



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

www.incmnsz.mx

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ**



EN ESTE NÚMERO:

Editorial

Nacimiento, limitaciones y propuesta epistemológica de la aplicación del proceso de atención de enfermería en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Estado del arte del proceso enfermero en revistas mexicanas

La organización laboral y su impacto en la salud de las enfermeras jefas de servicio

Modelo de supervisión para garantizar la calidad y seguridad del paciente en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán



PERMANYER MÉXICO
www.permanyer.com

MERREM[®] i.v.

meropenem

Reg No. 426M95 SSA IV

El Poder de Salvar Vidas

Indicaciones Terapéuticas

- Infecciones de vías respiratorias inferiores y neumonía nosocomial.
- Infecciones intraabdominales.
- Meningitis
- Septicemia.
- Tratamiento empírico de infecciones en pacientes con neutropenia febril, en monoterapia o combinado.

Referencias

1. Merrem[®] (Meropenem). Información para prescribir.



Entra a www.astrazeneca.com.mx y consulta la IPP actualizada en la sección exclusiva para médicos
No. SSA: 123300202C4609
Fecha de Aprobación: Septiembre 2012

AstraZeneca 



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



Comité de Dirección

David Kershenobich Stalnikowitz <i>Dirección General</i>	José Sifuentes Osornio <i>Dirección de Medicina</i>	Miguel A. Mercado Díaz <i>Dirección de Cirugía</i>	Sergio Ponce de León R. <i>Dirección de Enseñanza</i>	Rubén Lisker Yourkowitzky <i>Dirección Investigación</i>	Odet Sarabia González <i>Dirección de Planeación</i>	Alicia Frenk Mora <i>Subdirección de Servicios Paramédicos</i>
---	--	---	--	---	---	---

Consejo Editorial

David Kershenobich Stalnikowitz <i>Director General, INCMNSZ</i>	Marina Martínez Beceril <i>Subdirectora de Enfermería, INCMNSZ</i>	Araceli Jiménez Méndez <i>Jefa del Departamento de Enseñanza de Posgrado en Enfermería, INCMNSZ</i>	María Paula Nájera Ortiz <i>Jefa del Departamento de Enfermería, INCMNSZ</i>	María de los Ángeles Cano García <i>Jefa del Departamento de Escuela de Enfermería, INCMNSZ</i>
Silvino Arroyo Lucas <i>Subjefe de Educación e Investigación en Enfermería, INCMNSZ</i>	Jorge Salinas Cruz <i>Coordinador de Enseñanza, INCMNSZ</i>	Lizeth Guadalupe López López <i>Enfermera Jefe de Servicio, 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>Subjefe de Educación e Investigación en Enfermería, INCMNSZ</i>	Silvia Espinoza Ortega <i>Presidenta, FEMAFEE</i>	Beatriz Amanda Lázaro Mandujano <i>Departamento de Educación en Salud para el Desempeño, Tuxtla Gutiérrez, Chiapa</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>
Ihosvany Basset Machado <i>UAEM</i>	Rafael Antonio Estévez Ramos <i>UAEM</i>	Marina Martínez Beceril <i>Subdirectora de Enfermería, INCMNSZ</i>	Rosa María Osteguín <i>Coordinadora de la Maestría en Enfermería, FESI</i>	Leticia Yolanda Sánchez Illescas <i>Universidad Regional del Sureste, Oaxaca, México</i>
María de los Ángeles Cano García <i>Jefa del Departamento de Enfermería, 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>	María del Pilar Sosa Rosas <i>Jefa de la División de Estudios Profesionales de la ENEO, UNAM</i>
María Antonieta Cavazos Siller <i>Directora de la Escuela de Enfermería, UP</i>	Mariano García Viveros <i>Emérito†</i>	Rosa María Nájera Nájera <i>UAM</i>	Eva Reyes Gómez <i>Presidenta, CNE</i>	Diana Cecilia Tapia Pancardo <i>FESI</i>
María Guadalupe Escobedo Acosta <i>Directora Técnica, HJM</i>	Ángeles Godínez Rodríguez <i>FESI</i>	María Paula Nájera Ortiz <i>Jefa del Departamento de Enfermería, INCMNSZ</i>	Ana María Cristina Reyes Reyes <i>Directora IPN, IPN</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>	Martina Colchado Ramos <i>Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria Tamaulipas</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>
Gloria Arzate Izquierdo <i>Ciudad Salud, Tapachula, Chiapas</i>	Sofía Cruz Romero <i>Instituto Nacional de Cancerología</i>	Claudia Leija Hernández <i>Instituto Nacional de Cardiología</i>	Rosa María Naguatt Domínguez <i>Hospital de la Mujer</i>	Griselda Sánchez Reyes <i>Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias</i>
Luz María Barajas Ramos <i>Hospital Juárez de México</i>	Candelaria Flores Costinica <i>Hospital Juárez del Centro</i>	Juana Loyola Padilla <i>Servicios de Atención Psiquiátrica</i>	María Isabel Negrete Redondo <i>Instituto Nacional de Geriatria</i>	Felipa Sierra Reyes <i>Hospital Infantil de México Federico Gómez</i>
Rosa Elena Burguete Ortiz <i>Hospital de Especialidades Pediátricas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas</i>	Martha García Flores <i>Hospital General de México</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>	Rocío Valdez Labastida <i>Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía</i>
Silvia Leticia Cabrera Díaz <i>Hospital Regional de Alta Especialidad en la Península de Yucatán</i>	Leticia González González <i>Instituto Nacional de Rehabilitación</i>	Marina Martínez Beceril <i>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán</i>	Norma Popócatl Nájera <i>Hospital Nacional Homeopático</i>	
Isabel Cicerón Arellano <i>Instituto de Medicina Genómica</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>	



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, 11560 México, D.F.

Firmado:

El interesado

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

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 a las de 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.



www.permanyer.com

© 2013 P. Permanyer

Temístocles, 315
Col. Polanco
Del. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tel.: (044) 55 2728 5183

Mallorca, 310
08037 Barcelona, Cataluña
España
Tel.: +34 93 207 59 20
Fax: +34 93 457 66 42

Edición impresa en México
mexico@permanyer.com

ISSN: 2339-7284

Dep. Legal: B-24.264-2013

Ref.: 1311AX131



 Impreso en papel totalmente libre de cloro

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

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.



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



Índice

Editorial

D. Kershenobich Stalnikowitz 5

ARTÍCULOS ORIGINALES

Nacimiento, limitaciones y propuesta epistemológica de la aplicación del proceso de atención de enfermería en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

S. Arroyo Lucas, A. Jiménez Méndez, M. Martínez Becerril, M.P. Nájera Ortiz,
M.C. Estefani López García y M.A. Cano García 7

Estado del arte del proceso enfermero en revistas mexicanas

S. Arroyo Lucas, M.C.E. López García, A. Jiménez Méndez, M. Martínez Becerril, M.P. Nájera Ortiz,
M.A. Cano García, L.G. López López y P. Domínguez Sánchez 13

La organización laboral y su impacto en la salud de las enfermeras jefas de servicio

L.G. López López, A. Jiménez Méndez, S. Arroyo Lucas, P. Domínguez Sánchez,
M. Martínez Becerril, M. Paula Nájera Ortiz y M.A. Cano García 21

Modelo de supervisión para garantizar la calidad y seguridad del paciente: la supervisión a través del aprendizaje dirigido

S. Arroyo Lucas, A. Jiménez Méndez, M. Martínez Becerril, M.P. Nájera Ortiz,
M.A. Cano García, L.G. López López y P. Domínguez Sánchez 29

Instrucciones para los autores 36

Editorial

D. Kershenobich Stalnikowitz

Hoy que nace una nueva Revista de Enfermería en nuestro país hay que celebrarlo, es un anhelo alcanzado. Nace como una apuesta al éxito, lograda en base a valores y compromiso, que aspira a una legitimidad y que sitúa en el futuro su plena realización.

La Revista Mexicana de Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) es producto de una larga tradición y el trabajo de grupos de enfermeras y enfermeros de reconocido prestigio académico, comprometidos con su profesión y con gran pasión por la misma.

La Revista Mexicana de Enfermería del INCMNSZ pretende desde su inicio convertirse en un foro para la participación de todos los sectores relacionados con la enfermería, con la clara intención de volverse un espacio de lectura imprescindible en el proceso de educación continua del ramo. No hay duda de que el desarrollo de los conocimientos determinan en buena parte el fantástico progreso de la medicina.

La enfermería tal y como la define la Organización Mundial de la Salud "abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o

no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal." Para ello se requiere un alto sentido de responsabilidad social que permita recoger las necesidades de los pacientes, a la vez que enfoque su labor a lo más valioso de los cuidados de salud, hacerlo con profesionalismo es una obligación.

La Revista Mexicana de Enfermería del INCMNSZ aspira a ser un espacio que propicie el intercambio de ideas, que permita recoger al lector aspectos modernos e innovadores, que contribuya en aumentar la calidad de la asistencia y las capacidades profesionales. Pretende además fomentar la vinculación y hacerlo tanto en el ámbito Nacional e Internacional, con la firme intención de difundir la escuela mexicana de enfermería, caracterizada entre otros atributos por un profundo sentido humanístico.

Dr. David Kershenobich

Director General

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y
Nutrición Salvador Zubirán

Nacimiento, limitaciones y propuesta epistemológica de la aplicación del proceso de atención de enfermería en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

S. Arroyo Lucas^{1*}, A. Jiménez Méndez¹,
M. Martínez Becerril², M.P. Nájera Ortiz³,
M.C. Estefani López García¹ y M.A. Cano García⁴

¹Departamento de Enseñanza de Posgrado en Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.; ²Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F. ³Departamento de Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.; ⁴Departamento de Escuela de Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

Resumen

En la construcción de este trabajo se realiza un recorrido histórico, tratando de encontrar la génesis del proceso de atención de enfermería (PAE) en el contexto mundial a partir de la enfermería como profesión, y su implicación en México, específicamente en el hoy Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). El objetivo se orientó hacia la identificación de las limitaciones encontradas en su implementación, el contexto en el que se desarrolla la educación del profesional de enfermería y la ruptura del modelo de enseñanza tradicional, bajo la propuesta de la teoría constructivista como eje del desarrollo de procesos metacognitivos, para articular los componentes del modelo institucional, considerando que esta construcción paralelamente coadyuva al desarrollo y legitimación profesional. Este supuesto representa la convicción de darle a la profesión otro estatus, a la organización otro sentido y a la población mejores expectativas en el proceso salud-enfermedad-atención, reconociendo el trinomio de la enfermera desde la educación-salud-atención; este es el sentido que persigue el trabajo institucional. Es preciso mencionar que en su construcción no se omiten los estándares de calidad del Consejo de Salubridad General, las propuestas generales de la Comisión Permanente de Enfermería, la diversidad cultural como país y el trabajo colaborativo entre organizaciones de salud.

Palabras clave: Enfermería. Constructivismo. Metacognitivo. PAE. Gestión. Epistemología.

Abstract

In this work we provide a historical perspective, trying to find the origins of the Nursing Process in a global context of the nursing profession, and its involvement in Mexico, specifically in today's National Institute of Medical Sciences and Nutrition Salvador Zubirán. The aim was to identify constraints encountered in implementation, the context in which education develops the nursing profession, and breaking the traditional teaching model under the proposed constructivist theory in developing axis metacognitive processes to articulate institutional model components, considering that this parallel construction contributes to professional development and professional recognition. This hypothesis represents the conviction to give the profession another status and organization, and for patients a better expectation in the health/disease care, recognizing the triad of nursing from education-health-care; this is the sense pursued in institutional work. It should be mentioned that the work has not overlooked Quality Standards of the General Health Council, the general proposal of the Standing Committee of Nursing, the cultural diversity of the country, and collaborative work between health organizations. (Rev Mex Enf. 2013;1:7-12)

Corresponding autor: Silvino Arroyo Lucas,
sarroyo76@yahoo.com.mx

Key words: Nursing. Constructivism. Metacognitive. Nursing care process. Management. Epistemology.

Correspondencia:

*Silvino Arroyo Lucas

Vasco de Quiroga, 15

Col. Sección XVI, Tlalpan. C.P. 14000, México, D.F.

E-mail: sarroyo76@yahoo.com.mx

Surgimiento del proceso de atención de enfermería

De acuerdo con las circunstancias sobre las que se creó la enfermería en el siglo XIX y que marcan su actuación en la época actual, se resaltan las aportaciones de Florence Nightingale, entre ellas, haber fundado la primera escuela laica de enfermería en el mundo; así mismo, su contribución de mejora en la higiene, la misma que en tiempos de paz, redujo los índices de mortalidad de los soldados en los hospitales.

En estos momentos, con las respectivas situaciones coyunturales de cada país, en un intento de generalizar, se puede decir que existen ciertas igualdades o limitaciones similares en el desarrollo profesional de la enfermería.

A través de la historia, se ha trabajado en consensos sobre los elementos que han de caracterizar la profesión de la enfermería. Para ello se ha precisado de la construcción de un paradigma que modifique el cuidado de enfermería, basado desde entonces en el hacer técnico. Este enfoque, quizá heredado de una cultura organizacional sin fundamento científico, solo ha llevado a la imitación por decisión propia y/o indicaciones de algún superior¹; por ello en este nuevo paradigma se trabaja para mantener un consenso de marco conceptual sustentado en el metaparadigma de la enfermería.

En este transitar, y sin menoscabo del trabajo realizado por otras naciones, se puede observar que en EE.UU. ha existido un gran avance de las propuestas que guían la enfermería mundial; de hecho, ya en 1952 se publica el primer Modelo Conceptual de Enfermería en la obra de Peplau que lleva por título *Interpersonal Relations in Nursing*². Entre estas aportaciones resalta la contribución de Virginia Henderson a la definición de la función propia de la enfermera, que es adoptada en 1961 por el Consejo Internacional de Enfermería².

En este mismo desarrollo, en la década de 1950, específicamente en 1955, aparece el término «proceso de enfermería», descrito por la autora norteamericana Lidia Hall, que planteaba el quehacer de la enfermería como un proceso; Sin embargo, esa metodología tardó varios años en ser admitida por la comunidad de enfermería. En 1967, H. Yura y M. Walsh crearon el primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación³. D. Blodi y C. Roy, en 1974 y 1975, respectivamente, añadieron la etapa de diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Así, podemos afirmar que se inició la propuesta de construcción de una metodología que diera sustento

a la práctica profesional de la enfermería, creando desde ese entonces el ahora llamado proceso de atención de enfermería (PAE), entre cuyos objetivos están la autonomía disciplinar, el lenguaje unificado y la legitimación disciplinar.

A pesar de que Vera Fray, enfermera norteamericana desde 1953, utilizó el término diagnóstico de enfermería, no fue hasta 1973 que se organizó de manera formal el primer congreso internacional para la clasificación de los diagnósticos de enfermería. Posteriormente, en 1982, se aprobó la creación de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). En ese camino, los diagnósticos de enfermería suponen un avance para la profesión, como se evidencia en el reconocimiento que la Organización Mundial de la Salud realizó al incluirlos en su Clasificación Internacional de Enfermedades. Bajo este logro y compromiso, el Consejo Internacional de Enfermería realiza cada año una profunda revisión del tema a nivel internacional².

Así, bajo la propuesta de una metodología que oriente los cuidados de enfermería, H. Yura y M. Walsh, en 1988, definen el proceso de enfermería como una serie designada de acciones que pretenden cumplir con el propósito de la enfermería, que es conservar el estado óptimo de salud del paciente y, en caso de cambiar dicho estado, proporcionar la cantidad y calidad de cuidados de enfermería que requiera tal estado, para recuperar la salud; en caso contrario, el proceso de enfermería debe contribuir a generar estrategias con la intención de aumentar los recursos para alcanzar la mayor calidad de vida posible durante el máximo tiempo⁴.

Este desarrollo se ha visto reflejado en países del primer mundo, como Canadá y EE.UU.; este último destaca como sede de lo que se conoce como taxonomías del PAE, que integran la Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros de la NANDA, la *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y la *Nursing Interventions Classifications* (NIC); para su exportación a los países de habla hispana en el año 2001 se tradujeron al español los de la NANDA y el NIC y en 2002 el NOC⁵, posicionando esta metodología, hasta la creación de una cultura (lenguaje) internacional en países desarrollados.

Limitaciones en el desarrollo del proceso de atención de enfermería en México

Pese al esfuerzo de homogenización del cuidado a través de esta metodología, a casi medio siglo de sus primeras propuestas, este desarrollo se ha dado de manera paulatina, en países subdesarrollados, como

es el caso de México, por citar la nación de donde nace este trabajo.

Si bien es cierto que existe evidencia de la implementación del PAE desde 1975, en instituciones de gran prestigio de México como el entonces Instituto Nacional de la Nutrición³, la realidad es que, como país, no se ha observado un gran avance, a pesar de los esfuerzos en el discurso sobre la necesidad de esta metodología. Existen diversos factores que impiden dicha implementación, como por ejemplo las limitaciones del desarrollo educativo en enfermería.

Al respecto, se puede observar que existe una desregulación para realizar funciones de enfermería, ya que de las 723 escuelas existentes, 135 imparten el nivel licenciatura y 588 el nivel medio superior, y de estas últimas, más del 50% son escuelas privadas cuyos programas no necesariamente operan dentro de los estándares de calidad, establecidos por las autoridades educativas y de salud⁶. Esta información resulta preocupante, cuando se observa que, en términos de porcentaje, más del 81% de las instituciones continúa formando enfermeras a nivel técnico, es decir, que, como se establecía desde 1935 en México, con presentar estudios de secundaria se puede llegar a ingresar para ser enfermera o enfermero⁷. Y esto en el mejor de los casos, porque actualmente todavía se cuenta con 2,098 enfermeras con nivel de primaria⁸.

Así, con este nivel educativo, ha sido difícil hacer propuestas, y todavía más sostenerlas, teniendo que seguir modelos de cuidados impuestos por otros países, sin estar necesariamente acordes con las necesidades de la población mexicana, con toda su diversidad cultural y sin la infraestructura física y mental necesaria. Esta limitación educativa se ve potencializada cuando en el fondo se observa el intento de pasar de un modelo de país del primer mundo a otro tercermundista, con carencias estructurales, falta de personal, insumos, programas reales, recortes presupuestales y limitaciones en la cobertura de la atención. Este tipo de aspectos no pueden dejarse de lado, porque quizá realmente no se esté avanzando en cumplir la función sustancial de garantizar la atención a la salud desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, que el cuidado de enfermería implica, buscando una autonomía y desarrollo profesional, y puede que solo se estén aplicando políticas emergentes e inoperables, desde la urgencia por cumplir disposiciones oficiales.

En este sentido, considerando que el progreso de los servicios de salud debe ser acorde al desarrollo de los recursos humanos en enfermería, Moran menciona

que puede observarse la existencia todavía de una gran brecha a este respecto⁹. Sin embargo, desde una planeación estratégica y por consenso, en reunión de la Comisión Permanente de Enfermería del equipo directivo que está al frente de las instituciones de salud en México, se realizaron nueve recomendaciones a trabajar en las instituciones de salud, destacando, en los numerales 1, 2, 4, 8 y 9, los relacionados con el PAE¹⁰. En este sentido, a más de cinco años de la publicación de las recomendaciones, no existe evidencia documentada en revistas electrónicas del desarrollo en la implementación del PAE en las instituciones de salud de México. Aun cuando no necesariamente sea un referente de lo que acontece, sí proporcionaría un panorama de lo que está sucediendo en este país.

Proceso de atención de enfermería

Como hemos venido mencionando, el PAE es la metodología que sustenta y legitima la práctica profesional y la autonomía disciplinar, describiéndose como «un método sistemático y organizado de administrar cuidados a partir de la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos, a las alteraciones de la salud reales o potenciales»¹¹.

Estamos ante una debilidad en su aplicación, ya que el diagnóstico nos propone aumentar los esfuerzos, porque a través del desarrollo y unificación de un lenguaje común se favorecería, entre otros aspectos, la legitimación profesional.

En este sentido, bajo la continuidad de la ruptura en la práctica del cuidado sin sustento científico, se promueve un análisis intelectual complejo en donde se requiere la puesta en marcha de procesos metacognitivos, para que, mediante el apoyo de la NANDA, el NIC y la NOC, se realice, posterior a la valoración, un diagnóstico dependiendo del juicio clínico, para implementar estrategias dirigidas a los cuidados de acuerdo con las respuestas humanas de la persona enferma, o en atención a la prevención y/o promoción a la salud, aplicando las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los objetivos deseados de recuperación de la salud, continuidad en la atención, limitación del daño o favorecimiento de una muerte digna¹².

El PAE realmente tendría su implicación en los orígenes del planeamiento de la NANDA, la cual propone un lenguaje internacional como fuerza global en el desarrollo de Enfermería como profesión científica, otorgando cuidados más allá de una cotidianeidad que puede brindar un personal sin preparación

académica. Es decir, ir más allá de solo realizar un copiado de lo que sugieren las guías y planes de cuidados, sin el desarrollo e implementación de procesos metacognitivos.

Propuesta epistemológica en la implementación del proceso de atención de enfermería

Así, en la propuesta de construcción de esos procesos metacognitivos y en la búsqueda de un desarrollo del equipo de enfermería que se encuentra laborando directamente con la persona enferma en las diferentes áreas del Instituto, el equipo directivo de la Subdirección de Enfermería del INCMNSZ habla de aprendizaje significativo, básicamente desde la función y vinculación de los objetivos que se tienen en la educación formal de los estudiantes de pregrado, posgrado, maestría, así como los prestadores de servicio social y personal inmerso en el sistema productivo en los escenarios asistenciales, desde la consulta externa hasta las áreas críticas.

Esta realidad requiere que la formación disciplinar se gesté desde los espacios educativos, teniendo continuidad en el área asistencial a través del programa de supervisión institucional, en esta incorporación de nuevas prácticas en la gestión del conocimiento, donde el ser humano sea el principal protagonista de la construcción de sus propios saberes, orientando esta formación a pensamientos y acciones metacognitivos, que le permitan desarrollar el ejercicio de su formación basado en un liderazgo y autonomía, posibilitándole de manera significativa transformar su realidad social.

Tenemos claro que la directriz que nos permitirá vincular estas acciones está sustentada por la educación, bajo el trinomio inseparable para el profesional de enfermería educación-salud-atención. Entenderlo y asumirlo como tal no solo nos posibilita plantear un cambio de sistemas pragmáticos; más bien nos orienta a construir otra mentalidad, ya que precisamos de una actuación diferente, de una evolución, es decir, de una metamorfosis que nos lleve a construir procesos metacognitivos cuya repercusión en el proceso salud-enfermedad-atención genere modelos de atención acordes a las condiciones socio-políticas de la población, y cuya factibilidad sea susceptible de medición.

Precisamente como parte del proceso de medición, pretendemos articular elementos que se conviertan en la tan esperada vinculación docencia-asistencia-investigación-administración.

Para ello, y como parte de la planeación estratégica, procuramos, entre otras acciones, que todos los integrantes de la organización que realizan y/o coordinan prácticas de enseñanza clínica dentro de la institución, tanto estudiantes de todos los niveles como profesores, coordinadores o tutores clínicos, participen como facilitadores e integradores con todo el equipo de trabajo, y no solo de sus grupos responsables, a fin de propiciar y fortalecer la construcción y reconstrucción de aprendizajes significativos de nuestra metodología de trabajo en los cuidados al paciente ambulatorio y hospitalizado. Paralelamente pretendemos lograr una proyección para su autocuidado, es decir, que el empoderamiento del profesional de enfermería trascienda a nivel familiar y social, ya que esto se convierte en la sustentación del cuidado de la salud individual y colectiva.

Estas aportaciones sin duda coadyuvan al sustento del modelo de atención de enfermería en el instituto, que puede ser prototipo de gestión en las instituciones del sector de la salud en México.

Puntualizando, el programa sobre PAE tiene un sustento no solo metodológico, sino también pedagógico, partiendo de la convicción de que la base del comportamiento se sustenta en la formación del ser humano. Resulta por ello indispensable generar y/o reforzar un andamiaje en el grupo disciplinar, para que a partir de esto se pueda construir y consolidar un aprendizaje metacognitivo relacionado con esta metodología de trabajo. En este sentido, cuando hablamos de procesos educativos con orientación constructivista, nos referimos al desarrollo de aprendizajes metacognitivos, considerando que lo cognitivo es lo que tiene que ver con el conocimiento, y el conocimiento metacognitivo tiene que ver con conocimiento adquirido sobre los procesos cognitivos, conocimiento que puede ser utilizado para controlar los procesos cognitivos, es decir tener conciencia de ese conocimiento¹³.

La ruptura de la propuesta básicamente la encontramos en la formación del profesional de enfermería, que, al igual que la enseñanza generalizada en México, ha sido construida bajo una enseñanza tradicional, donde la transmisión del conocimiento ha representado la prioridad, y quienes imparten ese conocimiento se consideran los poseedores del saber, y los receptores, en calidad de alumnos, solo cumplen lo que el maestro solicita. Cabe mencionar que este modelo de gestión sigue imperando en la enseñanza de enfermería; sin embargo, en la actualidad, en el interior de nuestra institución, a partir de esta gestión

administrativa a través de la vinculación de objetivos y de un trabajo colaborativo, junto con la constante formación y actualización del personal docente que labora en la escuela de enfermería, así como de los dirigentes de la Subdirección de Enfermería, Jefatura, Escuela y Departamento de Enseñanza de Postgrado en Enfermería, se incorporan al proceso de enseñanza-aprendizaje teorías constructivistas que, como se ha mencionado, permitan a los alumnos y asistentes a los cursos de educación continua construir sus propios aprendizajes.

Bajo este enfoque, pretendemos incidir en los integrantes de la organización, así como el personal que asiste al instituto en materia de formación en enfermería, ofreciéndoles los ambientes que les permitan el despliegue de la capacidad generadora de propuestas que se sumen a la visión de la Subdirección de Enfermería, orientando la utilización de recursos que simulen escenarios de práctica clínica: análisis, prevención y resolución de problemas con visión panóptica en donde se contemple nuestra diversidad cultural como nación y el enfoque de atención basado en el proceso salud-enfermedad-atención, así como en la persona, entendiendo esta como ser social influido por su historia individual y colectiva.

Esta conceptualización representa una articulación de fortalezas, lo cual, aunado al fomento del trabajo colaborativo entre todos los actores del proceso educativo, nos permitirá cumplir como equipo líder en el desarrollo profesional de la disciplina y fomentar mejores prácticas de atención a la salud, propias de una nación en proceso de transición histórica y epidemiológica.

Esta propuesta de trabajo, desde una plataforma del PAE en la institución, como se ha mencionado, tiene su antecedente en 1975, en la figura de la profesora Magdalena Escobar González, entonces directora de la Escuela de Enfermería María Elena Maza Brito, del INCMNSZ. Sin embargo, no existe evidencia de su desarrollo; por ello, a partir de 2004, se retoma el interés en su implementación organizando un curso-taller sobre PAE, dirigido a las enfermeras jefes de Servicio del Área Asistencial y Docente. Esta actividad académica fue impartida por Pilar Sosa Rosas, académica de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México. Posteriormente, las enfermeras docentes de este instituto, en vinculación con la Coordinación de Enseñanza, en el año 2008 organizaron y llevaron a cabo el curso-taller sobre PAE, dirigido nuevamente a las enfermeras jefes del Servicio del Área Asistencial.

Durante estas experiencias se observó que es difícil que un proyecto tenga éxito si no se cuenta con un programa que permita dar un seguimiento adecuado hasta su conclusión. Por ello, en el año 2010 se elabora el programa sobre PAE, que implica la propuesta de construcción de andamiajes individuales y colectivos en los integrantes de la organización, a través de la implementación de estrategias pedagógicas constructivistas soportadas en un modelo de gestión administrativa, contribuyendo así a la generación de procesos metacognitivos en las profesionales de enfermería a través del desarrollo de aprendizajes significativos con la metodología que guía la gestión del cuidado.

Con esta propuesta, al final del día se pretende generar estrategias en la construcción de un modelo de atención de enfermería que responda a las necesidades de la población mexicana en un contexto histórico.

Conclusiones

Proponer mejores prácticas de gestión administrativa y del conocimiento es más que una tarea de los líderes, representa la convicción de darle a la profesión otro estatus, a la organización otro sentido y a la población mejores expectativas en la atención a su salud. Es este el sentido que persigue esta propuesta de trabajo. Es necesario mencionar que para su construcción no se pasan por alto los estándares de calidad emitidos por el Consejo de Salubridad General, las propuestas generadas desde la Comisión Permanente de Enfermería y la diversidad cultural como país, ya que, según nuestra experiencia, la suma de esfuerzos y estrategias es lo que posibilita un trabajo colaborativo de éxito.

A este respecto, es importante mencionar que existe poca evidencia publicada de nuestra experiencia profesional como equipo directivo; no es un acto de hermetismo, sino que se está esperando poder acompañar esta construcción con el proyecto de la *Revista Mexicana de Enfermería* que se tenía proyectado años atrás.

Así, bajo la convicción de que este modelo representa una construcción epistemológica sustentada desde la educación constructivista y que tendrá un impacto significativo en la gestión del cuidado y del conocimiento, se socializan las bases para el empoderamiento en el desarrollo del PAE institucional.

Como propuesta, que no deja de ver la constante transición sociopolítica y epidemiológica que vive el país, así como la dinámica del desarrollo científico-tecnológico y su impacto en la profesión, el presente

artículo debe ser retomado con la cautela necesaria, a fin de que responda a las necesidades del proceso salud-enfermedad-atención del momento histórico que se vive y a las necesidades que en materia de profesionalización y certificación requiere el profesional de enfermería en México¹⁴.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Subdirección de Enfermería. Curso-taller supervisión a través del aprendizaje dirigido. Historias de vida laboral. 11 de junio de 2013.
2. Hernández F, Del Gallego R, Alcaraz S. La enfermería en la historia: un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los cuidados*. 2.º semestre 1997, año 1, n.º 2.
3. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Programa Integral sobre el Proceso Enfermero. Junio de 2010.
4. Iyer P, Tapich B. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. 2.ª ed. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 1993. p. 14.
5. Miguel Ruiz D. Taxonomías NANDA-NOC-NIC: análisis y reflexión. Barcelona: Sant Joan de Déu. Breve Recuerdo Histórico. p. 3.
6. Jiménez Sánchez J. Formación de recursos humanos en enfermería. Directora de Enfermería/ DGCEs, SS. 2012. [Internet] Disponible en: <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/publicaciones/CASMI-11.pdf>
7. Rubio Domínguez S. Profesionalización de Enfermería en México. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2010;18(1-2):4-6.
8. Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería, Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. *Boletín estadístico*. 1.ª ed. 2012.
9. Morán L. Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería (ALADEFE): presentación realizada durante el XIII Curso OPS/OMS-CIESS Legislación de salud: la regulación de la práctica profesional en salud. México, D.F., 4-8 de septiembre de 2006.
10. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Dirección General Adjunta de Calidad, Dirección de Enfermería, Comisión Permanente de Enfermería. Recomendaciones de la 1.ª Jornada Técnica «Plan de Cuidados de Enfermería», 2 de julio de 2008. p. 40.
11. Pérez MT, Sánchez S. Aplicación del proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones de salud. *Rev Enferm IMSS*. 2006;14(1):47-50.
12. Bertha A, Rodríguez S. Proceso Enfermero Aplicación actual. Ediciones Cuellar. 2.ª ed. Guadalajara, Jal. México. 2002. Pág. 279.
13. Flavell JH. Metacognition and cognitive. *American Psychologist*. 1979;34:906-11.
14. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Subdirección de Enfermería. Plan Estratégico de la Subdirección de Enfermería 2012-2017.

Estado del arte del proceso enfermero en revistas mexicanas

S. Arroyo Lucas^{1*}, M.C.E. López García¹, A. Jiménez Méndez¹, M. Martínez Becerril², M.P. Nájera Ortiz³, M.A. Cano García⁴, L.G. López López¹ y P. Domínguez Sánchez¹

¹Departamento de Enseñanza de Posgrado en Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.; ²Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.; ³Departamento de Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.; ⁴Departamento Escuela de Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

Resumen

El proceso de atención de enfermería (PAE) es la metodología científica que permite generar y guiar estrategias de enfermería orientadas a garantizar la calidad y seguridad en el cuidado a la persona. **Objetivo:** identificar las publicaciones de revistas mexicanas de enfermería de las principales instituciones de salud y educativas que tienen como desarrollo en sus publicaciones aspectos relacionados con el PAE. **Metodología:** se identificaron las principales instituciones de salud y educativas de México. La revisión se realizó tanto en buscadores como en acervos bibliográficos. **Resultados:** destaca que el 66.6% de las revistas se edita en los Institutos Nacionales de Salud. El total de publicaciones fueron 72. El mayor porcentaje de publicaciones tuvo lugar en el año 2012. El grado académico de los autores fue de licenciado en un 45%. En un 67% se publican casos clínicos. Solo se encontraron seis investigaciones relacionadas con el conocimiento del PAE. **Conclusión:** para considerar el PAE, la metodología del profesional de enfermería, que tiene más de medio siglo de sus inicios y cinco años de auge en México desde las recomendaciones de la Comisión Permanente de Enfermería, existe limitación en el desarrollo de investigación y/o socialización de resultados en publicaciones por parte de profesionales de enfermería.

Palabras clave: PAE. Publicación. Estado del arte. Revistas mexicanas. Enfermería.

Abstract

The Nursing Care Process (PAE) is the scientific methodology to generate and guide strategies from the discipline of nursing, aimed at ensuring quality and safety in caring for people. This study aimed to identify the Mexican magazine publications of nursing in the major health and educational institutions whose publications examine aspects of the Nursing Care Process. In the methodology, we identified the main Health and Educational Institutions in Mexico. The review was conducted in search engines, as well as library collections. In the main results, it was found that 66.6% of the journals are published in the National Institutes of Health. The total number of publications was 72. The highest percentage of publications was in 2012. The academic degree of the authors was licensed in 45%. Sixty-seven percent were published case reports, and only four studies were found related to the knowledge of the Nursing Process. The conclusion is that to consider the PAE methodology of nursing, after more than half a century since its inception and five years of growth in Mexico after the recommendations of the Standing Committee of Nursing, there is limited research in the development and/or dissemination of results in publications by professional nurses. (Rev Mex Enf. 2013;1:13-9)

Corresponding autor: Silvino Arroyo Lucas, sarroyo76@yahoo.com.mx

Key words: Nursing process. Review. State of the art. Mexican magazines. Nursing.

Correspondencia:

*Silvino Arroyo Lucas

Vasco de Quiroga, 15

Col. Sección XVI, Tlalpan. C.P. 14000, México, D.F.

E-mail: sarroyo76@yahoo.com.mx

Introducción

Desde que se describe por primera vez, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) tiene en sus objetivos la incorporación de una metodología que dé sustento al cuidado profesional de enfermería¹. La trascendencia en los diagnósticos que tiene su conformación se evidencia en el reconocimiento que la Organización Mundial de la Salud realizó, al aceptar incluirlos en su Clasificación Internacional de Enfermedades. Bajo este logro y compromiso, el Consejo Internacional de Enfermería realiza año tras año una profunda revisión del tema a nivel internacional respecto².

Así, bajo la propuesta de una metodología que oriente los cuidados, el PAE se entiende como una serie designada de acciones que pretenden cumplir con los objetivos de conservar el estado óptimo de salud del paciente y, en caso de cambiar dicho estado, proporcionar la cantidad y calidad de cuidados que requiera tal estado, para recuperar la salud; en caso de no poder recuperarla, el PAE debe contribuir a generar estrategias que permitan aumentar los recursos para alcanzar la mayor calidad de vida posible durante el máximo tiempo³. Con este propósito, se debe considerar no solo al individuo, sino también a la familia y comunidad, ante procesos de salud reales, potenciales, de bienestar⁴ o disposición de mejora de la persona (diagnóstico de promoción a la salud)⁵, así como la colaboración de los integrantes del equipo sanitario en la solución de respuestas fisiopatológicas⁶.

Sin embargo, a diferencia de países desarrollados como, por mencionar un ejemplo, Canadá y EE.UU., en países del tercer mundo, como el caso de México, a más de medio siglo de las primeras propuestas para garantizar cuidados profesionales de enfermería, este desarrollo se ha dado de manera limitada. Si bien es cierto que existe evidencia de su implementación desde 1975 en instituciones de gran prestigio en este país, como en el entonces Instituto Nacional de la Nutrición⁷, la realidad es que como nación no se ha observado un gran avance en este desarrollo, a pesar de los esfuerzos en el discurso de la necesidad de la metodología. Esta situación quizá no sea menor cuando se observan las limitaciones del desarrollo educativo y sus respectivos problemas en la regulación de la formación de enfermería⁸.

El respaldo que se ha dado a los países de habla hispana para incorporar la metodología es la traducción al español en el año 2001 de los diagnósticos enfermeros de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) y la *Nursing Interventions Classifications* (NIC), así como de la *Nursing Outcomes Classification* (NOC)⁹ en 2002.

En este sentido, más recientemente, a más de cinco años de la publicación de las recomendaciones por consenso en reunión de la Comisión Permanente de Enfermería del equipo directivo que está al frente de las instituciones de salud en México, para incorporar el PAE a las instituciones de salud¹⁰, y siguiendo la implementación de políticas internacionales, que pretenden mejorar la calidad en el cuidado a la salud que se brinda a la población enferma en los momentos de asistir a las Instituciones de Salud a recibir atención, se consideró importante identificar qué se está publicando en las principales revistas mexicanas. Aun cuando estrictamente no sea un referente, esto puede proporcionar un panorama de lo que sucede en este país respecto a los trabajos realizados, y esta experiencia puede servir de marco a las instituciones que están en fase de aplicación o posible aplicación del PAE.

El estudio tuvo como objetivo identificar las publicaciones de revistas mexicanas de enfermería de las principales instituciones de salud y educativas que tienen como desarrollo en sus publicaciones aspectos relacionados con el PAE.

Material y métodos

Para identificar el tipo de publicaciones que se están realizando en México respecto al PAE, se consideraron por conveniencia las principales Instituciones de Salud y Educativas en México, considerando dos criterios principales: por un lado, a través de la representación nacional y, por otro, por su ubicación en el Distrito Federal. Se consideró a los Institutos Nacionales de Salud como representantes de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, porque tienen «como objetivo principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad. En estas tres áreas los Institutos han destacado y han marcado la pauta de la atención a la salud, de la producción científica y de la calidad académica, no solo en México sino en toda América Latina»¹¹. En este sentido, se realizó una búsqueda en las páginas oficiales de los Institutos Nacionales de Salud.

Se consideró el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por ser «la institución de seguridad social más grande de América Latina, pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana»¹².

En lo que respecta a las principales instituciones de salud privadas, se seleccionó por conveniencia en

ubicación cercana al centro de desarrollo de la investigación (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán [INCMNSZ]) a:

- Hospital ABC
- Médica Sur
- Hospital Español
- Hospital Ángeles

Dentro de las principales instituciones federales de educación superior que impartan la carrera de enfermería en México, se seleccionaron las siguientes universidades:

- Universidad Autónoma Metropolitana (UAM)
- Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
- Instituto Politécnico Nacional (IPN)

La revisión se realizó desde el Departamento de Enseñanza de Posgrado en Enfermería del INCMNSZ. Junto a las páginas institucionales se consultaron los siguientes buscadores: Inbiomed, Medigraphic, Elsevier, Pubmed, Medline Plus, Cochrane Plus, BiDi, Biblioteca Virtual en Salud y MedScape.

En las instituciones educativas federales se realizó la búsqueda directamente en los acervos bibliográficos de las respectivas universidades.

Se revisaron el total de publicaciones del año 2000-2012 por años de edición, número y volumen, iden-

tificando en el título los siguientes términos: PAE, método enfermero, cuidados de enfermería, planes de cuidados y proceso enfermero.

La lectura de los artículos, se clasificó de acuerdo a los siguientes criterios: año de publicación, institución del autor que publica, escolaridad del autor, institución de procedencia académica o de práctica clínica del autor y tipo de artículo. Se agruparon tres categorías: 1. Caso clínico: en esta la característica principal fue la aplicación del PAE o alguna de sus etapas en la práctica clínica aplicada al paciente; 2. revisión bibliográfica: en este caso, se consideró a los artículos que tenían como eje temático la conceptualización del PAE o alguna de sus etapas; 3. trabajo de investigación, ahí se consideró los que llevaban como eje la realización de investigación, independiente del paradigma de aplicación.

Resultados

En la tabla 1 se observa el número total de publicaciones que contienen en su desarrollo aspectos relacionados con el PAE, que fue de 72. Sobresalen los Institutos Nacionales de Salud, con un 77%, seguidos del IMSS, con un 15%, y las instituciones educativas, con un 8%.

Tabla 1. Generalidades de publicaciones del PAE

Instituciones agrupadas	Instituciones desglosadas	Publicaciones	Publicaciones por institución
Institutos Nacionales de Salud	INCMNSZ INCAN INCICH INER INNN INP INPER Instituto Nacional de Psiquiatría INR INSP INMEGEN Instituto Nacional de Geriátria	55	INCICH 33 INNN 12 IMSS 11 INCMNSZ 10 UNAM 6
IMSS		11	11
Instituciones privadas	Hospital ABC Médica Sur Hospital Español Hospital Ángeles	0	0
Instituciones educativas	UAM UNAM IPN	6	UNAM 6

INER: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; INNN: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía; INP: Instituto Nacional de Pediatría; INPER: Instituto Nacional de Perinatología; INR: Instituto Nacional de Rehabilitación; INSP: Instituto Nacional de Salud Pública; INMEGEN: Instituto de Medicina Genómica.

Tabla 2. Instituciones que cuentan con revistas de enfermería

Institución	Cuenta con revista de enfermería	Porcentaje
INCICH	Sí	66.6%
INCAN	Sí	
Instituto Nacional de Nutrición	Sí	
Instituto Nacional de Neurología	Sí	
IMSS	Sí	16.6%
UNAM	Sí	16.6%

Tabla 4. Escolaridad de los autores que publican sobre PAE en revistas mexicanas

Sin categoría	14
Estudiantes	1
Pasantes de enfermería	6
Técnicos/Generales	1
Jefes de Servicio	2
Licenciatura	32
Posgrado	10
Maestría	6
Doctorado	0

Tabla 3. Artículos de PAE publicados por año en revistas mexicanas

Año 2000	3
Año 2001	1
Año 2002	4
Año 2003	4
Año 2004	5
Año 2005	3
Año 2006	6
Año 2007	7
Año 2008	5
Año 2009	5
Año 2010	5
Año 2011	10
Año 2012	14

Tabla 5. Artículos agrupados por categoría

Revisión bibliográfica	10
Caso clínico	48
Trabajo de investigación	14

De manera desglosada se puede observar que el 46% corresponde al Instituto Nacional de Cardiología (INCICH), un 17% al Instituto Nacional de Neurología, un 15% al IMSS, un 14% al INCMNSZ y un 8% a la UNAM.

Durante la revisión se encontraron seis instituciones que editaban revistas de enfermería, sobresaliendo los Institutos Nacionales de Salud, que representan un 66.6% de las instituciones que cuentan con edición, tal como se observa en la tabla 2.

En la tabla 3 se observa que, de acuerdo con el año de publicación del PAE, el mayor porcentaje tiene

lugar en 2012 (19%), seguido del año 2011 (14%); llaman la atención el 4% del año 2000, el 10% del año 2007 y la caída al 7% de los años 2008, 2009 y 2010.

Como se aprecia en la tabla 4, en el grado académico del autor del artículo del PAE, sobresale el de nivel licenciatura, con casi la mitad del porcentaje total de publicaciones (45%), seguido del que no nombró su categoría (20%). Los casos extremos, como los estudiantes y los de nivel doctorado, están prácticamente desaparecidos, con un 1 y un 0%, respectivamente.

La tabla 5 muestra que los casos clínicos tienen el mayor porcentaje de publicación (67%), seguido de los trabajos de investigación (19.4%).

En lo que respecta al área de estudio del PAE, en el cuadro 6, se observa que sobresalen las cardiológicas con 38%, seguida de las afecciones neurológicas, inmunológicas y estudios de conocimiento con 8% cada una.

Cabe hacer notar que el 8% de estudios sobre conocimiento de la aplicación del PAE, son en trabajos de investigación; cuatro se realizaron en estudiantes de enfermería, uno con profesionales de enfermería en institución privada y uno, en estudio multicéntrico.

Tabla 6. Área de estudio del PAE

No aplica	9
Conocimiento de aplicación del PAE	6
Cardiovasculares	27
Psiquiátricas	3
Respiratorias	5
Oncológicas	2
Renales	3
Neurológicas	6
Hepatopatías	1
Inmunológicas	6
Órgano de los sentidos	2
Metabólicas	2

En la tabla 7 se puede observar que la institución de procedencia del autor es en su mayoría el INCICH (36%), seguido de los que no cuentan referencia (9%), de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (13%) y la Universidad de San Luis Potosí (8%).

Discusión

El mayor porcentaje de publicaciones de enfermería en México se realiza desde los Institutos Nacionales de Salud, lo cual quizá tenga relación con que son «un conjunto de instituciones cuyo ámbito de acción comprende todo el territorio nacional y tienen como objetivo principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad. En estas tres áreas los Institutos han destacado y han marcado la pauta de la atención a la salud, de la producción científica y de la calidad académica, no solo en México sino en toda América Latina»¹¹.

Dentro de los Institutos Nacionales de Salud, se observa el mayor porcentaje de publicaciones en el INCICH Ignacio Chávez; esto puede tener su origen en los últimos tiempos por el liderazgo de la enfermera Sor María Suárez Vázquez, quien dirigía esta institución y como mujer dedicada a la enfermería mexicana dio gran impulso de manera activa a la profesionalización de la enfermería en México¹³, logrando, entre otras

Tabla 7. Instituto de procedencia del autor que publica aspectos relacionados con el PAE en revistas mexicanas

Sin referencia	9
INCICH	26
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia	7
Universidad Autónoma de San Luis Potosí	6
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza	4
IMSS	4
Instituto Nacional de Nutrición	4
Instituto Nacional de Rehabilitación	1
Hospital Central Militar	1
Hospital General Pemex/Oaxaca	1
Hospital Regional de Alta Especialidad	1
Hospital Santa Coleta	1
Hospital Médica Sur	1
Universidad Autónoma Metropolitana	1
Facultad de Enfermería de la Universidad de Colima	1
Universidad Autónoma de Puebla	1
Universidad Federal de Celaya/Brasil	1
Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva (España)	1
Instituto Nacional de Neurología	1

contribuciones, la creación de la Dirección de Enfermería dentro del propio instituto y del Departamento de Investigación, así como la creación de la *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, que inicia sus publicaciones de manera ininterrumpida desde 1999. En este transitar, desde sus primeras publicaciones del PAE en el año 2000¹⁴, se detecta una cruzada para utilizar esta metodología como herramienta que permite administrar cuidados al paciente con enfermedades cardiacas, observándose en este trabajo que del total de publicaciones que incluyen el término PAE, casi la mitad corresponden a sus propias publicaciones (46%).

El resto de institutos cuentan con profesionales competentes en la asistencia, docencia e investigación; sin embargo, entre sus limitantes se encuentra la falta de capital humano y económico, por ejemplo el recorte presupuestal del Proyecto de Egresos de la

Federación (PEF) 2010, con el que hubo un decre -
 mento real del 0.1% respecto a 2009, plantándose el
 gasto público destinado a la salud en 354,734.1 mi-
 llones de pesos, de acuerdo con el Centro de Estudios
 de las Finanzas Públicas (CEFP) de la cámara de dipu-
 tados¹⁵. En este sentido, y dadas las carencias como
 país, es difícil que se brinde apoyo a trabajos de crea-
 ción y divulgación científica, en tanto que no se ob-
 serve su ventaja como organización en la proyección
 institucional y de contribución a la legitimación pro-
 fesional de la enfermería.

En la actualidad, al considerarse el PAE el funda-
 mento básico de la práctica profesional de la enfer-
 mería, era de esperar que, después de las recomen-
 daciones de la Comisión Permanente de Enfermería
 en México de incorporar el PAE como metodología de
 trabajo en las instituciones de salud, se observara un
 auge en años posteriores. Así, resulta coherente que
 en los años 2012 y 2011 existiera el mayor porcentaje
 (19 y 14%, respectivamente) de publicaciones del PAE
 aplicado a alguna enfermedad.

En referencia al grado académico del profesional
 de enfermería que publica sobre el PAE, destaca el
 grupo que cuenta con licenciatura; se han identifica-
 do «más de 50,000 profesionales de enfermería de
 nivel licenciatura y aproximadamente 5,000 con
 posgrado»¹⁶ y 56 con nivel de doctorado¹⁷; estos úl-
 timos realizan con regularidad funciones fuera de la
 práctica clínica en atención directa al paciente hospi-
 talario y, en otros casos, en puestos administrativos y
 docencia a nivel de dirección de instituciones de or-
 ganizaciones de salud. Con respecto al nivel licencia-
 tura, podemos pensar que otra explicación es la tran-
 sición de un proceso de profesionalización en donde
 se exige el desarrollo de planes de cuidados a partir
 del PAE en los planes curriculares.

En el otro extremo se encuentran los estudiantes
 que como proceso de formación se encuentran en un
 momento de construcción de identidad profesional
 y con elementos que aún no permiten consolidar la
 vinculación que requiere la exigencia de publicación
 en revistas científicas.

En este sentido, por cantidad y generación de com-
 petencias afines al desarrollo del PAE, los profesiona-
 les con nivel licenciatura son el equipo idóneo con las
 características de gestar evidencia de la aplicación de
 la metodología.

A pesar del número considerable de publicaciones
 que incluyen el PAE, la mayoría se desarrolla como parte
 de los planes de cuidados de enfermería en la atención
 directa al paciente hospitalizado; sin embargo, existe

escasa evidencia de las metodologías de éxito en su
 aplicación en la instituciones de salud en México. Al
 respecto se destaca que de los artículos encontrados,
 solo 6 tienen que ver con conocimiento del PAE.

Esto quizá derive de que «los programas curricu-
 lares de la licenciatura en enfermería no incluyen
 como eje transversal la investigación; solo algunos
 planes de estudio tienen consideradas en los prime-
 ros o últimos semestres asignaturas relacionadas
 con metodología de la investigación. Y es hasta el
 posgrado que se da el impulso a programas edu-
 cativos en el área de investigación. Situación que
 explica la escasez de publicaciones y la falta de
 consolidación de líneas de investigación, gestión y
 financiación de programas de investigación»¹⁶. Así,
 con la falta de egresados del nivel de maestría y
 doctorado se deduce que la insuficiencia de recur-
 sos para el desarrollo de la investigación seguirá en
 los próximos años.

Conclusión

En la época posmoderna y del auge de la competi-
 tividad existe una desregulación académica de enfer-
 mería en México, situación que no le permite una
 acelerada legitimación profesional y limita la incorpo-
 ración de metodologías de trabajo implementadas en
 países del primer mundo. Esta situación puede poner
 en riesgo la necesidad de construcción de modelos de
 atención de calidad a la persona enferma que requiere
 servicios de salud.

Al considerar que la investigación y el conoci-
 miento del PAE son dos pilares del desarrollo de
 enfermería, se puede observar que existe escasa pu-
 blicación científica en revistas mexicanas por parte
 de las instituciones con reconocimiento internacio-
 nal de este país. Al respecto, es necesario socializar
 las experiencias de los avances de la implementa-
 ción en las instituciones de salud mexicanas, así
 como las estrategias que se implementan en las
 instituciones formadoras de recursos humanos en
 enfermería, a fin de contar con un panorama nacio-
 nal de los avances que tenemos al respecto como
 nación y profesión.

No basta con tener programas de trabajo y visión
 de la trascendencia que supone contar con profesio-
 nales que se dediquen a la investigación en enferme-
 ría; es necesario contar con recursos económicos,
 humanos y de infraestructura en las instituciones,
 para llevar a éxito las acciones que fortalecen la prác-
 tica disciplinar. En este mismo sentido es necesario

incorporar en los planes de estudio, desde los primeros niveles del pregrado, elementos de escritura y desarrollo de procesos metacognitivos que fortalezcan la investigación al ingreso a los centros laborales en cualquier área de gestión de la práctica de enfermería.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Programa Integral sobre el Proceso Enfermero, junio de 2010.
2. Hernández Martín F, Del Gallego Lastra R, Alcaraz S, González JM. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los cuidados*; 2.º semestre 1997;(2):21-35.
3. Iyer P, Tapich B. *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. 2.ª ed. Madrid: Interamericana McGraw Hill. 1993; p. 14.
4. Pérez-Rodríguez MT, Sánchez-Piña S. Aplicación del proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones de salud. *Rev Enferm IMSS*. 2006;14 (1):47-50.
5. NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación*. Barcelona, España: Elsevier. 2010; p. 431.
6. Rodríguez BA. *Proceso enfermero: aplicación actual*. Ediciones Cuellar. 2.ª ed. Guadalajara, Jal. México. 2002; p. 279.
7. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Subdirección de Enfermería. Programa Integral sobre Proceso Atención de Enfermería. 2010.
8. Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería, Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. *Boletín estadístico*. 1.ª ed. 2012.
9. Ruiz M. Taxonomías NANDA-NOC-NIC: análisis y reflexión. Breve recuerdo histórico. Barcelona: Sant Joan de Déu. p. 3.
10. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Dirección General Adjunta de Calidad, Dirección de Enfermería, Comisión Permanente de Enfermería Recomendaciones de la 1.ª Jornada técnica «Plan de Cuidados de Enfermería», 2 de julio de 2008. p. 40.
11. C.CI.N.S.H-A.E. Institutos Nacionales de Salud. [Internet] Consultado el 10 de junio de 2013. Disponible en: <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/2012/ins.html>
12. Instituto Mexicano del Seguro Social, México. [Internet] Consultado el 17 de mayo de 2013. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/instituto/Pages/index.aspx>
13. Ruelas Barajas E. In Memoriam. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2011;19 (1):41-4.
14. Flores MI, et al. Proceso de atención de enfermería en un paciente con angina inestable. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2000; 8(1-4):14-8.
15. Romero M. Prevé nuevo presupuesto recorte al sector salud. *W radio W R | 2* de noviembre de 2009.
16. Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería (México). Lineamientos para la conformación de unidades de investigación de enfermería. Marzo de 2013.
17. Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería, Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. *Boletín estadístico*. 1.ª ed. 2012.

La organización laboral y su impacto en la salud de las enfermeras jefas de servicio

L.G. López López^{1*}, A. Jiménez Méndez¹, S. Arroyo Lucas¹, P. Domínguez Sánchez¹, M. Martínez Becerril², M. Paula Nájera Ortiz³ y M.A. Cano García⁴

¹Departamento de Enseñanza de Posgrado en Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ);

²Subdirección de Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ); ³Departamento de Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ); ⁴Departamento de la Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ)

Resumen

Introducción: La organización laboral es la sistematización de las actividades de los trabajadores que regula el funcionamiento de los elementos que conforman su proceso de trabajo, pero también genera exigencias que pueden ser perjudiciales para la salud de quienes lo ejercen.

Objetivo: Determinar la organización laboral de enfermeras jefas de servicio (EJS), las exigencias que se derivan de esta y su relación con los padecimientos de salud más frecuentes en ellas. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, con una muestra de 37 EJS. La información se recolectó a través de la encuesta del Programa de Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores.

Resultados: Las exigencias que presentan las EJS se derivan de la organización laboral como la cantidad e intensidad de trabajo, vigilancia, tiempo y contenido de trabajo. Los daños a la salud que están asociados a estas exigencias son los trastornos musculoesqueléticos, que se presentan en un 76% de la población, los psicósomáticos, en el 57%, y psíquicos y fatiga crónica, en cerca del 30%. **Conclusiones:** Las condiciones de trabajo y organización laboral de las EJS generan exigencias específicas, que están asociadas a daños musculoesqueléticos, trastornos psicósomáticos, psíquicos y fatiga.

Palabras clave: EJS. Proceso de trabajo. Exigencias laborales. Distrés. Salud ocupacional.

Abstract

Introduction: Work is the systematic organization of the activities of workers that controls the operation of the elements of their work process, but also generates demands that can be harmful to the health of those who exercise it.

Objective: To determine the head nurses' labor organization service (EJS), the requirements arising from this, and its relation to the most common health conditions in them.

Material and methods: A descriptive, cross sectional study from a sample of 37 EJS. The information was collected through a survey of the Assessment and Monitoring of Health Workers Program. **Results:** The demands presented by EJS derive from the labor organization such as the amount and intensity of work, monitoring, timing, and content of work. The damages to health that are associated with these requirements are presenting musculoskeletal disorders in 76% of the population, psychosomatic problems in 57%, and psychological and chronic fatigue in about 30%.

Conclusions: The working conditions and work organization of EJS generate specific requirements that are associated with musculoskeletal injuries, psychosomatic disorders, psychological and fatigue. (Rev Mex Enf. 2013;1:21-7)

Corresponding autor: Lizeth Guadalupe López López, lizy_50@yahoo.com.mx

Key words: Head nurses. Work process. Labor requirements. Distress. Occupational health.

Correspondencia:

*Lizeth Guadalupe López López

Vasco de Quiroga, 15

Col. XVI, Talpan 14000, México, D.F.

E-mail: lizy_50@yahoo.com.mx

Introducción

El trabajo es una actividad que permite al ser humano suplir principalmente las necesidades de supervivencia, pero también transformar los bienes materiales, culturales o científicos para el servicio del mismo hombre.

Este proceso de transformación está conformado por cuatro elementos, que son: en primer lugar, el objeto o sujeto de trabajo; en segundo lugar, los medios, como el material, equipo, instrumental e incluso la infraestructura del centro de trabajo, en tercer lugar, la actividad propia del ser humano en donde involucra sus capacidades cognitivas, físicas y psíquicas, y finalmente, el cuarto elemento es la organización laboral que implica la división y especialización de los trabajadores en partes específicas del proceso.

En este sentido, la organización del trabajo se define como la manera en que se sistematizan las actividades de los trabajadores en función del tiempo, el ritmo de trabajo, la sobrecarga, la remuneración y la competitividad. De ahí que sea el principal elemento en que se centra la presente investigación.

Al respecto, se retoman dos principales modelos que sustentan las formas de organización laboral. Uno de ellos es el taylorista, encabezado por Frederick Wislow Taylor, cuyas principales características se basan en una división y simplificación de las actividades, donde cada trabajador realiza tareas específicas y no se le permite conocer todo el proceso laboral en general; asimismo, incorpora a trabajadores no calificados, lo que origina abaratar costos en la mano de obra, ejerce una separación de actividades tanto administrativas como asistenciales o de producción, y la comunicación es de arriba abajo, es decir, de jefes a subordinados.

Con el paso del tiempo, en el contexto de la globalización, con la demanda de comercialización tanto nacional como internacional, se incorpora un nuevo modelo que rompe con algunos principios tayloristas y se conoce como flexibilización laboral. Algunas de las características de este modelo son que el personal

es altamente calificado, lo que permite una movilidad interna a través de la polivalencia^{*}, hay equipos de trabajo, las reglas son menos rígidas para iniciativas personales y colectivas sobre la forma de trabajo, existe una flexibilidad de turnos que permite contar con actividades personales y profesionales, liderazgo y manejo de tecnología, entre otras¹.

Los cambios en la legislación en las instituciones públicas en materia educativa y asistencial contribuyeron también a la modificación de planes y programas, a identificar y proponer el nuevo rol de la enfermera profesional y especializada, así como a los avances en la investigación, gestión y administración del cuidado².

Estos elementos tienen su explicación en los cambios económicos, políticos, sociales y culturales derivados de la globalización, donde se han originado modificaciones en las organizaciones laborales de cualquier sector de la producción a nivel nacional o internacional, con el fin de atender las necesidades actuales de la sociedad y que exigen la transformación de los procesos de trabajo para llegar a una reconversión que mejore las condiciones de comercialización y por lo tanto económicas. En particular el sector salud ha trabajado arduamente para lograrlo; a través del Consejo de Salubridad General emitió en 2011 los estándares para la certificación de hospitales, en donde se menciona como objetivo «coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno»³.

Este hecho por su naturaleza es favorable; sin embargo, no ha beneficiado a todos los involucrados por igual, ya que evidentemente los trabajadores de la salud se han visto desfavorecidos en distintos aspectos, como el de su propia salud, dado que estos cambios organizacionales que buscan la calidad generan exigencias que han desarrollado enfermedades laborales relacionadas con padecimientos psicológicos y físicos⁴.

En particular, en el profesional de enfermería se ha reportado que las condiciones son poco adecuadas, evidenciando las sobrecargas por el ausentismo de compañeros, el número y tipo de pacientes, ambientes laborales y áreas físicas inadecuadas, así como pocos espacios de participación en la toma de decisiones del equipo de salud.

Asimismo, los cambios en las reformas sanitarias han implicado, para el personal de enfermería, nuevas funciones y áreas de competencia, exigencia en

*La polivalencia laboral es la capacidad técnica de algunos trabajadores para llevar a cabo de manera temporal y por necesidad del servicio un puesto de trabajo distinto al que normalmente les corresponde. La formación del trabajador desempeña una función importante a la hora de demostrar su polivalencia laboral. La polivalencia puede conllevar la demostración por parte de un trabajador de sus aptitudes para desempeñar trabajos diferentes al suyo, lo que puede convertirse en un ascenso dentro del centro de trabajo.

mayor calidad y productividad, cambios en la organización de trabajo y los sistemas incentivos, y nuevas formas de contratación⁵.

En este sentido, las exigencias que se derivan de las organizaciones tal y como se encuentran en la actualidad están generando un problema de salud en el personal de enfermería que repercute negativamente en su ambiente laboral y personal⁶. Desde la definición de Noriega, en 1989⁷, podemos decir que las exigencias son las necesidades que demanda el proceso laboral a los trabajadores y que pueden ser potencialmente generadoras de daños a la salud. Es el producto de la manera como se organiza el trabajo en el interior de los centros y determina las características de la actividad física y mental de los trabajadores. Al respecto, existe una clasificación de exigencias laborales organizacionales⁸; para fines del presente trabajo mencionaremos las principales estudiadas, a saber: relacionadas con el tiempo de trabajo (duración de la jornada diaria, semanal, horas extras, doble turno, guardias, rotación de turnos), la cantidad e intensidad de trabajo (grado de concentración, minuciosidad y repetitividad de la tarea, cuota de producción, no desatender las tareas por más de 5 min), la vigilancia del trabajo (supervisión estricta, con mal trato y un control estricto de calidad) y finalmente exigencias en relación con el contenido del trabajo (permanecer fijo en el lugar de trabajo, posibilidad de iniciativa, dirección y decisión en la actividad y recibir indicaciones confusas o poco claras de los jefes).

Si hacemos una revisión en retrospectiva, resulta que, en sus principios, la enfermería se consideraba como un oficio, conformado por personal no calificado que brindaba cuidados de manera empírica, se realizaban actividades aisladas y no se comprendía en su totalidad el proceso de salud-enfermedad ni la importancia de los cuidados; tampoco existía una demanda intelectual.

Sin embargo, con la globalización y la transición ante las exigencias de científicidad, se ha requerido un desarrollo del proceso de trabajo, sustentando su práctica científica, para brindar la gestión del cuidado a la persona en su entorno, así como en la utilización de tecnología punta durante sus intervenciones.

En este desarrollo, particularmente en México a partir de 2005, cuando se profesionalizó la enfermería, mediante un reconocimiento legal y la constante lucha por el reconocimiento social, han mejorado los salarios para el personal calificado, siendo así más notoria la importancia que tiene la participación de

los profesionales de enfermería en la atención clínica y la educación continua para la salud individual y comunitaria, así como en la investigación.

Sin embargo, este auge no ha sido reflejado en las mejores condiciones laborales y de salud para las trabajadoras, que se encuentran expuestas a determinadas demandas según su puesto de trabajo que se expresan en diversas condiciones de salud.

En particular este estudio pretendió determinar la forma de organización laboral de las EJS y conocer las exigencias que se derivan de esta, así como sus asociaciones con los padecimientos de salud más presentados en el conjunto de la población.

Material y métodos

La investigación fue descriptiva y transversal, con una muestra a conveniencia de 37 EJS de los turnos matutino, vespertino y nocturno ubicadas en los servicios de hospitalización de Medicina Interna y áreas críticas como Urgencias, Terapia Intensiva y Cirugía de una institución de tercer nivel. Se excluyeron las enfermeras que estaban de vacaciones o de licencia médica. La recolección de datos se obtuvo mediante dos instrumentos. El primero fue una guía de observación elaborada *ex profeso* y validada con ronda de expertos tres de cuatro que permitió conocer algunos elementos del proceso laboral. La guía consta de tres apartados: a) características generales del centro laboral, descripción del proceso de trabajo, datos del personal por servicio (número, turnos, tipo de contratos) y características físicas de las secciones (espacio y áreas con los que cuentan los servicios); b) la información por área que se recolecta es en relación con la organización y división del trabajo en el interior de cada área, como, por ejemplo, número de trabajadores, jornada (duración diaria o semanal), turnos, horas extras, rotación de turnos, dobles turnos, guardias, pausas para el descanso y tiempo para tomar alimentos; y c) el proceso laboral describe las etapas o actividades desde el inicio del flujo hasta el final; se describe cómo participan las jefas de enfermeras en cada actividad. Este apartado logró realizarse a través de visitas de reconocimiento de las actividades, un primer acercamiento con los trabajadores y el reconocimiento físico del área.

Se utilizó la encuesta individual para la evaluación de la salud de los trabajadores del Programa de Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores (PROESSAT⁹), validada en la población trabajadora mexicana con un alfa de Cronbach de 0.89¹⁰.

Tabla 1. Perfil general de daños a la salud de las EJS de un instituto de salud de la ciudad de México

Daños a la salud		Casos	Tasa*
TMEL	TMECMSeI	17	46
	Lumbalgia	11	30
Trastornos psicosomáticos	Cefalea tensional	8	22
	Trastornos del sueño	6	16
	Migraña	4	11
	Colitis nerviosa	3	8
Trastornos psíquicos	Distrés	6	16
	Ansiedad	3	8
	Depresión	1	3
Fatiga		10	27

*Tasas de morbilidad por cada 100 trabajadores.

Fuente: Encuesta individual de las trabajadoras de un instituto de salud de tercer nivel, Ciudad de México, octubre de 2011.

La aplicación de la encuesta se llevó a cabo durante la jornada y en el lugar de trabajo de las jefas de servicio, previo consentimiento informado. La encuesta estuvo conformada por cinco dimensiones con las siguientes variables: datos generales (4 ítems), calidad de vida (5 ítems), condiciones de trabajo (17 ítems), exigencias laborales (16 ítems) y daños a la salud (72 ítems). El llenado de la encuesta fue de aproximadamente 35 min. Se llevó a cabo durante octubre de 2011.

Resultados

Características de la población

La población en estudio tuvo un promedio de edad de 36 años, considerándose como una población joven. En cuanto al grado de escolaridad, el 52% tiene la licenciatura; el 45%, nivel técnico, y el 3%, maestría. Respecto a la antigüedad en el instituto, el 65% de las jefas tiene más de 20 años, con una media de 11. En contraste con la antigüedad en el puesto, el 25% tiene hasta un año y en conjunto el 65% tiene hasta 10 años, con una media de seis, es decir, el 65% de la población ha podido colocarse en un puesto administrativo a los 10 años de ingreso en el instituto, situación que explica la movilidad de personal, seguramente por el buen desempeño que permite ascender a puestos de mayor jerarquía.

Perfil general de exigencias

Las exigencias que presentan las EJS son las derivadas de la organización laboral, como la cantidad e

intensidad de trabajo que requiere mucha concentración (92%), la realización de tareas minuciosas (87%), no poder desatender su tarea por más de 5 min (57%) y la repetitividad de las tareas (22%).

Las exigencias relacionadas con el contenido laboral, como permanecer fijo en el lugar de trabajo, se presentaron en el 65% y recibir indicaciones confusas o poco claras de sus superiores, en el 32%. Las relacionadas con el tiempo, como cubrir una jornada mayor de 48 h, se presentaron en el 60% y realizar trabajos pendientes en horas o días de descanso o en vacaciones, en el 57%.

Perfil general de daños a la salud

La tasa general de trastornos musculoesqueléticos, para el conjunto de los trabajadores estudiados, fue del 76%; si desagregamos este porcentaje, se observa que el 46% presentó trastornos musculoesqueléticos de cuello y de miembros superiores e inferiores (TMECMSeI) y el 30%, lumbalgia, es decir, que de cada dos jefas una tuvo alguno de estos padecimientos. De forma similar, el 57% presentó algún tipo de trastorno psicosomático, como cefalea tensional, trastornos del sueño, migraña o colitis nerviosa. Los trastornos psíquicos y la fatiga se presentaron en 27 de cada 100 trabajadoras (Tabla 1).

Asociación entre exigencias y daños a la salud

Se presentan tres principales exigencias que tienen una asociación significativa con algunos padecimientos encontrados en el conjunto de la población estudiada (Tabla 2).

Tabla 2. Asociación entre exigencias y daños a la salud en el conjunto de la población estudiada

Exigencia/Daño a la salud	RP	IC	p
Recibir órdenes confusas por parte de superiores/Trastornos psicósomáticos	9	1.10-78.93	0.01
Actividades repetitivas/Trastornos psicósomáticos	7	1.75-70.13	0.05
Supervisión estricta/Trastornos psicósomáticos	6	1.72-53.98	0.05
Supervisión estricta/TMEL	3	1.95-6.67	0.06
Trabajos pendientes en horas o días de descanso o en vacaciones/Fatiga	3	1.24-12.44	0.08
Recibir órdenes confusas por parte de superiores/TMEL	3	1.02-4.22	0.07
Trabajos pendientes en horas o días de descanso o en vacaciones/TMEL	2	1.82-5.37	0.09

RP: razón de prevalencia; IC: intervalo de confianza.

Fuente: Encuesta individual de las trabajadoras de un Instituto de Salud de tercer nivel, ciudad de México, octubre de 2011.

Es interesante destacar la variable de recibir órdenes confusas por parte de supervisores, ya que se asocia con trastornos psicósomáticos y musculoesqueléticos, es decir, las enfermeras que están expuestas a recibir órdenes confusas por parte de sus supervisoras tienen un riesgo nueve veces mayor de presentar trastornos psicósomáticos que las enfermeras que no están expuestas a estas exigencias. Sin embargo, aunque el riesgo es menor para los trastornos musculoesqueléticos de cuello y miembros inferiores, también se presentan significativamente, con un riesgo tres veces mayor para las enfermeras expuestas en relación con las que no están ante esta situación.

La supervisión estricta se asocia a trastornos psicósomáticos y musculoesqueléticos, es decir, la población expuesta a esta exigencia presenta un riesgo de seis y tres veces mayor, respectivamente, de presentar dichos trastornos que las jefas de enfermeras que no tienen esta exigencia.

Las enfermeras que perciben trabajo en horas o días de descanso o en vacaciones tienen un triple riesgo de presentar fatiga en relación con las enfermeras que no están expuestas a esta condición. Asimismo ante esta exposición se tiene el doble de riesgo de presentar trastornos musculoesqueléticos laborales (TMEL).

Las actividades repetitivas tienen una asociación con los trastornos psicósomáticos y constituyen un riesgo siete veces mayor para este padecimiento en relación con las jefas que no están expuestas a esta condición.

Discusión y conclusiones

Estudios recientes realizados en países de la Unión Europea han comprobado que los trastornos psíquicos

y psicósomáticos están implicados en el 50 y 60% de las horas perdidas por enfermedad, y son la segunda causa de baja laboral temporal y permanente, después de los trastornos musculoesqueléticos. Los trabajadores que se quejan de problemas organizativos son más susceptibles de presentar alteraciones emocionales que los que se quejan de problemas físicos¹¹.

Esta investigación muestra que existe una relación importante entre la forma de organización y la salud de las trabajadoras. Se analizaron, en particular, las exigencias laborales a las que se exponen y su asociación con los daños a la salud más presentados.

El estudio se realizó en un contexto social y laboral, en donde las autoridades de la Subdirección de Enfermería inician la incorporación de estrategias de conformación de un modelo de gestión administrativa que privilegia en un primer momento la participación del grupo de jefas de servicio y que responde a los retos en los servicios de salud del siglo XXI. Esta transición conlleva un cambio de pensamiento y actitud por parte de las integrantes que sin duda repercutirá en los cambios benéficos para la organización institucional.

En la forma de organización de esta población prevalecen aspectos tradicionalistas, porque se ha venido ejerciendo de generación en generación, con actividades son monótonas, repetitivas, carentes de contenido y de actividad intelectual, percibiendo la línea de autoridad como rígida y con poca interrelación.

Algunas actividades de esta organización se empiezan a concebir como procesos, y no como actividades aisladas carentes de contenido, lo que permite, en las trabajadoras, la identificación de las actividades que realizan, así como la importancia de su trabajo dentro

de la calidad de los servicios. El 75% de ellas menciona tener control y fijar los ritmos de trabajo, y conocer en general su proceso para adquirir nuevos conocimientos. Asimismo, se observa que empieza a promoverse la participación colectiva con las autoridades de enfermería, que beneficia a la organización y la calidad de la atención prestada.

Es importante destacar la asociación de las exigencias relacionadas con los daños a la salud que más se presentan en esta población, principalmente la exigencia de recibir órdenes confusas o poco claras de sus jefes, que se relaciona con trastornos psicósomáticos (razón de prevalencia [RP]: 9) y musculoesqueléticos (RP: 3), probablemente debido al estrés que genera el no atender las necesidades de tipo académico-gerenciales que demandan sus puestos, pero no se sabe con exactitud el tipo de indicaciones que perciben como confusas, ya sea gerenciales, técnicas o académicas, por el hecho de que la mayoría de la población estudiada presenta nivel de licenciatura y un promedio de experiencia en el puesto de seis años.

Las exigencias de tiempo, como jornada mayor de 48 h y trabajos pendientes en horas o días de descanso o en vacaciones, se presentaron en más de la mitad de las EJS; esta condición no les permite un adecuado descanso o tiempo de ocio con la familia. La extensa duración de la jornada contribuye a un cambio conductual de los individuos. En el ámbito de la vida familiar implica para el trabajador pasar menor tiempo con la pareja, los hijos y los padres.

El perfil de daños a la salud de las trabajadoras expuestas está relacionado con problemas musculoesqueléticos, que son el principal problema de salud laboral en EJS y que pueden llegar a afectar su calidad de vida. Otros estudios han mostrado que la población de enfermería es susceptible de presentar trastornos musculoesqueléticos; por ejemplo, el estudio de Gutiérrez, quien en 2010¹² encontró que existe una elevada prevalencia de lumbalgia en enfermeras y trabajadores de la industria, debido a las posturas del trabajo. En contraste, nuestra población en estudio presentó mayor porcentaje de TMECMSel, que se asocia a las posturas de trabajo en puestos administrativos.

Por lo que se refiere a los trastornos psicósomáticos, se encontró que se presentan en una tasa de 60%. Los primeros síntomas que aparecen en estos trastornos son muy parecidos a la fatiga, como cansancio, nerviosismo, problemas del sueño, migrañas, problemas digestivos, lumbalgia, pero si los factores laborales y las exigencias perseveran, entonces pueden

alcanzar otras condiciones desfavorables que pueden poner en peligro la vida de la persona (suicidio o infarto agudo de miocardio, entre otros).

En cuanto a los trastornos psíquicos, aparecen en un 27% y pueden ser originados directamente por las condiciones de trabajo, es decir, cuando no hay armonía entre ciertas exigencias laborales y algunas características personales (experiencia, conocimiento de la tarea, personalidad), se incrementa claramente la posibilidad de potenciar la aparición de algunas alteraciones emocionales. De esta manera el comportamiento humano no se determina solo por la individualidad, sino en relación con el contexto social¹³.

Sabemos que los trastornos psíquicos involucran al individuo y sus relaciones interpersonales e intergrupales en el área de trabajo. Por principio de cuentas, tiene una importancia simbólica, por el reconocimiento social para el trabajador, y es visto desde dos apreciaciones. La primera concierne a la parte técnica, económica y social, en donde la eficacia y eficiencia en las actividades laborales permiten aumentos de salario, premios o ascensos. La segunda, en cambio, significa la apreciación valorativa de las cualidades particulares que distinguen a un individuo de los otros, tales como originalidad, ingenio, creatividad, reconocimiento por parte de los demás y gratificación a la identidad personal.

El problema radica cuando las condiciones de trabajo se tornan precarias y no se relacionan armónicamente con las expectativas personales; esto provoca que el individuo traicione sus propios valores adoptando una falsa identidad que reprime las emociones, y evidentemente hay un sufrimiento moral, referido como la falta de actividades que le producen bienestar y satisfacción.

Según los resultados, las relaciones sociales de esta población se encuentran deterioradas; de igual forma, se sabe que los trabajadores con jornadas laborales extensas tienen pocas amistades, rechazo social, marginación y soledad. Algunos autores han referido que la oportunidad de deleite, relajación, diversión y descanso, por medio del tiempo libre, el ocio y el esparcimiento, se ve mermada por estas exigencias. Desde el punto de vista humanista, el ocio se reconoce como un ámbito de desarrollo personal que contribuye al bienestar y calidad de vida de los trabajadores¹⁴.

Esta desincronización también provoca una mayor predisposición a trastornos psíquicos y psicósomáticos, como trastornos del sueño, migraña, trastornos de la alimentación, alteraciones de la vida sexual, depresión, ansiedad, irritabilidad y fatiga⁷.

En la actualidad, los centros de trabajo exigen a sus trabajadores modificaciones importantes en relación con el tiempo de la jornada laboral; los principales mecanismos que se utilizan son: horas extras, doble turno, guardias y rotación de turno, ya que la finalidad es cubrir las necesidades del trabajo. También las dinámicas de trabajo imponen demandas en relación con la cantidad e intensidad del trabajo; entre ellas están el grado de atención, la minuciosidad de la tarea, la repetitividad y el ritmo de trabajo.

Así pues, el daño a la salud de los trabajadores se produce tanto en el ámbito físico como en el mental: «La actividad casi exclusivamente física tiene, con mucha frecuencia, repercusiones graves en la salud de los trabajadores en la esfera psíquica»¹⁵. Es así como las exigencias de vigilancia estricta como supervisión y control de calidad por parte de superiores también fueron las exigencias presentadas en esta población. El estar expuesto a un estricto control de calidad puede generar en el trabajador tensión grave; de la misma manera, un alto grado de atención y concentración en ocasiones se asocia a largas horas de posturas estáticas que con el tiempo ocasionan fatiga o trastornos musculoesqueléticos.

La exigencia administrativa e intelectual ha contribuido a los cambios en la estructura orgánica, con la necesidad de crear nuevas plazas directivas de enfermería que desarrollen competencias integrales que se vinculen en mejores prácticas de gestión a partir de la realidad social.

Los cambios en las actividades de las jefas de enfermeras se dan en relación con la utilización de nuevos saberes administrativos, pedagógicos y tecnológicos que están transformando la organización laboral y con ello también la aparición de nuevos riesgos y exigencias para las trabajadoras.

De acuerdo con los resultados, se puede decir que esta población labora bajo una forma de organización tradicional con tendencia a la flexibilidad laboral. Es claro que todavía conservan muchas formas anteriores, pero predominan las nuevas y son las que imponen las condiciones a las trabajadoras durante el tiempo del presente estudio.

La recolección de datos para esta investigación se realizó a través de una encuesta que evidenció la importancia de que las EJS cuenten con la información necesaria para cambiar las condiciones aquí expresadas. Sin su participación no será posible identificar las características de la organización del trabajo

que pueden ser modificables ni, por lo tanto, disminuir las exigencias a las que se exponen para mejorar sus condiciones de salud.

Recomendaciones

Dado que existen actividades cuya modificación resulta difícil, se sugiere que se establezcan mesas de trabajo entre EJS y autoridades de enfermería, a fin de poder establecer y/o generar propuestas de trabajo que permitan eficientar sus actividades, como los diagramas de procesos, en donde se puede incluso plasmar pequeños descansos durante los cuales poder realizar otras actividades, como la relajación en acompañamiento con el profesional de psicología adscrito a la Subdirección de Enfermería.

Establecer un sistema de comunicación efectivo a través de indicadores y/o que permita comprender y verificar la devolución de la información evitaría mensajes o indicaciones confusos.

Bibliografía

- López L, Noriega M, Pérez JM. Efectos negativos en la salud de los trabajadores de artes graficas [Tesis]. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2012.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Regulación de la enfermería en América Latina. Serie de Recursos Humanos para la Salud, n.º 56. Washington; 2011.
- Consejo de Salubridad General. Estándares para la certificación de hospitales 2011. México: 2011.
- Ochoa S, García R, Ramírez C. La salud laboral en el mundo moderno. Elementos. 2011;82:23-8. [Internet] Consultado el 20 de enero 2012. Disponible en: <http://www.elementos.buap.mx/num82/pdf/23.pdf>.
- Brito P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Rev Panam Salud Publica. 2000;8(1-2):43-54. [Internet] Consultado el 23 de junio de 2010. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-4989200000700008>.
- Leal MA, Basset I, Estévez R, Guerrero M, López J. Estrés en el trabajo y exigencias laborales según el tipo de contrato. Rev Enf Neurol México. 2011; 10(1):39-45.
- Noriega M. El trabajo, sus riesgos y la salud. En: Noriega M, comp. En defensa de la salud en el trabajo. México: Editorial SITUAM; 1989. p. 5-12.
- Alvear G, Villegas J. Las exigencias y sus efectos en la salud. En defensa de la salud en el trabajo. México: SITUAM; 1989. p. 55-60.
- Noriega M, Franco G, Martínez S, Villegas J, Alvear G, López A. Evaluación y seguimiento de la salud de los trabajadores. 1.ª ed. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2001.
- Barrientos T, Martínez S, Méndez I. Validez de constructo, confiabilidad y punto de corte de la Prueba de Síntomas Subjetivos de Fatiga en trabajadores mexicanos. Revista Salud Pública Mex. 2004;46:516-23.
- Melero L, Pérez M, Sánchez M, Melero A, Palacios B. Estudio de las variables que intervienen en la aparición de riesgos psicosociales. En: Las consecuencias de la organización del trabajo en la salud laboral en la empresa. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2011.
- Gutiérrez M, Flores C, Monzó J. Prevalencia de trastornos músculo-esqueléticos de columna lumbar en trabajadoras y límites biomecánicos en el manejo de carga y pacientes. Ciencia y Trabajo. 2010;12(37):380-5.
- Noriega M, Gutiérrez G, Méndez I, Pulido M. Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales. Cad Saude Publica. 2004;20(5):1361-72.
- Cuenca M. El ocio, un ámbito de cohesión familiar. Documentos de Estudios de Ocio, n.º 28. Bilbao: Universidad de Deusto; 2005. [Internet] Consultado el 23 de junio de 2010. Disponible en: <http://www.esa.ualg.pt/gerontologia/Bibliografia/1613.pdf>.
- Alvear G, Villegas J. Los riesgos y sus efectos en la salud. En: Noriega M, comp. En defensa de la salud en el trabajo. México: Editorial SITUAM; 1989. p. 35-54.

Modelo de supervisión para garantizar la calidad y seguridad del paciente: la supervisión a través del aprendizaje dirigido

S. Arroyo Lucas^{1*}, A. Jiménez Méndez¹,
M. Martínez Becerril², M.P. Nájera Ortiz³, M.A. Cano García⁴,
L.G. López López¹ y P. Domínguez Sánchez¹

¹Departamento de Enseñanza de Posgrado en Enfermería; ²Subdirección de Enfermería; ³Departamento de Enfermería; ⁴Departamento de la Escuela de Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).

Resumen

Cuando hablamos de la necesidad de implementar mejores prácticas para la atención a la salud en las instituciones médicas de manera inmediata pensamos en la forma en que desarrollamos nuestro trabajo y las condiciones que tenemos para lograrlo. Y precisamente hablando de mejores prácticas, compartimos la construcción epistémica del modelo de supervisión con el que estamos trabajando en el equipo directivo de la Subdirección de Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Para ello, analizamos la actual gestión administrativa y la cultura organizacional, porque precisamente ahí estriba la forma en que podemos trabajar hacia la calidad en los procesos relacionados con la atención de la salud, del usuario, entendiendo este como el principal protagonista de los servicios de atención. Dentro de la complejidad de este proceso, la supervisión tiene una función preponderante, convirtiéndose en el eje del cuidado. Para ello, y como propuesta ecléctica, para nuestro modelo de gestión incorporamos teorías administrativas y educativas orientadas hacia el desarrollo humano. Consideramos que este modelo de gestión administrativa en el sector de la salud en México puede resultar vanguardista y es factible desarrollarlo en diversos escenarios por parte de quienes están en la facultad de dirigir grupos humanos, en un momento histórico con su respectiva realidad social.

Palabras clave: Modelo. Paradigma. Enfermería. Supervisión. Gestión. Epistemología. Constructivismo.

Abstract

When we talk about the need to implement best practices for health care in medical institutions, we immediately think of the way we conduct our work and the conditions we have to meet. And talking about best practices, we will share the epistemic construction of the supervision model that we find working with the Management Team of the Division of Nursing of the National Institute of Medical Sciences and Nutrition Salvador Zubirán. For this, we analyzed the current administrative management and organizational culture, for therein lies precisely how we can work towards quality in the processes related to health care and to users, understanding this as the main protagonist of care services. Within the complexity of this process, supervision has a major role, becoming the nucleus of care. This eclectic proposal for our management model incorporated administrative and educational theories oriented towards human development. We believe that this model of administrative management in the health sector in Mexico may be ultimately feasible to develop in various settings by those empowered to direct the human resources, at a historic moment with their respective social reality.

(Rev Mex Enf. 2013;1:29-35)

Corresponding autor: Silvino Arroyo Lucas,
sarroyo76@yahoo.com.mx

Key words: Model. Paradigm. Nursing. Supervision. Management. Epistemology. Constructivism.

Correspondencia:

*Silvino Arroyo Lucas

Vasco de Quiroga, 15

Col. Sección XVI, Tlalpan. C.P. 14000, México, D.F.

E-mail: sarroyo76@yahoo.com.mx

Construcción de la supervisión en enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Cuando hablamos del desarrollo organizacional en las instituciones de salud, debemos considerar un aspecto relevante como la gerencia en los servicios de salud.

Si bien es cierto que la gerencia se relaciona con funciones empresariales, el término se utiliza con frecuencia en puestos de enfermería de dirección, subdirección, entre jefes de departamento, supervisoras, entre otros. Su función sustantiva en estos niveles es representar a la organización a través del desarrollo del proceso administrativo¹.

En este sentido, la gestión administrativa del grupo directivo de enfermería del INCMNSZ fomenta el trabajo colaborativo y, como parte de su responsabilidad en la organización, propone, mediante un modelo de gestión, garantizar la calidad y seguridad del paciente², a través de su construcción conjunta, debido a la responsabilidad que tiene su función en la dirección del personal a su cargo y en la consecución de los objetivos disciplinares e institucionales.

Autores como Balderas definen la supervisión como «una dirección democrática que orienta los esfuerzos y acciones del personal supervisor al logro de objetivos organizacionales a través del desarrollo de las potencialidades del supervisado»³, destacando las acciones dirigidas al servicio, personal y paciente, incidiendo en estos grupos, la educación incidental y planeada, la participación en sesiones clínicas así como las acciones dirigidas a la comunidad.

Estos aspectos enmarcan parte de la función sustantiva que realiza el profesional de enfermería durante su función directiva; sin embargo, durante la construcción del presente modelo, nosotros concebimos la supervisión desde otra visión que implica el desarrollo de aprendizajes significativos, competencias integrales, bajo elementos más humanos de interacción que privilegie el desarrollo humano y con ello la calidad de los procesos relacionados con la atención integral que se otorga a los usuarios en las diversas áreas sustantivas de la institución. Además, nos interesa aportar elementos que aseguren la competitividad, la calidad; que ello se traduzca en una economía equilibrada, es decir, con menos ausentismo, mayor satisfacción laboral, calidad en la gestión del cuidado; disminución de la estancia hospitalaria de la persona enferma, disminución de costos personales e institucionales y nacionales, así como empoderamiento en

el autocuidado de los usuarios, aspectos no ajenos a lo marcado en el Plan Nacional de Desarrollo y desde luego al cumplimiento de los estándares emitidos por el Consejo de Salubridad General para la certificación de Instituciones de Salud.

De esta forma nuestro modelo de supervisión se convierte en la plataforma que debe permitirnos analizar las pautas de comportamiento en el trabajador y construir conjuntamente formas de actuar con compromiso social y laboral, coadyuvando con esto a la realización de un trabajo colaborativo, dirigido hacia una cultura de calidad donde el cumplimiento de los estándares de calidad, metas internacionales y filosofía institucional formen parte de nuestra propuesta de gestión administrativa institucional y social.

Bajo esta perspectiva partimos de la construcción de una definición propia de nuestro modelo de gestión, siendo así, que nuestra propuesta de supervisión es: «proceso humano, con sustentos filosóficos, jurídicos y epistémicos en las áreas administrativas y pedagógicas; cuya vinculación, permita desarrollar en los directivos de enfermería la facultad de implementar y evaluar procesos de gestión, privilegiando el desarrollo humano a través de la construcción de competencias cognitivas, motrices y socioafectivas en los integrantes de la organización.» (Equipo directivo de enfermería del INCMNSZ)

Esta concepción de la gerencia, como equipo directivo y ante la convicción de que el proceso de supervisión va más allá de la resolución de problemas administrativos, conlleva una serie de planteamientos epistémicos⁴ y consideramos que esta función trasciende la estructura humana de quienes conforman el campo administrativo, desde el personal pertinente hasta su tramo de control, que además de heterogéneo es amplio, pasando por familiares y usuarios; es decir, la trascendencia de su actuar visto desde el factor humano implica otro nivel de análisis y obviamente de planteamientos, que debe ser desarrollado durante el proceso de supervisión, tarea esencial del grupo directivo de enfermería. Para ello resulta necesario entender que, como dirigentes, somos también protagonistas de la transformación de seres humanos responsables, comprometidos y solidarios, y en este sentido la supervisión representa la oportunidad que tenemos para favorecer en el ser humano nuevos aprendizajes basados en su propia práctica laboral. Poseemos también la oportunidad de propiciar el desarrollo de aprendizajes significativos, aun en las propias limitantes que ofrecen los ambientes, para el desarrollo del trabajador durante

sus procesos, todo ello sin dejar de lado las condiciones socioculturales del entorno.

En retrospectiva, sabemos que los procesos de supervisión en la enfermería institucional se han generado bajo un esquema de mimetización, aspectos quizá no ajenos a los que se viven en las organizaciones de enfermería en México.

Este atrevimiento, es bajo la mirada de nuestra historia como disciplina, podemos analizar «un origen similar», que la enseñanza en un principio fue otorgada por el gremio médico antes y durante el periodo de 1906 a 1954, tiempo en que se fundaron diversas instituciones para dar atención a los pacientes, y ahí mismo se crearon los centros educativos que formaban a las enfermeras, en donde, en términos de institución formal, «el sistema de enseñanza fue determinado por la influencia de las estrategias europeas»⁵. En ese modelo, siguiendo la escuela de F. Nightingale y la situación de la mujer en la época, en 1911 en la Escuela del Hospital General solo se establecía como requisito para acceder a ser enfermera «la primaria y gozar de buena salud»⁶.

Dentro de esta lógica, se mantuvo la construcción de la enfermería para dar atención técnica en el cuidado; si bien es cierto que existieron planes oficiales de estudio, también hubo otra cara en las instituciones de salud que cubría las necesidades del cuidado, con personas con conocimiento empírico, es decir, basado en la práctica de repetición en el quehacer de enfermería y sin la intención de profundizar, sin un conocimiento científico. Cabe mencionar que no solo a nivel de la atención directa al cuidado, sino también en el aspecto gerencial, al respecto se han escuchado testimonios de directivas de instituciones de prestigio internacional que mencionan que cuando llegaban a puestos de dirección, no sabían a lo que se enfrentaban y que con la marcha fueron aprendiendo⁷.

Como constante de esta forma de aprender y enseñar, podemos decir que se fue llevando a cabo a lo largo de la vida institucional de grandes jefes y supervisoras que marcaron el devenir de la enfermería de las organizaciones de salud en México⁸. Así, resulta interesante conocer en retrospectiva cómo fue y cómo se generaron los esquemas para llevar a cabo esta tarea de dirección, muchos de los cuales siguen siendo utilizados hasta el día de hoy por los actuales profesionales que realizan estas funciones. Si bien es cierto que en términos generales cumplen los objetivos, en la actualidad, como todos los procesos, requieren ser reforzados y adecuados para que vinculen y consoliden la función formativa y de desarrollo

integral de los trabajadores; por ello precisamos de una reestructuración de los actuales procesos de supervisión institucional.

Toda vez que este proceso se convierte en el eje que permite favorecer el desarrollo humano, «requiere a la vez cambios en el personal de enfermería, tanto en su manera de pensamiento y comportamiento, así como en la manera de apreciar la salud y la sociedad»⁹. Por ello, como líderes, debemos accionar las estrategias que nos lleven hacia la construcción de nuevas y mejores prácticas administrativas, generando valor agregado a los procesos que realizamos. Bajo esta mirada estamos hablando de calidad, porque en esta construcción implicamos el desarrollo del capital humano, pues su presencia en la organización representa el más preciado baluarte que se traduce en la riqueza institucional y nacional; elementos clave de la calidad y administración.

Así, bajo la importancia del conocimiento administrativo y con el auge de los últimos años de hablar en funciones de estrategias o de gestión de la calidad total, elementos que tienen antecedentes en la gestión empresarial y que se han proyectado a los sistemas de salud, en muchos de los casos sin un análisis previo sobre lo que el modelo de salud implica, la racionalidad de las funciones de gestión que prevalecen, cuando justamente el conocimiento de estos elementos son los que puede conducir a un mayor nivel de efectividad¹⁰.

Constructivismo en la supervisión

La constante dialéctica en la que nos encontramos inmersos como sociedad nos convierte necesariamente en los protagonistas históricos del hoy, representando este el principal y único escenario de desarrollo y momento inequívoco para construir el futuro, por lo que resulta impostergable la generación de cambios significativos acordes con la actual dinámica social.

Es así como se generan los nuevos paradigmas sociales, definiendo con ello nuevas formas de pensamiento y de interacción social, lo que lleva a las organizaciones al desarrollo de la competitividad, a través del planteamiento de un trabajo dirigido hacia nuevos y viables escenarios de desarrollo humano, que garanticen la calidad en los servicios y con ello, paralelamente una mayor productividad.

Como hemos mencionado de manera reiterativa, el personaje principal lo representa el factor humano, y en su desarrollo la educación tiene un papel primordial; en el escenario laboral, en su calidad de

trabajador, la propuesta es generar acciones que permitan el despliegue de sus potencialidades cognitivas, motrices y socioafectivas.

Debemos considerar que gran parte de la educación de los grupos humanos se obtiene básicamente por la interacción social, es decir, el hecho de habitar el espacio en una temporalidad nos genera gran diversidad de aprendizajes, muchos de ellos por imitación de comportamientos. Al comprenderlo como tal, enfatizamos que la escuela no es la única instancia que cumple la función socializadora; son la familia y los diversos grupos sociales quienes representan importantes espacios de convivencia y socialización del ser humano, definiendo así las normas de comportamiento individual y colectivo que determinan las dinámicas de interacción, por ello, para calificar o interpretar los comportamientos y las actitudes de los seres humanos, habría que tener presente su historia ¹¹.

En este sentido, se hace necesario conocer parte de la cultura de los individuos para tratar de entender su comportamiento y en esta búsqueda encontrar explicaciones teóricas de la persona; la antropología entre otras disciplinas, se ha dedicado a su estudio. Desde esta perspectiva, en la cultura se «..analiza la estructura subyacente de mitos, símbolos y rituales que se manifiestan en los valores, normas y significados de los miembros del grupo»¹². Así, se puede decir que la cultura «se contempla como algo que se comparte, que se transmite y que moldea el comportamiento de las personas y sus actividades. La cultura se transmite a través de los valores, se traduce en sistemas de creencias y actitudes y se mantiene por medio del comportamiento»¹².

Al respecto, en los sistemas de organización social se presenta una exigencia de aprender y adoptar formas de pensar y actuar de los nuevos integrantes, si tienen el deseo de ser aceptados como miembro de derecho. La persona, en la integración individual en la cultura organizacional (concepto que se introduce a finales de la década de 1970 y principios de la de 1980, y se utiliza principalmente para describir los valores compartidos entre los miembros de una organización), al enfrentarse a un mundo con formas de pensar y actuar tan interiorizadas por la comunidad, difícilmente cuestiona o intenta modificar nada, y simplemente se adapta y sobrevive a su entorno, repitiendo y replicando lo aprendido.

«Así, en toda organización existen historias significativas de los fundadores que suelen transmitirse y divulgarse entre los miembros, configurando unas determinadas formas de plantear las cosas, de tomar

decisiones, de valorar comportamientos, de asumir riesgos, que al ser aprendidas e interiorizadas ayudan a los individuos a elaborar el repertorio básico de la cultura de esa organización y a hacerlo consistente con sus propias pautas de acción»¹².

Cuando ubicamos esta premisa justo en el contexto laboral, podemos identificar los mecanismos por los cuales los seres humanos bajo el título de trabajadores adquieren, desarrollan y muchas veces mimetizan diversos comportamientos que se traducen en aprendizajes constantes, que también son transmitidos a nuevos integrantes, repitiendo la misma historia, a pesar de la brecha generacional, la misma que impacta de manera significativa en la organización, determinando en gran medida su avance o retroceso.

Partiendo de estos postulados, podemos pensar que la educación como función socializadora se desarrolla en todas las etapas de la vida; así, desde la propuesta piagetiana, se describe que la competencia cognitiva está determinada por el nivel de desarrollo intelectual de cada individuo, en donde el protagonista se convierte en un constructor activo de su propio conocimiento y el reconstructor de los distintos contenidos; por lo tanto, la persona en formación debe ser vista como un sujeto que posee un determinado nivel de desarrollo cognitivo y que ha elaborado una serie de interpretaciones o construcciones a partir su devenir histórico y social resultado del cúmulo de experiencias¹³, sobre todo cuando ya tiene un camino personal, académico y laboral.

En este mismo sentido, J.A. Comenio planteaba ya un método activo de enseñanza a través del aprendizaje haciendo que el alumno cree su propio conocimiento con la memoria de la experiencia, antes que con la memoria de la palabra; proponía que la educación comienza dentro del vientre materno y no termina hasta la muerte, considerando así que el mundo es una escuela para aprender durante toda la vida ¹⁴.

Dedujo, por analogía, que el centro del sistema escolar no es el maestro, sino el alumno, en torno del cual debe girar toda organización escolar: «En lugar de hacerles repetir a los alumnos cosas de memoria, procuraba explicarles primero la lección para que la entendieran; en segunda ayudaba a los alumnos a que ellos mismos elaboraran los conceptos explicados, hasta que quedaran fijos en la memoria y finalmente les ponía a ejercitarlos en cosas prácticas de la vida»¹⁴.

Traducido esto al planteamiento de supervisión que hacemos, en estas formas de enseñar él o ella se convierten únicamente en facilitadores de aprendizajes significativos, rompiendo el esquema del discurso

crítico y práctica tradicional en donde el tutor trabaja en la ignorancia de lo didáctico, intentando transmitir letra muerta, enseñando la repetición «de dogmas, prejuicios y normas de comportamiento que cercenan capacidades, apertura y creatividad, con lo cual se repite hasta el cansancio la negación de lo humano, de la realidad, de lo posible (...). Y de esto damos cuenta todos los que de algún modo hemos circulado por los distintos niveles de enseñanza, aun en actividades o posturas educativas que se consideran a sí mismas “de vanguardia”, que muchas veces son posturas educativas dogmáticamente antagónicas en su vanguardismo ante la no aceptación de las diferencias, y esto también se enseña en la confusión de discursos democráticos y éticos y prácticas autoritarias por negadoras de lo diverso»¹⁵.

En esa consideración, la enseñanza no es propia del espacio del aula, y así lo asumimos en términos de la profesión de enfermería. Como hemos mencionado, hoy en día cualquier organización del sector salud debe contener, en sus equipos de trabajo, gestores con un liderazgo transformador que posibilite al equipo un desarrollo basado en los valores y una filosofía disciplinar e institucional.

Ahí radica, desde nuestra visión, la importancia del capital humano en la organización; la comunicación y motivación basada en otras competencias permiten al gestor construir y consolidar verdaderos equipos de trabajo, y a la par desarrollar diversas competencias directivas, necesarias para favorecer cambios de comportamiento de los grupos. Nos atrevemos a decir que tiene un peso importante la cultura organizacional y dentro de estas las costumbres y mitos que a veces rebasan la actualización académica de los integrantes; es decir, aprenden más por los ejemplos que emiten los demás, y en muchos de los casos no siempre centrados en el cumplimiento de objetivos y desarrollo humano.

Al respecto, consideramos que en la educación como proceso inacabado y constante, en la gestión de enfermería, la supervisión es el vehículo mediante el cual podemos generar aprendizajes significativos. Es la gestora que guía la enseñanza, entendida esta no como la capacitación al cuidado técnico de enfermería, sino como la acción cotidiana de la enseñanza; se debe cuestionar la propia construcción del conocimiento escolarizado y convoca al sujeto, hacedor de realidad y vida, al «pensamiento que invita a la deconstrucción y construcción libertaria de nuestra realidad como espacio posible de ser permanentemente transformado, asumiendo esta posibilidad como opción histórica»¹⁵.

En este sentido, enseñar no es solo dar a conocer; es, entre otras cosas, formar conciencia y desarrollar la capacidad de pensar, buscar en el interior del ser, interpretar lo dado, lo aparente, lo tangible, lo normal, y generar procesos de búsqueda de lo que no se ve.

Justamente es lo que necesitamos como facilitadores en enfermería; debemos ejercitar en los alumnos, pasantes y profesionales, así como con otros integrantes de la organización, el desarrollo de procesos básicos de pensamiento como el análisis, la síntesis, la inducción y la deducción. Estas capacidades les permitirán alcanzar sus propias metas, moverse hacia ellas a su propio ritmo y ser evaluados mientras progresan, y esto nos posibilitará generar mejores condiciones de desarrollo personal y colectivo de todos los integrantes de la organización y de la sociedad.

Dentro del contexto laboral debemos considerar que en el desarrollo de la educación continua influyen aspectos económicos, políticos y sociales del contexto, y un conjunto de factores tales como motivación, género, estatus social o nivel académico que determinan el proceso de enseñanza-aprendizaje, más que la edad por sí misma. Sin embargo, como punto importante a considerar, es un aspecto que debemos tener presente, y para ello vemos al adulto desde un enfoque andragógico, porque, según esta propuesta, el factor fundamental que interviene en el aprendizaje del adulto es la práctica cotidiana, hacia una búsqueda constante del conocimiento a través de análisis, la síntesis, la argumentación y la retroalimentación de su práctica, bajo la concepción de que el conocimiento es un proceso dialéctico, inacabado y continuo de una realidad total.

Tenemos claro que la postura constructivista de la educación se nutre y se complementa con las aportaciones de diversas corrientes, como el enfoque psicogenético piagetiano, la teoría de los esquemas cognitivos, la teoría ausubeliana de la asimilación y el aprendizaje significativo, la psicología sociocultural vigotskiana, etc., y el apoyo de estas coadyuvará el logro de la transformación de la educación no solo del grupo de enfermería, sino también del grupo de apoyo, el cual se conforma de manera heterogénea, incluyendo en nuestro caso a afanadores, secretarías y apoyo universal.

Ante este contexto, enfatizamos el rol protagonista de los integrantes de la organización para la construcción y deconstrucción de los esquemas del cuidado, dirigidos a la persona, quien representa el eje para la creación de este modelo de supervisión institucional.

Así, la función de la enfermera jefe de servicio, en su papel de facilitadora, no es resolver un problema particular, sino coadyuvar al desarrollo de las enfermeras, a fin de que no solo puedan resolver un problema inmediato, sino los problemas que se planteen en su práctica profesional y vida cotidiana. Aquí el aprendizaje significativo adquiere un valor de gran trascendencia, al igual que los aprendizajes previos que tenga cada uno de los actores del proceso.

Con la teoría del aprendizaje significativo, D.P. Ausubel explica las condiciones y propiedades del aprendizaje, y cómo se puede relacionar con formas efectivas y eficaces de provocar de manera reflexiva cambios cognitivos estables, susceptibles de dotar de significado individual y social, es decir, «el proceso según el cual se relaciona un nuevo conocimiento o información con la estructura cognitiva del que aprende de forma no arbitraria y sustantiva o no literal»¹⁶.

«Esa interacción con la estructura cognitiva no se produce considerándola como un todo, sino con aspectos relevantes presentes en la misma, que reciben el nombre de subsumidores o ideas de anclaje (...) La presencia de ideas, conceptos o proposiciones inclusivas, claras y disponibles en la mente del aprendiz es lo que dota de significado a ese nuevo contenido en interacción con el mismo»¹⁷.

No arbitrario quiere decir que «la relación no es con cualquier aspecto de la estructura cognitiva sino con conocimientos específicamente relevantes a los que Ausubel llama subsumidores. El conocimiento previo sirve de matriz "ideacional" y organizativa para la incorporación, comprensión y fijación de nuevos conocimientos cuando estos "se anclan" en conocimientos específicamente relevantes (subsumidores) preexistentes en la estructura cognitiva»¹⁸. Y sustantiva o no literal «significa que lo que se incorpora a la estructura cognitiva es la sustancia del nuevo conocimiento, de las nuevas ideas, no las palabras precisas usadas para expresarlas»¹⁸.

El aprendizaje significativo no es solo un proceso, sino un producto, que implica una nueva información que adquiere nuevos significados, y esta a su vez produce aprendizaje significativo, que con nueva información adquiere nuevo significado. Entonces un papel central es identificar lo que el alumno ya sabe y enseñar en consecuencia¹⁹. En esta construcción, no se debe dejar de lado que, para que el aprendizaje significativo se genere, debe existir la actitud de querer aprender por parte del aprendiz y material potencialmente significativo.

La principal riqueza que posee nuestro personal es la generada por la experiencia práctica. Hablamos de cierta pericia del personal en la realización de su trabajo y, hablando de aprendizaje significativo, retomemos esas construcciones para generar otro tipo de aprendizaje.

Recapitulando, para la importancia de crear un modelo que guíe la generación de un nuevo paradigma en la organización, es necesario pensar en la reingeniería de la gestión administrativa que nos lleve a la realización de mejores prácticas administrativas. Como menciona Carnota, el término «constituye el concepto central de la referenciación competitiva. Se identifican como tal aquellos procedimientos clínicos, quirúrgicos u organizativos, modos de trabajo, flujos de tareas, sistemas de integración, técnicas de toma de decisiones y, en general, cualquier proceso que se destaca de la media por determinados efectos que los hacen superiores a los demás»²⁰.

«En otras palabras, la reingeniería es una metodología que busca un mejoramiento radical de la institución, mediante una reorganización que le permita sobrevivir en el mercado global y obtener ventajas competitivas»²¹.

Sin duda, las mejoras esperadas dentro de la organización en enfermería son las relacionadas con la calidad de los procesos en la atención de los problemas de salud del paciente ambulatorio y hospitalizado que se atienden en la institución, a través de una supervisión más humana, es decir, más allá de dominios, procesos y resultados, estamos en la constante construcción de una cultura en la función directiva, en donde la supervisión sea sustentada en el proceso inacabado del aprendizaje. Siendo así, los enfermeros y enfermeras jefes de servicio que ejercen esta función aseguran también que el sistema de control que llevan a cabo no solo esté dirigido al equipo o los insumos propios de su área, sino que revista particular importancia en el capital humano.

Conclusiones

En la actualidad no existe un modelo de gestión administrativa en el sector de la salud de México que plantee la metodología propuesta por este grupo gestor. Aunque existen desde luego modelos educativos y administrativos que, aunque son vanguardistas y factibles de desarrollar en muchos escenarios, se implementan por separado, nosotros hemos pretendido fusionar y articular estas plataformas para construir un modelo propio, que sea generado por quienes están en la facultad de dirigir grupos humanos.

Tenemos la convicción de que esta propuesta es viable, medible y aplicable al interior de las organizaciones, pues se han delimitado perfectamente, a partir del escenario real, los objetivos y metas para realizar y evaluar los resultados del impacto de esta propuesta.

Durante el desarrollo hemos observado cambios graduales limitados, porque estamos trabajando en el cambio de la cultura organizacional, ya que es una transformación constante en este transitar que se contempla de manera paulatina. En la continua retroalimentación de los procesos pudieran presentarse obstáculos o quizá retrocesos, máxime cuando estamos pretendiendo con este modelo cambios de comportamientos de todos los integrantes de la organización; aquí desde luego debemos enfatizar la importancia que representa el capital humano, así como la infraestructura prevista para su desarrollo.

Sin duda, la metodología planteada y sustentada nos permitirá modificar el modelo de supervisión actual, cuya aplicación en los ámbitos jurisdiccionales, estatales y nacionales, y sobre todo en los escenarios educativos, con miras de proyección, resulta factible.

Bibliografía

1. Bonilla Esquivel HR. Programa de gerencia moderna y gestión del cambio en salud: gestión por resultados basada de los procesos gerenciales. San José (Costa Rica): Instituto Centroamericano de Administración Pública; junio de 2008.
2. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Subdirección de Enfermería. Programa de supervisión a través del aprendizaje dirigido. México, D.F. 2011.
3. Balderas ML. Administración de los servicios de Enfermería. 5.ª ed. México; McGraw Hill; 2009. p. 313.
4. Zemelman H. Pensar teórico y pensar epistémico: los retos de las ciencias sociales latinoamericanas. México: Instituto Pensamiento y Cultura en América Latina, A.C. (IPECAL). 2001.
5. Oviedo AM, Rodríguez C, Vargas ML. El desarrollo de la profesionalización en México. *Parainfo Universitario*. 2007;6 (3).
6. Rubio S. Profesionalización de Enfermería en México. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2010;18(1-2):4-6.
7. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Entrevista a Dolores Rodríguez Ramírez. Video del 60 aniversario del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, D.F. Producido por el Departamento de Educación para la Salud "Dr. Mariano García Viveos" INNSZ. Derechos Reservados. 2005.
8. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Subdirección de Enfermería. Historias de vida laboral de las enfermeras jefes de servicio. Curso-taller «Supervisión a través del aprendizaje dirigido». México, D.F.; mayo-julio de 2011.
9. González E, Arraz AM, Moriel BL. La profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio. *Tecnociencia Chihuahua*. 2012;VI(1).
10. Yepes FJ, Durán-Arenas L. The conceptual bases for an entrepreneurial management of local health systems. *Salud Publica Mex*. 1994;36(2):190-9.
11. Ortega J. Pedagogía social y pedagogía escolar: la educación social en la escuela. *Revista de Educación*. 2005;336:111-27.
12. Rodríguez A. La cultura en las organizaciones públicas y privadas. *Psicothema*. 1993;5:237-60.
13. Wadsworth BJ. Teorías de Piaget del desarrollo cognoscitivo y afectivo. 2.ª ed. Diana; México, D.F. 1991. p. 232.
14. Amós J. Didáctica Magna. 8.ª ed. México: Editorial Porrúa; 1998.
15. Quintar E. En: Zemelman H. El conocimiento como desafío posible. Colección conversaciones didácticas. 3.ª ed. IPECAL; México, D.F. 2006.
16. Rodríguez M. La teoría del aprendizaje significativo: Una revisión aplicable a la escuela actual. IN. *Revista Electrónica d'Investigació i Innovació Educativa i Socioeducativa*. 2011;3(1):29-50.
17. Rodríguez M. La teoría del aprendizaje significativo en la perspectiva de la psicología cognitiva. Barcelona: Editorial Octaedro; 2008. p. 9.
18. Moreira MA, Caballero MC, Rodríguez ML. Actas del Encuentro Internacional sobre el aprendizaje significativo. *Meaningful learning: a subjacent Review VI* (1). Burgos (España); 1997. p. 19-44.
19. Aparecido dos Santos S. La enseñanza de ciencias con un enfoque integrador a través de actividades colaborativas, bajo la premisa de la teoría del aprendizaje significativo con el uso de mapas conceptuales y diagramas para actividades demostrativo-interactivas-ADI. Tesis doctoral. Burgos (España), septiembre de 2008.
20. Carnota O. Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 229.
21. Fajardo G. Dirección de hospitales. México, D.F.: Editorial Manual Moderno; 2008. p. 270.



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 apearse 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.wame.org/urmspan.htm>) 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 <http://www.wame.org/urmspan.htm>. 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. México, D.F., 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.

PISA®

Una
Vida al Servicio
de la Vida®

FARMACEUTICA

Somos la única farmacéutica estratégica integral mexicana, diseñada para interpretar la visión de un proyecto. Conceptualizamos el producto desarrollándolo hasta colocarlo en manos del consumidor final.

Experiencia, infraestructura, tecnología e investigación, desarrollo, producción y distribución, son la fórmula perfecta para ofrecer un laboratorio a 360°, respaldado por la calidad de nuestros productos así como la capacidad de producir en uno o en todos los procesos para reconocidas marcas.

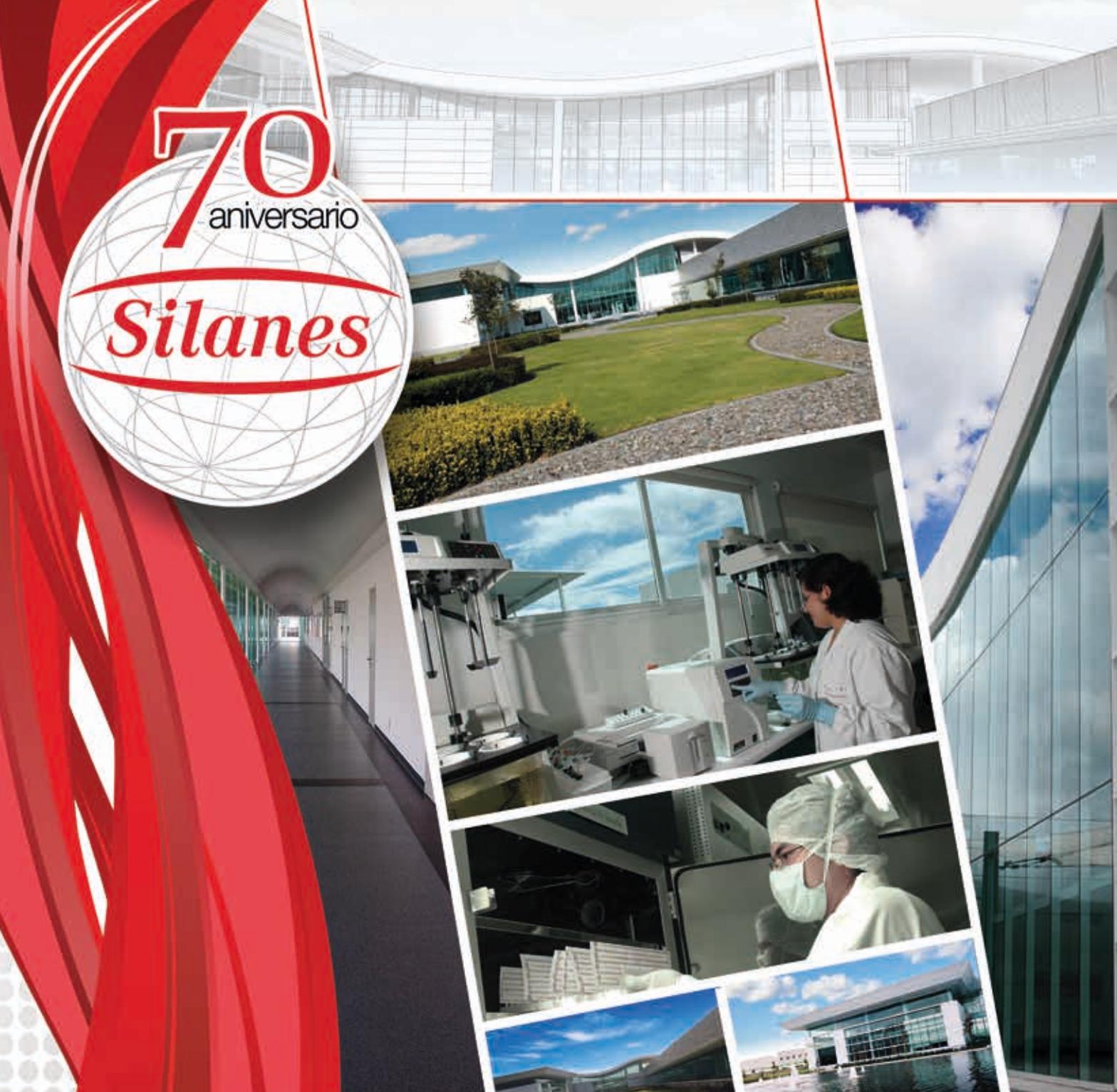


Proyectamos a futuro, poniendo a su servicio toda nuestra capacidad, basada en el talento de nuestro capital humano, con dirección y metas claramente definidas, invirtiendo en capacitación, infraestructura, investigación y la búsqueda de los más altos estándares, con la seguridad de seguir siendo la única farmacéutica estratégica mexicana y consciente de que cada paso que se dá sigue siendo nuestro camino como líder.



70
aniversario

Silanes



A sus siete décadas de historia, *Silanes* está certificada como **Empresa Socialmente Responsable** y se encuentra inmersa en un plan estratégico de *Globalización, Innovación e Institucionalización*, con miras a continuar creciendo en **competitividad y productividad**.