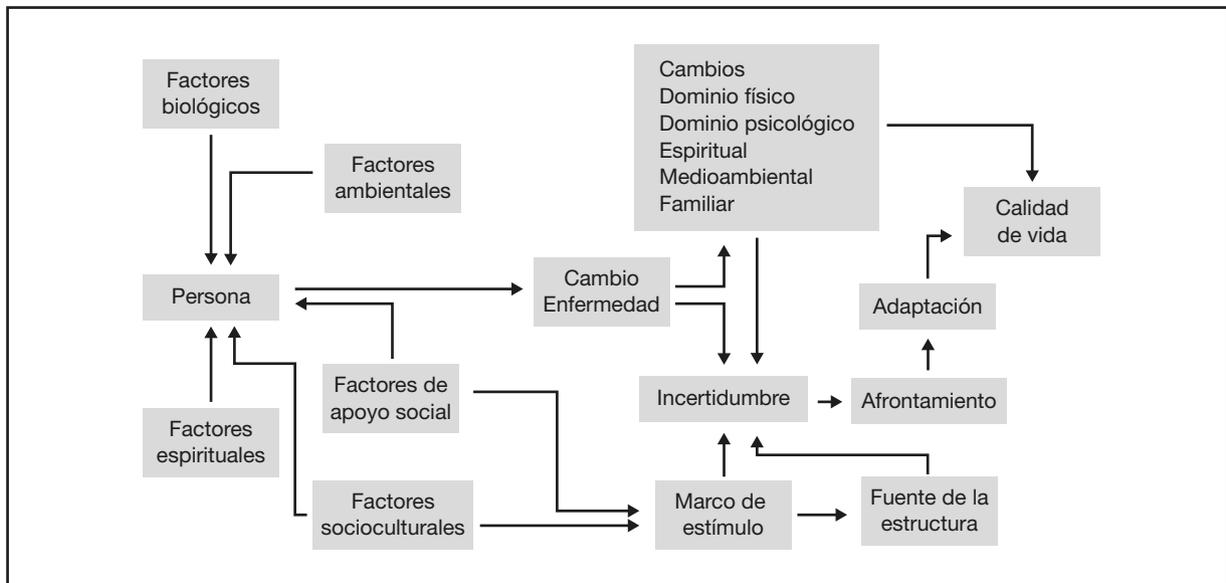


Figura 1. Esquema del modelo.

expresa como círculo enriquecedor de experiencia y vida.

Si se considera que las situaciones que generan incertidumbre son parte de las vivencias de salud de la persona, puede esperarse que dicha incertidumbre provoque una forma de afrontamiento, en relación con el patrón unitario de cada persona y el significado que a la situación ésta otorgue en su vida. Además, sus capacidades de autocuidado y de autogestión aparecerán involucradas en la definición de su perspectiva vital.

Sólo a partir del respeto por la diferencia en la identidad de cada uno se puede pensar en un cuidado que transforme a quienes lo viven, que trascienda la mera relación objetivable y que configure una situación esencialmente transpersonal y única.

La teoría ofrece un marco de referencia para la práctica, proporciona una perspectiva general de lo que es importante observar y, por lo tanto, influye de forma definitiva en la aplicación del proceso de enfermería y en el tipo de intervenciones que se realizan. Este conocimiento evita que la práctica se base en preconcepciones, intuiciones, rutinas y rituales; más bien constituye una motivación para determinar indicadores de resultado y buscar alternativas para mejorar los procesos que afectan a los resultados del cuidado profesional.

El modelo se ha utilizado en enfermos crónicos que se enfrentan a procesos de duelo (hacia la enfermedad, por una pérdida o por una muerte inminente). Varela, et al.¹⁵ realizaron un trabajo con el propósito de comprender qué situaciones favorecen la aparición

del temor en el paciente adulto hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo y sus efectos en la trayectoria de su estancia. Utilizando métodos cualitativos y con base en el modelo, encontraron que los aspectos de temor e incertidumbre percibidos y manifestados por los siete participantes que tenían relación con la Unidad de Terapia Intensiva se ubicaban en ocho categorías: cercanía a la muerte, Unidad de Cuidado Intensivo, lugar frío, interpretación de lo que se escucha, imposibilidad de valerse por sí mismo, rol de la familia durante la hospitalización, necesidades más allá de lo físico, papel de los sueños e incertidumbre sobre las limitaciones en el futuro. Identificaron que la unidad influía en la aparición del temor: la participación de la enfermera ayudaba a controlar el dolor y a la disminución del temor si identificaba oportunamente los signos y síntomas de depresión a través de la valoración basada en este modelo; de igual manera, si la enfermera permitía que la persona compartiera sus experiencias, según las referencias de los pacientes, ayudaba a recobrar su autonomía y a la mejor toma de decisiones, contribuyendo así a su recuperación.

De igual forma, se realizó una investigación¹⁶ en personas diagnosticadas con diabetes tipo 2 con el objetivo de caracterizar la incertidumbre ante la enfermedad y la motivación para el tratamiento, y evaluar la relación existente entre estas variables en diabéticos tipo 2. Se consideró como variable principal la motivación, entendida como «las fuerzas percibidas que llevan a la persona a actuar y están influenciadas por sus experiencias y por factores externos»,

que se clasificó en dos dimensiones: intrínseca y extrínseca. A través de preguntas abiertas, se observó que los diabéticos tipo 2 presentaban bajos niveles de incertidumbre ante la enfermedad y una elevada motivación para el tratamiento, y la motivación intrínseca fue más elevada que la extrínseca. Cabe mencionar que estos pacientes se encuentran adaptados y actúan en conformidad con los significados que atribuyen a la enfermedad. La incertidumbre puede funcionar como amenaza al interferir negativamente en la atribución de significados a los acontecimientos relacionados con la enfermedad y con el proceso de adaptación y motivación para adherirse al tratamiento.

Parece que la motivación intrínseca es un aspecto fundamental en la motivación para el tratamiento. Se puede reflexionar acerca de la importancia de la valoración de la incertidumbre que presenta este tipo de enfermos a fin de que la enfermera participe en los aspectos que se muestran débiles y lograr así un mejor apego a los tratamientos.

En relación con la teoría de la incertidumbre, la CONAMED¹⁷ hace recomendaciones que durante las quejas atendidas por problemas adversos al revisar el expediente clínico, la enfermera omita en sus registros las medidas de confort e intervenciones de índole emocional y de comunicación realizadas con los pacientes, lo que constituye un punto que desfavorece su actuación profesional, por lo que se considera que este personaje institucional no lleva a cabo la aplicación de teorías dentro de su ámbito laboral para disminuir la percepción de miedos de las personas hospitalizadas, ya que con las evidencias previas mencionadas nos demuestra que se logra mejor apego a los tratamientos y el afrontamiento de los pacientes hacia sus procesos de duelo ante una enfermedad en los hospitales.

Desde esta experiencia, en la práctica diaria del cuidado enfermero se suceden situaciones en las que la persona no siempre puede construir el significado de lo que le pasa, por inesperadas, por la magnitud del daño, por las representaciones previas sobre el hecho, por las pérdidas experimentadas, por los recuerdos de vivencias o relatos pasados, por la sensación de amenaza, riesgo o temor. Se observa, además, que las personas, ante esos hechos, reaccionan afrontando las circunstancias, evadiéndolas, huyendo y/o manifestando furia.

Las percepciones y sentimientos de las personas que deben enfrentarse a situaciones de peligro o atemorizantes estarían provocando, de forma temporal

o permanente, una inhabilidad para «darse cuenta» en ellas, en sus familiares y en la comunidad en la que viven. Tal es el caso de los ataques terroristas, de la delincuencia, de las catástrofes y de toda forma de violencia directa o indirecta, cotidiana o eventual. A partir de esa inhabilidad será necesario instaurar mecanismos que activen formas de afrontamiento; algunas veces resultarán efectivos y otras, inefectivos, y jugarán un papel importante para el desarrollo de la vida diaria. Es aquí donde se construye la situación de cuidado enfermero, a partir de la valoración de las percepciones y sentimientos de las personas; de las múltiples y azarosas relaciones en el contexto y en la historia personal, familiar y comunitaria; de las habilidades y potencialidades de la persona y de sus relaciones de apoyo.

Desde esta perspectiva, se intenta romper la construcción a lo largo de la vida laboral del personal de enfermería, en donde se ha permitido una transformación (rutinas hospitalarias) en las intervenciones que se realizan con una persona recientemente diagnosticada de una enfermedad; esa transformación se refiere a que la enfermera da por hecho que sus funciones con dicha persona son percibidas como una manera de ayudar en el afrontamiento de la enfermedad.

En este sentido, la enfermera olvida (o quizá desconozca) que, cuando una persona escucha el nombre de su diagnóstico médico por primera vez, puede, en el mejor de los casos, experimentar un estado de miedo o incertidumbre, y si la enfermera no es capaz de identificarlo, difícilmente podrá apoyar al paciente en el afrontamiento de su enfermedad, y posiblemente ese estado de miedo o incertidumbre no reconocido y abordado por la enfermera pueda convertirse en una crisis existencial e incluso provocar un desorden psicológico o, en el peor de los casos, una enfermedad mental.

Por todo ello, se considera trascendental que la teoría de la incertidumbre forme parte del objeto de estudio de enfermería (el cuidado), dado que la disciplina se realiza con el contacto directo con el paciente, que es el sujeto de estudio y la razón de ser de la enfermería. Se considera muy importante que la enfermera del siglo XXI cuente con los conocimientos necesarios para obtener sensibilidad ante la incertidumbre de los pacientes y con el manejo de técnicas para controlar el estrés, además de psicoeducación para apoyar al paciente a que enfoque la incertidumbre como un estado de oportunidad (positivo), influyendo adecuadamente en los estados cognitivos del paciente de forma que conozca y acepte su enfermedad.

Con la revisión de esta teoría es posible apreciar que es de mucha utilidad para brindar el cuidado de enfermería, dado que representa un punto de partida para abordar la conciencia de la enfermedad cuando el paciente es diagnosticado.

Por otro lado, cuando se conocen las necesidades de atención del paciente, se puede abordar mejor el cuidado, intentando procurar un cambio en el estilo de vida con miras a una mejor calidad de ésta.

Desde esta perspectiva, la teoría de la incertidumbre se puede aplicar en cualquier diagnóstico, sobre todo en enfermedades crónicas y en las que impliquen una alta probabilidad de muerte. Debido al fuerte impacto emocional, el nivel de incertidumbre depende del nivel de conocimientos del paciente, de las estrategias de afrontamiento que utilice para enfrentar la enfermedad, lo cual determinará un proceso adaptativo que le permitirá iniciar una nueva visión de su padecimiento, ya que la incertidumbre repercute en la calidad de vida de las personas. Por esta razón, se considera que el personal de enfermería, a partir del conocimiento reflexivo de la teoría, debería incorporar todos estos aspectos en su práctica diaria, que deberían contemplarse en los planes de cuidados no sólo del área hospitalaria, sino de todas las instancias en donde se desarrolle el cuidado de enfermería, para así seguir contribuyendo a mejorar en la calidad de vida del ser humano.

A partir de los diversos estudios realizados, la intención de socializar el modelo es contar con una propuesta orientada hacia las respuestas humanas, que van más allá de los aspectos de cuidado de la enfermedad en un cuerpo biológico, construyendo instrumentos con métodos cualitativos, donde se consideren los conceptos básicos de un modelo diseñado con cada tipo de pacientes, los cuales presentan problemáticas, duelos y situaciones muy particulares, que no es posible estandarizar en un solo instrumento; los conceptos manejados por Mishel se encuentran dentro de los aspectos fenomenológicos de la persona y varían según el contexto donde se desarrolla.

Conclusiones

Desde la perspectiva de esta teoría en la práctica profesional se aplica a pacientes con cáncer el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oncológicas provoca un fuerte impacto emocional. El nivel de incertidumbre depende del nivel de conocimientos del paciente, de las estrategias de afrontamiento que utilice para enfrentar la enfermedad, lo cual determinará un

proceso adaptativo que le permitirá iniciar una nueva visión de su padecimiento, ya que la influencia de la incertidumbre repercute en la calidad de vida de las personas. El modelo se ha aplicado en pacientes con cáncer de mama, cervicouterino y de próstata, así como en el cuidado de pacientes ostomizados (se ayuda a los pacientes a desarrollar un esquema cognitivo para acostumbrarse a vivir con su ostomía).

Dado que la incertidumbre produce estrés, la enfermera, gracias a su habilidad, podría disminuir el grado de incertidumbre proveyendo información periódica y cierta sobre su estado al paciente oncológico y a su familia. Es importante que la enfermera propicie la manifestación de emociones del paciente para identificar situaciones de estrés, desadaptabilidad, crisis, temores, con el fin de trabajar en equipo un plan individual con el paciente; el afrontamiento le permite al paciente oncológico aceptar, manejar y sobreponerse a su proceso de salud-enfermedad, lo cual constituye un avance en su mejor calidad de vida¹⁸.

En el ámbito de la formación, la teoría de la incertidumbre se ha utilizado como marco de tesis doctorales, como tema para tratar el análisis conceptual y para la revisión de teorías de enfermería intermedias. Merle Mishel también explica su teoría en los cursos de doctorado que imparte para ejemplificar la forma en que la teoría guía la consecución de las intervenciones de enfermería¹⁹.

La aplicación de esta teoría en la investigación ha permitido llegar a un cuerpo de conocimiento amplio. Mishel y sus colaboradores de la Universidad de Arizona han probado y confirmado los principales componentes del modelo teórico en pacientes con cáncer. En la actualidad, su programa de investigación abarca el análisis de las intervenciones de la enfermería psicoeducativa, basándose en el modelo teórico. En casos de adultos con cáncer de mama o de próstata. Las escalas y la teoría han servido tanto a enfermeras dedicadas a la investigación como a científicos de otras disciplinas para describir y explicar las reacciones psicológicas de las personas que sufren incertidumbre frente a un estado de enfermedad.

Las teorías buscan crear un pensamiento compartido entre profesionales, a los que ayudan a identificar con mayor claridad cuál es su contribución en un equipo interdisciplinario de salud. La identidad, el reconocimiento y la autonomía en el ejercicio profesional se obtienen si se tiene un conocimiento propio que los respalde. El estudio de la teoría de la enfermería ayuda a comprender y encontrar significado a las experiencias, a organizar y articular el conocimiento, y

a hacer preguntas relacionadas con el ejercicio profesional. En este caso, la aplicación de esta teoría en la práctica nos permitirá ayudar a los pacientes a que acepten su enfermedad y movilicen todos sus recursos para las siguientes etapas de su cuidado.

Por todo ello, se puede concluir que esta teoría proporciona un marco de referencia para explicar a los pacientes los factores que intervienen en el proceso de la incertidumbre y entender ésta, más que como un peligro, como una oportunidad para aceptar y afrontar la enfermedad y poder empezar una nueva visión de la vida que les permita adaptarse y responder exitosamente al tratamiento. El conocimiento de esta teoría permite a la enfermera profundizar en las necesidades de atención y otorgar una atención integral a los pacientes, reconociendo en ellos los signos y síntomas críticos que dificultan el afrontamiento y la adaptación. De este modo, se podrían incorporar aspectos de esta teoría en la valoración, la intervención y el plan de cuidados, contribuyendo a mejorar la calidad de vida del paciente.

Dentro de la forma lógica de una teoría intermedia que se aplica y proviene de la práctica clínica, la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel es un ejemplo clásico de la cantidad de pasos que se requiere dar para desarrollar una teoría con valor heurístico y práctico. En 1990, la conceptualización que hizo Mishel de su teoría fue deductiva. Basándose en principios de la teoría del caos y confirmando la teoría con pruebas empíricas pertenecientes a múltiples estudios cualitativos, llegó a la conclusión de que las reacciones de las personas ante la incertidumbre cambian a lo largo del tiempo en caso de enfermedades crónicas graves. Dado que la incertidumbre produce estrés, la enfermera, gracias a su habilidad, podría disminuir el grado de incertidumbre proveyendo información periódica y cierta sobre su estado al paciente oncológico y a su familia. Es

importante que la enfermera propicie la manifestación de emociones del paciente para identificar situaciones de estrés, desaptabilidad, crisis, temores, con el fin de trabajar en equipo un plan individual con el paciente; el afrontamiento le permite al paciente oncológico aceptar, manejar y sobreponerse a su proceso de salud-enfermedad, lo cual constituye un avance en su mejor calidad de vida²⁰.

Bibliografía

- Marriner-Tomey A, Raile AM. Modelos y teorías en enfermería. 4.ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
- Husserl E. Invitación a la fenomenología. España: Paidós. p. 129-42.
- Husserl E. Invitación a la fenomenología. España: Paidós. p. 129-42.
- Ferrater MJ. Diccionario de filosofía. Tomo I: A-K. Buenos Aires: Sudamericana; 1964.
- Hawking SW. Historia del tiempo: el principio de incertidumbre. Barcelona: Crítica; 1988.
- Hawking SW. Historia del tiempo: el principio de incertidumbre. Barcelona: Crítica; 1988.
- Hernández P, Atma M. Emociones: un camino para descubrir tu verdadero ser. México: Felou; 2005. p. 83-92.
- Barrad P. Fundamentos de los métodos psicológicos. México: Limusa; 1981. p. 121-5.
- Maristany M, Salotti P. Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires. Las tesis de Belgrano Facultad de Humanidades Licenciatura en Psicología n.º 207, febrero de 2006, Buenos Aires.
- González Ramírez MT, Landero Hernández R. [Confirmation of a descriptive model of stress and psychosomatic symptoms using structural equations]. Rev Panam Salud Publica. 2008;23(1):7-18.
- Braun E. El saber y los sentidos. México: Fondo de Cultura Económica; 1993. p. 149.
- Heidegger M. El ser y el tiempo. 3.ª reimpr. México: Fondo de Cultura Económica; 1983. p. 37-50.
- Op. cit. p. 634.
- Marriner-Tomey A, Raile AM. Modelos y teorías en enfermería. 5.ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2003. p. 672.
- Varela LE, Baena VA, León S. El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo. Biblioteca digital UdeA, junio de 2009. [Internet] Consultado el 22 de octubre de 2009. Disponible en: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/handle/10495/42>.
- Alves JL, Castro CS, Ribeiro HI, Faustino HR. La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2. Rev Latinoam Enfermagem. 2007;15(4). [Internet] Consultado el 22 de octubre de 2009. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a09.pdf.
- Córdova MA. Caso CONAMED Enfermería. Rev CONAMED. 2008;13(1).
- Triviño VZ. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Rev Aquichan. 2005;5(1):22.
- Op. cit. p. 635.
- Triviño VZ. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Rev Aquichan. 2005;5(1):22.

Experiencias de enseñanza-aprendizaje sobre sexualidad en adolescentes hipoacúsicos

E.M. Barquera Núñez*

Departamento de Enseñanza de Posgrado en Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Resumen

La población adolescente constituye una prioridad a nivel mundial porque las decisiones que toma tienen un efecto en su calidad de vida y en las tendencias de desarrollo de cualquier población en las siguientes décadas. Por sus propias características biológicas, psicológicas y sociales, constituye una población vulnerable en la salud sexual y reproductiva a nivel global. El adolescente con problemas auditivos como la hipoacusia tiene una mayor vulnerabilidad y es propenso a presentar aislamiento social, lo que repercute en su desarrollo psicosexual, aunque no existan diferencias biológicas y fisiológicas en su desarrollo sexual; generalmente hay mayor desinformación y creencias erróneas acerca del tema.

El objetivo del presente trabajo es compartir la experiencia de enseñanza-aprendizaje sobre sexualidad en adolescentes de 15 a 20 años de edad con un déficit auditivo moderado-profundo y estudios de 3.º de secundaria, carrera técnica o trabajadores.

Dentro de los resultados de la experiencia fue involucrar a los padres y educadores. Como técnicas de apoyo se utilizaron el sociodrama, talleres y asesorías. Una de las conclusiones a las que se llegó es que la sexualidad es un área importante en el desarrollo de los seres humanos y los adolescentes en general tienen la necesidad y el derecho de conocer más sobre su sexualidad, así como los aspectos que la componen, y un papel central en ello lo tienen los adultos que los rodean.

Palabras clave: Adolescentes. Sexualidad. Hipoacusia. Educación sexual.

Abstract

Adolescents are a priority worldwide because their decisions have an effect on the quality of life and development trends of any population in the coming decades; by their own biological, psychological, and social characteristics they are vulnerable to sexual and reproductive health in the worldwide population.

However, the teenager with hearing problems and hearing loss has an increased vulnerability and is likely to experience social isolation, impacting their psychosexual development, although there are no biological and physiological differences in sexual development, because generally there is more misinformation and misconceptions about it.

The aim of this paper is to share the experience of teaching and learning about sexuality with adolescents 15 to 20 years of age who presented hearing deficit with moderate to profound third secondary studies, career, and technical workers. Among the results of the experiment it was to involve parents and educators, as the skit technical support, workshops and counseling was used. Among the conclusions that were reached is that sexuality is an important area in the development of human beings, and adolescents in general have the need and right to know more about their sexuality, as well as aspects that come up, where the adults around them have a central role. (Rev Mex Enf. 2016;4:25-30)

Corresponding author: Emma Myrna Barquera Núñez, bemmamyrna@yahoo.com.mx

Key words: Adolescents. Sexuality. Hearing loss. Sexual education.

Correspondencia:

*Emma Myrna Barquera Núñez

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga, 15

Col. Belisario Domínguez, Sección XVI, Del. Tlalpan

C.P. 14080, Ciudad de México, México

E-mail: bemmamyrna@yahoo.com.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 22-01-2015

Fecha de aceptación: 30-03-2015

Introducción

La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la adultez en la que se producen cambios relevantes. Desde el punto de vista de la sexualidad humana, destacan puntos importantes como la definición de la identidad sexual, la aparición del deseo sexual y la reorganización de los vínculos afectivos. Los cambios biológicos que se producen a partir de la pubertad modifican la morfología corporal y reestructuran el sistema neuroendocrino. Ello forma parte, junto con el resto de cambios evolutivos, de la definición de la identidad sexual y la aparición del erotismo puberal¹, y el deseo sexual, como expresión del mismo, es una experiencia emocional subjetiva que la persona adolescente tiene que integrar en el conjunto de su identidad². El deseo sexual genera una tendencia de comportamientos sexuales autoeróticos o compartidos propios de la edad.

En la actualidad, hablar de sexualidad continúa siendo un tema tabú en muchos aspectos, ya que confronta al ser humano con sus creencias, valores, afectividad, erotismo y deseos, lo que dificulta mantener un equilibrio entre el «deber ser» y el «querer ser», situación que se recrudece cuando, para comunicarse con los otros, existe el obstáculo de un déficit auditivo como la hipoacusia y cuando a ello se agrega que el individuo se encuentra en una etapa complicada de su vida como la adolescencia, en la que transmitir y recibir información se vuelve necesario a la vez que complicado, y entonces hablar de sexualidad se convierte en toda una «odisea» para algunas personas.

El término *sexualidad* es amplio, engloba al sujeto como ser humano en su totalidad, involucra los sentimientos, los procesos cognoscitivos y el comportamiento del individuo, no sólo como ser sexual y sexuado, con experiencias, aprendizajes, en cuya vida influyen aspectos orgánicos, psíquicos y socioculturales. La sexualidad es una dimensión de la personalidad que está implicada en la construcción de la identidad, búsqueda central del adolescente.

Aunque no existan diferencias biológicas y fisiológicas entre una persona con hipoacusia y una oyente respecto a su desarrollo sexual, en la primera generalmente hay una gran falta de información y creencias erróneas acerca del tema ya que tiene dificultad para comprender, si no se le explican claramente las situaciones³.

El adolescente hipoacúsico presenta necesidades, actitudes y conductas características de la etapa de desarrollo en la que se encuentra, de forma similar al adolescente oyente; lo que los diferencia está influenciado por la historia del individuo, y, en el caso del adolescente hipoacúsico, se agregan variables como la edad en que ha aparecido la deficiencia auditiva, el grado de la pérdida, la existencia de restos auditivos, el momento de la intervención de rehabilitación, el manejo de los padres, el grado de lenguaje que presenta, sea manual, verbal o lectura labial, elemento de gran importancia en el desarrollo de la personalidad y el proceso de pensamiento⁴.

Así mismo, es importante señalar la importancia de explorar las creencias e ideas que tienen los jóvenes sordos sobre la salud sexual. Se concluye que los sordos son una población que demanda una educación preventiva que debe tener en cuenta el contexto y el reconocimiento de las particularidades de la comunidad, tales como su lengua, su cultura y su experiencia visual.

Acercamiento a la información sobre la sexualidad

La necesidad de todo adolescente de obtener del medio información clara y objetiva sobre sexualidad es una de las características básicas de esta etapa, pero el adolescente hipoacúsico sufre complicaciones extras, debido a que, en ocasiones, el vocabulario del lenguaje manual no es tan amplio como el del lenguaje oral. Esto hace necesario apoyar el incremento del acervo, en este caso, con los términos utilizados en educación sexual, conjuntamente con su significado, eventualmente un significado abstracto, lo que hace que se requiera mayor explicación para que al adolescente hipoacúsico le quede claro y lo comprenda.

Los padres del adolescente hipoacúsico, debido a sus características auditivas, tienden a sobreprotegerlo, como una necesidad de compensar su sordera y disminuir la culpa que llegan a sentir de que presente un déficit auditivo, lo que obstaculiza su integración con los otros adolescentes y el mundo oyente. Esto hace que se recrudezcan los «temores» que generalmente siente el padre de un adolescente, pensando que el hijo está en desventaja para defenderse de las personas que lo rodean y que necesita «mayor ayuda». Se detecta de manera más intensa que no hablan a sus hijos adolescentes de sexualidad para no «abrirles los ojos» o no «meterles ideas»,

protegiéndose a sí mismos de asumir la responsabilidad de transmitirles la información necesaria para que ellos mismos aprendan a protegerse y a tomar decisiones con respecto a su propia sexualidad, ya que esto los enfrentaría a sus propios tabúes e ignorancia con respecto a su propia sexualidad adulta⁴.

La educación que el adolescente hipoacúsico recibe tiene una función importante en este sentido. Así, las respuestas que reflejan poca tolerancia a la frustración pueden explicarse porque a menudo se proporcionan al adolescente pocos datos que le ayuden a anticipar cualquier situación y llenar los vacíos informativos que tiene respecto a los antecedentes de determinados acontecimientos sociales o personales, a la intencionalidad de los demás y a la sexualidad, entre otros. Lo que disminuiría en mayor grado las expectativas románticas y fantasiosas acerca de lo que se siente, así como de las posibles consecuencias positivas y negativas a las que tendría que enfrentarse en una relación de pareja.

La relación entre adolescentes hipoacúsicos, en el caso de utilizar lenguaje de signos o lectura labial, es más fluida desde el punto de vista comunicativo, pudiendo compartir los mismos problemas y encontrar conjuntamente soluciones, lo cual no los exime de que, en lo referente a la información sobre sexualidad que intercambian, transmitan también mitos y tabúes, que, en vez de facilitarles entenderla, les lleven a lo contrario. Hay que recordar que el adolescente hipoacúsico primero es adolescente y después hipoacúsico, así que se desenvuelve en un medio sociocultural con el que desea identificarse en lo que le parece que está valorado o de moda, y llega incluso a evitar todo lo que lo coloca como diferente a los adolescentes oyentes. Necesita integrarse en un grupo de pares con los que se identifique en la mayoría de sus características, lo que da como resultado una identidad dual, que le permite desarrollar sus potencialidades tanto en la comunidad de hipoacúsicos como en la de oyentes, integrándose en ambas comunidades, evitando el sentimiento de desventaja. Sin embargo, muchas veces los adolescentes oyentes también presentan una serie de información tergiversada que no siempre les ayuda a entender su propia sexualidad⁵.

La comunicación en el adolescente hipoacúsico

La comunicación cobra una gran importancia para obtener una información relacionada con la

sexualidad que ayude al adolescente hipoacúsico a vivirla responsable y satisfactoriamente. El manejo que se haya hecho de la comunicación, sobre todo en el caso de los hipoacúsicos profundos, que aprenden el lenguaje oral con mayor dificultad, se ve reflejado en el uso eficaz que los adolescentes hacen de él, conjuntamente con los padres y personas cercanas, ayudando a mantener una comunicación más efectiva y a disminuir los sentimientos de incompreensión y abandono propios de esta etapa, que se perciben más cuando existe una comunicación deficiente, ante lo complicado que puede resultar para los oyentes mantenerlo informado de lo que pasa a su alrededor, y más cuando se trata de responder a los cuestionamientos sobre sexualidad; si los padres no tienen un manejo amplio y efectivo del lenguaje manual, incluso la relación se complica (si ya lo es de por sí en esta etapa del individuo, lo será aún más).

Los adolescentes hipoacúsicos pueden desarrollar el pensamiento formal característico de esta etapa, mediante el cual logran pensar y analizar las posibilidades que la realidad les plantea, incluyendo la forma abstracta, planteándose hipótesis para después comprobarlas. En el área sexual llegan a tener problemas cuando sólo cuentan con una información repleta de mitos y poco objetiva, que los lleva a deducir equivocadamente lo que sucederá cuando tengan una vida sexual activa, planteándose expectativas poco realistas, a lo que son aún más propensos porque no siempre han sido expuestos en su infancia al mismo grado de experiencias que los oyentes y debido a que las personas que los rodean no siempre presentan la disposición para utilizar un medio de comunicación adecuado para transmitirles los distintos conocimientos que aporta la realidad ni para realizar las adaptaciones oportunas para transmitir dicha información utilizando el canal visual.

Otro obstáculo es el hecho de que les hayan escatimado experiencias sociales que les ayuden a poseer un código comunicativo útil desde una edad temprana, sea lenguaje oral, manual o lectura de labios, proveyéndolos de elementos para mantener un nivel de autoestima satisfactorio.

Los adolescentes hipoacúsicos adquieren información sobre el tema de la sexualidad con mayor énfasis en el área anatomofisiológica; como suele suceder, incluso entre oyentes, el resto de la información la obtienen de los amigos también hipoacúsicos y de algunos oyentes a quienes, por su

misma condición, tienden a darles más crédito. Utilizan también como fuente de información películas, revistas (pornográficas o no) y eventualmente libros con imágenes del cuerpo humano. Dependiendo del hecho de cuánta información reciban por estos medios, que no siempre es objetiva y realista, y de cómo la entiendan, llevan a cabo un análisis que generalmente no logra descartar lo que podría ser un mito. Aun cuando generalmente tienen una actitud de mayor apertura para recibir información que les ayude a resolver sus dudas sobre este tema, la pobreza de la información que reciben, conjuntamente con lo incompleta y errónea que puede llegar a ser, contribuye a que puedan tener mayor dificultad para realizar tareas de abstracción o razonamiento que les ayudarían a elaborar diversas alternativas para una sola situación. Esto los hace entrar en un círculo de «bueno o malo», sin encontrar puntos intermedios, y se observa dificultad para tolerar situaciones que no entran en este enfoque eventualmente tan rígido⁶.

De ahí la necesidad de que reciban información sexual formal, clara y asertiva, que los apoye a vivir su sexualidad como parte inherente de sí mismos, de manera libre, responsable, de que sean conscientes de los obstáculos que crean los mitos y tabúes, de que reflexionen buscando alternativas a pesar de las restricciones existentes y ampliando sus límites, y que les ayude a entenderse más a sí mismos tomando decisiones que sean más benéficas en su presente y que repercutirán en su futuro.

La educación sexual que el adolescente oyente o hipoacúsico recibe desde la infancia es determinante en cómo vivencia y se comporta en esta área. Que obtenga también información sobre su sexualidad proporcionada por sus padres, que sea aceptado como ente sexuado de manera natural y que no viva el sexo como algo negativo y por lo tanto prohibido le harán tener conocimientos que le ayudarán a atravesar la crisis de la adolescencia de una manera más tranquila y satisfactoria⁷.

Se ha encontrado cierta oposición a dar información al adolescente hipoacúsico por parte de sus padres, que mantienen un sentimiento de culpabilidad por la sordera de su hijo, lo que los lleva a sobreprotegerlo, como un mecanismo compensatorio. Sin embargo, esto implica escudarse en reflexiones como «no abrirle los ojos antes de tiempo» o «darle ideas»: esta actitud se presenta en los padres de adolescentes oyentes y se intensifica en los

padres de hipoacúsicos. Se ha observado que los prejuicios de los adolescentes hipoacúsicos son producto de las actitudes de las personas oyentes, quienes, por medio del lenguaje manual, labial o corporal, se los han transmitido.

Los educadores también se resisten a dar esta información, ya que pone a prueba sus conocimientos y sobre todo sentimientos y actitudes con respecto a lo sexual. Tanto éstos como los padres llegan a asumir posturas rígidas o moralistas, que sólo confunden más a los adolescentes. Otros prefieren saltarse estos temas y que los adolescentes hipoacúsicos obtengan la información necesaria por sí solos, con la finalidad de que logren tomar decisiones más asertivas para sí mismos. Para transmitir educación sexual primeramente debe existir un autocuestionamiento de la actitud ante la sexualidad, la propia y la de los otros, así como de los prejuicios y valores, con la finalidad de lograr transmitir información lo más objetiva posible y apegada a lo real, que apoye al adolescente hipoacúsico a reflexionar, asumir y decidir sobre su sexualidad de una manera informada, clara, formándose sus propios valores, de manera responsable y protegida. (Pro Integración del Hipoacúsico, A. C.)

Tomando en cuenta que el hipoacúsico compensa la falta de audición con el sentido de la vista y basados en el lenguaje manual, como alternativa, que al tener características específicas del lenguaje humano, favorece el desarrollo integral del individuo, permitiendo la interacción normal entre el pensamiento y el lenguaje, sustituyendo suficientemente al lenguaje verbal o complementándolo, en los casos en que hacen uso de la lectura labial, aun cuando no se escuchan. Al transmitir la información al hipoacúsico hay que tener en cuenta diferentes técnicas, como repetir las veces que sea necesario la palabra que se enseña conjuntamente con su significado, utilizando material visual como apoyo, explicándole las palabras que no maneja dentro de su vocabulario, como excitación, masturbación, etc., utilizando la palabra escrita, una imagen y la mímica, para que integre el significado del concepto que se está manejando⁸.

El sociodrama puede utilizarse como una técnica de apoyo para observar cuánta y qué información han retenido y elaborado, de manera vivencial. No es necesario utilizar al cien por cien el lenguaje manual, ya que se combina con la mímica, que es otro de los medios con los que los hipoacúsicos complementan su comunicación, logrando expresar lo que

les impacta, retienen y deducen de la información recibida. También se logra percibir cómo elaboran sus inquietudes y la carga afectiva que conlleva todo lo relacionado con la sexualidad, permitiéndoles externar sus dudas y sentimientos con mayor facilidad.

Es importante tomar en cuenta a los padres del adolescente proporcionándoles información sobre el tema y explicándoles la necesidad de que sus hijos la reciban, como parte de una educación integral incluso desde edades tempranas, que, además de orientarlos, les permitirá prevenir problemáticas como embarazos no deseados, problemas de pareja, infecciones sexualmente transmisibles, entender su orientación sexual, etc. Los adolescentes hipoacúsicos lograrán así tomar decisiones propias, comprendiendo y responsabilizándose de su sexualidad, expresando sus sentimientos y emociones sin miedo, y no basándose en la ignorancia.

Algunos padres, aun así, se resisten a brindar esta información a sus hijos. En el grupo de trabajo esta reacción se dio más en los padres de hijos oyentes que en los de adolescentes con hipoacusia, quienes, después de ser informados sobre las temáticas que se trataban con sus hijos en los cursos-taller, fueron quienes mejor aceptaron que se les impartieran a sus hijos, y fueron más participativos en las pláticas que se les brindaban con la finalidad de ayudar a resolver las dudas sobre este tema de sus hijos, interesándose y solicitando que se les impartieran temas de sexualidad en el adulto (se realizaron talleres para ellos).

Todo lo explicado es resultado del trabajo realizado durante tres años con un grupo de adolescentes hipoacúsicos con un déficit auditivo moderado-profundo, de entre 15 y 20 años de edad, escolarizados, con niveles de 3.º de secundaria, carrera técnica o ya laborando, con manejo de lenguaje manual y lectura de labios. Incluso se convirtieron en replicadores de la información bajo la supervisión de un grupo multidisciplinario integrado por una médico, una psicóloga y tres maestras especializadas en adolescentes hipoacúsicos.

Se llevaron a cabo talleres y asesorías sobre temas de sexualidad, con información adecuada al nivel escolar del grupo, resolviendo las dudas que se fueran presentando tanto a nivel personal como de los integrantes del grupo, aprendiendo a aplicar y manejar técnicas didácticas grupales, como apoyo para transmitir la información.

Con este trabajo se ha reforzado la necesidad de adaptar el mundo del oyente al del hipoacúsico, y a la inversa, en la cotidianidad, para favorecer la maduración personal y social del adolescente hipoacúsico, aumentando así su autonomía personal, permitiéndole la información necesaria para que refuerce la autoconfianza en sus capacidades y decisiones, para analizar sus propias acciones, planificar sus actividades y anticipar las posibles consecuencias, apoyándolo en el manejo de las adaptaciones comunicativas, propiciando la convivencia y con ello aumentando la capacidad de socialización e integración entre los diferentes grupos de adolescentes, y que los padres asuman el no sobreprotegerlos apoyándolos y acompañándolos en el camino de su autosuficiencia.

Conclusiones

Los adolescentes, sean oyentes o hipoacúsicos, tienen la necesidad y el derecho de conocer más acerca de su sexualidad y todos los aspectos que la componen, recibiendo información que los ayude a vivirla con mayor responsabilidad, disfrute y sin prejuicios. Para ello, se sugiere a los adultos que los rodean, en especial a los del adolescente hipoacúsico, que realicen un ejercicio de autoobservación que los lleve a detectar los obstáculos en su propia educación que les dificultan lograr una comunicación más fluida en estos temas con los jóvenes; esta comunicación lograría evitar las problemáticas que comúnmente viven los adolescentes y les complican aún más el desarrollo integral de esta etapa.

La sexualidad es un área importante en el desarrollo de los seres humanos, por lo que se hace necesario entender y disfrutar la propia sexualidad, logrando así transmitir a las siguientes generaciones una información objetiva y congruente con la realidad, con la finalidad de que oyentes e hipoacúsicos logren integrar satisfactoriamente esta área a las otras que componen sus vidas, y consigan ser mejores seres humanos.

Es importante plantear programas de educación en sexualidad, a través de talleres, pláticas o conferencias impartidas por especialistas, dirigidos a padres, docentes y a los mismos adolescentes con hipoacusia, que permitan fortalecer el desarrollo pleno de su personalidad.

Bibliografía

1. Money J, Ehrhardt AE. Desarrollo de la sexualidad humana. Diferenciación y dimorfismo en la identidad de género. Madrid: Morata; 1982.
2. Gómez-Zapiain J. Apego y sexualidad: entre el vínculo afectivo y el deseo sexual. Madrid: Alianza Editorial; 2009.
3. Téllez M. La construcción de la sexualidad en adolescentes sordos y sordas. Archivos Hispanoamericanos de Sexología. 2005;XI(2).
4. Myklebust HR. Psicología del sordo. España: Fundación General Mediterránea; 1964.
5. Álvarez M, Mestas JA. La sexualidad y los adolescentes. Ediciones Escolares; 2012.
6. Hurtado Murillo F. Educación sexual en adolescentes: la asignatura pendiente. Promolibro; 2010.
7. Druet NV, Escalante RH. Educación sexual en púberes y adolescentes sordos. En: Femess-Flases, IX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. México: Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual y Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología; 1998
8. Delfín Lara F. Derecho al placer ¿incluso para las personas con necesidades especiales? Fem. 1998;22(188):28-31.



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

La *Revista Mexicana de Enfermería* del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) abre sus espacios tanto a los académicos como a todo miembro de la comunidad de la salud que manifieste interés por utilizar este foro para publicar sus trabajos sobre enfermería, cumpliendo con las políticas editoriales que a continuación se detallan.

La *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ se publica tres veces al año y recibe manuscritos originales que, de ser aceptados por el Comité Editorial, no podrán ser publicados ni parcial ni totalmente en otra parte sin el consentimiento de la *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ. Todos los trabajos enviados deberán apegarse a los formatos que se describen a continuación y serán revisados por expertos y por el Comité Editorial, que dictaminarán su aceptación.

El propósito principal de la *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ es publicar trabajos del campo de la enfermería. Con este objetivo, la *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ considerará las contribuciones a las siguientes secciones:

- Artículos de revisión o de investigación.
- Experiencia clínica: enfermería basada en evidencia.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN O DE INVESTIGACIÓN

Serán sobre un tema de actualidad y de relevancia en el campo de la enfermería. El autor principal o el correspondiente deberán tener experiencia en el área o tema que se revise. Las secciones y subtítulos dependerán del criterio del autor. Sin embargo, se deberá incluir un resumen (máximo de 200 palabras), en formato libre y en español e inglés. La extensión máxima del artículo de revisión será de 12 cuartillas (incluidas las ilustraciones y las referencias bibliográficas). Las ilustraciones deberán ser las estrictamente necesarias, y nunca más de seis, y la bibliografía deberá ser suficiente y adecuada, y se presentará de la forma descrita más adelante; se recomienda que el número de referencias no sea menor de 25 citas.

Asimismo, los artículos de revisión deberán contener: el título, conciso e informativo del trabajo; el nombre y apellido(s) de cada autor; los departamentos institucionales en los cuales se haya realizado el trabajo; el nombre y la dirección actual del autor responsable de la correspondencia; el nombre y la dirección del autor a quien se solicitarán los reimpresos; en su caso, la mención de las fuentes del financiamiento de la investigación; un título corto de no más de 40 caracteres (contando espacios y letras), y las palabras clave para facilitar la inclusión del trabajo en índices internacionales. Se sugiere consultar la página de los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas) (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/preparing-for-submission.html>) para obtener mayor información sobre la preparación de los manuscritos.

RESUMEN EN ESPAÑOL

Con un máximo de 200 palabras, explicará el propósito de la revisión, así como las conclusiones relevantes. En el caso de los artículos de investigación, el resumen deberá contener el propósito de la investigación, los procedimientos básicos, los hallazgos principales y las conclusiones relevantes. Al final se anotarán de tres a seis palabras clave, para facilitar la inclusión en índices internacionales.

RESUMEN EN INGLÉS

Con un máximo de 200 palabras, presentará las mismas características que el resumen en español. Se iniciará con una versión del título del trabajo en lengua inglesa. También se señalarán de tres a seis palabras clave (*key words*).

AGRADECIMIENTOS

En esta sección se describirán los agradecimientos a personas e instituciones, así como los financiamientos.

REFERENCIAS

Se sugiere un mínimo de 25 citas. Se presentarán siguiendo los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas) que se encuentran en la página de Internet https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Las referencias se indicarán con números arábigos de forma consecutiva y en el orden en que aparezcan por primera vez dentro del texto. Se referirán en el texto, los cuadros y los pies de figura con los números correspondientes.

En las citas con múltiples autores (más de seis), se incluirán únicamente los seis primeros autores del trabajo, poniendo «et al.» después de la abreviatura del nombre, o nombres, del sexto autor. En el caso de seis o menos autores, se incluirán todos en la cita.

Los artículos publicados en revistas periódicas deberán aparecer de la siguiente forma:

Welt CK, Chan JL, Bullen J, Murphy R, Smith P, DePaoli AM, et al. Recombinant human leptin in women with hypothalamic amenorrhea. *N Engl J Med.* 2004;351:987-97.

Las referencias a libros deberán incluir el nombre completo de la editorial, la ciudad y país de la publicación y el año de publicación, de la siguiente manera:

Aréchiga H, Somolinos J. Contribuciones mexicanas a la medicina moderna. Fondo de Cultura Económica. Ciudad de México, México, 1994.

Las referencias a capítulos de libros deberán aparecer de la siguiente forma:

Pasternak RC, Braunwald E. Acute myocardial infarction. En: Harrison's Principles of Internal Medicine. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL (Eds.) McGraw-Hill Inc. 12.^a edición, New York, EUA, 1994, p. 1066-77.

CUADROS

Deberán presentarse a doble espacio, numerados de forma consecutiva con números romanos en el orden citado dentro del texto, con el título en la parte superior y el significado de las abreviaturas y las notas explicativas al pie. Se deberán incluir al final del manuscrito, después de la sección de referencias.

FIGURAS O GRÁFICAS

Los pies de figura se escribirán a doble espacio. El pie contendrá la información necesaria para interpretar correctamente la figura sin recurrir al texto. En el texto las figuras se referenciarán por orden. Respecto a la calidad, los gráficos, trazados y dibujos se generarán con programas de gráficos de alta resolución (JPG, TIFF, EPS, PowerPoint o Illustrator). Toda la iconografía debe ser original; en caso contrario, ha de citarse la referencia del origen, y el autor deberá obtener el permiso previo de la editorial respectiva. En las figuras no se repetirán datos ya escritos en el texto. Las fotografías de objetos incluirán una regla para calibrar las medidas de referencia. En las microfotografías deberá aparecer la ampliación microscópica o una barra de micras de referencia. El nombre, la cara y los datos del paciente no constarán en las figuras. El costo de las ilustraciones a color será cubierto por el autor correspondiente.

EXPERIENCIA CLÍNICA

Deberá constar de resumen en español e inglés (máximo de 100 palabras) en formato libre, introducción, presentación del caso, discusión, ilustraciones y bibliografía, con una extensión máxima de 10 cuartillas (incluidas las ilustraciones y referencias bibliográficas) y siguiendo las instrucciones para los autores.

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Los trabajos enviados deberán acompañarse de una carta firmada por todos los autores del trabajo en la que se haga constar que este no ha sido publicado con anterioridad, ni se ha enviado simultáneamente a otra revista, que no existe conflicto de intereses y que, en caso de ser aceptado, se ceden los derechos de autor a la *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ. Los trabajos se aceptarán para su publicación después de ser revisados por el Consejo Editorial. Las opiniones contenidas en el artículo son responsabilidad de los autores. Todos los artículos deberán incluir sin excepción el texto completo, las tablas y las figuras. Los textos deberán estar escritos con el procesador de palabras Word. En la hoja frontal deberán aparecer el título del trabajo, los nombres de los autores, su institución de adscripción sin incluir el nombramiento institucional ni los grados académicos, la dirección de correo electrónico del autor correspondiente y un título corto de no más de 40 caracteres. Deberán estar escritos correctamente en lengua española (castellano). El texto deberá escribirse a doble espacio. Se numerarán las páginas de forma consecutiva comenzando por la página frontal.

CESIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDAD SOBRE LOS CONTENIDOS

Con el envío del texto, el autor o autores ceden a la *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ los derechos de reproducción, distribución y

comunicación pública (incluida la puesta a disposición por medio de la red Internet) de su trabajo.

El autor o autores garantizarán la autoría original de su trabajo y, al editor, el uso pacífico de los derechos que cederán. Para la incorporación de textos u otros materiales ajenos, los autores deberán respetar los límites del derecho de cita o, en caso contrario, obtener el permiso previo de los titulares de los derechos.

El autor o autores autorizarán la incorporación de su trabajo a una base de datos electrónica para facilitar su acceso y consulta.

Las opiniones expresadas por los autores son exclusivamente suyas. Permanyer México, S.A. de CV y la *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ, en consecuencia, declinan cualquier responsabilidad sobre las mismas.

Los trabajos deberán ser enviados, en versión electrónica, a la siguiente dirección de correo electrónico:

autores@revistamexicanadeenfermeria.com

No se aceptarán artículos para su revisión si no están preparados siguiendo las instrucciones para los autores.

Se extenderá acuse de recibo electrónico al autor y, en el tiempo oportuno, se le comunicará el dictamen del Comité Editorial. Todo material aceptado para su publicación en la *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ será propiedad de la revista, por lo que su reproducción total o parcial deberá ser autorizada por la *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ.



www.incmnsz.mx

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



Sí, deseo suscribirme **gratuitamente** a la **Revista Mexicana de Enfermería del INCMNSZ***

Nombre: _____

Dirección donde deseo recibir la revista: _____

E-mail: _____ Teléfono: _____

Centro de Trabajo: _____

Especialidad: _____

*Edición cuatrimestral

A los efectos de lo que dispone la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su respectivo Reglamento, le informamos que los datos personales facilitados en este boletín, van a ser incorporados en un fichero creado bajo la responsabilidad de Permanyer México, S.A. de CV, con la finalidad de atender su petición de suscripción. Usted tiene el derecho a acceder a la información que le concierne recopilada en nuestro fichero, rectificarla de ser errónea o cancelarla, así como oponerse a su tratamiento en el siguiente domicilio: Permanyer México, S.A., Temístocles, #315, Col. Polanco, C.P. 11560 Ciudad de México, México

Firmado:

El interesado

Por favor, envíe su cupón escaneado a: suscripciones@revistamexicanadeenfermeria.com