Número 1 • Año 3 • Septiembre de 2015 • ISSN: 2339-7284

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

www.incmnsz.mx

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ

EN ESTE NÚMERO:

La enseñanza clínica en enfermería

Factores psicosociales de las condiciones de trabajo del profesional de enfermería y su relación con sus padecimientos de salud

Ruptura epistemológica y construcción de nuevos paradigmas en enfermería

Procedimiento de baño de regadera en camilla

PERMANYER MÉXICO
www.permanyer.com

Número 1 • Año 3 • Septiembre de 2015 • ISSN: 2339-7284 **www.incmnsz.mx**

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ

Comité de Dirección

David Kershenobich Stalnikowitz
Dirección General

José Sifuentes Osornio
Dirección de Medicina

Miguel A. Mercado Díaz
Dirección de Cirugía

Sergio Ponce de Léon R.
Dirección de Enseñanza

Rubén Lisker Yourkowitzky
Dirección Investigación

Raúl Rivera Moscoso
Dirección de Planeación INCMNSZ

Alicia Frenk Mora
Subdirección de Servicios Paramédicos

Consejo Editorial

David Kershenobich Stalnikowitz
Director General, INCMNSZ

Silvino Arroyo Lucas
Jefe del Departamento de Enseñanza de Posgrado en Enfermería, INCMNSZ

Marina Martínez Becerril
Subdirectora de Enfermería, INCMNSZ

Jorge Salinas Cruz
Coordinador de Enseñanza, INCMNSZ

Araceli Jiménez Méndez
Jefa del Departamento de Escuela de Enfermería, INCMNSZ

Lizeth Guadalupe López López
Jefa de enfermeras, INCMNSZ

María Paula Nájera Ortiz
Jefa del Departamento de Enfermería, INCMNSZ

Patricia Domínguez Sánchez
Enfermera Jefe de Servicio, INCMNSZ

María de los Ángeles Cano García
Enfermera Jefe de Servicio, INCMNSZ

María del Pilar Sosa Rosas
Jefa de la División de Estudios Profesionales de la ENEO, UNAM

Comité Científico

Silvino Arroyo Lucas
Jefe del Departamento de Enseñanza de Posgrado en Enfermería, INCMNSZ

Ihosvany Basset Machado
UAEM

Yolanda Cabrera Juárez
Directora de la Escuela de Enfermería y obstetricia, URSE, Oaxaca, México

María de los Ángeles Cano García
Enfermera Jefe de Servicio, INCMNSZ

María Antonieta Cavazos Siller
Directora de la Escuela de Enfermería, UP

María Guadalupe Escobedo Acosta
Directora Técnica, HJM

Francisco Cadena Santos
Presidente, FEMAFEE

Rafael Antonio Estévez Ramos
UAEM

Oliva Galicia Gijón
Presidenta, CONEMAC

María Alberta García Jiménez
Presidenta, ANEAC

Mariano García Viveros
Emérito†

Ángeles Godínez Rodríguez
FESI

Araceli Jiménez Mendez
Jefa del Departamento de Escuela de Enfermería, INCMNSZ

Beatriz Amanda Lázaro Mandujano
Departamento de Educación en Salud para el Desempeño, Tuxtla Gutiérrez, Chiapa

Marina Martínez Becerril
Subdirectora de Enfermería, INCMNSZ

Araceli Monroy Rojas
Presidenta, COMCE

Rosa María Nájera Nájera
UAM

María Paula Nájera Ortiz
Jefa del Departamento de Enfermería, INCMNSZ

María Isabel Negrete Redondo
Presidenta, AMBEAC, Instituto Nacional de Geriatría

Rosa María Ostiguín Meléndez
Coordinadora del Programa de Maestría en enfermería de la UNAM

María de la Luz Reyes García
Presidenta, CONEMAC

Eva Reyes Gómez
Presidenta, CNE

Ana María Cristina Reyes Reyes
Directora IPN, IPN

Eugenia Ruiz Dávila
Coordinadora de los Servicios de Enfermería, Oaxaca, México

María del Pilar Sosa Rosas
Jefa de la División de Estudios Profesionales de la ENEO, UNAM

Diana Cecilia Tapia Pancardo
FESI

Elsy Elisabeth Verde Flota
Coordinadora de la Licenciatura en Enfermería, UAM

Comité Editorial Nacional

María Lourdes Alemán Escobar
Instituto Nacional de Salud Pública

Gloria Arzate Izquierdo
Ciudad Salud, Tapachula, Chiapas

Juana María Ávila Sánchez
Coordinadora Estatal de Enfermería, Baja California

Luz María Barajas Ramos
Hospital Juárez de México

Rosa Elena Burguete Ortiz
Hospital de Especialidades Pediátricas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Silvia Leticia Cabrera Díaz
Hospital Regional de Alta Especialidad en la Península de Yucatán

Martha Castillo González
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Isabel Cicerón Arellano
Instituto de Medicina Genómica

Martina Colchado Ramos
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria Tamaulipas

Sofía Cruz Romero
Instituto Nacional de Cancerología

Candelaria Flores Costinica
Hospital Juárez del Centro

Martha García Flores
Hospital General de México

Leticia González González
Instituto Nacional de Rehabilitación

Margarita Hernández Zavala
Instituto Nacional de Pediatría

Marina Lara Frías
Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

Claudia Leija Hernández
Instituto Nacional de Cardiología

Juana Loyola Padilla
Servicios de Atención Psiquiátrica

Andrea Mariscal Roque
Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Marina Martínez Becerril
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Yolanda Mayoral Méndez
Hospital General Manuel Gea González

Matilde Morales Olivares
Hospitales Federales de Referencia

Rosa María Naguatt Domínguez
Hospital de la Mujer

María Isabel Negrete Redondo
Instituto Nacional de Geriatría

Héctor Olivera Carrasco
Dirección General de Coordinación de Hospitales Regionales de Alta Especialidad

Norma Popócatl Nájera
Hospital Nacional Homeopático

Manuel Quiroz Carpio
Coordinador Estatal de Enfermería, Sonora

Reyna Albertina Rosas Loza
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca

María Antonia Ruvalcaba Arenas
Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Alberto Sánchez Rodríguez
Director Estatal de Enfermería, Nuevo León

Araceli Saldivar Flores
Hospital Infantil de México Federico Gómez

Rocío Valdez Labastida
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM), Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), Instituto Politécnico Nacional (IPN), Escuela de Enfermería del Gobierno del Distrito Federal (EEGDF), Universidad Panamericana (UP), Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C. (FEMAFEE), Confederación Nacional de Enfermeras Mexicanas, A.C. (CONEMAC), Colegio Nacional de Enfermeras, A.C. (CNE), Hospital Juárez México (HJM), Asociación Mexicana de Bioética en Enfermería, A.C. (AMBEAC), Colegio Nacional de Enfermeras, A.C. (CNE) , Asociación Mexicana de Bioética en Enfermería, A.C. (AMBEAC)

www.incmnsz.mx

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ

Comité Editorial Internacional

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

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

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

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

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

Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios y/o hallazgos propios y conclusiones de los autores, quienes son responsables de las afirmaciones. En esta publicación podrían citarse pautas posológicas distintas a las aprobadas 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.

A+ Applus+ CALIDAD EMPRESA CERTIFICADA ISO 9001 EC-0471 / 00 Certification Technological Center ACREDITADO POR ENAC

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

PERMANYER MÉXICO

© 2015 P. Permanyer

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

www.permanyer.com

mexico@permanyer.com
ISSN: 2339-7284
Dep. Legal: B-24.264-2013
Ref.: 2643AX151

TCF 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 llevasen a cabo ningún tipo de verificación de los resultados, conclusiones y opiniones.

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

www.incmnsz.mx

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ

Índice

Editorial

M.E. Araceli Jiménez Méndez 5

ARTÍCULOS ORIGINALES

La enseñanza clínica en enfermería

E. Ruiz-Dávila 6

Factores psicosociales de las condiciones de trabajo del profesional de enfermería y su relación con sus padecimientos de salud

L.G. López-López, S. Arroyo-Lucas, M. Martínez-Becerril, A. Jiménez-Méndez, M.P. Nájera-Ortiz, R.M. Estrada-Oros y P. Domínguez-Sánchez 11

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Ruptura epistemológica y construcción de nuevos paradigmas en enfermería

S.R. León-Hernández 17

EXPERIENCIA CLÍNICA

Procedimiento de baño de regadera en camilla

G. Urincho-Pérez, L.C. Hernández-Jiménez, L. Vázquez-Santos, A. Avendaño-Peralta y S.E. Sandoval-Pérez 26

Instrucciones para los autores 32

www.incmnsz.mx

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ

Index

Editorial

M.E. Araceli Jiménez Méndez 5

ORIGINAL ARTICLES

Clinical teaching in nursing practice

E. Ruiz-Dávila 6

Psychosocial factors of working conditions of the nursing professional and their relation with health diseases

L.G. López-López, S. Arroyo-Lucas, M. Martínez-Becerril, A. Jiménez-Méndez, M.P. Nájera-Ortiz, R.M. Estrada-Oros and P. Domínguez-Sánchez 11

REVIEW ARTICLE

Epistemiological rupture and construction of new paradigms in nursing practice

S.R. León-Hernández 17

CLINICAL EXPERIENCE

Procedure of bath shower stretcher

G. Urincho-Pérez, L.C. Hernández-Jiménez, L. Vázquez-Santos, A. Avendaño-Peralta and S.E. Sandoval-Pérez 26

Instructions to Authors 32

Editorial

A. Jiménez Méndez*

Directora Técnica de la Escuela de Enfermería María Elena Maza Brito, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

En este transitar de la historia de la enfermería, me gustaría reflexionar sobre los factores que están potenciando, según mi experiencia, el desarrollo, compromiso social y liderazgo que la enfermería como profesión tiene en México. Es innegable que en este transitar, a pesar de las vicisitudes a las que se ha enfrentado nuestra aún joven profesión, estamos logrando un posicionamiento en virtud del empoderamiento, incursión y toma de decisiones en los ámbitos asistenciales y educativos, así como en los escenarios normativos de orden nacional, y sobre todo en el área de investigación, lo cual, sin duda, es uno de los aspectos que está potenciando nuestro progreso disciplinar.

Prueba de ello es lo que se refleja en esta *Revista Mexicana de Enfermería,* que nace en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y es realizada por líderes en enfermería de la propia institución, quienes, con la convicción de trascender a otras latitudes, hemos conjuntando ideales y socializado los saberes con representantes de otros países latinoamericanos y europeos, aspecto que nos ha permitido crear y fortalecer las redes de apoyo necesarias para legitimar y alcanzar de manera gradual el reconocimiento sociopolítico de nuestra disciplina.

Por ello, se invita a sumarse a este proyecto de profesionalización y desarrollo, a esta revista que es un espacio para compartir en ella las evidencias de la praxis profesional, sea cual sea el escenario del desarrollo profesional.

Gracias.

Correspondencia:
*Araceli Jiménez Méndez
Vasco de Quiroga, 15
Col. Belisario Domínguez, Sección XVI, Del. Tlalpan
C.P. 14100, Ciudad de México, México
E-mail: araceliazul@yahoo.com.mx

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA ARTÍCULO ORIGINAL

La enseñanza clínica en enfermería

E. Ruiz-Dávila*

Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad Regional del Sureste, Oaxaca de Juárez, Oaxaca, Oax., México

Resumen

El ejercicio de la enfermería ha evolucionado desde la consideración de actividad aislada a profesión y, con ello, a su sistematización, fundamentación científica y normativa; su objeto central es otorgar cuidados al individuo sano o enfermo mediante la realización de procedimientos técnicos, educativos, de información, de gestión y de manejo de equipo electromédico. Así, durante el proceso de enseñanza de los profesionales de esta disciplina, se construyen características especiales para alcanzar las competencias conceptuales, procedimentales y actitudinales que implican aprender a cuidar necesariamente la relación directa con la persona cuidada, cuando el estudiante aplica y trasforma los conocimientos teóricos aprendidos en el aula y el laboratorio, para ponerlos en práctica, pasando por una metodología de enseñanza denominada enseñanza clínica.

En el presente artículo se revisan los conceptos y algunas metodologías de la enseñanza clínica de enfermería aplicados a los escenarios formativos: aula, laboratorios y espacios asistenciales. Es producto de la revisión de fuentes de información científica actualizada y su finalidad es aportar a quienes participan en este importante proceso elementos que coadyuven a la formación de profesionales de enfermería competentes.

Palabras clave: Enseñanza clínica. Aprendizaje. Educación en enfermería. Escenarios formativos.

Abstract

Nursing practice has evolved from an isolated activity to a profession and, with its systematization, scientific foundation, and norms, its central purpose is to provide care for healthy or sick individuals by means of technical, educational, and information procedures, plus the management and handling of electro-medical equipment. Therefore, the process of teaching professionals in this discipline forms the special characteristics needed to achieve the conceptual, procedural, and attitudinal skills implied in learning to provide the necessary care directly related to the person being taken care of, in which the student applies and transforms the theoretical knowledge acquired in the classroom and the laboratory into practice by means of a methodology called clinical teaching.

In this article, the main concepts and some of the methodologies of clinical nursing education applied in the training scenarios are reviewed: classrooms, laboratories, and healthcare premises, as a result of the revision of up-to-date scientific information, in order to bring to those involved in this important process, elements that contribute to the training of competent nursing professionals. (Rev Mex Enf. 2015;3:6-10)

Corresponding autor: *Eugenia Ruiz-Dávila, eugenia1357@hotmail.com*

Key words: *Clinical teaching. Learning. Nursing education. Training scenario.*

Correspondencia:
*Eugenia Ruiz-Dávila
E-mail: eugenia1357@hotmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 17-09-2013
Fecha de aceptación: 13-02-2014

Introducción

La disciplina de la enfermería ha evolucionado a lo largo de su historia desde la consideración de actividad aislada a profesión; su objeto central es otorgar cuidados de enfermería[1], lo cual incluye la realización de procedimientos técnicos, educativos, de información, de gestión y de manejo de equipo electromédico, basándose en conocimientos científicos, humanistas y normativos. Por ello, el proceso formativo de estos profesionales presenta características particulares, en donde destaca la enseñanza clínica, que representa la relación vivencial de los estudiantes con los pacientes objeto de su cuidado y con el equipo de salud.

El presente artículo tiene como objetivo revisar los principales conceptos y metodologías de la enseñanza clínica de enfermería, y está dirigido al personal de las instituciones educativas y de salud, como documento de consulta y reflexión para apoyar la enseñanza de estos profesionales.

Con el fin de dimensionar la implicación del trabajo del personal de enfermería y, por consiguiente, el proceso de formación, es importante mencionar, desde el marco legal, la definición de cuidado de enfermería que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013: «acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas; incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, facilita la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar»[2].

Este concepto moderno, junto con el proceso de profesionalización de la enfermería, ha supuesto un importante avance legal en este siglo, junto con la exclusión de la categoría de enfermería de la Lista General de Salarios Mínimos Profesionales de diciembre de 2004 y el impulso, desde el año 2007, por parte de la Comisión Permanente de Enfermería, de la elaboración y emisión de Normas Oficiales Mexicanas para enfermería, de las cuales se han aprobado la NOM-022-SSA3-2012, que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en México, y la NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de la enfermería en el Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de regular la profesión de la enfermería en sus diferentes niveles de competencia y proteger a la población de prácticas riesgosas[3]. La trascendencia de esta regulación implica que los enfermeros y enfermeras cuenten con competencias disciplinares: conceptuales, procedimentales y actitudinales, poniendo de manifiesto que desde el primer sistema de formación profesional, con el modelo Nightingale, el proceso educativo se centra en la práctica, y se establece la fusión escuela-instituciones de salud, con rotación por los diferentes servicios y turnos, bajo la dirección de enfermeras expertas[4]. Desde el siglo XIX, este modelo, denominado enseñanza clínica, sigue vigente, y de él depende en gran medida el éxito de la tarea formativa, por ser el escenario real en donde se alcanza el desarrollo de habilidades cognitivas, técnicas y afectivas, aspecto vital para el futuro profesional.

La enseñanza clínica: concepto y escenarios

Dentro de la práctica clínica, el ambiente de aprendizaje se considera como una forma de organizar la enseñanza, con el empleo de tecnología y la creación de una situación educativa centrada en el estudiante que fomente su autoaprendizaje y el desarrollo de su pensamiento crítico y creativo, con reglas de comportamiento conocidas y aceptadas por ellos, de acuerdo con su estado de desarrollo cognitivo, social y moral[5].

Diversos artículos denominan con los mismos términos los lugares en donde se desarrolla la enseñanza y aprendizaje en enfermería. De acuerdo con Leo (2006), los escenarios son el aula, los laboratorios y los espacios hospitalarios[6]. Coinciden con lo señalado en la memoria del Congreso Internacional de Innovación Docente de la Universidad Politécnica de Cartagena[7] y lo expresado por Piña[8]. El concepto de aula se refiere a «aquel espacio donde se construye una pluralidad de saberes con sentido y significado cultural; se reconoce como espacio de producción y reproducción de contenidos ideológicos, culturales, relaciones sociales que lo crean y lo mantienen»[6].

El escenario virtual o laboratorio de prácticas clínicas es un medio integrado que hace posible una interacción y un ritmo de aprendizaje individual, y permite generar de forma casi real las situaciones apropiadas en las que el estudiante participa activamente. Las simulaciones aceleran o reafirman los procesos importantes, haciéndolos más explícitos, para su mejor comprensión y la actuación sobre ellos. En este espacio de práctica clínica, después de impartir la teoría, el docente desarrolla la técnica apoyada en el manual de procedimientos que los estudiantes previamente han adquirido, leído y comprendido en el aula.

El escenario real se refiere a la práctica que realizan los estudiantes en las unidades asistenciales, en donde se articula la teoría con la práctica de manera integral y continua, con un enfoque interdisciplinario, de modo que se favorece la socialización de los conocimientos en los diferentes ámbitos profesionales de la enfermería. Este proceso dialéctico surge del contacto permanente con el fenómeno salud-enfermedad, mediante su problematización[6].

En la enseñanza de enfermería, se aplica el concepto que Díaz y Hernández, en 2010, retoman de Wenger (2001), quien destaca que el aprendizaje implica la construcción de significados como el «aprender a hacer» a través de la práctica, la generación de identidad y la afiliación a una determinada comunidad, y se afirma: «Hoy en día se espera que los profesores privilegien estrategias didácticas que conduzcan a sus estudiantes a la adquisición de habilidades cognitivas de alto nivel, a la interiorización razonada de valores y actitudes, a la apropiación y puesta en práctica de aprendizajes complejos, resultado de su participación activa en ambientes educativos experienciales y situados en contextos reales»[9].

Metodologías de enseñanza clínica

Diferentes referencias coinciden en señalar que en la formación de profesionales de enfermería el 40-50% de créditos son de práctica clínica y las metodologías de enseñanza mayor recomendadas que refuerzan la vivencia son el aprendizaje basado en problemas (ABP), la práctica basada en la evidencia (PBE), el estudio de casos, la simulación clínica, la tutorización y la supervisión clínica, que se describen a continuación.

El ABP tiene como paradigma educativo el uso de actividades alrededor de una situación-problema, con la finalidad de que el estudiante aprenda a buscar, a analizar, a utilizar la información y a integrar el conocimiento. Este método pone de relieve que el estudiante «aprende a aprender», lo que le permite autoformarse durante su vida profesional[10].

Así mismo, con el ABP se reconstruye el conocimiento para que el estudiante pueda desarrollar habilidades de comunicación, de expresión oral y de pensamiento crítico para formular propuestas de cuidado de enfermería. Actualmente, la adopción de esta metodología permite un aprendizaje participativo que promueve la reflexión, la construcción permanente de conocimiento y la formación de estudiantes críticos, con habilidades y competencias para el desempeño profesional.

La PBE, de acuerdo con Acevedo, es aquella práctica que se sustenta en resultados de investigación que pretenden mejorar la calidad de vida y ser aplicados en la atención sanitaria. Se trata del uso concienzudo, explícito y crítico de la información derivada de la teoría basada en la investigación, para tomar decisiones sobre la administración de cuidado en consideración con las necesidades y preferencias individuales[11]. Esta metodología es relativamente nueva para la disciplina, ya que se retoma a partir de 1996, como herencia de la medicina basada en la evidencia, descrita por primera vez por Sackett[12].

Se considera simulación clínica a la recreación de un escenario ideado para experimentar «la representación de un acontecimiento real con la finalidad de practicar, aprender, evaluar, probar o adquirir conocimientos de sistemas o actuaciones humanas». En esta metodología interaccionan conocimientos, habilidades y factores humanos para lograr que el estudiante desarrolle un conjunto de destrezas que le posibiliten alcanzar modos de actuación superiores, y se le ofrece la oportunidad de realizar una práctica análoga a la que desarrollará en la realidad asistencial. También se ha definido como «cualquier actividad docente que utilice la ayuda de simuladores con el fin de estimular y favorecer el aprendizaje simulando en lo posible un escenario clínico más o menos complejo»[13].

Dentro de los apoyos a la práctica, a finales de la década de 1960 se introdujeron los primeros maniquíes de simulación en educación médica, con un modelo a tamaño real diseñado para el entrenamiento en cardiología, y en la de 1990 se desarrollaron con mayor auge los simuladores a escala real con maniquíes que contaban con funciones muy parecidas a la realidad y permitían desarrollar numerosos escenarios clínicos[13,14]. En estos momentos el aprendizaje comienza con una experiencia: «la persona experimenta un acontecimiento», y tras la experiencia se reflexiona sobre lo acontecido: etapas del proceso, errores cometidos, plantearse si se podría haber actuado de otra manera. Esta reflexión desemboca en una generalización: conclusión o explicación de la situación previamente vivida o reflexionada. Tras esta generalización llega la aplicación: se establece mentalmente la secuencia de acciones a raíz de la compresión de la actividad y posteriormente se vuelve a experimentar, con las modificaciones oportunas.

En un artículo sobre la simulación en la educación médica se indica que el desarrollo de la simulación clínica

moderna tiene apenas medio siglo de evolución y es posible discernir la influencia de cuatro fuerzas:

- Desarrollo de la bioética desde la Declaración de Helsinki, en 1964, que protegía a los individuos como sujetos de experimentación, hasta la actualidad, en que la atención se ha enfocado en los derechos de los pacientes.
- Desarrollo de la educación médica, con mayores exigencias para asegurar su calidad y con el cambio desde el paradigma basado en la duración temporal de los procesos a uno centrado en la demostración de competencias objetivables.
- Preocupación creciente por la seguridad de los pacientes como sujetos pasivos en los procesos de educación clínica.
- Desarrollo tecnológico en computación, electrónica, nuevos materiales, háptica y realidad virtual[15].

Dentro de las diferentes alternativas de simulación utilizada en la clínica, de acuerdo con la clasificación descrita por Ziv, et al.[16], podemos distinguir cinco categorías:

- Simuladores de uso específico y de baja tecnología *(part task trainers)*: son modelos diseñados para replicar sólo una parte del organismo y del ambiente (por ejemplo, un brazo para punción venosa o una cabeza para intubación traqueal), lo cual sólo permite el desarrollo de habilidades psicomotoras básicas.
- Pacientes simulados o estandarizados: se trata de actores entrenados para actuar como pacientes. Se recurre a ellos para el entrenamiento y evaluación de habilidades en la obtención de la historia clínica, la realización del examen físico y la comunicación.
- Simuladores virtuales en pantalla: son programas computacionales que permiten simular diversas situaciones, en áreas como la fisiología, la farmacología o los problemas clínicos, e interactuar con los estudiantes. Su principal objetivo es entrenar y evaluar los conocimientos y la toma de decisiones. Una ventaja de estos simuladores es que permiten el trabajo de varios estudiantes a la vez (trabajo en equipo).
- Simuladores de tareas complejas: mediante el uso de modelos y dispositivos electrónicos, computacionales y mecánicos, de alta fidelidad visual, auditiva y táctil, se logra una representación tridimensional de un espacio anatómico. Frecuentemente dichos modelos generados por computadores se combinan con *part task trainers*, que permiten la interacción física con el ambiente virtual. Usados para el entrenamiento de tareas complejas, permiten desarrollar habilidades manuales y de orientación tridimensional, adquirir conocimientos teóricos y mejorar la toma de decisiones.
- Simuladores de pacientes completos: se trata de maniquíes de tamaño real manejados computacionalmente que simulan aspectos anatómicos y fisiológicos, y permiten desarrollar competencias en el manejo de situaciones clínicas complejas y en el trabajo en equipo.

Otro modelo pedagógico es la tutoría clínica, que articula teoría y práctica en la educación clínica, con un cambio del rol tradicional, en busca de una aproximación reflexiva de apoyo a los estudiantes, para explorar distintas alternativas en el manejo de problemas en la práctica. Algunos estudios señalan como antecedente de la tutoría, en su acepción educativa, un hecho sucedido en la antigua Grecia: Ulises, al partir hacia la Guerra de Troya, encomendó el cuidado y educación de su hijo Telémaco a su amigo Mentor; esta figura implica una relación de ayuda de alguien de mayor experiencia y formación y con la consideración de sabio[17,18] Un aspecto similar es el concepto de Paulo Freire, que dice que «enseñar no es transmitir conocimientos sino crear las posibilidades para su producción o construcción» (2005)[10], y se señala como parte de las funciones del tutor la integración de la teoría con la realidad asistencial, mediante el desarrollo de la reflexión y la capacidad crítica, la coordinación y comunicación con el resto de profesionales, y la orientación y evaluación durante las prácticas clínicas. Así, en un análisis de las denominaciones de la figura del tutor, para llegar a clarificar su etimología, se ha optado por el término genérico *developments interactions*, que engloba las diferentes acciones de estos profesionales e incluye los vocablos *coaching, mentoring, apprenticeship* y *action learning*[17]. En este sentido, se puede decir que tanto el *coaching* como el *mentoring* son procesos que ayudan al desarrollo y mejora de la representación de los cuidados del *staff*. En esta propuesta, la observación debe ser el abono principal de la reflexión y la acción para cualquier colectivo que aspire a la profesionalización[19], y se añade la propuesta de Habermas, quien considera el potencial de la actividad comunicadora en la dimensión práctica como una función de cambio en la praxis para incidir en la síntesis dialéctica entre la teoría y la práctica[20].

Un elemento que debe acompañar a los procesos es la supervisión clínica, que se convierte en un eje

nodal en la práctica saludable de la enfermería, y ha de incorporarse como «un proceso formal de apoyo y aprendizaje que permite al individuo desarrollar conocimientos y competencias, asumir responsabilidades de su práctica profesional, y que resalta la protección y seguridad del paciente en situaciones clínicas complejas»[20].

Conclusiones

El trabajo del personal de enfermería es el cuidado de un ser humano con derechos y aspiraciones, sin que haya posibilidad de ensayo y error, en el cuidado real; el estudiante es también otro ser humano que sueña con lograr su realización en esta importante profesión y debe ser formado a través de procesos eficientes y efectivos, en ambientes propios para el desarrollo de las habilidades, destrezas y valores que aseguren que, cuando concluya su plan de estudios, esté preparado para responder a las necesidades actuales y futuras objeto de su atención.

Es posible lograr un conocimiento del cuidado de enfermería que implique aprender «haciendo» siempre que se utilicen metodologías de enseñanza clínica diversas y las escuelas de enfermería cuenten con los recursos necesarios y sistematizados. En este artículo se esbozan varias propuestas que describen metodologías que pueden aplicarse para alcanzar las competencias procedimentales y actitudinales de la disciplina y reforzar las conceptuales; cabe resaltar que no son excluyentes, pero sí complementarias, y lo recomendable es que se seleccionen de acuerdo con la materia, los requerimientos de cada estudiante y los escenarios académicos.

Las experiencias registradas en diversos centros educativos han demostrado que el éxito de las diferentes metodologías se alcanza cuando se enlaza lo aprendido en el aula con lo aprendido primero en el laboratorio y después en los servicios asistenciales, y cuando existe una coordinación estrecha entre los docentes clínicos y el personal de las instituciones de salud.

Bibliografía

1. Secretaría de Salud. Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. 1.ª ed. México: Comisión Permanente de Enfermería; 2011.
2. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 Para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. México; 2013.
3. Andrade A, Jiménez J. Regulación de la práctica de enfermería por medio de normas oficiales. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2013;21(1):43.
4. Quesada C, Rubio S. La función docente y la enseñanza clínica de enfermería. Revista de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM. p. 92. [Internet] Disponible en: http://docenciaeneo.wikispaces.com/file/view/funcion+docente+y+ense%C3%B1anza+clinica.pdf. México. 1997.
5. Moreno MA, Prado EN, García DJ. Percepción de los estudiantes de enfermería sobre el ambiente de aprendizaje durante sus prácticas clínicas. Revista CUIDARTE Programa de Enfermería UDES. Durango, México; 2013. p. 445.
6. Leo V. Análisis situacional sobre la enseñanza-aprendizaje que reciben los alumnos de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México: Memoria de Congreso del Instituto de Estudios para la Paz y la Cooperación(IEPC); 2006.
7. Sanz PMA, Lucas GC. Escenarios de formación. La coordinación de prácticas curriculares de enfermería en el Hospital Universitario Rafael Méndez de Horca. Memorias del Congreso Internacional de Innovación Docente de la Universidad Politécnica de Cartagena. Julio de 2011.
8. Piña J. Proceso de iniciación de los alumnos de enfermería, en la formación de las competencias obstétricas. Revista Enfermería Universitaria. 2013;10(3):75-83. [Internet] Disponible en: www.revistas.unam.mx/index.php/rev/article/download/44818/40423.
9. Díaz F, Hernández G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. 3.ª ed. México: McGraw Hill; 2010.
10. Pedraz A. Impacto del aprendizaje basado en problemas en la formación práctico-clínica de los estudiantes de enfermería. Nure Investigación. 2005; 19(05).
11. Acevedo FN. Construcción metodológica para la enseñanza de la disciplina de enfermería: aspectos históricos y reflexiones. Revista Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2009;11(1):61-2. [Internet] Disponible en: www.redalyc.org.
12. Eterovic DC, Stiepovich BJ. Enfermería basada en la evidencia y formación profesional. Revista Ciencia y Enfermería. 2010;XVI(3):9-14. [Internet] Disponible en: www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n3/art_02.pdf.
13. Juguera L, Díaz JL, Pérez ML, Leal C, Rojo A, Echeverría P. La simulación Clínica como herramienta pedagógica. Percepción de los alumnos de grado de enfermería en la UCAM. Revista Enfermería Global. 2014.
14. Corvetto M, Bravo MP, Montaña R, et al. [Simulation in medical education: a synopsis]. Rev MedChil. 2013;141(1):70-9.
15. Ziv A, Root WP, Small SD, Glick S. Simulation-based medical education: an ethical imperative. Simul Healthc. 2006 Winter;1(4):252-6.
16. Hidalgo JL, Cárdenas M, Rodríguez S. El tutor clínico. Una mirada de los estudiantes de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. Revista Enfermería Universitaria. 2013;10(3):92-7.
17. Solano MC, Siles J. La figura del tutor en el proceso de prácticas en el grado de Enfermería. Revista Index Enferm. 2013;22(4).
18. Lassis J. Donald Schön: una práctica profesional reflexiva en la universidad. Compás empresarial. 2011;3(5).
19. Molina AM. La tutoría, una estrategia para mejorar la calidad de la educación superior. Universidades, Jul-dic. No. 028 UDUAL. D.F. México. 2004.
20. Zupiria X, Eizmendi I. Tutorización de prácticas clínicas en estudiantes de enfermería en grupos de supervisión de prácticas. UNIVEST 08. Girona, juny 2008.

www.incmnsz.mx PERMANYER Rev Mex Enf. 2015;3:11-6

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA ARTÍCULO ORIGINAL

Factores psicosociales de las condiciones de trabajo del profesional de enfermería y su relación con sus padecimientos de salud

L.G. López-López[1]*, S. Arroyo-Lucas[1], M. Martínez-Becerril[2], A. Jiménez-Méndez[3], M.P. Nájera-Ortiz[4], R.M. Estrada-Oros[1] y P. Domínguez-Sánchez[1]

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

Resumen

Introducción: El trabajo no sólo es el medio de supervivencia económico de las familias, sino también la expresión intelectual, profesional y cultural de las personas que lo ejercen. Debido a la variedad de tipos de trabajo, de instrumentos, de actividades propias del ser humano y de la misma organización, los trabajadores se ven expuestos a riesgos y exigencias que repercuten en su salud, aspectos propios de las condiciones en que desarrollan su actividad. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgos de las condiciones del trabajo que se asocian a los padecimientos más presentados por un grupo de enfermeras asistenciales. **Material y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado con una muestra de 42 enfermeras asistenciales. La información se recolectó a través de la encuesta del Programa de Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores (PROESSAT). **Resultados:** El principal riesgo al que están expuestas las enfermeras es el ruido. Las exigencias que presentan con más frecuencia son las siguientes: mucha concentración para no accidentarse y adoptar posturas forzadas para la espalda o la cintura. Los daños a la salud asociados son los trastornos psicosomáticos (86%) y musculoesqueléticos (74%). **Conclusiones:** Los riesgos y exigencias derivados de las condiciones de trabajo de las enfermeras asistenciales se asocian a trastornos psicosomáticos y musculoesqueléticos.

Palabras clave: Condiciones laborales. Factores psicosociales. Enfermería. Salud.

Abstract

Introduction: *Working is not only the means of economic survival of families, but the intellectual, professional and cultural expression of people who do this. Given the variety of job types, instruments, activities of the human being, and also of the organization, workers are exposed to risks and requirements affecting their own health conditions in which they operate.* **Objective:** *To identify risk factors for working conditions that are associated with many diseases presented in practicing nurses.* **Methods:** *Cross-sectional study of a sample of 42 clinical nurses; information was collected through the survey and Monitoring Assessment Program Health Workers.* **Results:** *The risk is primarily exposure to noise, and the demands that occur most often are great concentration to avoid accidents and awkward postures for back or waist; damage to health are associated with psychosomatic disorders (86%) and skeletal muscle (74%).* **Conclusions:** *Risks and requirements arising from the working conditions of practicing nurses are associated with psychosomatic disorders and skeletal muscle.* (Rev Mex Enf. 2015;3:11-6)

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

Key words: *Working conditions. Psychosocial factors. Nursing. Health.*

Correspondencia:
*Lizeth Guadalupe López-López
Vasco de Quiroga, 15
Col. Belisario Domínguez, Sección XVI, Del. Tlalpan
C.P. 14080, Ciudad de México, México
E-mail: lizy_50@yahoo.com.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 03-12-2013
Fecha de aceptación: 27-02-2014

Introducción

El trabajo es una actividad fundamental para la supervivencia básica e integral de las personas, por la riqueza, el bienestar, la identidad social positiva en la expresión intelectual, profesional y cultural de quienes lo ejercen. Sin embargo, por la utilización de sus elementos y sus condiciones, el trabajo genera también un riesgo perjudicial para las personas. En este sentido, las condiciones laborales se entienden como el conjunto de factores del trabajo (de infraestructura, ambientales y organizativos) que influyen en el bienestar físico y mental de los trabajadores. Estos factores pueden impactar en la salud de los trabajadores de manera negativa, con el desarrollo de enfermedades laborales relacionadas con padecimientos físicos y psicológicos[1].

En México la investigación sobre la salud laboral y los factores psicosociales ha tenido altos y bajos, y, aunque no es un tema de actualidad, el número de publicaciones y proyectos relacionados con el tema ha crecido y su difusión ha sido un poco más amplia. En los subregistros del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de 2013 se menciona que por cada 10,000 trabajadores se reportaron 5,688 incapacidades por enfermedades laborales, entre las cuales destacaron las hipoacusias y las lesiones de tipo musculoesquelético, como las dorsopatías, y se presentaron con mayor prevalencia en los grupos de edad comprendida entre los 20 y los 29 años y con una antigüedad laboral de 1-4 años[2]. No se ha logrado detectar este tipo de reportes que aportan luz en el camino en estudios relacionados con el personal de enfermería en México de instituciones gubernamentales como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el IMSS, la Secretaría de Salud (SSA), la Secretaría de Marina y PEMEX, entre otras.

Las investigaciones recientes siguen confirmando que los procesos de trabajo que tienen que ver con la organización y los mecanismos psicosociales incluidos en la actividad laboral influyen en diversos indicadores de salud, como el síndrome de Burnout, la salud mental, los trastornos psicosomáticos, la fatiga patológica, el estrés, la carga mental, los trastornos del sueño e incluso el *mobbing*[3]. Existen avances en países como Colombia, en donde se desarrollan trabajos para generar conocimiento y prevención de los factores psicosociales en el trabajo, así como el estrés que éstos generan y su impacto en la salud.

Aun cuando se puede decir que cualquier trabajador está sometido a demandas internas (personales) o externas (laborales) que reclaman respuestas que se ven manifestadas en situaciones de estrés, hoy en día se sabe que el estrés es la respuesta fisiológica favorable de un sistema autorregulable ante una alarma general[4]. Sin embargo, ante el estrés crónico o sostenido, cuando la persona intenta adaptarse a las situaciones, estímulos o demandas que lo rodean sin lograr un equilibrio y, por lo tanto, sintiéndose incapaz de superarlos, se presenta una respuesta fisiológica, psicológica o del comportamiento no esperada, así como sentimientos de angustia y malestar, por lo que se dice que padece distrés o estrés negativo.

El distrés, o estrés negativo, puede afectar a diversas áreas de la vida de una persona, y una de las que se ve más comprometida es la de la salud y la percepción de la misma, por la producción de un aumento general de la respuesta fisiológica del organismo. Niveles altos de distrés constituyen un factor de riesgo para la salud, y en algunos casos también puede funcionar como un factor de mantenimiento de una enfermedad física o psicológica[5].

En particular, el profesional de enfermería es el grupo más vulnerable para presentar este tipo de estrés y los padecimientos de salud relacionados más frecuentes, particularmente los musculoesqueléticos y los psicosomáticos[6,7]. Este tipo de enfermedad no queda aislado en la persona, sino que tiene diferentes formas de manifestación, que pueden traducirse en actitudes desfavorables para la organización, resistencia a los cambios, absentismo, huelgas, abandono del puesto de trabajo, del empleo, movilidad de un puesto a otro o jubilación anticipada, entre otros, situaciones que generan serias complicaciones en la calidad y seguridad de la atención a los usuarios y grandes costos económicos para las instituciones[8] y las personas.

El objetivo de la presente investigación fue identificar los riesgos, exigencias y dimensiones psicosociales (exigencias psicológicas, trabajo activo y posibilidades de desarrollo, inseguridad, apoyo social y calidad de liderazgo, doble presencia y estima) derivados de las condiciones del trabajo, así como los padecimientos de salud más presentados por el personal de enfermería de un instituto de tercer nivel de atención de la Ciudad de México.

Esta investigación pretende contribuir como evidencia a la realización de futuros estudios para el desarrollo de modelos, metodologías e instrumentos para la evaluación de los factores psicosociales del trabajo del profesional de enfermería y su consecuente inclusión en los programas de prevención e intervención en el área de la salud en el trabajo.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con 42 enfermeras adscritas al área de hospitalización de medicina interna de los turnos matutino, vespertino y nocturno de una institución de tercer nivel de atención que accedieron a contestar el cuestionario.

La recolección de datos se realizó mediante dos instrumentos cualitativos y semicuantitativos en base a una encuesta autocontestada de 130 ítems que determinó los riesgos y exigencias derivados de las condiciones de trabajo, así como el riesgo de la actividad por las dimensiones psicosociales.

El primer instrumento, el Programa de Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores (PROESSAT), validado en la población mexicana trabajadora con un α de Cronbach de 0.89, consta de cinco apartados[9], pero para esta investigación solamente se utilizaron tres: datos demográficos, actividades personales y trabajo asalariado.

El segundo instrumento, la versión 8.0 del ERGO del Instituto Biomecánico de Valencia (IBV), consta de cinco módulos, pero solamente se utilizó el módulo de factores psicosociales, que permite evaluar los riesgos psicosociales asociados al trabajo. Contempla seis grandes grupos de dimensiones psicosociales: exigencias psicológicas, trabajo activo y posibilidades de desarrollo, inseguridad, apoyo social y calidad de liderazgo, doble presencia y estima.

Se realizó una visita de reconocimiento y, mediante la observación, se pudo establecer el proceso de trabajo, descrito por etapas o actividades, que realizaban las enfermeras desde el inicio del flujo hasta que concluía la jornada laboral.

Posteriormente, gracias al apoyo y facilidades de las autoridades de enfermería, se coordinó la aplicación de la encuesta en los tres turnos antes mencionados.

Las enfermeras llenaron la encuesta durante su jornada de trabajo, en el tiempo que ocupaban para el registro clínico en las hojas de enfermería, y tardaron unos 20 minutos aproximadamente.

La aplicación de la encuesta se realizó durante la tercera semana del mes de noviembre de 2013.

La información obtenida se contrastó, mediante un análisis con estadística descriptiva, con frecuencias simples, con el objetivo de conocer los riesgos y exigencias de las condiciones de trabajo, así como el riesgo por dimensiones psicosociales y su relación con los padecimientos de salud más presentados por este grupo de profesionales.

Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales de la población de enfermeras asistenciales

Variable	n	%
Edad		
Menos de 30 años	3	7.1
De 30 a 40 años	12	29.0
De 41 a 50 años	14	33.0
Más de 50 años	8	12.0
Total	42	100
Escolaridad		
Carrera técnica	17	40
Carrera técnica más postécnico o posgrado	2	5
Licenciatura	22	52
Maestría	1	3
Total	42	100
Antigüedad en el instituto		
Hasta 1 año	10	24
De 1 a 5 años	10	24
De 6 a 10 años	4	9
De 11 a 15 años	18	43
Total	42	100
Antigüedad en el puesto		
De 1 a 3 años	22	52
De 4 a 7 años	13	31
Más de 7 años	7	17
Total	42	100

Resultados

Características de la población

El promedio de edad de las enfermeras fue de 36 años, con una desviación estándar de 9.5. Respecto al nivel de estudios, prevaleció el de licenciatura: 52%; el 40% tenían un nivel técnico; el 5%, un grado de postécnico, y sólo el 3% estaban cursando la maestría. La antigüedad en el instituto fue de 11 años de media y en promedio las enfermeras tenían una antigüedad en el área de hospitalización de cuatro años (Tabla 1).

Perfil general de riesgos

En este grupo de enfermeras los principales riesgos derivan de los factores ambientales laborales, como la exposición al ruido, que genera daños en la audición (se presentó en el 64% de las enfermeras), los cambios bruscos de temperatura (57%), la falta de ventilación (45%), los problemas de deslumbramiento por una iluminación excesiva (31%) y la falta de iluminación en algunas áreas en las que laboran (26%).

Perfil general de exigencias

Respecto a las principales exigencias a las que están expuestas las enfermeras, el 90% mencionan que deben de tener mucha concentración en sus actividades para no accidentarse, el 78% presentan un alto porcentaje de movimientos de fuerza en la espalda o la cintura y el 69% refieren realizar posturas forzadas para desarrollar sus actividades.

Las exigencias de realizar actividades que pueden generar un daño en la salud y un estricto control de calidad se presentan en el 74%; las relacionadas con el cansancio y la fatiga, en el 50% (rotación de turnos y trabajo nocturno) y trabajar en un espacio reducido, en el 50%.

Tabla 2. Perfil general de daños a la salud de las enfermeras de un instituto de salud de la Ciudad de México

Daños a la salud	Casos	Tasa*
Trastornos psicosomáticos	36	86
Trastornos musculoesqueléticos	31	74
Enfermedad irritativa de los ojos	21	50
Fatiga	16	38
Trastornos mentales	13	31
Problemas de audición	7	17

*Tasas de morbilidad por cada 100 trabajadoras.

Perfil general de daños a la salud

En el conjunto de enfermeras estudiadas la tasa general de trastornos psicosomáticos fue del 86%, es decir, 86 de cada 100 trabajadoras presentaron trastornos psicosomáticos; 74 de cada 100 presentaron trastornos musculoesqueléticos (del cuello, de los miembros superiores e inferiores y lumbalgia); el 50%, enfermedad irritativa de los ojos (una de cada dos enfermeras presentó este padecimiento); cerca del 40%, fatiga; una tercera parte, trastornos mentales, y, finalmente, 17 de cada 100, problemas de audición (Tabla 2).

Riesgos por factores psicosociales

En la tabla 3 se presentan los resultados según el orden de aparición. El primer renglón de cada una de las dimensiones se refiere a las enfermeras que

Tabla 3. Riesgo de las tareas por dimensiones psicosociales de las enfermeras asistenciales*

Dimensiones psicosociales	Frecuencia (n = 60)	%	Nivel de exposición social
Exigencias psicológicas (hay más trabajo del que se puede realizar en el tiempo asignado)	41 1	98% 2%	Muy desfavorable Favorable
Trabajo activo y posibilidades de desarrollo (no puede tomar decisiones ni tiene autonomía respecto a sus actividades, tiempo de trabajo y pausas; no puede aplicar sus habilidades y conocimientos ni aprender cosas nuevas)	25 17	60% 40%	Muy desfavorable Favorable
Inseguridad (posibilidades de despido de la empresa, cambios no deseados de la jornada, del salario o de la movilidad funcional en contra de su voluntad)	39 3	93% 7%	Muy desfavorable Favorable
Apoyo social y calidad de liderazgo (no cuenta con información necesaria y a tiempo para realizar bien sus actividades; no tiene un grado de autonomía ni un ambiente socialmente adecuado)	30 12	71% 29%	Muy desfavorable Favorable
Doble presencia (exigencias laborales y del ámbito familiar y doméstico)†	34 5	81% 19%	Muy desfavorable Favorable
Estima (poco o nulo reconocimiento de los superiores e incluso recibir un trato poco digno)	37 5	88% 12%	Muy desfavorable Favorable

*Las dimensiones psicosociales permiten identificar y medir la exposición en el trabajo de una determinada tarea o puesto de trabajo o para poner de manifiesto los problemas en el conjunto del centro de trabajo. En la tercera columna se presenta, en primer lugar, el porcentaje de trabajadoras que consideraron la dimensión como muy desfavorable y, en segundo lugar, el de trabajadoras que la consideraron favorable.
†No incluye a tres enfermeras, porque no cumplen la condición.
Adaptado de ERGO/IBV informe colectivo factores psicosociales, enfermeras asistenciales 2013.

consideraron muy desfavorable la condición mencionada y en el segundo renglón se incluye el conjunto de trabajadoras que consideraron favorable la misma condición.

Las exigencias psicológicas se refieren a la relación entre la cantidad de volumen de trabajo y el tiempo disponible para realizarlo, es decir, esas exigencias se presentan cuando hay más trabajo del que se puede realizar en el tiempo asignado. El 98% de las enfermeras perciben este aspecto como muy desfavorable y el 2%, como favorable.

La siguiente dimensión incorpora el trabajo activo y las posibilidades de desarrollo: el 60% de las trabajadoras los ven como muy desfavorables y el 40%, como favorables. Esta dimensión se relaciona con la posibilidad que tiene la enfermera de tomar decisiones y presentar autonomía en sus actividades.

Respecto al apartado de inseguridad, el 93% lo ven muy desfavorable y el 7% como favorable, es decir, que la gran mayoría de trabajadoras tienen un sentimiento de inseguridad, a pesar de que cerca del 80% de ellas son trabajadoras de base y casi el 50% tienen hasta cinco años de antigüedad.

La siguiente dimensión psicológica es la de apoyo social y calidad del liderazgo. El 71% la ven como desfavorable. Se refiere a que las trabajadoras no disponen de la información necesaria y no tienen un grado de autonomía en las acciones que desempeñan ni el ambiente es socialmente adecuado.

La doble presencia se refiere a la exposición de las trabajadoras a exigencias de diferente naturaleza, es decir, exigencias laborales y exigencias derivadas del ámbito familiar y doméstico. El 81% ven esta dimensión como desfavorable y el 19%, como favorable, ya que no presentan esta condición.

El 88% de las trabajadoras presentan una estima muy desfavorable. Esta dimensión se relaciona con el poco o nulo reconocimiento de los superiores e incluso con no recibir apoyo o un trato digno.

Discusión

En este apartado se discuten los principales resultados sobre la percepción de las condiciones de trabajo del grupo de enfermeras, los principales riesgos y exigencias percibidas, así como los problemas de salud más presentados.

Se trata de una población trabajadora joven, con un promedio de edad de 36 años, con una desviación estándar de 4. El promedio de años de antigüedad en el instituto es de 11 años. El 52% de las enfermeras encuestadas tienen estudios de nivel de licenciatura y el 50%, hasta cinco años de antigüedad, lo cual puede estar repercutiendo en la inseguridad que muestran ante las posibilidades de despido de la institución, los cambios no deseados de la jornada o el salario o la movilidad funcional en contra de su voluntad.

Al analizar la relación entre las áreas y los turnos de trabajo no se encontraron diferencias significativas ni epidemiológicas. En el conjunto de la población se presentó un alto porcentaje de riesgos y exigencias a los que están expuestas las enfermeras y su relación con la presencia de trastornos psicosomáticos, musculoesqueléticos y enfermedad irritativa de los ojos.

Debido a las características del proceso laboral, las enfermeras se encuentran expuestas a determinados riesgos, principalmente el ruido, que es un sonido no deseado, y esa indeseabilidad se convierte con frecuencia en una cuestión psicológica (dependiendo de las características de la persona, la valoración de indeseabilidad puede ser muy diferente). El ruido se considera una de las molestias ambientales más incomodas, aun cuando en las instituciones de salud de manera general no se presentan niveles altos de ruido. No es necesario que se presente esta condición para que una persona se vea afectada; lo que sí puede influir es el ruido ambiental hospitalario que se deriva del sonido de las bombas de infusión, los timbres y las ruedas de los carros de usos múltiples, que, junto con la exigencia, puede afectar a la concentración, la comunicación oral o la capacidad de realizar tareas complejas por producir estrés.

La aparición en la población estudiada de un 70% de trastornos musculoesqueléticos de cuello y miembros superiores e inferiores y lumbalgia, y del 86% de daños a la salud relacionados con trastornos psicosomáticos se puede relacionar con el estrés al que se ven sometidas las enfermeras por diversos factores, como la exposición al ruido, la gran concentración para no accidentarse, la percepción de sus actividades como generadoras de daño para su propia salud, la fatiga y una supervisión con un estricto control de calidad en la gestión de los cuidados, exigencias relacionadas con las características disergonómicas del trabajo, tales como realizar movimientos de fuerza en la espalda o la cintura y adoptar posturas forzadas para realizar sus actividades. A todo ello se pueden sumar las exigencias relacionadas, como la duración de la jornada, la rotación de turnos y el trabajo nocturno, que se relacionan con cansancio y fatiga en

más de la tercera parte de la población estudiada. Al respecto, está documentado que los riesgos psicosociales afectan a la salud; a corto plazo, ello se manifiesta en estrés (incluye diversos aspectos de la salud física, mental y social), y a largo plazo la exposición puede provocar alteraciones cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, dermatológicas, musculoesqueléticas y mentales[10].

Respecto al 98% de enfermeras que consideran su trabajo desfavorable porque hay más trabajo del que pueden realizar, este aspecto se puede relacionar con las necesidades humanas que no pueden ser programadas y contrastan con las exigencias administrativas institucionales: las enfermeras se ven limitadas por el ritmo del proceso de la atención que brindan, en el sentido de que no pueden decidir cuándo tomarse un descanso o hacer una breve pausa al margen de su tiempo de alimentación, si es que lo tienen[11].

La doble presencia (exigencias laborales y exigencias del ámbito familiar y doméstico) en el 81% de la población, la alta concentración para no accidentarse en el 90% y el 74% que refieren un estricto control de calidad podrían ser la causa de que haya un 50% de personal que refiere cansancio y fatiga.

Es importante comentar que la investigación se llevó a cabo en un contexto social y laboral en que las autoridades de enfermería habían empezado la implementación de un modelo de gestión que promueve la supervisión humana basándose en plataformas pedagógicas y de administración que propician el desarrollo humano de los integrantes de la organización. Por ello sería interesante realizar en un futuro el seguimiento de los riesgos psicosociales para conocer los cambios presentados y contrastar los resultados relacionados con los riesgos, exigencias y daños a la salud más presentados en las trabajadoras, considerando que desde la nueva propuesta los esfuerzos se dirigen a favorecer el desarrollo del ser humano de forma individual y colectiva.

Conclusiones

Es importante mantener una observación constante de las condiciones laborales de las profesionales de enfermería, debido a las carencias estructurales derivadas de los recortes presupuestales en salud a nivel nacional, aspecto que puede sugerir un mayor riesgo de enfermedad. Sin embargo, de manera paralela, considerando que una de las estrategias se orienta a mantener la calidad y seguridad en la atención del paciente, sería importante realizar un análisis de los mecanismos de supervisión para hacerlos menos estrictos, ya que éste es uno de los principales problemas que mencionan las trabajadoras.

Las mejoras ergonómicas repercuten directamente en la seguridad, salud y bienestar de las enfermeras y las propias instituciones de salud, con la creación de ambientes «óptimos de trabajo», la disminución del ausentismo no programado y el aumento de la calidad y rendimiento del servicio. Sería interesante realizar un estudio ergonómico y de riesgos psicosociales periódicamente que permitiera decidir acciones de intervención o prevención específicas, promoviendo la participación de las mismas enfermeras y demás integrantes de la organización en la elaboración de propuestas.

Los resultados de este estudio no se pueden considerar *a priori* contundentes, debido a que no se realizó un análisis bivariado en que se controlaran las variables que pudieran estar interfiriendo en el distrés y la posible enfermedad del profesional de enfermería.

Bibliografía

1. Schnall P, Dobson M, Rosskam E. Trabajo no saludable: causas, consecuencias, curas. Colombia: Ediciones Uniandes; 2011.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social (2012). Base de Riesgos de Trabajo 2013. Memoria estadística. México: DPM/División de Información en Salud y Coordinación de Salud en el Trabajo (CST); 2013. [Internet] Disponible en: www.facmed.unam.mx/deptos/salud/.../spivst/.../Estadist_IMSS_2012ST.xls.
3. Pulido M, Noriega M. Condiciones objetivas y subjetivas de trabajo y trastornos psicofísicos. Cad Saude Publica, Rio de Janeiro. 2003;19(1):269-77.
4. Joseph P, De Gortari P. El estrés y sus efectos en el metabolismo y el aprendizaje. Biotecnologia V14 CS3.indd 65-76.
5. Comín E, De la Fuente I, Gracia A. El estrés y el riesgo para la salud. España: Maz Departamento de Prevención. p. 28-35.
6. Juárez A. Factores psicosociales, estrés y salud en distintas ocupaciones: un estudio exploratorio. Investigación en Salud. 2007;IX(1):57-64.
7. López L, Jiménez M, Arroyo S, et al. La organización laboral y su impacto en la salud de las enfermeras jefes de servicio. Rev Mex Enf. 2013;1:21-7.
8. Cabrera CE, Ruiz L, Gonzalez G, Vega MG, Valadez I. Efecto de una intervención psicoeducativa para disminuir el síndrome de Bornout en el personal de confianza de la Comisión Federal de Electricidad. Revista Salud Mental Mex. 2009;31:215-21.
9. Barrientos-Gutiérrez T, Martínez-Alcántara S, Méndez-Ramírez I. [Construct validity, reliability, and cutoff point of the Subjective Symptoms of Fatigue Test in Mexican workers]. Salud Publica Mex. 2004;46(6):516-23.
10. Generalitat de Catalunya, Departamento de Trabajo, Dirección General de Relaciones Laborales. Manual para la identificación y evaluación de riesgos laborales: identificación y evaluación de riesgos psicosociales. Versión 3.1. Barcelona; 2006. p. 155-82.
11. Douillet P, Aptel M. Prevención de los trastornos musculoesqueléticos: hacia un planteamiento global. Revista de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. 3, 4-7.

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA ARTÍCULO DE REVISIÓN

Ruptura epistemológica y construcción de nuevos paradigmas en enfermería

S.R. León-Hernández*

Unidad de apoyo a la Investigación, Instituto Nacional de Rehabilitación, Ciudad de México, México

Resumen

Actualmente la enfermería se encuentra en una transición paradigmática; evidencia de ello es la cantidad de teorías, modelos conceptuales, operativos y técnicas que se formulan y muestran que el colectivo de enfermería está en un momento de efervescencia a nivel internacional, al mismo tiempo que se analizan con fervor las condiciones y características del personal que se dedica a esta actividad. Sin embargo, no se han aplicado a la práctica. Entonces ¿qué modelo es el que se aplica? Los resultados de la investigación empírica hacen pensar en una dinámica externa que el proceso mismo de profesionalización no ha madurado por completo; la mayoría de las enfermeras continúan basándose en un modelo técnico que implica la subordinación y obstaculiza el pensamiento crítico, es decir, no se ha dado la mutación misma.

En este sentido, en la dinámica interna la profesionalización no sólo se reduce a un aspecto de trabajo como tal, sino que se trata de un metaparadigma con un poder político económico de la fuerza social para hacerse oír y obtener el respeto de quienes tienen el poder e influye en la toma de decisiones técnicas que afectan o favorecen el sistema educativo de enfermería, la asignación de recursos económicos, el marco legal para la práctica, las condiciones de trabajo y los aspectos socioeconómicos de las enfermeras.

Palabras clave: Profesionalización. Enfermería. Modelos de enfermería.

Abstract

Nursing currently is in paradigmatic transition. This is evidenced by the number of theories, conceptual models, ways of working, and techniques where the international field of nursing is in turmoil, while they earnestly analyze the conditions and characteristics of staff involved within this activity. Nevertheless, these conditions have not been applied in practice. So, which model is being applied? The results of empirical research suggest two dynamics; the external one, which avoids the process of professionalization maturing completely, so that most of the nursing continues to be based on a technical model that involves subordination and hinders critical thinking; that is to say, the change itself has not taken place.

In this sense, the internal dynamics of professionalization not only is reduced to one aspect of labor as such, but also to a meta-economic paradigm with a political power of social forces to be heard and be respected by those who have the power to make technical decisions, which affect or favor the nursing education system, the allocation of economic resources, the legal framework for practice, working conditions, and the socio-economic aspects of nurses (Rev Mex Enf. 2015;3:17-25)

Corresponding autor: *Saúl Renán León-Hernández, sleon@inr.gob.mx*

Key words: *Professional. Nursing. Nursing models.*

Correspondencia:
*Saúl Renán León-Hernández
E-mail: sleon@inr.gob.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 22-10-2013
Fecha de aceptación: 18-01-2014

Dinámica externa

Como escribió Torralba, el personal de enfermería se encuentra actualmente en un proceso de mutación paradigmática, sin haber logrado aún –cabe agregar– la mutación misma. Si se toma como referente la cantidad de escritos sobre el tema publicados en los últimos 10 años, especialmente ensayos y artículos de revisión, el colectivo de enfermería está en un momento de efervescencia a nivel internacional, exponiendo teorías, modelos conceptuales, operativos, métodos y técnicas a raudales, al mismo tiempo que se analizan con fervor las condiciones y características del personal que se dedica a esta actividad, que, en primera instancia, pugna por que sea considerada profesional, por oposición tanto al personal técnico y auxiliar de enfermería como a las simples ocupaciones u oficios no especializados[1].

Sin embargo, como evidencia de que la mutación no se ha producido, dentro de los muchos problemas que se formulan, hay uno fundamental: la señalada inoperancia práctica de los múltiples modelos teóricos y conceptuales. Recuérdense al respecto las dificultades para aplicar el modelo del hombre unitario de Rogers que identificó la investigación empírica temprana en EE.UU.

En la misma línea, en 2002 Carvalho reportó que el modelo de cuidado transpersonal de Jean Watson fue difícil de aplicar en lesionados medulares parapléjicos[2] y Varez-Peláez en 2008[3,4] documentó, en un contexto hospitalario, que sólo el 48% del personal de enfermería pudo reconocer un modelo concreto de los varios que se les expuso y que el modelo de necesidades humanas de Henderson fue el que mayoritariamente reconoció el personal, mientras que sólo el 7.4% reconoció explícitamente el de Peplau. En otros casos se ha explorado el conocimiento que poseen las enfermeras sobre los llamados metaparadigmas y el grado en el que perciben si el cuidado es humanizado en la práctica. Araya-Cloutier y Ortiz-Salgado destacan, por su parte, que la mayoría de enfermeras entrevistadas reconocen el concepto de paradigma de la transformación, pero no entienden sus fundamentos[5].

Se han realizado relativamente pocos estudios empíricos al respecto, ya sea con metodología cualitativa o cuantitativa, pero los ensayos y artículos de revisión en que se exponen las características de los modelos y las teorías en las que se basan son abundantes, y la mayoría concluye con cierto pesar que dichos modelos no se aplican en la práctica.

Entonces ¿qué modelo es el que se aplica? Los resultados de la investigación empírica hacen pensar que, debido a que el proceso mismo de profesionalización no ha madurado por completo, la mayoría de las enfermeras continúan basándose en un modelo esencialmente técnico, sin poder aún referirse a un cuerpo teórico que justifique las decisiones referentes a los fines, ya que «en la aplicación de las técnicas los fines ya están decididos, lo que implica la subordinación del técnico a las órdenes del verdadero profesional»[6]. Si aceptamos el concepto de T.S. Khun de que un paradigma es una constelación de conceptos, valores, percepciones y práctica compartidos por una comunidad, que conforman una particular visión de la realidad, que, a su vez, es la base del modo en que dicha comunidad se organiza, resulta evidente que, en términos generales, la enfermería sigue anclada en el paradigma de la enfermería técnica subordinada al modelo médico hegemónico.

Seamos claros: que no hayan logrado construir un modelo de enfermería que se convierta en paradigma no quiere decir que no hayan realizado rupturas epistemológicas con el modelo médico hegemónico, éste sí paradigmático. Al contrario, precisamente porque han realizado y realizan rupturas epistemológicas con el modelo médico hegemónico se encuentran en un proceso de mutación paradigmática. ¿En qué aspectos podemos visibilizar dichas rupturas epistemológicas y por qué ha sido tan complicada la construcción/adopción de un nuevo paradigma?

De acuerdo con mi experiencia personal como docente, asesor de investigación empírica en enfermería y en el ámbito del trabajo hospitalario, donde mejor se han observado las complicaciones de una nueva práctica ha sido en el intento de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), por lo que en este sentido sabemos que el personal de enfermería no elabora planes de cuidado. Según la compilación de Marriner, ha llamado mucho la atención el caso de Oscar, relatado por Lorraine Hagar en el primer capítulo de la mencionada compilación, porque revela de manera concreta y cruda el verdadero problema del desfase entre los modelos de enfermería y su aplicación práctica, y a la vez visibiliza las rupturas epistemológicas con el modelo médico hegemónico.

El caso *grosso modo* es el siguiente: Oscar es un niño de cuatro años de edad que llega al hospital con una fractura de fémur. Víctima de un maltrato infantil severo por parte de sus padres biológicos, había pasado a ser hijo adoptivo de otra familia, para la cual se había convertido en un dolor de cabeza, como

ocurriría con el personal de enfermería que lo empezaría a cuidar en el hospital. Los cuidados sobre la fractura no presentan dificultad alguna desde el punto de vista técnico, pero la conducta de Oscar es casi imposible de manejar: accesos de ira, desconfianza, repulsa al contacto físico, retraimiento, llanto, rechazo a la alimentación y, en general, a los cuidados. Lorraine pone en juego varias estrategias que, según el modelo de Jean Watson, se clasificarían como destinadas a satisfacer necesidades de orden superior (psicosociales, intrapersonales e interpersonales). Lorraine se gana la confianza de Oscar y las cosas empiezan a marchar bien tanto para el niño como para el personal de enfermería. Sin embargo, Lorraine sólo está de paso en el servicio, y cuando se marcha las cosas empeoran. ¿Qué ha sucedido? Lo evidente: el niño ha dejado de ser cuidado integralmente. El personal de enfermería aduce, entre otros motivos, falta de tiempo y capacitación para dar a Oscar el cuidado que necesita. La conclusión de Lorraine es ejemplar y vale la pena citarla textualmente: «Sin embargo, a pesar de que mi plan de atención falló al no poder mantener la continuidad y similitud necesarias para cubrir los propósitos del cuidado…, aun así, esto no significa que el proceso de enfermería esté destinado a fallar en un piso hospitalario muy atareado»[7].

Carvalho, en su estudio empírico acerca de las dificultades para aplicar el modelo de Jean Watson en el ámbito hospitalario, identifica dos factores fundamentales: el modo de organización hospitalaria, por un lado, y el tipo de formación del personal de enfermería, por otro. Cabe hacer notar que el caso de Oscar sucedió en un hospital de Canadá, mientras que el estudio de Carvalho se realizó en Brasil, el de Varez-Peláez en España y el de Araya-Cloutier en Costa Rica, pero es fácil deducir que lo mismo podríamos encontrar actualmente en México.

Desde la década de 1980 el personal de enfermería se ha enfrascado en analizar tanto el contexto de la práctica como las características de las enfermeras: han puesto énfasis en la sociología de la profesión, pero no en los aspectos intrínsecos de la misma. Sin embargo, vale la pena subrayar que durante la misma época se estaban consolidando los modelos norteamericanos sustentados en la teoría de sistemas, las corrientes estructurales-funcionalistas y el psicologismo de la época; tales modelos corresponden a los clasificados por Fitzpatrick (1989) y por Fawcet (1995) antes que por Kéroauc (1996)[8,9] dentro del paradigma de la transformación (Parse, Neuman, Rogers, Watson, Newman, entre otros), modelos estos últimos que, a la postre, tuvieron mayor difusión que los primeros, que se fueron relegando. Basta con analizar el discurso de los primeros para entender por qué se fueron relegando. Véase el caso de Garzón Alarcón, que expuso claramente en 1988: para cambiar la profesión no basta con el análisis crítico de la dinámica interna sin considerar el de la dinámica externa. La profesionalización, escribió al respecto, «no puede reducirse a un solo aspecto del trabajo como tal vez se ha comprendido, por ejemplo definir un marco teórico o conceptual o desarrollar teorías, paradigmas o metaparadigmas». ¿Qué otros aspectos se debían considerar? Las relaciones de poder, señaló Garzón, para luego cuestionarse si en realidad la enfermería había adquirido el suficiente poder político y económico y la fuerza social necesaria «para hacerse oír y obtener el respeto de quienes tienen el poder político e influyen en la toma de decisiones técnicas que afectan o favorecen el sistema educativo de enfermería, la asignación de recursos económicos, el marco legal para la práctica, las condiciones de trabajo y los aspectos socioeconómicos de las enfermeras»[10]. Los análisis que tratan de equilibrar los estudios de los problemas relacionados con la dinámica interna y la externa, como el citado de Garzón Alarcón, se han puesto entre paréntesis desde la década de 1990 hasta la actualidad, sin que hayan desaparecido por completo. Elizondo Ramírez, por ejemplo, en un trabajo muy reciente, advierte de que el problema del poder político y económico no se debe relegar a cualquier intento de la enfermería de emanciparse de los viejos paradigmas sociales y epistemológicos. Otros autores opinan de manera más reactiva que analítica contra las consecuencia de la tecnologización e ironizan planteando que la enfermería y el paradigma de la transformación apenas «podrían ser un espacio novedoso, pero doméstico»[11]. Menos reactivos son análisis como el del manejo de la tecnología y su influencia en el cuidado de enfermería. Analicemos tres posturas distintas interpretativas de un mismo fenómeno: el avance de la enfermería visto desde el propio gremio; por supuesto, tales posturas no son las únicas, pero bastan para poner de relieve la pluralidad de visiones que bullen en su seno, lo cual, a fin de cuentas, es un avance indudable si se compara con la situación de homogeneidad que prevalecía hasta los albores del siglo XIX[12].

La enfermería ha experimentado un formidable avance desde mediados de la década de 1930 hasta la actualidad, pero dicho avance no ha sido lineal ni unívoco. En las décadas de 1970 y 1980, al menos en

México, destacaron grupos cuya tendencia hacia una ruptura epistemológica con los modelos teóricos basados en la teoría de los sistemas, estructurales-funcionalistas y psicologistas era palpable tanto en sus escritos como en sus acciones políticas y organizativas. ¿Hacia dónde apuntaba la ruptura epistemológica de entonces? Hacia el cuestionamiento del poder político y económico en su relación con el desarrollo del conocimiento y las prácticas correspondientes. El intento de ruptura era consecuente desde el punto de vista teórico, ya que, desde su postura, la organización hospitalaria del modelo médico hegemónico no podía favorecer el desarrollo de otros modelos que no le fueran funcionales a la medida, pero, a su vez, dicho modelo médico constituía la forma organizativa *ad hoc* para el modelo de organización socioeconómica y política sustentado en la lógica de acumular y acumular capital por encima de todas las cosas y a costa de lo que fuera. ¿Cómo puede ser el hombre el centro de preocupación de todas las ciencias en un modo de producción en el que, antes que nada, es percibido como un objeto de comercio, explotación y consumo? Tal era el tipo de pregunta fundamental sobre el que giraba el intento de ruptura epistemológica de algunos grupos de enfermería durante las décadas de 1970 y 1980. Es decir, entonces la crítica a la dinámica externa a la profesión era la más importante para un grupo. Por otro lado, un poco a la espera de la llegada de tiempos mejores, había grupos interesados en el desarrollo de la dinámica interna, que enarbolaban la bandera del PAE e intentaban rescatar los modelos de cuidado clásicos (Orem, Rogers, Sor Callista Roy, King, Peplau, Henderson, Watson), pero la investigación empírica ha mostrado que ninguno ha podido ser aplicado cabalmente en la práctica hospitalaria actual y, por tanto, es incorrecto etiquetarlos como paradigmas.

Dinámica interna

¿Hasta qué punto el aparente fracaso práctico de los modelos de cuidado de enfermería depende de la dinámica externa y en qué medida de la interna? Puesto que ya hemos expuesto algunos aspectos básicos del papel de la dinámica externa, profundicemos ahora un poco en el de la dinámica interna.

Notemos que Garzón no descalificaba la importancia de la dinámica interna, sino que hacía hincapié en que la ruptura no podría darse reduciendo el análisis crítico a la necesidad de contar con un marco teórico o conceptual o desarrollar teorías, paradigmas o metaparadigmas» que ayudasen a precisar el cuerpo científico y técnico y la metodología de trabajo del profesional de enfermería. Al respecto, no se perciben graves fallas internas de orden teórico en, por ejemplo, los modelos de Peplau, Jean Watson o Rogers; en realidad, cada uno es consecuente con sus premisas, con las que podemos estar o no de acuerdo. Sin embargo, no se piensa que tales modelos puedan encontrarse en el concepto de paradigmas de la integración. Sería demasiado extenso para los propósitos de este breve escrito desmenuzar cada uno de los modelos. No obstante, dado que todos coinciden en que el objeto de estudio central que define a la profesión es el cuidado, quiero referirme a él de manera específica para articular, a partir de ahí, el discurso con los otros conceptos fundadores (persona, entorno, enfermería) a efectos de puntualizar en qué aspectos podemos observar las rupturas epistemológicas realizadas por la enfermería.

La distinción entre *cure* y *care* de los anglosajones (por ejemplo, a través de la organización de los servicios de salud en EE.UU. como *medicure* y *medicare*) plasma mejor que el español la distinción entre *curar* y *cuidar*, es decir, entre llevar a cabo acciones para restaurar la salud perdida de un sujeto (sanación) y efectuar acciones para que el sujeto pueda llegar a esa restauración. La raíz latina del verbo *cuidar* (*cogitare*, 'pensar') apoya el juicio siguiente: la curación está comprendida en el proceso del cuidado, y no al revés. Originalmente, *cogitare* estaba relacionado con pensar, ser prudente y razonar o aplicar el raciocinio al realizar alguna actividad mental. Razonar es un verbo solidario al acto de «reunir cosas u objetos» del modo como lo hacen los roedores, cuya raíz precisamente es *ratio*. La *ratio* entonces reúne reflexivamente lo disperso y le da un sentido y un significado[13].

Que un ser humano dispense cuidados a otro es una de las actividades más primitivas que existen. Y todo empieza con el nacimiento de un miembro de la especie que, dadas sus características de ser neoténico, neuroendocrinamente inmaduro y por tanto altricial, necesita cuidados prolongados, principalmente de la madre, que debe pensar o razonar sobre cómo reunir todos los elementos necesarios para el desarrollo y crecimiento del hijo, de acuerdo con el potencial con que evolutivamente la naturaleza lo ha dotado. No es casual que al mismo tiempo originalmente la mayéutica aristotélica se refiriera al acto de hacer que la educación fuera el arte de lograr que un sujeto en formación (en desarrollo) pariera o diera a luz nuevos conocimientos y que la palabra *pedagogía*

haya tenido como raíces *desarrollar* y *enderezar*, raíces todas ellas que encontramos ligadas al concepto de niño, como *pediatría*, por supuesto.

Todo esto viene a cuento porque no es necesario rascar mucho en el conocimiento acumulado para destacar la primordial importancia que en nuestra especie ha tenido el cuidado; primariamente para lograr el desarrollo y crecimiento del hijo en todas las esferas de «ser» humano.

Aunque en ausencia de una madre cualquiera puede tomar su lugar como cuidador primario, no estoy seguro de que la sustitución pueda garantizar el pleno desarrollo de las estructuras neuroendocrinas, que, de acuerdo con los nuevos descubrimientos que las neurociencias de la ética nos están brindando, el cuidado materno tiende a garantizar.

Ahora bien, el grado de desarrollo físico y emocional del bebé dependerá de la cantidad y calidad de las interacciones (de apego) entre el cuidador primario y el bebé.

Durante la primera infancia y dependiendo del estado de desarrollo que haya logrado el cerebro en las primeras semanas y meses de vida, no sólo por la presencia o ausencia de la debida cantidad y calidad de alimento, la relación del niño con el cuidador primario lo preparará para interactuar con los objetos del entorno cada vez con mayor autonomía e independencia, a través de un *self* fuerte e integrado. Ser autónomo significa actuar de acuerdo con el propio yo, sentirse libre y volitivo en las acciones; las personas autónomas quieren hacer plenamente lo que están haciendo y asumen su actividad con un sentido de interés y compromiso. Sus acciones emanan de su sentido verdadero del yo, de modo que son auténticas. En cambio, estar controlado significa actuar porque uno está presionado; la conducta no es la expresión del yo, pues éste ha sido subyugado a los controles. En esta condición, las personas pueden ser descritas como alienadas.

En relación con el apego, Bowlby describió sus hallazgos empíricos diciendo que aproximadamente en el 66% de los casos se observa un apego seguro que se manifiesta con conductas de ansiedad ante la separación del niño de su cuidador primario, ansiedad que se alivia rápidamente con el reencuentro, después del cual el niño sigue explorando su entorno inmediato. En el 20% la separación provoca poca ansiedad y el reencuentro con el cuidador no produce interés en el niño, que primordialmente dirige su acción a los objetos del entorno. En el 10% la separación genera una gran ansiedad que no se logra disminuir con el reencuentro. Y en el resto de casos (por fortuna, los menos) el reencuentro provoca desorientación y conductas desorganizadas. Vale la pena subrayar que en la mayoría de los casos en que se manifiesta un apego desorganizado/desorientado existen antecedentes de un severo maltrato infantil por parte del cuidador primario, que, a su vez, revela antecedentes de haber sufrido un severo maltrato en su infancia; es decir, que las consecuencias del maltrato infantil son transgeneracionales[14]. En estos últimos niños, con ayuda de la resonancia magnética funcional, se ha verificado un menor desarrollo de las áreas neuronales que hemos señalado anteriormente y, al mismo tiempo, estos niños se caracterizan por un *self* débil y poco integrado o, digamos, por un gran vacío interior o espiritual[15].

Si al recordar a Oscar, el niño cuidado por Lorraine, está usted pensando en un caso de apego desorganizado/desorientado, está en lo correcto. Lorraine lo describe así: «Al personal de enfermería le pareció que Oscar era física y mentalmente inmaduro para su edad. No hablaba de forma comprensible y su desarrollo era el de un niño de uno o dos años de edad. Al principio se le diagnosticó como autista; sin embargo, después se reconoció que la privación materna era la causa de su conducta». Mientras Lorraine hizo el esfuerzo personal de tratar como «ser» humano al pequeño Oscar y le dedicó tiempo, todo marchó bien. Lorraine apeló a Freud y a Erikson para tratar de comprender el problema del niño, aunque lamentablemente no acudió a los profesionales de psicología para realizar un trabajo inter y multidisciplinario. Cualquier supervisora habría felicitado a la enfermera y habría aprovechado la oportunidad para discutir el caso en el servicio con propósitos de investigación y enseñanza.

El gran interrogante es por qué Lorraine se preocupó por el pequeño Oscar y las demás enfermeras no lo hicieron. ¿Depende únicamente de cómo habían internalizado los valores una y otras? Para tratar de contestar comprensivamente, veamos otros hallazgos empíricos de las neurociencias de la ética. El fin del desarrollo del córtex prefrontal durante la relación de apego madre-hijo es lograr la integración del resto de las áreas de la sustancia gris que se hipertrofian estructural y funcionalmente para captar y procesar las señales del bebé. Esta área se correlaciona con la capacidad reflexiva del cuidador, entendiéndose como la capacidad adulta de procesar la experiencia intersubjetiva e interpersonal, siendo capaz de pensar sobre las emociones y su relación con el comportamiento. Esta capacidad permite a los padres acceder flexible y coherentemente a las emociones y

memorias relevantes de las propias experiencias de apego tempranas, y asimismo proveer una base segura a los propios hijos. Es posible entenderla como la capacidad de mentalizar las propias experiencias de apego tempranas. Se puede determinar a través de la entrevista de desarrollo parental y el *mind-mindedness* (mente-metalizante): capacidad de la madre de distinguir entre sus estados afectivos dirigidos a las necesidades físicas y emocionales del bebé y los estados afectivos propios del bebé[16].

En mi opinión, la conductas relatadas por Lorraine mientras cuidaba al pequeño Oscar encajan perfectamente con el desarrollo de la función reflexiva; por ello pudo distinguir claramente entre sus estados afectivos como enfermera dirigidos a las necesidades físicas y emocionales de Oscar y los propios estados afectivos del niño, que identificaba como algo separado. Dicha separación fue básica para plantearse el objetivo de buscar el desarrollo tanto de la autonomía del niño como de ella misma como enfermera.

Podría aventurar (por deducción) que Lorraine era una enfermera descendiente de una madre o un cuidador primario que le había proporcionado un apego seguro y probablemente el resto del personal no tuviera la misma suerte. Ésta sería la historia transgeneracional del cuidador que a su vez ha sido cuidado. Pero es evidente que el sustrato neuronal es una condición necesaria, pero no suficiente, ya que, como hemos visto, en las madres que sufren depresión posparto o que han sufrido maltrato infantil el proceso no se desarrolla adecuadamente, y todo ello está fuertemente asociado a las condiciones socioeconómicas en las que viven. Exactamente lo mismo podemos decir respecto a Lorraine: no fue suficiente que su capacidad reflexiva estuviera fuertemente desarrollada, simplemente la forma de organización hospitalaria no favoreció su potencial de enfermera al tratar de aplicar el PAE.

La actuación de Lorraine hubiese sido igual de efectiva (y paradójicamente a la vez hubiese fallado), si se hubiese apoyado en el modelo de los mal llamados paradigmas de la integración (Henderson o Peplau) o de la transformación (Watson o Rogers, por ejemplo), porque la clave del proceso se puso en marcha: puso todas las ciencias al servicio del «ser» humano o, dicho de otra manera, porque el ser humano devino el centro primordial e irrecusable del cuidado, y en este aparentemente simple aspecto todos los modelos de cuidado de enfermería mencionados coinciden. No quiero decir que todos los modelos de enfermería sean iguales y que no tengan matices, que, a través de la investigación empírica de su aplicación, deberían ser analizados con rigor científico. Sé que no faltará quien, debido a los prejuicios, me tache de sobregeneralizador e ignorante de la clasificación de los mal llamados paradigmas de enfermería de Fitzpatrick, Fawcet y Kéroauc.

Me maravillo al analizar las concepciones que sobre el ser humano aparecen en Orem, Rogers, Sor Callista, King, Peplau, Watson y hasta en Henderson, sobre todo sabiendo que se ubican en la primera mitad del siglo XIX, aunque algunas no maduraron hasta el XX. No puedo sostener lo mismo en relación con la medicina de la época, porque, en realidad, dichas concepciones se incubaron dentro de la psicología a partir de los aportes de Freud, Adler y Fromm, entre otros, que, en la mayoría de los casos, fueron retomados por las enfermeras de manera psicologizada. Las concepciones que han surgido en el seno de los modelos de enfermería, con sus matices sobre el ser humano y su cuidado, superan con mucho las del modelo médico hegemónico hospitalario, y, en este sentido, constituyen una ruptura epistemológica de primer orden. En realidad, Orem, Peplau, Doroty Johnson, Roy y Henderson llevaron a cabo una ruptura epistemológica con el modelo ambientalista del tipo de Florence Nighingale, pero los de Parse, Neuman, Rogers, Newman y Watson la realizaron respecto a los de Orem, Peplau, Doroty Johnson, Roy y Henderson.

Precisamente porque superan el modelo médico hegemónico hospitalario resulta difícil, complicado, laborioso e inoperante intentar llevarlos a la práctica y convertirlos en paradigmas. ¿No será que requieren también mayor preparación de las enfermeras, mejores métodos y técnicas para concretarlos? Sí, sin duda, puesto que ni los modelos ni los métodos o las técnicas se instauran de una vez y para siempre: todos son provisionales, son proyectos de trabajo. Una vez que rebasan el periodo de ciencia normal (del periodo de endurecimiento epistemológico) deberán ser revolucionados a través de alguna ruptura. Las rupturas de los conceptos centrales del modelo médico hegemónico que realizaron los modelos de enfermería fueron las que estimularon la imperiosa necesidad de alcanzar su profesionalización.

Dialéctica de las dinámicas externa e interna

Según Torralba, cuando se leen los escritos sobre teorías, paradigmas, filosofía, métodos científicos y técnicas elaborados por las enfermeras, en una buena parte de los casos se percibe que padecen un complejo

positivista[17]. Tal vez de manera inconsciente acudan con singular insistencia a la necesidad de apoyar todo planteamiento teórico y práctico en datos positivos en la más pura tradición cotidiana y, al mismo tiempo, muestran un desmesurado afán por lograr la uniformidad teórica y conceptual.

A mi juicio, así como la filosofía positiva de Comte respondió a la «filosofía negativa» de Rousseau y de Voltaire, el complejo positivista de enfermería constituye una reacción al aparente fracaso de la aplicación práctica de los modelos, en ocasiones, dicen, por ser muy abstractos (de ahí la gran preocupación por distinguir entre teorías de alto, mediano y bajo rango), o bien por ser muy variados, ante lo cual plantean explícitamente alcanzar una meta de uniformidad que permita lograr que todos los enfermeros y enfermeras utilicen un lenguaje estandarizado que oriente los cuidados, así como una misma concepción de la persona, la salud, el entorno y el rol del profesional. Todo ello sucede en una buena parte de los casos, no en todos, pero se trata de una población que se decide a exponer por escrito sus planteamientos, y no es posible saber por ahora si es o no representativa del universo de la enfermería. En la práctica cotidiana, como hemos visto a partir de los pocos estudios empíricos, se colige que la población de enfermería que aplica alguno de los modelos y el propio método del PAE es minoritaria. No obstante, cuando Varez-Peláez, et al. interrogaron si era necesario que el personal aplicara alguno de los modelos (sólo el 48% pudo reconocer alguno de los señalados), el 70% respondió afirmativamente, y de ellos el 44% opinó que el recomendable sería el de Henderson, pero el 63% afirmó que las hojas de registro de las actividades de enfermería prácticamente impedían aplicar cualquier modelo. Aunque el estudio se realizó en España, ya hemos visto que la situación se reproduce en otros países (o en otros entornos amplios, usando uno de sus conceptos fundadores). Por otra parte, resulta claro que al realizar el cuidado las enfermeras ponen en juego un marco de valores; veamos entonces otros aportes de la neurociencias de la ética alrededor de la pregunta de si las decisiones morales tienen un soporte neuronal específico.

La investigación empírica es sorprendente al respecto. A un grupo de personas se les preguntó sobre qué decisión tomarían al ver a alguien herido con una pierna sangrante a causa de un accidente automovilístico. Suponga que usted va en su auto, al que le acaba de poner un tapete que le ha costado 200 dólares, y sabe que éste se manchará irremediablemente si sube al herido en su auto para llevarlo de urgencia al hospital más cercano. El 90% de las personas dijeron que sería mezquino pensar en el tapete de 200 dólares si se podía salvar al herido. También se les preguntó si estarían dispuestos a donar 200 dólares para ayudar a un niño que se estuviera muriendo en un lejano país africano asegurándoles que no había forma de que el donativo fuera desviado de su destino: el 90% contestaron que quizá no harían el donativo. A través de una resonancia magnética funcional se observó que en el primer caso las áreas cerebrales que se encendían (la respuesta tardó 4-5 s en emitirse) correspondían al sistema límbico relacionado con las emociones; en el segundo caso (la respuesta tardó más de 5 s en emitirse) las áreas que se encendieron fueron las cinguladas anteriores relacionadas con el razonamiento[18]. La interpretación es que si un hecho está cerca de nosotros (el herido en la carretera), concordamos rápidamente y respondemos de manera emocional y si está lejos (el niño africano), respondemos de manera racional. En otro experimento se observó que cuando un evento es personal (se preguntó si para salvar de la muerte a cinco personas había que matar a otra de manera directa y la mayoría respondieron que personalmente no matarían a esta última para salvar a los otros cinco), se encienden las mismas áreas de las emociones y cuando es impersonal (se planteó que se podía salvar la vida de cinco personas de un tren descarrilado desviando éste con una palanca, pero al desviarlo se podía matar a un trabajador que estaba junto a la vía, y la mayoría respondió que desviaría el tren), se encienden las áreas relacionadas con el razonamiento. Evolutivamente el sistema límbico corresponde al arquicórtex y es muy probable que funcionara como una respuesta rápida ante los peligros inmediatos que amenazaban la supervivencia de los miembros de la especie; por eso se enciende y activa en situaciones que reclaman una cooperación inmediata y cercana entre los seres humanos, y se asocia con el valor del altruismo. En cambio, el área cingulada anterior corresponde al neocórtex, que analiza y relaciona variables asociadas con el conocimiento del entorno; por eso se enciende ante situaciones impersonales y lejanas. ¿Quiere decir todo esto que los valores morales ya están biológicamente predeterminados? No, de ninguna manera. Indica que evolutivamente tenemos un soporte biológico (cerebro/cuerpo) ineludible que nos dicta una gramática de la moral con la cual socialmente podemos construir múltiples lenguajes morales.

En su tesis de doctorado, Ranió Jofre investigó los patrones de los valores y actitudes profesionales de un grupo de enfermeras hospitalarias. En primer lugar, cabe mencionar que también en este hospital español el modelo que mejor había conocido el personal en la escuela era el de Henderson. Ranió Jofre clasificó los valores en siete grupos (altruismo, dignidad humana, estética, igualdad, libertad, justicia y verdad), asociados todos con sus actitudes correspondientes. De los siete valores, los que más se verificaron como guías en la práctica fueron el altruismo (actitudes: ayuda, compasión, compromiso y suplencia) y la dignidad humana (actitudes: humanidad, respeto, paciencia, escucha, privacidad y confidencialidad); los menos verificados fueron la libertad (actitudes: favorecer la independencia y la autonomía), la igualdad (actitudes: acercarse al otro, aceptarlo) y, de manera más lejana, la justicia y la verdad. Vale la pena destacar que el valor menos desarrollado en general, la libertad (actitudes: favorecer la independencia y la autonomía), fue el más representativo y desarrollado en las enfermeras dedicadas a la investigación. Por otra parte, la mayor parte de las enfermeras se declararon cristianas y, por supuesto, se identificaron con los valores de altruismo y dignidad humana[19].

No cuesta mucho trabajo entender que los valores más desarrollados que se verificaron como guías en la práctica del cuidado no sólo son totalmente aceptados en cualquier hospital del mundo occidental, sino que son estimulados con fervor, especialmente porque remiten a valores muy íntimos y personales, para los cuales se activa fundamentalmente el área del arquicórtex. En cambio, los valores de libertad, justicia y verdad, para los cuales se activan las áreas del neocórtex, son menos tolerados porque remiten a la relación del individuo con la sociedad. ¿Cómo se puede interpretar esto?

Desde mi perspectiva, la dinámica interna de la profesión reproduce fractalmente la dinámica externa de la sociedad. El paradigma que sostiene a las sociedades capitalistas neoliberales requiere en la práctica la oposición de los individualismos y las individuaciones; entiéndase por individualismo la prominencia de un yo orientado a satisfacer las propias necesidades, defendiéndose de la amenaza de una baja autoestima a través de la careta del altruismo y el humanismo (como acostumbran a hacer, verbigracia, las grandes empresas y los medios de comunicación, especialmente los televisivos, en donde todo altruismo genera ganancias y apacigua los remordimientos del alma, si es que los tienen); en cambio, individuación, como definió Jung, es el proceso por el cual se alcanza una autonomía del yo que permite no sólo aceptar al otro, sino también favorecer su independencia y autonomía como iguales, es decir, respetar su libertad y la responsabilidad con la que la use.

La individuación se forja desde la relación de apego seguro con el cuidador primario introyectándose los valores en el adiestramiento familiar temprano de acuerdo con los que predominen en la colectividad social. En la mayoría de los casos, sin embargo, el apego es seguro y el niño puede prescindir sin gran dificultad del cuidador primario durante periodos cada vez más largos para explorar lúdicamente el entorno. Conforme crece y madura neuroendocrinamente, aumenta el radio de acción y de experiencia continua con los objetos del entorno, y a medida que aprende a manipularlos, más satisfacción siente ante su propio poder, autonomía e independencia. Pero esta acción humana se desenvuelve en un marco de valores que toman la forma de reglas de navegación en un mundo social particular, reglas que se encarnan en la conducta que aprendemos para obtener satisfacción de las necesidades para el bienestar en el mundo. Si el aprendizaje de las reglas (valores) le permiten al individuo enfrentarse de manera autónoma y sin angustia a los objetos que le rodean para conocerlos y «transformarlos» (a efecto de satisfacer sus necesidades), ello genera un sentimiento de autoestima o autoevaluación y de empatía. «Como consecuencia –dice Becker–, una de las funciones primarias de cada cultura ha sido la de ofrecer a cada ser, en proceso de maduración de la personalidad, la posibilidad continua de estimarse»[20].

Para conocer y transformar el mundo que le rodea, el ser humano necesita madurar una personalidad (desarrollo del yo y de su vínculo social) sobre el sustrato orgánico (cuerpo/cerebro) producto de su evolución biológica, y dicha maduración sucede dentro de un entorno social complejo que ha tenido su propia evolución histórica. Siguiendo a Ernest Becker, diremos que ontológicamente la personalidad madura en la confluencia de tres elementos interdependientes: la percepción de uno mismo, la relación del sujeto con los objetos de su campo mental y perceptivo, y los valores que el sujeto aprende a darse a sí mismo y a dar a los objetos de su campo. Esta tríada de Becker también puede plantearse como otros tres elementos interdependientes en la formación y el desarrollo de la personalidad: los sentimientos, un conjunto de símbolos y un campo de pautas de conducta.

Toda relación con los objetos va acompañada no sólo de los significados simbólicos que se les otorgan, sino también de los sentimientos que despiertan en el sujeto y, por ende, de su autopercepción. Usemos una analogía para explicarlo: el amor es a la salud lo que el odio a la enfermedad; y la lucha entre el bien y el mal equivale a «bien-estar» y a «mal-estar» en el mundo con arreglo a un fin, para comprender la relatividad de los conceptos.

Sabemos, dice Becker, que nuestros esfuerzos por aprender en sociedad se convierten en palabras que toman formas definidas. Pero, en niveles muy sencillos de operación, aplicamos las palabras *amor* u *odio* a un objeto particular, si podemos comportarnos satisfactoriamente con éste, o no, y si aumenta o disminuye la percepción de nosotros mismos. Por ejemplo, si un hombre trata de establecer una relación «satisfactoria» con una mujer, pero carece de aptitudes conductuales o ha sido rechazado continuamente por ella, tenderá a definir la situación como «odiosa» para conservar algún tipo de percepción positiva de sí mismo, y si carece de una conducta adecuada, deberá inventar un modo simbólico de generar una percepción aceptable de sí mismo. Por el contrario, si la relación se concreta satisfactoriamente porque el hombre posee aptitudes conductuales y es aceptado por ella, el sujeto experimentará un sentimiento de valía y elevada autoestima, y tenderá a definir la situación como amorosa. En consecuencia, termina Becker, la disponibilidad de conductas satisfactorias para el individuo determina el tipo de referencia simbólica que usa en tanto ser primordialmente creador de significados, y a través de éstos se relacionará como trabajador con el mundo, principiando con los miembros de su familia.

Conclusiones

En mayor o menor medida los modelos de enfermería toman como punto de partida exactamente aquél en el que se quedó el revolucionario programa filosófico y científico de la Ilustración, y ello ha sido posible justamente porque el concepto fundador (cuidar) lo propició; en cambio, el concepto fundador de curar limita su desarrollo.

Sin duda alguna, los modelos de enfermería aún tienen limitaciones teóricas y de los métodos y técnicas específicas, que necesariamente habrán de desarrollarse con la reflexión teórica y la investigación empírica a medida que la enfermería vaya profundizando y extendiendo su proceso de profesionalización en lucha contra el personal de su propia área que no prevé profesionalizarse[21] y sobre todo con el de la profesión médica y su modelo hegemónico. Sin embargo, la profesionalización y una verdadera ruptura epistemológica y de paradigmas, como escribió Garzón, deben considerar las relaciones del poder político y económico y de la fuerza social necesaria para hacerse oír y obtener el respeto de quienes tienen el poder político e influyen en la toma de *decisiones* técnicas que afectan o favorecen el sistema educativo de enfermería, la asignación de recursos económicos, el marco legal para la práctica, las condiciones de trabajo y los aspectos socioeconómicos de las enfermeras.

Bibliografía

1. Martínez-González L, Olvera-Villanueva G. El paradigma de la transformación en el actuar de la enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2011;19:105-8.
2. Carvalho ZM de F. O. Cuidado de enfermagem com a pessoa paraplégica hospitalizada: estudo a luz da teoría de Jean Watson. Tese (duotorado en enfermagem). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza; 2002.
3. Varez-Peláez S, López-Parra M, Santos-Ruiz S, Abril-Sabater D. Perspectivas sobre modelos y teorías de enfermería en el ámbito de la nefrología. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2008;11:178-83.
4. López-Parra M, Santos-Ruiz S, Varez-Peláez S, et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. Enferm Clin. 2006;16:218-21.
5. Araya-Cloutier, Ortiz-Salgado A. Percepción del cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma. Enfermería en Costa Rica. 2010;31:21-5.
6. Hernández Martín F, del Gallego Lastra R, Alcaraz González S, González Ruiz JM. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. Cultura de los Cuidados. 1997;2:21-35.
7. Marriner A. El proceso de atención de enfermería. Un enfoque científico. 2.ª ed. México: El Manual Moderno; 1983.
8. Fitzpatrick JJ, Whall Al. Conceptual models of nursing: analysis and application. 4.ª ed. New Jersey: Prentice Hall; 2005.
9. Kéroauc S, Pepin J, Duchame F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 2002.
10. Garzón Alarcón N. La profesionalización en enfermería y su impacto social. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 1998;1:60-5.
11. Elizondo Ramírez NA, Quintana Zavala MO, Sahuenza Alvarado O, Valenzuela Suazo SV. El paradigma emancipatorio y su influencia sobre el desarrollo del conocimiento en enfermería. Enfermería Global. 2013;30:410-21.
12. Palacio-Ceña D. [Management of technology and its influence on nursing care]. Enferm Clin. 2007;17(3):146-51.
13. Olivé L, compilador. Racionalidad. Ensayos sobre la racionalidad en ética y política, ciencia y tecnología. México: Siglo XXI Editores; 1988.
14. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Developmental Psychology. 1992;28(5):759-75.
15. Escolano-Pérez E. [Maternal brain and its implications for the human development]. Rev Neurol. 2013;56(2):101-8.
16. Besoain C, Santelices MP. Transmisión intergeneracional del apego y función reflexiva materna: una revisión. Terapia Psicológica. 2009;1:113-8.
17. Torralba I, Roselló F. Enfermería en mutación paradigmática. [Internet] Disponible en: http://www.anesm.net/anesm/descargas/enfermeria%20trasnsformacion%20paradigmatica.pdf.
18. Cortina A. Neuroética: ¿las bases cerebrales de una ética universal con relevancia política? ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política. 2010;42:129-48.
19. Ranió Jofre A. Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Cataluña. Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Barcelona. 2005.
20. Becker E. La estructura del mal. Un ensayo sobre la unificación de la ciencia del hombre. 1.ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1980.
21. Butticé C. El campo ocupacional de la enfermería: «un espacio de lucha». Comunicaciones Científicas y Tecnológicas. Universidad Nacional del Nordeste. Argentina. 2005. Resumen S-022.

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA EXPERIENCIA CLÍNICA

Procedimiento de baño de regadera en camilla

G. Urincho-Pérez[1]*, L.C. Hernández-Jiménez[2], L. Vázquez-Santos[3], A. Avendaño-Peralta[4] y S.E. Sandoval-Pérez[5]

[1]Servicio de Urgencias; [2]Servicio de Traumatología; [3]Servicio de Traumatología. Instituto Nacional de Rehabilitación; [4]Servicio de Hemodinámica, Hospital General Naval de Alta Especialidad, Secretaría de Marina, Armada de México; [5]Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Ciudad de México, México

Resumen

La higiene forma parte de la práctica diaria, y su finalidad es evitar malos olores e infecciones, lograr el bienestar personal, proveer confort y vigilar la integridad cutánea. Los pacientes que presentan alguna alteración musculoesquelética, con fracturas en la pelvis, la cadera o el fémur, o polifracturados, ven interferidas sus actividades de la vida diaria, y en ellos resulta indispensable la realización del baño de regadera en camilla para poder satisfacer la necesidad de higiene; ahí radica la importancia del procedimiento. Hay que movilizar al paciente en bloque, para evitar complicaciones, y para ello se necesita una coordinación entre los profesionales de enfermería, los camilleros y el cuidador primario, que colabora en el procedimiento.

El objetivo del presente artículo es dar a conocer el procedimiento institucional del baño de regadera en camilla, para que figure en el manual de procedimientos de la institución y sirva como herramienta de consulta.

Palabras clave: Baño de regadera en camilla. Fracturas en pelvis, cadera, fémur y politraumatizados. Cuidador primario.

Abstract

Hygiene is part of a daily practice to prevent odors and infections, achieve personal well-being, provide comfort, and monitor skin integrity.

The importance of this procedure is that patients with alterations to skeletal muscle level, with fractures of the pelvis, hip, and femur and poly-fractures are restricted in their activities of daily life. A bath mat in the shower is indispensable to meet the need for hygiene, always taking care to immobilize the patient, with the intention of avoiding complications. For this, coordination between the triad of nurses and orderlies and the collaboration of the primary caregiver is needed.

From this perspective, the purpose of this article is to present the institutional procedure of bath shower stretcher to be included in the Procedures Manual of the institution and serve as a reference tool. (Rev Mex Enf. 2015;3:26-31)

Corresponding autor: *Gabriela Urincho Pérez, cuerinchogaby@yahoo.com.mx*

Key words: *Bath shower stretcher. Fracture. Pelvis. Hip. Femur. Poly traumatized. Primary caregiver.*

Correspondencia:
*Gabriela Urincho-Pérez
Av. México-Xochimilco, 289
Col. Arenal de Guadalupe, Del. Tlalpan
C.P. 14389, Ciudad de México, México
E-mail: cuerinchogaby@yahoo.com.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 25-09-2013
Fecha de aceptación: 15-06-2014

Introducción

Hablar de calidad y seguridad en la gestión del cuidado del paciente desde el enfoque profesional de la enfermería lleva implícito identificar aspectos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas o, en su defecto, en la experiencia clínica, que nos dirijan justo a la construcción de la evidencia basada en resultados.

Cuando se habla de seguridad en servicios como el de rehabilitación, se debe contemplar que un solo movimiento mal realizado puede producir un evento adverso en la realización de un cuidado; si se identifican los posibles riesgos, se pueden socializar los procedimientos que cuentan con éxito en la experiencia.

Desde esta perspectiva, se presenta el baño de regadera en camilla como parte de los cuidados cotidianos de enfermería al paciente hospitalizado. Durante este procedimiento se tiene un contacto directo con la piel, el órgano de mayor extensión del cuerpo humano, con una superficie aproximada de 2 m[1] y un peso de 3-4 kg[2], el 6% del peso corporal total. La piel es la primera barrera del cuerpo y se caracteriza por ser una estructura elástica y resistente, formada por tres capas: epidermis, dermis e hipodermis[1,3]. Sus funciones son: termorregulación, excreción, capacidad sensitiva, función secretora, metabólica y protección. Así, desde la importancia del buen funcionamiento, es necesario brindarle cuidados como la limpieza y lubricación diarias, para eliminar el exceso de grasa, sudor y células muertas, y estimular la circulación[4].

Estos aspectos de higiene personal se realizan de manera cotidiana en el proceso de autocuidado, pero los pacientes con fractura de pelvis, cadera o fémur y los polifracturados son totalmente dependientes para la realización de las actividades de la vida diaria, como la higiene personal. El baño de regadera en camilla es un procedimiento que proporciona la limpieza y lubricación de la piel de estos pacientes, desde la gestión del cuidado de enfermería.

En la elaboración de este procedimiento, se retomó el siguiente concepto: procedimiento que se realiza para proporcionar la limpieza corporal en una camilla de baño en regadera, mediante la aplicación de agua corriente y jabón al cuerpo de un individuo con déficit de movilidad[5].

El objetivo de este artículo es compartir el procedimiento y dejar una guía que sirva de referencia en un manual para favorecer la estandarización en los procesos de inducción y retroalimentación constante; en el propio baño de regadera en camilla, se trata de realizar un procedimiento con juicio crítico, favoreciendo los siguientes aspectos:

- Eliminación de las células muertas, las secreciones, el sudor y el polvo que se encuentran en la superficie corporal[6,7].
- Estimulación de la circulación por medio de la movilización y el masaje[8].
- Higiene, confort y comodidad[8].
- Observación de la integridad de la piel y el estado general[9,10].
- Promoción del autocuidado[11].
- Prevención de posibles complicaciones a nivel hemodinámico, como trombosis y hemorragias.

Todo ello siempre siguiendo los principios de respeto a la individualidad del paciente, al cuerpo[12] y el lenguaje, y teniendo como partida que estos aspectos caracterizan la experiencia individual de la vida social, como principio básico, necesario e inquebrantable. Aunque las instituciones de salud cuentan con procesos éticos y legales, existen procesos administrativos estructurados en donde las propuestas de salud deriven del equipo médico y paramédico, propuestas que no necesariamente respetan el derecho a escoger los procedimientos de acuerdo con las creencias del paciente. La propuesta es que cuando existan obstáculos en la realización de una actividad para satisfacer las necesidades institucionales, se produzca una comunicación honesta, clara y abierta, en donde se exponga el respeto que tenemos a la persona, sin recurrir al uso del poder o la autoridad para satisfacer las necesidades personales del cuidado.

Con respecto a los principios biológicos se considera que:

- El agua corriente elimina las impurezas y favorece la transpiración de la piel[1,12].
- La circulación de la sangre es estimulada por la fricción que produce el lavado y secado de la piel[13].
- El calor del cuerpo se pierde por convección o corrientes de aire[14,15].
- La tolerancia al calor o al frío es diferente en cada persona[16].
- El deslizamiento y el frotamiento del cuerpo suave, prolongado y ascendente por brazos y piernas aumentan el flujo venoso.
- El hueso da estructura y forma al cuerpo, y es su soporte principal[17].

Figura 1. *Módulo hidráulico para el baño en camilla.*

Figura 2. *Área física para el baño en camilla.*

Este procedimiento se recomienda en las siguientes situaciones:

- Pacientes con fracturas que requieren poca o nula movilidad ósea, por ejemplo en fracturas de pelvis, cadera, fémur y polifracturados[18].
- Usuarios con alteraciones en el equilibrio y la marcha[18].
- Individuos que por su situación clínica son totalmente dependientes y requieren ayuda del cuidador primario, el camillero y el personal de enfermería.

Es necesario poner énfasis en los casos en que se contraindica el baño de regadera en camilla:

- Alteración del estado de conciencia[19].
- Alguna enfermedad agregada, como alteración del patrón respiratorio e inestabilidad hemodinámica[20].
- Intolerancia al decúbito dorsal.

El material y el equipo que se requieren para este procedimiento son:

- Un baño acondicionado[21] con un sistema de desagüe para el baño de camilla, equipado con una manguera que se conecta directamente al drenaje, además de un panel de llaves con regulador de agua fría y caliente y una regadera móvil o de tipo teléfono (Fig. 1).
- Una camilla de baño con las siguientes características[21]: altura regulable, hidráulica, con un colchón blando con almohada impermeable y cubierta antimicótica, bastidor sólido resistente, dos barandales laterales movibles, cuatro llantas con freno (Fig. 2) y orificio para desagüe.
- Objetos personales para aseo[22,23]: jabón, champú, estropajo, rastrillo y toalla.
- Material hospitalario[23,24]: dos sábanas planas, una bata, un protector ahulado para férula o aparato de yeso y/o bolsa de plástico gruesa y cinta adhesiva ancha.

El personal que interviene en el procedimiento es el siguiente:

- Paciente.
- Cuidador primario.
- Licenciado en enfermería.
- Camillero.

Procedimiento[25]

- Evaluar el estado general del paciente.
- Favorecer antes del baño en camilla la micción y evacuación del paciente.
- Realizar una preparación psicológica del paciente, explicándole la técnica del procedimiento.
- Desconectar la bomba de infusión de la corriente eléctrica.
- Movilizar al paciente de la cama a la camilla para el baño (Fig. 4).
- Trasladar la camilla con el paciente al baño de regadera en camilla (Fig. 5).
- Realizar la preparación del ambiente, respetando la individualidad y seguridad del paciente, y evitando las corrientes de aire.
- Elevar la camilla a la altura que resulte más cómoda para realizar el procedimiento.
- Movilizar al paciente en bloque para retirar la ropa de cama y el camisón (Fig. 6).
- Colocar el protector ahulado en las férulas y/o fijadores externos, procurando un cierre hermético, y adherir bien la cinta adhesiva a la

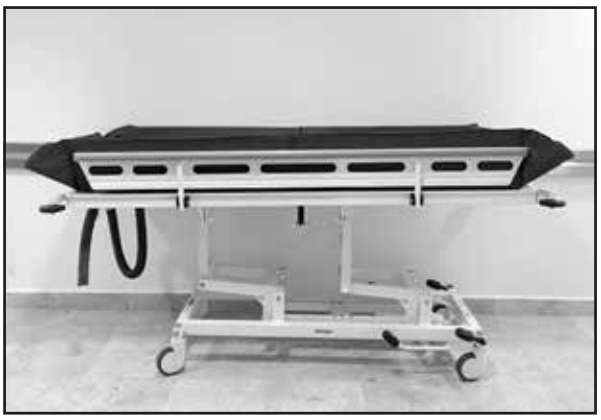

Figura 3. *Camilla para el baño.*

Figura 4. *Traslado del paciente desde la cama hasta la camilla de baño.*

Figura 5. *Traslado del paciente al baño de camilla.*

Figura 6. *Movilización en bloque para retirar la ropa de cama.*

piel para evitar que se humedezca la férula y/o fijador externo.
- Realizar la higiene bucal.
- Considerar las preferencias del paciente en cuanto a la forma de realizar el baño, la temperatura del agua, el tipo de jabón o champú.
- Orientar al cuidador primario sobre la utilización del sistema hidráulico (Fig. 7) y sobre cómo lavar, enjuagar, secar y cubrir cada una de las partes del cuerpo, iniciando por el cabello.
- Exponer sólo la parte que se está lavando.
- Regular la temperatura del agua.
- Proporcionar privacidad al paciente.
- Colocar la almohada ahulada por debajo de la cabeza y hombros del paciente.
- Limpiar los ojos, sin jabón, desde el ángulo interno hasta el externo.
- Lavar la frente, ambos lados de la cara, las orejas y el cuello.
- Continuar con el brazo distal iniciando por la muñeca hacia el hombro y terminando en la axila, de forma circular.
- Enjuagar y secar con movimientos circulares y firmes.
- Lavar las manos y limpiar las uñas.
- Observar el color de la mano y los lechos ungueales al secarlos.
- Enjabonar desde la base del cuello hasta debajo del abdomen.
- Enjuagar y secar el tórax, el abdomen; observar la respiración y la distensión abdominal. Hay que asegurarse de que los pliegues de la piel estén secos y limpios, en especial por debajo de las mamas y el ombligo. Después hay que cubrir al paciente hasta los hombros.
- Colocar la toalla sobre el tórax y el abdomen; dejar la sábana hasta la región suprapúbica.
- Descubrir los miembros inferiores, lavarlos mediante movimientos circulares, enjuagarlos y secarlos.
- Lavar y limpiar los pies y las uñas, y secarlos.
- Colocar al paciente en posición lateral para lavarle la espalda y los glúteos; secarlos con movimientos circulares.

Figura 7. *Orientación sobre la utilización del sistema hidráulico.*

Figura 8. *Traslado del paciente del baño en camilla a su cubículo.*

Figura 9. *Traslado del paciente desde la camilla del baño hasta su cama.*

Figura 10. *Paciente en su unidad.*

- Masajear la espalda con movimientos circulares.
- Regresar al paciente a decúbito dorsal.
- Lavar y secar la región genital; si el paciente puede hacerlo solo, hay que permitirle que lo haga.
- Lavar las manos del paciente, si ha realizado él mismo el lavado genital.
- Secar al paciente con una sábana.
- Secar la almohada y la camilla de baño.
- Retirar los protectores ahulados de las férulas y/o fijadores externos.
- Movilizar en bloque al paciente y dejarlo en decúbito lateral.
- Colocar una sábana debajo del paciente.
- Regresar en bloque al paciente a la posición de decúbito dorsal.
- Colocarle una bata limpia.
- Trasladar al paciente a su cama (Fig. 8).
- Tender la cama del paciente dejándola abierta para recibirlo.
- Realizar la movilización en bloque del paciente de la camilla de baño a su cama (Fig. 9).
- Retirar la sábana para traslado y colocar los protectores de cama.
- Orientar sobre el peinado, la lubricación de la piel, el desodorante y la colocación de medias de compresión.
- Dejar cómodo al paciente (Fig. 10).
- Dejar el equipo limpio y en orden.
- Lavarse las manos.
- Realizar las anotaciones correspondientes en el expediente clínico electrónico.

En la seguridad del cuidado se deben considerar y prevenir complicaciones como las caídas y la humedad de la herida quirúrgica, la férula y/o los fijadores externos, además de cumplir con las metas de seguridad internacional. Se debe programar el baño de manera que no interfiera en las actividades hospitalarias (por ejemplo, horario de alimentos, obtención

de muestras de laboratorio, realización de radiografías, tomografías). Hay que verificar la temperatura del agua para evitar quemaduras o hipotermias; no hay que dejar mucho tiempo el jabón sobre la piel, y no se debe interrumpir el baño para proveerse material.

Conclusiones

Hablar de calidad y seguridad en la gestión del cuidado es considerar la construcción de evidencia basada en resultados. Para ello es importante comenzar con una cultura de la lectura y escritura de este tipo de procedimientos, cuyo impacto no se ha documentado, con el fin de generar una reflexión sobre la importancia del baño y el trabajo en equipo en la movilización del paciente con fractura de pelvis, cadera o fémur o polifracturado.

En este mismo sentido, es importante subrayar que la gestión del cuidado, aun cuando pareciera un proceso de rutina, en lo que en la actualidad significa ser profesional, lleva implícito un juicio crítico, sustentado en el conocimiento en la enfermedad, así como un marco de valores, ética, aspectos legales, administrativos y de respeto al ser humano en su cosmovisión.

Bibliografía

1. Reyes E. Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. México, D.F.: El Manual Moderno; 2009. p. 627.
2. Leal C, Carrasco J, Giménez M, et al. Fundamentos de enfermería: cuidados básicos centrados en las necesidades de la persona. Murcia: Editorial DM Diego Marín Librero escritor; 2010. p. 259-73.
3. Muñoz J, García A, Cardelús R, Galindo C, Romo C, Heredia M. Técnicas básicas de enfermería. España: Macmillan Iberia, S.A.; 2008. p. 439.
4. Garach M. Palma B. Manual actualización en auxiliar de enfermería. España: Editorial CEP, S.L.; 2013. p. 481.
5. Potter P, Perry A. Fundamentos de enfermería. Madrid: Elsevier; 2010.
6. Calvo F, Tojo B. Higiene. McGraw-Hill Interamericana de España, S.L.; 2012.
7. Ledesma M. Fundamentos de enfermería. México; Limusa; 2010. p. 171-5.
8. Fuerst E, Verne L. Principios fundamentales de enfermería. México: Editorial La Prensa Médica Mexicana; 1982. p. 183-92.
9. Subdirector de Enfermería del Instituto Nacional de Pediatría /Dirección Médica/ Subdirección de Enfermería. Manual de instrucciones de trabajo generales cuidados enfermeros. 2007. p. 35-7. [Internet] Consultado el 21 de diciembre de 2013. Disponible en: http://www.pediatria.gob.mx/sgc/enf_gral.pdf.
10. Bellido J, Lendínez F. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. 1.a ed. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
11. Manual de referencia práctica. Técnicas de movilización del paciente. [Internet] Consultado el 21 de diciembre de 2013. Disponible en:https://sites.google.com/site/rvaldezvaldez/home/info.
12. Rosales S, Reyes E. Fundamentos de enfermería. México, D.F.: El Manual Moderno; 2004.
13. Baño de esponja. [Internet] Consultado el 21 de diciembre de 2013. Disponible en: http://www.buenastareas.com/search_results.php?query=ba%C3%B1o+de+esponja.
14. Arias M, Redondo M. Hospitalización. España: Editorial Interamericana-McGraw-Hill. 1994. p 169-72.
15. Berman A, Snider S, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y prácticas. 8.a ed., vol. 1. México: Pearson Educación, S.A.; 2008. p. 745-50.
16. Técnica para baño de esponja / El blog de la enfermera / La salud a través de la enfermería. [Internet] Consultado el 21 de diciembre de 2013. Disponible en: http://www.enferlic.blogspot.com/2012/05/tecnica-para-bano-de-esponja.html.
17. Tresguerres J, Villanúa M, López-Calderón A. Anatomía y fisiología del cuerpo humano. McGraw-Hill/Interamericana de España; 2009. p. 16-9.
18. Wiles P. Fracturas, luxaciones y esguinces. México, D.F.: El Manual Moderno; 1997. p. 13-4.
19. Flores A, Romero B. Higiene del paciente en cama. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. [Internet] Consultado el 27 de octubre de 2010. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/b1_higiene_paciente_cama.pdf.
20. Adulto Mayor Higiene. [Internet] Consultado el 21 de diciembre de 2013. Disponible en: http//www.adultomayor.biz/p/higiene.html.
21. Camilla de ducha. [Internet] Consultado el 21 de diciembre de 2013. Disponible en: http://www.medicalexpo.es/cat/ayuda-a-la-movilidad-traslado-de-pacientes/camillas-de-ducha-AL-1171.html.
22. Ricarte P. Enfermería Ciencia y Arte. Baño de paciente en cama. [Internet] Consultado el 21 de diciembre de 2013. Disponible en: http://eenfermeriauv.blogspot.mx/2009/09/bano-de-paciente-en-cama.html.
23. Ensayos. Guía para el baño de esponja. [Internet] Consultado el 21 de diciembre de 2013. Disponible en: http://clubensayos.com/Ciencia/BA%C3%91O-DE-ESPONJA/36617.html.
24. Kaneshiro NK. Baño de esponja. [Internet] Consultado el 21 de diciembre de 2013. Disponible en: https://www.aibarra.org/.../Satisfaccion%20de%20necesidades%20Higienica.
25. Berenguer M, Giména J, Giménez R, et al. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Córdoba: Imprenta Vistalegre; 2001.

www.incmnsz.mx

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

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

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

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

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

ARTÍCULOS DE REVISIÓN O DE INVESTIGACIÓN

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

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

Resumen en español

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

Resumen en inglés

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

Agradecimientos

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

Referencias

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuadros

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

Figuras o gráficas

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

EXPERIENCIA CLÍNICA

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

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

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

CESIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDAD SOBRE LOS CONTENIDOS

Con el envío del texto, el autor o autores ceden a la *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública (incluida la puesta a disposición por medio de la red Internet) de su trabajo.

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

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

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

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

autores@revistamexicanadeenfermeria.com

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

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