



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

www.incmnsz.mx

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



Editorial:

Profesionalización con apego a valores

Influencia de un material didáctico interactivo
sobre la percepción de riesgo hacia el consumo de
drogas en los alumnos del municipio de Tlalnepantla,
Estado de México

Molécula de adhesión intercelular 1 como marcador
de riesgo para la cardiopatía isquémica

Ser enfermera

Profesión de enfermería: la construcción hacia la
profesionalización



MEZCLAS PARENTERALES

Nuestras tres áreas primordiales:

NUTRICIÓN PARENTERAL

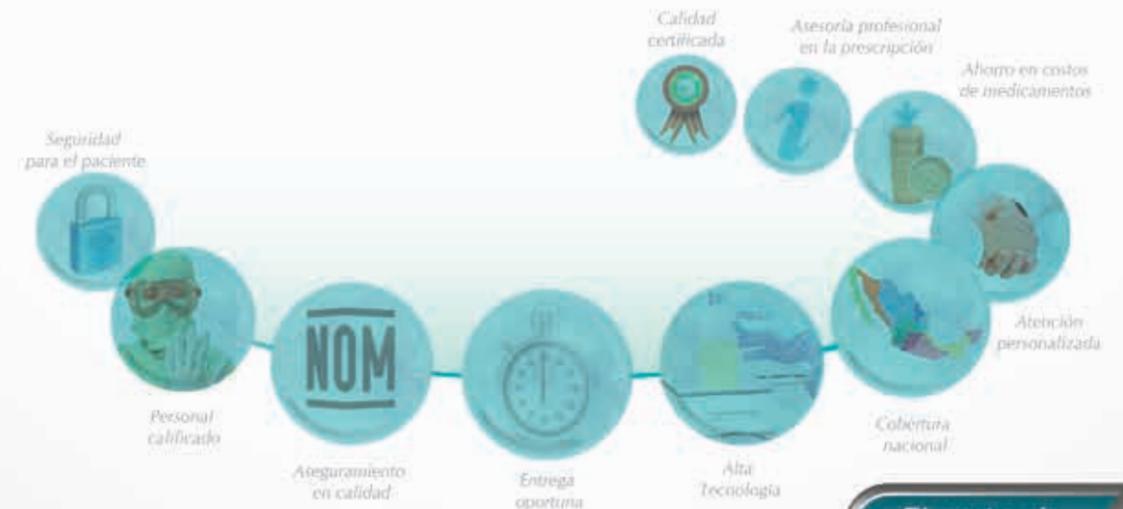
El área de preparación NPT (Nutrición Parenteral Total) es un cuarto limpio clase 100,000 o clasificación D que utiliza la inyección de aire a través de filtros terminales de alta eficiencia (filtros HEPA), cuenta con aisladores de presión positiva y campanas de flujo laminar horizontal. Esto garantiza un área de preparación clase 100 o clasificación A. El personal utiliza técnicas asépticas en la preparación. Los componentes se mezclan automáticamente y durante la operación una báscula verifica el peso del líquido adicionado con el fin de brindar precisión y seguridad en la preparación de la nutrición específica para cada paciente.

ONCOLÓGICOS

El área de Oncología es un cuarto limpio clase 100,000 o clasificación D con cero recirculación de aire y con control de escapes. Este cuarto limpio es más que un ambiente aséptico ya que la protección es integral, tanto para la mezcla como para la persona que realiza la actividad. Seguimos las recomendaciones de OSHA y ASHP, operando bajo aisladores auto-contenidos y campanas de bioseguridad sin recirculación y presión negativa con prácticas definidas específicamente para manejo de citotóxicos. Estas prácticas garantizan la calidad del producto, así como la seguridad del personal que prepara este tipo de mezclas.

ANTIMICROBIANOS

En SAFE el área de antimicrobianos es un cuarto clase 100,000 o clasificación D, dentro del cual se cuenta con aisladores auto-contenidos, clase A o clasificación 100 y campanas de bioseguridad en los que se realizan las mezclas de antimicrobianos. Tanto en el aislador como en el área de preparación, el aire se recircula y se vuelve a filtrar. Los procesos de limpieza y sanitización de áreas, equipos y materiales, así como el proceso de preparación de mezclas estériles se encuentran validados en concordancia con la NOM-249, USP 797. El personal utiliza técnicas asépticas validadas en la preparación de las mezclas estériles de antimicrobianos.



En **SAFE**[®] realizamos la mezcla y preparación de medicamentos parenterales en tratamientos de **ANTIBIÓTICOS, NUTRICIÓN PARENTERAL Y ONCOLÓGICOS**

El centro de mezclas no. **1** en México

www.safeph.com.mx



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



Comité de Dirección

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

Consejo Editorial

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

Comité Científico

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

Comité Editorial Nacional

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



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



Comité editorial internacional

Júlia Esteve Reig

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

María Antonia Martínez Mombán

*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.



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



PERMANYER MÉXICO

© 2014 P. Permanyer

mexico@permanyer.com

ISSN: 2339-7284

Dep. Legal: B-24.264-2013

Ref.: 1457AX142

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



www.permanyer.com



Impreso en papel totalmente libre de cloro



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

Reservados todos los derechos

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

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

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



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



Índice

EDITORIAL

Profesionalización con apego a valores

M.P. Nájera Ortiz, M.Martínez Becerril, S. Arroyo Lucas y A. Jiménez Méndez. 41

ARTÍCULOS ORIGINALES

Influencia de un material didáctico interactivo sobre la percepción de riesgo hacia el consumo de drogas en los alumnos del municipio de Tlalnepantla, Estado de México

D.C. Tapia Pancardo, F.B. Ramírez Cruz, B.A. Ocampo Suárez, M.C. Noguéz Díaz, M.M. Valera Mota, J.F. Ramírez Estrada, J.L. Cadena Anguiano, R. Villalobos Molina y J. Guerra García. 42

ARTICULOS DE REVISIÓN

Molécula de adhesión intercelular 1 como marcador de riesgo para la cardiopatía isquémica

S. Contreras López. 49

Ser enfermera

P. Domínguez Sánchez y G. Rosete Mohedano 55

Profesión de enfermería: la construcción hacia la profesionalización

S. Arroyo Lucas, M. Martínez Becerril, L.G. López López, M.P. Nájera Ortiz, A. Jiménez Méndez, R.A. Ayala Salinas, C. Leija Hernández y R. Valdez Labastida. 60

Instrucciones para los autores 66



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



Index

EDITORIAL

Professionalization in adherence to values

M.P. Nájera Ortiz, M.Martínez Becerril, S. Arroyo Lucas y A. Jiménez Méndez. 41

ORIGINAL ARTICLES

Influence of an interactive educational material on risk perception towards drug use among students in the municipality of Tlalnepantla, Estado de Mexico

D.C. Tapia Pancardo, F.B. Ramírez Cruz, B.A. Ocampo Suárez, M.C. Noguéz Díaz, M.M. Valera Mota, J.F. Ramírez Estrada, J.L. Cadena Anguiano, R. Villalobos Molina y J. Guerra García..... 42

REVIEW ARTICLES

Intercellular adhesion molecule 1 (ICAM-1) as a risk marker for ischemic heart disease

S. Contreras López..... 49

Being a nurse

P. Domínguez Sánchez y G. Rosete Mohedano 55

The Nursing Profession: The Route to Professionalization

S. Arroyo Lucas, M. Martínez Becerril, L.G. López López, M.P. Nájera Ortiz, A. Jiménez Méndez, R.A. Ayala Salinas, C. Leija Hernández y R. Valdez Labastida. 60

Instructions to Authors..... 66

Profesionalización con apego a valores

M.P. Nájera Ortiz*, M.Martínez Becerril, S. Arroyo Lucas y A. Jiménez Méndez

Equipo directivo, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

Favorecer el desarrollo de la profesionalización en enfermería es una de las prioridades de la Subdirección de Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, como parte de los pilares institucionales en asistencia, docencia e investigación, con estricto apego a los valores éticos y humanísticos.

Esta filosofía es propia de un trabajo humanizado, que se debe reforzar con la formación de profesionales de la salud, por ser una profesión social y, por su carácter institucional, somos todos quienes en nuestro ejercicio laboral damos respuesta a las necesidades asistenciales, educativas y de investigación en enfermería de las instituciones de salud y la población mexicana; de ahí que, como equipo, tengamos un papel trascendental y que sólo en el conjunto de valores y formación se vea reflejado el significado de la gestión del cuidado profesional.

Precisamente este proceso de formación se debe orientar en tres sentidos: ha de garantizar la calidad y seguridad de la gestión del cuidado al paciente, el desarrollo humano de los integrantes del equipo y trascender la profesión de enfermería, todo ello vinculado a una participación multidisciplinaria, y siempre con el apego más estricto a los valores éticos y humanísticos de las instituciones y la sociedad.

Para ello, en la planeación estratégica de la formación se debe considerar, entre otros aspectos, la vinculación interinstitucional dirigida a garantizar la calidad y seguridad de la atención que se otorga a la población, así como identificar el cumplimiento de objetivos nacionales, desde el Plan Nacional de Desarrollo, y proyectar el desarrollo de la enfermera y la enfermería a nivel nacional e internacional.

Este tipo de prácticas no sólo se promueven a nivel institucional; en nuestro instituto se mantienen, con esa mirada social que promovió el maestro y fundador Salvador Zubirán, al formar a estudiantes de nivel pregrado y posgrado, docentes y personal de apoyo de diversas universidades del Distrito Federal y el interior de la República Mexicana, e incluso a nivel internacional.

Para el cumplimiento de todo ello, sin duda, es necesario continuar trabajando coordinadamente como equipo de enfermería, vinculados con los directivos de las instituciones de salud, educativas y políticas, para construir el modelo mexicano de gestión del cuidado en enfermería, orientado a fortalecer la asistencia, la docencia y la investigación, en busca de la excelencia y con un apego estricto a los valores institucionales.

Correspondencia:

*M.^a Paula Nájera Ortiz

Vasco de Quiroga, 15

Col. XVI, Del. Tlalpan 14000, México, D.F.

E-mail: paula.najerao@quetzal.innsz.mx

Influencia de un material didáctico interactivo sobre la percepción de riesgo hacia el consumo de drogas en los alumnos del municipio de Tlalnepantla, Estado de México

D.C. Tapia Pancardo^{1*}, F.B. Ramírez Cruz²,
B.A. Ocampo Suárez¹, M.C. Noguéz Díaz²,
M.M. Valera Mota², J.F. Ramírez Estrada²,
J.L. Cadena Anguiano², R. Villalobos Molina¹
y J. Guerra García²

¹División de Investigación y Posgrado, Facultad de Estudios Superiores Iztacala; ² Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Resumen

Introducción: La adolescencia es una etapa de transición que, si no se trata satisfactoriamente, puede contribuir al consumo de drogas, tanto legales como ilegales. **Objetivos:** Identificar la influencia de materiales didácticos interactivos sobre la percepción de riesgo hacia el consumo de drogas en alumnos de acuerdo a su género. **Metodología:** Investigación cuantitativa, cuasiexperimental, a alumnos de Primaria entre 10 y 13 años. Se aplicó el método didáctico «Ángeles y Diablitos», «Pintuteale» y «Memorama», y un cuestionario de 16 reactivos con respuesta de opción múltiple. El análisis fue con estadística descriptiva e inferencial utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 15. **Resultados:** La percepción de los riesgos sobre el consumo de drogas en los alumnos antes de la intervención fue del 35%, originándose en el entorno familiar por padres o hermanos consumidores. Posterior a la intervención, la percepción fue de un 65% por violencia intrafamiliar. **Conclusión:** La prevención en el uso y abuso de drogas consiste en el acceso a información clara y oportuna mediante el juego, y la influencia de materiales didácticos aplicados a alumnos adolescentes de ambos sexos fue significativa, así como el logro de un incremento en la percepción de riesgo sobre el consumo de drogas.

Palabras clave: Percepción de riesgo. Drogas. Material didáctico.

Abstract

Introduction: Adolescence is a transitional stage that if not treated successfully, can contribute to the consumption of legal and illegal drugs. **Objectives:** To identify the influence of interactive training materials on risk perception towards drug use in students according to their gender. **Methodology:** Quantitative research, quasi-experimental, with elementary students between 10 and 13 years of age. The teaching method and Diablitos Angeles, Pintuteale and Memorama, and a questionnaire of 16 reactivities with multiple choice answers were given. Analysis was by descriptive and inferential statistics using SPSS version 15. **Results:** The risk perception of drug use in students before the intervention was 35% originating in the home environment by parents or siblings of consumers. After the intervention it was perceived as 65% of domestic violence. **Conclusion:** Prevention of the use and abuse of drugs is access to clear and timely information through play; the influence of educational materials applied to adolescent students of both sexes was significant and achieved an increase in risk perception for drug. (Rev Mex Enf. 2014;2:42-8)

Corresponding autor: Diana Cecilia Tapia Pancardo, dianacecitapia@hotmail.com

Key words: Risk perception. Drugs. Teaching materials.

Correspondencia:

*Diana Cecilia Tapia Pancardo
E-mail: dianacecitapia@hotmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 26-05-2014
Fecha de aceptación: 18-06-2014

Introducción

El problema de las drogas se ha convertido, sin duda, en uno de los fenómenos sociales más generalizados que ha estado presente en todas las culturas y en todas las épocas. Hoy son más las personas que las consumen y hay más facilidad para adquirirlas. Datos de la Organización Mundial de la Salud señalan que el 30% de los adultos de la población mundial son fumadores, y de éstos fallecen al año unos 4,000,000, lo que equivale a la muerte de casi 11,000 personas diarias por causas relacionadas con esta droga¹. En México, más de 53,000 fumadores mueren al año por enfermedades asociadas al tabaquismo, lo que significa 147 defunciones diarias, una cada 10 min, y también se ha observado un incremento en el consumo de cocaína y heroína, principalmente en algunas áreas de la zona fronteriza con los EE.UU.

Actualmente, el cannabis es la droga más consumida, tanto a nivel mundial como en México, y se observa un incremento de aproximadamente el 60% entre el año 2001 y 2003². En las últimas décadas se ha podido concluir que la adicción tiene un origen multifactorial e involucra una interacción compleja entre precursores genéticos, fisiológicos y ambientales. Como factores relacionados al consumo de drogas destacan: el sexo; una escolaridad baja; el abandono de la escuela; empezar a trabajar a una edad temprana; el poco o nulo contacto familiar; haber emigrado de zonas rurales; si la madre, hermanos y amigos consumen alcohol o drogas; la permisividad en el seno familiar; problemas de comunicación (ausencia o comunicación disfuncional como, por ejemplo, maltratos, insultos, dominancia); pobres estilos disciplinarios; rechazo parental; abuso físico y sexual (particularmente en mujeres); hogares desintegrados (divorcio, separaciones), así como la falta de una adecuada supervisión familiar. Nuestra sociedad es permisiva con el alcohol y, en tal sentido, desde que nacemos hasta nuestra muerte los eventos sociales están entremezclados con el alcohol. La disponibilidad de las bebidas etílicas y el tabaco juega un rol importante para el inicio del uso de sustancias ilegales³. Los adolescentes utilizan las drogas por placer, curiosidad, excitación, reducción o eliminación de tensiones o del aburrimiento, para ascender de categoría a los ojos de los compañeros, introducirse en un ambiente de juego y de baile, como medio para aumentar el rendimiento o para estar en condiciones de afrontar los problemas⁴.

Material y métodos

La investigación cuantitativa, cuasiexperimental, pretest y posttest, tiene como objetivo identificar la influencia de un material didáctico interactivo sobre la percepción de riesgo hacia el consumo de las drogas en alumnos, de acuerdo a su género, del municipio de Tlalnepantla, Estado de México.

La población de alumnos de Primaria es del municipio de Tlalnepantla, y la muestra no probabilística intencional, de 100 estudiantes, de los cuales 50 corresponden a 5.º año y 50 a 6.º año de Primaria, con una edad entre 10 y 13 años, de ambos géneros, que desean participar en el estudio y con carta de consentimiento informado firmada por padres o tutor.

La hipótesis que plantea este estudio es que la influencia que ejerce el material didáctico interactivo, con la temática de causa-efecto, factores de riesgo y daños y rehabilitación de las adicciones, empleado en los alumnos incrementa la percepción de riesgo sobre el consumo de las drogas legales e ilegales.

Variable independiente: aplicación de los métodos didácticos interactivos «Ángeles y Diablitos», «Pintuteale» y «Memorama», con información sobre causa y efecto del consumo de drogas, los factores de riesgo individuales, familiares y sociales con los que interactúa el estudiante para el consumo de drogas, el riesgo sobre las drogas de inicio (alcohol y tabaco), los daños y los sitios de ayuda.

Variable dependiente: percepción de los alumnos sobre el consumo de drogas, sobre la información de drogas de inicio obtenida a través de los medios de comunicación y sobre los factores de riesgo individuales, familiares y sociales para el desarrollo de una adicción.

Para la recolección de datos se aplica un cuestionario sobre percepción de riesgo en el consumo de drogas, elaborado por D.C. Tapia Pancardo, et al., aplicado en la tesis *Percepción de riesgo sobre el consumo de drogas en alumnos de secundaria*, con validez por jueces (expertos en psiquiatría, psicología y adicciones), que consta de 16 reactivos con respuesta de opción múltiple. El cuestionario permite conocer la percepción de riesgo del consumo de drogas en los alumnos, pretest y posttest.

Procedimiento

Se presenta oficio a la Dirección de las Primarias y se solicita permiso para trabajar el Programa de Prevención de Adicciones en las escuelas, con autorización. En cada grupo se da a conocer la carta de consentimiento informado a cada alumno. Se aplican

100 cuestionarios para obtener el diagnóstico inicial sobre la percepción de riesgo hacia el consumo de drogas, y posteriormente se aplica por equipos el material didáctico interactivo «Pintuteale» y «Memorama» sobre prevención de adicciones a los alumnos de 5.º de Primaria y el material didáctico «Diablitos y Angelitos», así como «Memorama», a los alumnos de 6.º año. Con el método didáctico se realizan una serie de pasos:

- Se lleva a cabo la presentación del método didáctico interactivo y la distribución de los equipos con cuatro miembros cada uno.
- Se interviene con los alumnos por equipo dando a conocer el diseño del método didáctico interactivo y las reglas de operación.
- Se realiza la implementación del método didáctico interactivo «Ángeles y Diablitos», «Pintuteale» y «Memorama» sobre prevención de adicciones en los diferentes equipos y nivel académico.
- Después del juego, se da a contestar el cuestionario de recolección de datos iniciales por segunda vez, y se lleva a cabo el análisis estadístico en el paquete estadístico SPSS versión 15, aplicando la estadística descriptiva e inferencial mediante la prueba de t de Student para medias de dos muestras emparejadas, con un nivel de significancia de 0.05.
- Se cierra la dinámica con una charla educativa y con la proyección de un vídeo sobre prevención de las adicciones en los adolescentes, con base en los factores de riesgo individuales, familiares y sociales y los sitios de ayuda.
- Se reparten trípticos con medidas preventivas y se abarcan los rubros de información, consejería y canalización.

Resultados

Percepción de riesgo del consumo de drogas en alumnos de 5.º de Primaria

En los grupos de 5.º año, el 51% corresponde al género femenino y el 49% al masculino, de los cuales el 72% cuenta con 11 años y el 28% con 10 años de edad.

Sobre su percepción de riesgo respecto al consumo de drogas antes de la intervención con los materiales didácticos, se resumen los datos en la tabla 1.

Análisis estadístico

En los alumnos de 5.º de Primaria, de acuerdo al análisis con muestras emparejadas (Tabla 1), se obtiene

$p < 0.05$, donde $p = 0.0038$, por lo que podemos concluir que existe diferencia significativa en la percepción de las mujeres antes y después de la aplicación del juego. De acuerdo al análisis con muestras emparejadas, se obtiene $p < 0.05$, donde $p = 0.0062$, por lo que podemos concluir que existe diferencia significativa en la percepción de los niños antes y después de la aplicación del juego.

Con una muestra independiente tenemos que no existe diferencia significativa entre mujeres y hombres antes y después de la aplicación del juego: antes $p > 0.05$, donde $p = 0.67$; después $p > 0.05$, donde $p = 0.64$.

Percepción de riesgo del consumo de drogas en alumnos de 6.º de Primaria

En los alumnos de 6.º curso, el 37% corresponde al género femenino y el 60% al masculino, de los cuales el 10% tiene 13 años, el 60% cuenta con 12 años y el 30% con 11 años de edad. En la tabla 2 se mencionan los resultados obtenidos.

Análisis estadístico

En los alumnos de 6.º curso de Primaria, el 6.º A, con el material didáctico «Ángeles y Diablitos» (Tabla 2), presenta de acuerdo al análisis con muestras emparejadas $p > 0.05$, donde $p = 0.28$, por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la percepción de las mujeres antes y después de la aplicación del juego. De acuerdo al análisis con muestras emparejadas, se obtiene $p < 0.05$, donde $p = 0.00014$, por lo que podemos concluir que existe diferencia significativa en la percepción de los hombres antes y después de la aplicación del juego.

Con una muestra independiente tenemos que no existe diferencia significativa entre mujeres y hombres antes y después de la aplicación del juego: antes $p > 0.05$, donde $p = 0.27$; después $p > 0.05$, donde $p = 0.49$.

El 6.º B, en donde se aplica el material didáctico «Memorama», presenta de acuerdo al análisis con muestras emparejadas $p < 0.05$, donde $p = 0.00021$, por lo que podemos concluir que existe diferencia significativa en la percepción de las mujeres antes y después de la aplicación del juego. De acuerdo al análisis con muestras emparejadas, se obtiene $p < 0.05$, donde $p = 0.0024$, por lo que podemos concluir que existe diferencia significativa en la percepción de los hombres antes y después de la aplicación del juego.

Con una muestra independiente tenemos que no existe diferencia significativa entre mujeres y hombres

Tabla 1. Percepción de riesgo del consumo de drogas en niños de 5.º de Primaria antes y después de la intervención

Variable	Niños antes de la intervención	Niños después de la intervención	Niñas antes de la intervención	Niñas después de la intervención
Si consideran el alcohol y el tabaco como drogas	88%	94%	94%	94%
Iniciarían el consumo de una droga por:				
- Depresión y ansiedad	59%	53%	50%	56%
- Información errónea	17%		22%	22%
- Problemas escolares		17%		
Percepción de los riesgos en el entorno familiar para el consumo de drogas:				
- Por contar con padres o hermanos consumidores	35%	35%	50%	33%
- Por violencia intrafamiliar	29%	35%	12%	17%
- Por problemas de comunicación y/o poca claridad de reglas	18%	12%	38%	33%
Factores que influyen para el inicio del consumo de drogas en los niños. Opinan que por:				
- Presión de los amigos	35%	53%	44%	44%
- Imitación				28%
- Violencia	35%	29%	33%	22%
Percepción sobre los mensajes en los medios de comunicación del consumo de drogas:				
- Riesgo de la sociedad actual	53%	47%	39%	44%
- Normal en la sociedad actual	35%	41%	33%	28%
- Inducen al consumo	12%	12%	28%	28%
Percepción sobre el consumo moderado de alcohol. Opinan que es:				
- De 1 a 2 copas	35%	59%	67%	89%
- Más de 3 copas	41%	35%	22%	11%
Percepción sobre la frecuencia adecuada del consumo de alcohol:				
- A diario	41%	18%	28%	11%
- Ocasional	41%	59%	50%	70%
Percepción sobre el consumo moderado de tabaco:				
- De 1 a 3 cigarrillos/día	70%	85%	89%	95%
- 1 cajetilla/día	18%	15%	11%	0.5%
Percepción sobre la frecuencia del consumo de tabaco:				
- A diario	24%	18%	17%	17%
- Ocasional	29%	59%	39%	78%
Percepción sobre la droga legal más perjudicial:				
- Alcohol y tabaco	64%	70%	78%	83%
Percepción sobre las medidas a considerar para reducir el consumo de una droga:				
- Solicitar ayuda a un profesional	41%	47%	45%	45%
- Alejarse de las personas consumidoras	41%	23%	22%	33%
- Lo mejor es dejar de consumir por voluntad	18%	18%	33%	17%

Adaptado de Materiales didácticos «Pintuteale» y «Memorama».

Tabla 2. Percepción de riesgo del consumo de drogas en niños 6.º de Primaria antes y después de la intervención

Variable	Niños antes de la intervención	Niños después de la intervención	Niñas antes de la intervención	Niñas después de la intervención
Si consideran el alcohol y el tabaco como drogas	100%	100%	100%	100%
Iniciarían el consumo de una droga por:				
- Depresión y ansiedad	35%	29%	60%	60%
- Baja autoestima	29%	24%	20%	20%
- Información errónea	18%	35%		
- Problemas en casa		12%		20%
Percepción de los riesgos en el entorno familiar para el consumo de drogas:				
- Por violencia intrafamiliar	65%	23%	40%	60%
- Por contar con padres o hermanos consumidores	6%	18%	20%	20%
- Por familia disfuncional	23%	35%	30%	20%
- Por problemas de comunicación y/o poca claridad en las reglas		24%		
Factores que influyen para el inicio del consumo de drogas en los niños. Opinan que por:				
- Presión de los amigos	53%	35%	19%	50%
- Imitación	23%	47%	41%	40%
- Violencia	18%	12%	10%	10%
- Corrupción	6%	6%	30%	
Percepción sobre los mensajes en los medios de comunicación del consumo de drogas:				
- Normal en la sociedad actual	23%	18%	30%	10%
- Inducen al consumo	53%	53%	10%	
- Riesgo de la sociedad actual	23%	18%	60%	90%
Percepción sobre el consumo moderado de alcohol. Opinan que es:				
- De 1 a 2 copas	59%	60%	80%	89%
- Más de 3 copas	41%	40%	20%	11%
Percepción sobre la frecuencia adecuada del consumo de alcohol:				
- A diario	29%	31%	10%	10%
- Ocasional	65%	69%	80%	90%
Percepción sobre el consumo moderado de tabaco:				
- De 1 a 3 cigarrillos/día	65%	70%	80%	90%
- 1 cajetilla/día	29%	30%	10%	10%
Percepción sobre la frecuencia del consumo de tabaco:				
- A diario	29%	23%	30%	20%
- Ocasional	59%	77%	70%	80%
Percepción sobre la droga legal más perjudicial:				
- Alcohol y tabaco	88%	95%	70%	70%
- Otras	6%	5%	30%	30%
Percepción sobre las medidas a considerar para reducir el consumo de una droga:				
- Solicitar ayuda a un profesional	53%	59%	80%	60%
- Alejarse de las personas consumidoras	24%	18%		20%
- Lo mejor es dejar de consumir por voluntad	23%	23%	20%	20%

Adaptado de Material didáctico «Ángeles y diablitos» y «Memorama».

antes y después de la aplicación del juego: antes $p > 0.05$, donde $p = 0.49$; después $p > 0.05$, donde $p = 0.71$.

Aunque la diferencia entre mujeres y hombres no es significativa, la diferencia de medias existe en todos los grupos, a excepción del 6.º B (antes), lo que nos indica que las mujeres tienen más percepción del problema de las drogas antes y después de haber aplicado el juego.

Discusión

Según A. Bandura en la teoría del aprendizaje social, el abuso de drogas en la pubertad y la adolescencia es resultado del modelado ejercido por la familia y la sociedad, ya que una de las maneras mediante las cuales el individuo aprende es por modelado. El aprendizaje es fruto de la observación del comportamiento de otra persona, que sirve de modelo, y el refuerzo que subsigue a ese comportamiento⁵⁻⁷, lo cual coincide con lo encontrado en este estudio, en donde el 50% de las niñas considera que contar con padres o hermanos consumidores de drogas es un factor de riesgo y el 33% de los niños opina que por imitación se empieza en el consumo de drogas, ya que ellos imitan el consumo de drogas de los padres o de los amigos y reciben el refuerzo de los efectos placenteros que éstas producen. B. Díaz Negrete resalta que los factores de predicción del consumo de sustancias ilícitas son el estar expuesto con frecuencia a situaciones familiares de conflicto y violencia, y al consumo de sustancias ilícitas y alcohol en el hogar^{1,3,8}, lo cual coincide con los resultados obtenidos en este estudio, en donde el 60% de los niños y el 40% de las niñas perciben que la violencia intrafamiliar es un factor de riesgo familiar para el inicio en el consumo de drogas⁹. El Centro Nacional sobre la Adicción y el abuso de sustancias legales e ilegales considera que la influencia más poderosa en contra del uso y abuso de las drogas no es la policía, ni las prisiones, ni los políticos, sino el acceso a una información clara y oportuna por parte de los padres y las instituciones educativas, formando equipos sólidos y comentando a los niños y jóvenes acerca del peligro del uso de las drogas. López Montaro y Armengol resaltan que la mejor forma de abordar los temas de las adicciones es mediante el juego^{6,10,11,12}; los niños tendrán menos probabilidad de usar drogas simplemente porque se tomó el tiempo y se seleccionó una mejor manera para hablarles del tema, lo cual coincide con los resultados obtenidos después de la intervención con los materiales didácticos con los contenidos sobre las adicciones, ya que el 94% de los niños de 5.º año

considera el alcohol y el tabaco como drogas; sobre el consumo moderado de alcohol, el 59% de los niños y el 89% de las niñas opinan que es de 1 a 2 copas; y sobre la frecuencia del consumo, el 56% de los niños y el 70% de las niñas consideran que debe ser ocasional; sobre el consumo moderado de tabaco, el 85% de los niños y el 90% de las niñas opinan que está entre 1 y 3 cigarrillos; y con respecto a la frecuencia, el 50% de los niños y las niñas opina que lo conveniente es el consumo ocasional; y sobre las medidas a considerar para reducir el consumo de una droga, los niños en un 47% y las niñas en un 45% opinan que se debe solicitar ayuda a un profesional, y el 41% de los niños y el 33% de las niñas consideran que es importante alejarse de las personas consumidoras. En los grupos de 6.º año después de la intervención, en cuanto al consumo moderado de alcohol, el 59% de los niños y el 89% de las niñas opinan que es de 1 a 2 copas; y sobre la frecuencia del consumo, el 69% de los niños y el 80% de las niñas consideran que debe ser ocasional; respecto al consumo moderado de tabaco, el 65% de los niños y el 80% de las niñas opinan que está entre 1 y 3 cigarrillos; y con respecto a la frecuencia, el 69% de los niños y el 80% de las niñas opinan que lo conveniente es el consumo ocasional; y sobre las medidas a considerar para reducir el consumo de una droga, los niños en un 59% y las niñas en un 81% opinan que se debe solicitar ayuda a un profesional, y el 12% de los niños y el 20% de las niñas consideran que es importante alejarse de las personas consumidoras.

Conclusiones

La mejor manera de presentar a los alumnos información sobre la prevención de adicciones y los riesgos del consumo de drogas no es mediante amenazas, estadísticas o sermones sobre «moralidad», sino con materiales didácticos atractivos que les permitan interactuar (jugar) con la información y con juegos informales, y recalcarles cómo las drogas afectan a su cuerpo y su mente, sus relaciones interpersonales y nuestro medio ambiente. Los alumnos de Primaria están empezándose a crear una conciencia sobre su futuro y comienzan a ver más allá del presente. El consumo de drogas se está presentando entre los jóvenes en edades cada vez más tempranas y como uno más de los diversos problemas a los que éstos se enfrentan, por lo que no se debe observar aislado de su contexto sociocultural, que le da vida y significado, aunque es necesario reconocer su especificidad como hecho

de expresión social con sus intereses y construcciones propias, por lo que se deben elaborar materiales educativos adecuados, como apoyo a las instituciones educativas y grupos juveniles que trabajan en el campo de la prevención de las adicciones, con enfoques de acuerdo a edad y nivel de escolaridad, retomando como base la teoría del aprendizaje social de A. Bandura basada en el aprendizaje de modelos mediante la imitación por medio de la observación, donde se pueda intervenir con los adolescentes de una manera activa, abierta y divertida, favoreciendo el que se vean involucrados directamente, planteen sus dudas y obtengan información clara y puedan identificar e incrementar la percepción de riesgo para el consumo de drogas.

Tras este estudio se concluye que las niñas de 5.º y 6.º año de Primaria tienen mayor percepción de riesgo hacia el consumo de drogas que los niños. En cuanto a los materiales didácticos «Pintuteale» y «Memorama» aplicados a los alumnos de 5.º año, la intervención es significativa y sí se logra el incremento en ambos sexos de la percepción de riesgo sobre el consumo de drogas. Respecto a los materiales didácticos «Ángeles y Diablitos» y «Memorama» empleados en los estudiantes de 6.º año, se observa que las mujeres tienen mayor percepción de riesgo sobre el problema de las drogas antes y después de haber aplicado el juego, y que existe diferencia significativa en la percepción de riesgo de los hombres antes y después de

la aplicación del juego. Por lo tanto, se concluye que la hipótesis es verdadera.

Se sugiere aplicar la variedad de materiales didácticos implementados en el presente trabajo de investigación en diferentes niveles académicos para valorar la influencia en la percepción de riesgo sobre el consumo de drogas en los estudiantes.

Bibliografía

1. Bulacio B. De la drogadicción. Editorial Paidós; 2005.
2. Encuesta Nacional de Adicciones, (ENA), Comisión Nacional contra las Adicciones y la Subsecretaría de prevención. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Estadística, México; 2011.
3. Dobl Nicolsin H. Problemas de la adolescencia. Madrid: Editorial Narcea; 2004. p. 1711.
4. Tessier G. Comprender a los adolescentes. Barcelona: Ediciones Octaedro, S.L.; 2004. p. 153.
5. Dolto F. La causa de los adolescentes. México: Ediciones Paidós; 2004. p. 244.
6. López Montaro F. Manual de drogodependencias para profesionales de la salud. Arabau; 2002. p. 382.
7. Domenech-Laberia A. Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia. Barcelona: Izakun Baños; 2005. p. 225.
8. Guelar D, Crispo R. La adolescencia, manual de supervivencia: tiempo de padres, tiempo de hijos. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A; 2002. p. 355.
9. Norma Oficial Mexicana, NOM-028 SSA2-1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de las adicciones, Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud. 21 de junio, 1999, 12 de abril, 2000. Diario Oficial de la Federación. www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html.
10. Puentes M. Tu droga, mi droga, nuestra droga. Cómo entender y qué hacer frente a la problemática de la drogadicción. Buenos Aires; 2004. p. 105.
11. Maradillo F. Adolescentes, drogas y valores: materiales educativos para la escuela y el tiempo libre. Madrid: Editorial CCS; 2005. p. 198.
12. Armengol C. El trabajo en equipo en los centros educativos. Barcelona: Praxis; 2002.
13. Alegret J. Adolescentes: relaciones con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo. Barcelona: Editorial Graó; 2005. p. 288.
14. Maradillo F. Adolescentes, drogas y valores: materiales educativos para la escuela y el tiempo libre. Madrid: Editorial CCS; 2005. p. 198.

Molécula de adhesión intercelular 1 como marcador de riesgo para la cardiopatía isquémica

S. Contreras López*

Coordinación de Investigación, Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, Tapachula, Chiapas

Resumen

Los síndromes coronarios constituyen una de las primeras causas de muerte en países desarrollados y en vías de desarrollo. Es una enfermedad multifactorial, poligénica y se ha demostrado que el factor que determina su severidad y pronóstico es el proceso inflamatorio, mediado por diversas moléculas implicadas en el daño endotelial hasta su inestabilidad o la ruptura de la placa. Una de las células que media este proceso son los leucocitos que migran al endotelio por medio de ligandos y receptores capaces de detener su rodamiento y hacer efectiva la trans migración; sin embargo, la molécula involucrada de manera decisiva es la molécula de adhesión intercelular 1 (ICAM-1) (CD54) que se encuentra en las células endoteliales y que al unirse al antígeno receptor (LFA-1) aumenta la adhesión del leucocito al endotelio y regula la permeabilidad vascular. Esta proteína se ha encontrado en su forma soluble elevada en pacientes con síndrome isquémico, pero también se han asociado algunos polimorfismos a esta enfermedad, como el G241R y E469K, aunque no han sido concluyentes y varían de una región geográfica anatómica a otra.

Palabras claves: Aterosclerosis. Molécula de adhesión intercelular. Inflamación. Cardiopatía isquémica. Biomarcador.

Abstract

Coronary syndrome is the leading cause of death in developed and developing countries. This is a multifactorial, polygenic disease and it has been shown that the factor that determines its severity and prognosis is the inflammatory process, mediated by various molecules involved in the endothelial damage to their instability or plaque rupture. One of the cells mediating this process, migrating leukocytes to the endothelium via ligands and receptors capable of stopping its bearing and enforced transmigration, however decisively involved molecules, is intercellular adhesion molecule-1 (CD54) found in endothelial cells. The binding to the lymphocyte function-associated antigen-1 increases leukocyte adhesion to endothelium and regulates vascular permeability cells. This protein is found in its highly soluble form in patients with ischemic syndrome, but also some polymorphisms have been associated with this disease such as G241R and E469K, but have been inconclusive and vary anatomically by geographic region. (Rev Mex Enf. 2014;2:49-54)

Corresponding autor: Sergio Contreras López, sergiocl07@hotmail.com

Key words: Atherosclerosis. Intercellular adhesion molecule. Inflammation. Ischemic heart disease. Biomarker.

Introducción

La aterosclerosis es la principal causa de enfermedad cardiovascular en el mundo. Es una inflamación crónica que compromete al inicio a la íntima de arterias grandes y de mediano tamaño, y se caracteriza por una acumulación de colesterol y esteres de

colesterol en la pared del vaso en el interior de macrófagos (células espumosas) y en lípidos extracelulares. Esta condición progresa implacablemente a lo largo de la vida, hasta que finalmente se manifiesta como un síndrome isquémico coronario agudo. Varios factores de riesgo influyen en este proceso, incluyendo hipercolesterolemia, hipertensión arterial

Correspondencia:

*Sergio Contreras López

Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

Carretera, puerto madero s/n Km 15.200

Col. Los toros, C.P. 30830, puerto madero, Tapachula, Chiapas

E-mail: sergiocl07@hotmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 26-05-2014

Fecha de aceptación: 17-06-2014

sistémica, diabetes y tabaquismo. Estos factores dañan el endotelio vascular y provocan disfunción endotelial y disminución de la biodisponibilidad de óxido nítrico, así como una producción aumentada de endotelina 1, la cual altera la hemostasis vascular, incrementando la expresión de moléculas de adhesión y la trombogenicidad de la sangre.

Se ha demostrado que la aterosclerosis es una enfermedad multifactorial, que se manifiesta principalmente como una respuesta inflamatoria crónica en sus diferentes pasos, desde el inicio hasta la progresión, y eventualmente hasta la ruptura de la placa y no solamente la acumulación pasiva de lípidos dentro de las paredes arteriales¹. Recientemente, Ross manifestó que cada paso de la respuesta molecular y celular es un proceso inflamatorio dinámico². La aterosclerosis se puede considerar una enfermedad activa y progresiva donde se produce principalmente disfunción endotelial e inflamación, mediada por muchas moléculas inmersas en el proceso inflamatorio y en la transmigración de los monocitos a esta placa, como la ICAM-1, que interactúa principalmente en la transmigración leucocitaria provocando un círculo vicioso en el cual el desenlace es la ruptura de la placa. Por ello la importancia de hablar sobre esta molécula.

Monocitos en la aterosclerosis

Los monocitos circulantes tienen una vida corta y no proliferan en la sangre³, y durante la inflamación son reclutados a la íntima, así como a la subíntima⁴. A través de sus receptores carroñeros estas células pueden tomar la lipoproteína de baja densidad oxidada (oxLDL) y otros lípidos⁵. En etapas tempranas de este proceso ateroscleroso, los monocitos diferenciados en células espumosas empiezan a formar las placas denominadas estrías grasas en la íntima⁶. Es interesante que este proceso celular y molecular implique respuestas a cambios dinámicos de flujo.

Los depósitos grasos vasculares en la placa aterosclerosa seguidos de una acumulación de células inflamatorias y lípidos extracelulares forman la región del núcleo, la cual está rodeada de una capa de células musculares y una capa rica en colágeno. La secreción de citocinas y de factores de crecimiento mediadas por los monocitos contribuyen a la progresión de la placa y, por lo tanto, al engrosamiento de la pared del vaso y a la estenosis progresiva de la placa. El núcleo central de la placa madura puede llegar a ser necrótico, lo que desencadena la

neovascularización mediante factores proangiogénicos de células inflamatorias o por un estímulo de hipoxia tisular⁷.

La migración de monocitos al tejido y su diferenciación en varios tipos de células, como células dendríticas o macrófagos, es determinado en parte por el medio inflamatorio, y las citocinas son importantes en este fenómeno⁸. El concepto actual es que los monocitos son fenotípicamente formados a hacer distintas funciones por su microambiente⁹.

Los monocitos y macrófagos son las primeras células inflamatorias asociadas con la aterosclerosis¹⁰. Los monocitos están presentes en estrías grasas tempranas y en lesiones visibles en humanos¹¹ y tienen una velocidad de arrastre en el endotelio de 12 $\mu\text{m}/\text{min}$. También la familia de las selectinas interactúa como moléculas de adhesión; sin embargo, han sido mostradas como mediadores en la aterosclerosis¹². Las selectinas son expresadas por los leucocitos (células T, células *killer* y monocitos $\text{Gr1}^+\text{Ly6C}^{\text{high}}$) como mediadores en el rodamiento leucocitario en el endotelio, pero específicamente han sido identificadas las selectinas P y E, las cuales son expresadas en las plaquetas y en el endotelio con proceso ateroscleroso¹³.

Las integrinas monocíticas y las moléculas de adhesión que se encuentran en el endotelio están envueltas con la firme adhesión¹⁴, VLA-4 (α_4 -integrina) y LFA-1 (β_2 -integrina) se unen o enlazan con las moléculas de adhesión celular vascular 1 (VCAM-1) y la ICAM-1, respectivamente. Y estas integrinas son expresadas abundantemente en los monocitos circulantes¹⁵. Existen evidencias en la implicación de estas integrinas y moléculas de adhesión en la aterosclerosis. ICAM-1 y VCAM-1 son sobreexpresadas en sitios donde se perturba el flujo¹⁶; por otra parte, los niveles de adhesión de ambas moléculas son incrementados por citocinas proinflamatorias y por la oxLDL.

La aterosclerosis se produce dentro de la vasculatura arterial predominantemente en sitios con flujo alterado por cambios en la forma de la arteria y en las bifurcaciones de los vasos¹⁷. Existen muchas conjeturas acerca de cómo los monocitos son reclutados específicamente en estos sitios, pero la interacción de los leucocitos con el endotelio vascular se cree que sólo está inducida por ciertos estímulos proateroscleróticos, tales como la interleucina (IL) 1 β y el factor de necrosis tumoral (TNF), fumar cigarrillos, oxLDL o angiotensina II^{18,19}, aunque el reclutamiento de leucocitos también tiene que ver con el medio

Tabla 1. Células que inducen la expresión de la ICAM-1

Células	Estimulante de expresión
Endotelial	TNF- α , IL-1, IL-6, trombina, IFN- γ , endotelina-1, estradiol, lipopolisacáridos, H ² O ²
Epitelial	TNF- α , IL-1, lipopolisacáridos, histamina, virus de Epstein-Barr, <i>citomegalovirus</i> , virus de parainfluenza, rinovirus
Fibroblasto	TNF- α , IL-1, IL-4, IFN- γ , micoplasma, dinoprostona
Queratinocito	TNF- α , histamina
Hepatocito	TNF- α , IL-1, IFN- γ , IL-6
Leucocito	TN- α , IL-1, IFN- γ , IL-3, factor estimulante de colonias de monocitos, TPA
Músculo liso	TNF- α , factor de crecimiento

IFN: interferón; TPA: activador tisular de plasminogeno (*tissue plasminogen activator*)

ambiente. En la aterosclerosis arterial, quizás el flujo turbulento u oscilatorio puede inducir o facilitar el reclutamiento de monocitos; por otra parte, los monocitos continúan siendo reclutados a las placas a causa del estrechamiento o estenosis del lumen del vaso, aumentando la actividad de las células endoteliales y expresando el factor Von Willebrand, lo que permite que se unan de manera estable las plaquetas²⁰, además de favorecer la producción de metaloproteinasas, que degradan la placa y la hacen más vulnerable.

Los macrófagos están equipados con unos receptores de reconocimiento, unos de los cuales son los receptores carroñeros, los cuales conectan la respuesta inmune innata y adaptativa durante la aterosclerosis. Estos receptores permiten la absorción de oxLDL y contribuyen a la formación de células espumosas²¹.

Pero toda la interacción de estos monocitos con el endotelio, hasta formar la placa de células espumosas y su ruptura para completar el cuadro clínico de los síndromes isquémicos coronarios agudos, es mediada por moléculas que interactúan considerablemente en la trans migración leucocitaria al endotelio y que forman parte fundamental de la aterosclerosis coronaria; y una de ellas es la ICAM-1 o CD54.

Molécula de adhesión intercelular 1

La molécula de adhesión intercelular 1 es una proteína transmembranal con un peso molecular de 80-114 kDa²², dependiendo de los niveles de glicosilación; cuando no está glicosilada, su peso es de

60 kDa. La porción extracelular consiste en 453 aminoácidos hidrofóbicos, los cuales forman cinco inmunoglobulinas como dominio –cada dominio de inmunoglobulinas tiene una estructura β estabilizada con uniones disulfuro²³–, el tallo citoplasmático carece de señalización clásica pero tiene residuos de tirosina, los cuales pueden ser importantes para señalamiento²⁴.

Los tipos de células y la inducción de la expresión de la ICAM-1 son variables, como se muestra en la tabla 1²⁵. La secuencia del gen de la *ICAM-1* consiste en siete exones, los cuales están separados por seis intrones. El exón 1 codifica la señal de secuencia, los exones 2-6 codifican cada uno de los dominios y el exón 7 codifica la región transmembranal y del tallo citoplasmático²⁶.

Dos polimorfismos de nucleótido simple han sido descritos entre los exones que codifican los dominios extracelulares del gen de la *ICAM-1*²⁷. El primer polimorfismo se encuentra en el exón 4, sustituyendo el aminoácido glicina a arginina en la posición 241 (G241R), mientras que el segundo polimorfismo se encuentra en el exón 6 con posición 469 cambiando un aminoácido, ácido glutámico, por lisina (E469K) (Fig. 1).

La sustitución de ácido glutámico a lisina se asocia a enfermedad coronaria²⁹ y enfermedad arterial periférica³⁰.

Funciones de la molécula de adhesión intercelular 1

La molécula de adhesión intercelular 1 juega un papel importante tanto en la inmunidad innata como

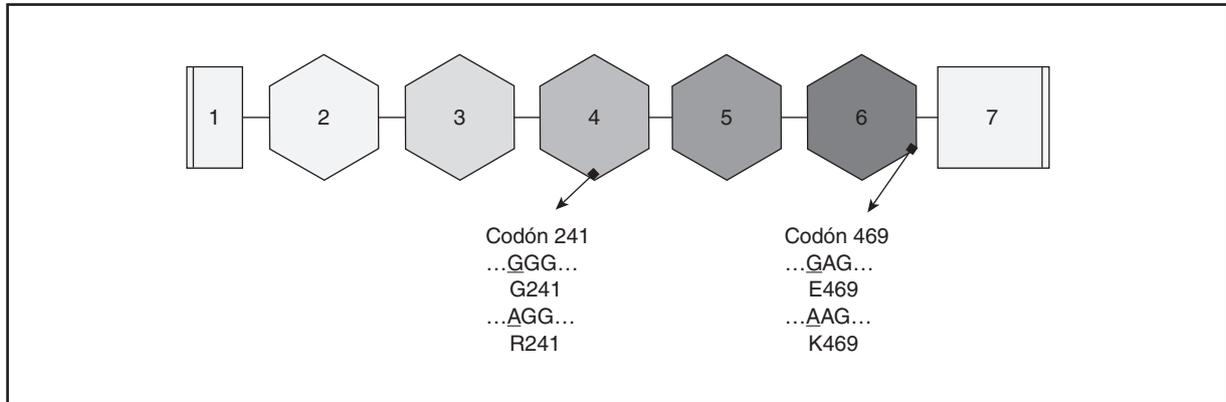


Figura 1. Diagrama del gen de ICAM-1 que muestra los exones y los pares de bases sustituidas²⁸.

en la adaptativa; está comprometida en la trans migración leucocitaria a los sitios de inflamación, así como en las interacciones entre la presentación de antígenos a las células.

La transmigración endotelial puede dividirse en cuatro etapas³¹:

- Etapa 1: está involucrado el rodamiento y atado del leucocito, facilitado por la interacción entre las selectinas E y P. Ambas están presentes en el endotelio y se unen a carbohidratos relacionados con sialyl Lewis^x en los leucocitos. Selectina-L está presente en todos los leucocitos circulantes y se une a CD34, PSGL-1 y sialyl Lewis^x presentes en las células endoteliales. Este paso prolonga el contacto con los vasos sanguíneos y aumenta la exposición a quimiocinas.
- Etapa 2: las quimiocinas son necesarias para la activación de integrinas que están en la superficie de los leucocitos y para dirigir la migración de éstos; las integrinas que están presentes en los leucocitos en forma inactiva se someten a un cambio tras la activación celular, la cual aumenta la adhesión de sus ligandos.
- Etapa 3: adheridos firmemente, los leucocitos se propagan y lentamente migran sobre el endotelio; el leucocito ya activado se adhiere firmemente al endotelio por la vía LFA-1/ICAM-1, VLA-4/VCAM-1 y $\alpha 4\beta 7$ /MADCAM-1. Pero en numerosos estudios se ha demostrado la importancia de la ICAM-1 para el inicio de este paso y del proceso de transmigración leucocitaria³²⁻³⁴.
- Etapa 4: la firme adhesión de leucocitos en el endotelio vía ICAM-1 dispara el incremento intracelular de Ca⁺, la activación de p38 y Rho, mientras que VCAM-1 induce la activación

de rac1. La activación de estas moléculas facilita la transmigración al endotelio (Fig. 2); sin embargo, la regulación de la ICAM-1 en la superficie de las células endoteliales en respuesta a la estimulación de las citocinas toma por lo menos una hora³⁵.

Molécula de adhesión intercelular 1 soluble

Esta molécula ha sido identificada en suero y consiste en cinco dominios inmunoglobulina (Ig), pero carece de dominios citoplasmáticos y transmembranales. Es producida por una variedad de células diferentes, entre las que se encuentran: células del endotelio de la vena umbilical, endotelio de la vena safena, arteria aorta, células hematopoyéticas, entre otras. La concentración en el humano es de 100-450 ng/ml³⁶. Se han encontrado niveles elevados en suero en pacientes con enfermedad cardiovascular, cáncer y enfermedades autoinmunes. Numerosos estudios han correlacionado los niveles de la molécula de adhesión intercelular 1 soluble (sICAM-1) con la severidad de estas enfermedades.

Algunos trabajos han investigado el uso de la sICAM-1 como un biomarcador de la enfermedad cardiovascular^{37,38}, como en el estudio ARIC³⁹, pero se ha refutado en otros⁴⁰; sin embargo, también se ha valorado esta molécula en pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria con resultados contradictorios⁴¹⁻⁴².

En la investigación *Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis* (MESA), con una muestra de 6,814 pacientes con edades entre 45-85 años sin clínica de enfermedad cardiovascular, se compararon los niveles séricos de sICAM-1 con algunos polimorfismos y se obtuvieron

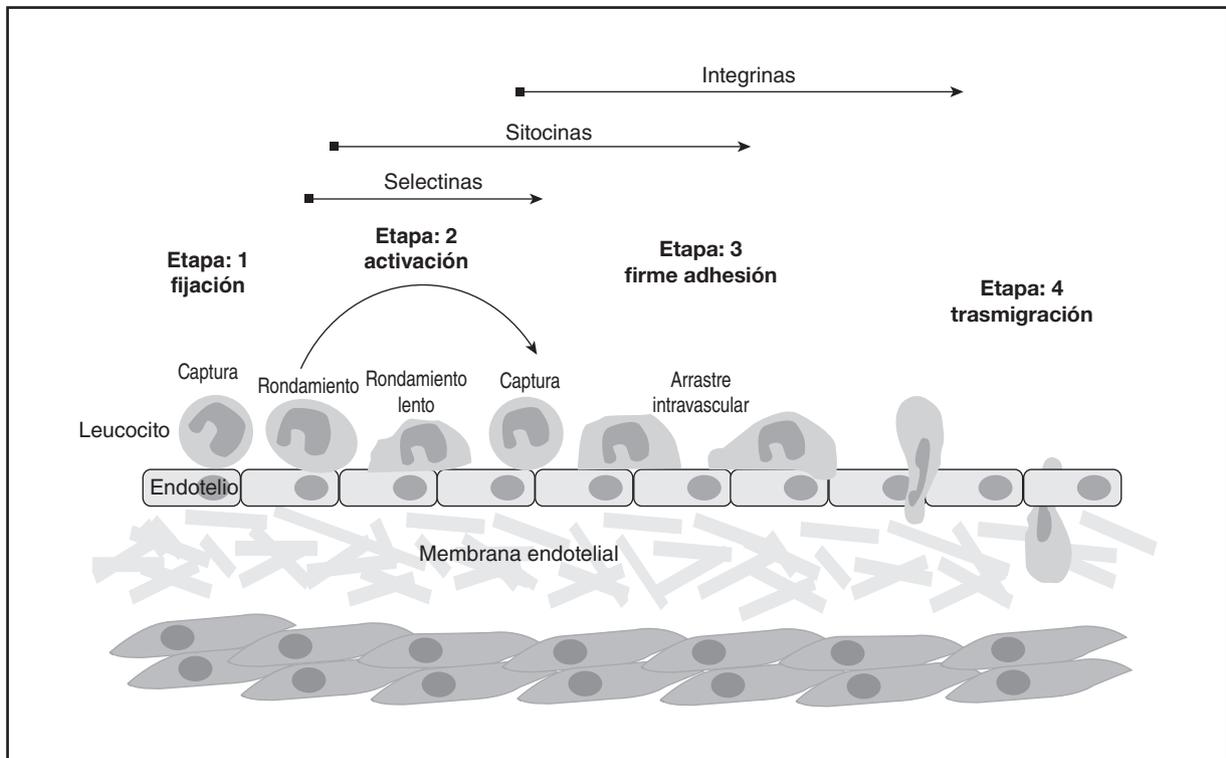


Figura 2. Etapas de la trans migración leucocitaria al endotelio¹⁴.

datos importantes, donde los polimorfismos responden de manera diferente en la expresión de la sICAM en europeo-americanos, afroamericanos, hispanos y chinos⁴³.

Conclusiones

Por todo lo expuesto, podemos ver que la misma complejidad de la enfermedad nos deja varias alternativas para su estudio, una de las cuales es el estudio de los polimorfismos del gen de esta molécula, los cuales pueden alterar la expresión de ésta y aumentar la trans migración leucocitaria, lo cual fomentaría tempranamente la placa ateromatosa; asimismo, los niveles séricos de esta molécula nos ayudarían a formar un criterio clínico para pronóstico y riesgo de los síndromes isquémicos coronarios.

Con la revisión de literatura veremos que estas condiciones cambian en diferentes partes del mundo, ya que para unos estudios sí se asocia tanto el polimorfismo del gen como los niveles séricos, en otros sólo un polimorfismo y en algunos otros no ha sido concluyente. Por tal motivo, la recomendación radica en hacer investigación por regiones para que arrojen resultados a la propia realidad.

Bibliografía

1. Libby P, Ridkey PM, Maseri A. Inflammation and atherosclerosis. *Circulation*. 2002;105(9):1135-43.
2. Ross R. Atherosclerosis--an inflammatory disease. *N Engl J Med*. 1999;340(2):115-26.
3. Auffray C, Sieweke MH, Geissmann F. Blood monocytes: development, heterogeneity, and relationship with dendritic cells. *Annu Rev Immunol*. 2009;27:669-92.
4. Imhof BA, Aurrand-Lions M. Adhesion mechanisms regulating the migration of monocytes. *Nat Rev Immunol*. 2004;4(6):432-44.
5. Greaves DR, Gordon S. The macrophage scavenger receptor at 30 years of age: current knowledge and future challenges. *J Lipid Res*. 2009;50 Suppl:S282-6.
6. Galkina E, Ley K. Immune and inflammatory mechanisms of atherosclerosis (*). *Annu Rev Immunol*. 2009;27:165-97.
7. Bjornheden T, Levin M, Evaldsson M, Wiklund O. Evidence of hypoxic areas within the arterial wall in vivo. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 1999;19(4):870-6.
8. Geissmann F, Jung S, Littman DR. Blood monocytes consist of two principal subsets with distinct migratory properties. *Immunity*. 2003;19(1):71-82.
9. Randolph GJ, Beaulieu S, Lebecque S, Steinman RM, Muller WA. Differentiation of monocytes into dendritic cells in a model of transendothelial trafficking. *Science*. 1998;282:480-3.
10. Gerrity RG, Naito HK, Richardson M, Schwartz CJ. Dietary induced atherogenesis in swine. Morphology of the intima in prelesion stages. *Am J Pathol*. 1979;95(3):775-92.
11. Napoli C, D'Armiento FP, Mancini FP, et al. Fatty streak formation occurs in human fetal aortas and is greatly enhanced by maternal hypercholesterolemia. Intimal accumulation of low density lipoprotein and its oxidation precede monocyte recruitment into early atherosclerotic lesions. *J Clin Invest*. 1997;100(11):2680-90.
12. Woollard KJ, Chin-Dusting J. Therapeutic targeting of p-selectin in atherosclerosis. *Inflamm Allergy Drug Targets*. 2007;6:69-74.
13. Johnson-Tidey RR, McGregor JL, Taylor PR, Poston RN. Increase in the adhesion molecule Pselectin in endothelium overlying atherosclerotic plaques. Coexpression with intercellular adhesion molecule-1. *Am J Pathol*. 1994;144(5):952-61.
14. Ley K, Laudanna C, Cybulsky MI, Nourshargh S. Getting to the site of inflammation: the leukocyte adhesion cascade updated. *Nat Rev Immunol*. 2007;7(9):678-89.

15. Grage-Griebenow E, Flad HD, Ernst M. Heterogeneity of human peripheral blood monocyte subsets. *J Leukoc Biol.* 2001;69(1):11-20.
16. Galkina E, Ley K. Vascular adhesion molecules in atherosclerosis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2007;27(11):2292-301.
17. Chatzizisis YS, Coskun AU, Jonas M, Edelman ER, Feldman CL, Stone PH. Role of endothelial shear stress in the natural history of coronary atherosclerosis and vascular remodeling: molecular, cellular, and vascular behavior. *J Am Coll Cardiol.* 2007;49(25):2379-93.
18. Eriksson EE, Werr J, Guo Y, Thoren P, Lindbom L. Direct observations in vivo on the role of endothelial selectins and alpha(4) integrin in cytokine-induced leucocyte-endothelium interactions in the mouse aorta. *Circ Res.* 2000; 86:526-33.
19. Álvarez A, Cerdá-Nicolás M, Naim Abu Nabah Y, et al. Direct evidence of leucocyte adhesion in arterioles by angiotensin II. *Blood.* 2004;104(2):402-8.
20. Chauhan AK, Kisucka J, Brill A, Walsh MT, Scheiflinger F, Wagner DD. ADAMTS13: a new link between thrombosis and inflammation. *J Exp Med.* 2008;205(9):2065-74.
21. Greaves DR, Gordon S. The macrophage scavenger receptor at 30 years of age: current knowledge and future challenges. *J Lipid Res.* 2009;50 Suppl:5282-6.
22. Van de Stolpe A, van der Saag PT. Intercellular adhesion molecule-1. *J Mol Med (Berl).* 1996;74(1):13-33.
23. Staunton DE, Dustin ML, Erickson HP, Springer TA. The arrangement of the immunoglobulin-like domains of ICAM-1 and the binding sites for LFA-1 and rhinovirus. *Cell.* 1990;61:243-54.
24. Tsakadze NL, Sen U, Zhao Z, Sithu SD, English WR, D'Souza SE. Signals mediating cleavage of intercellular adhesion molecule-1. *Am J Physiol Cell Physiol.* 2004;287:C55-63.
25. Roebuck KA, Finnegan A. Regulation of intercellular adhesion molecule-1 (CD54) gene expression. *J Leukoc Biol.* 1999;66(6):876-88.
26. Yang Y, Jun CD, Liu JH, et al. Structural basis for dimerization of ICAM-1 on the cell surface. *Mol Cell.* 2004;14:269-76.
27. Vora DK, Rosenbloom CL, Beaudet AL, Cottingham RW. Polymorphisms and linkage analysis for ICAM-1 and the selectin gene cluster. *Genomics.* 1994;21(3):473-7.
28. Lawson C, Wolf S. ICAM-1 signaling in endothelial cells. Institute of Pharmacology Polish Academy of Sciences, 2009.
29. Jiang H, Klein RM, Niederacher D, et al. C/T polymorphism of the intercellular adhesion molecule-1 gene (exon 6, codon 469). A risk factor for coronary heart disease and myocardial infarction. *Int J Cardiol.* 2002;84(2-3):171-7.
30. Gaetani E, Flex A, Pola R, et al. The K469E polymorphism of the ICAM-1 gene is a risk factor for peripheral arterial occlusive disease. *Blood Coagul Fibrinolysis.* 2002;13:483-8.
31. Springer TA. Traffic signals for lymphocyte recirculation and leukocyte emigration: the multistep paradigm. *Cell.* 1994;76(2):301-14.
32. Greenwood J, Wang Y, Calder VL. Lymphocyte adhesion and transendothelial migration in the central nervous system: the role of LFA-1, ICAM-1, VLA-4 and VCAM-1. *Immunology.* 1995;86:408-15.
33. Lehmann JC, Jablonski-Westrich D, Haubold U, Gutiérrez-Ramos JC, Springer T, Hamann A. Overlapping and selective roles of endothelial intercellular adhesion molecule-1 (ICAM-1) and ICAM-2 in lymphocyte trafficking. *J Immunol.* 2003;171(5):2588-93.
34. Reiss Y, Engelhardt B. T cell interaction with ICAM-1-deficient endothelium in vitro: transendothelial migration of different T cell populations is mediated by endothelial ICAM-1 and ICAM-2. *Int Immunol.* 1999;11(9):1527-39.
35. Ma XL, Lefer DJ, Lefer AM, Rothlein R. Coronary endothelial and cardiac protective effects of a monoclonal antibody to intercellular adhesion molecule-1 in myocardial ischemia and reperfusion. *Circulation.* 1992;86(3):937-46.
36. Gearing AJ, Newman W. Circulating adhesion molecules in disease. *Immunol Today.* 1993;14(10):506-12.
37. Malik I, Danesh J, Whincup P, et al. Soluble adhesion molecules and prediction of coronary heart disease: a prospective study and meta-analysis. *Lancet.* 2001;358(9286):971-6.
38. Ridker PM, Hennekens CH, Roitman-Johnson B, Stampfer MJ, Allen J. Plasma concentration of soluble intercellular adhesion molecule 1 and risks of future myocardial infarction in apparently healthy men. *Lancet.* 1998;351(9096):88-92.
39. Hwang SJ, Ballantyne CM, Sharrett AR, et al. Circulating adhesion molecules VCAM-1, ICAM-1, and E-selectin in carotid atherosclerosis and incident coronary heart disease cases: the Atherosclerosis Risk In Communities (ARIC) study. *Circulation.* 1997;96(12):4219-25.
40. Ridker PM, Buring JE, Rifai N. Soluble P-selectin and the risk of future cardiovascular events. *Circulation.* 2001;103(4):491-5.
41. Labarrere CA, Nelson DR, Miller SJ, et al. Value of serum-soluble intercellular adhesion molecule-1 for the noninvasive risk assessment of transplant coronary artery disease, posttransplant ischemic events, and cardiac graft failure. *Circulation.* 2000;102(13):1549-55.
42. Van der Harst P, Voors AA, Volbeda M, Buikema H, van Veldhuisen DJ, van Gilst WH. Usefulness of preoperative C-reactive protein and soluble intercellular adhesion molecule-1 level for predicting future cardiovascular events after coronary artery bypass grafting. *Am J Cardiol.* 2006;97(12):1697-701.
43. Bielinski SJ, Pankow JS, Li N, et al. ICAM1 and VCAM1 polymorphisms, coronary artery calcium, and circulating levels of soluble ICAM-1: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Atherosclerosis.* 2008;201(2):339-44.

Ser enfermera

P. Domínguez Sánchez^{1*} y G. Rosete Mohedano²

¹PME, ENEO-Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); ²«D» de TC, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Resumen

En un intento por analizar lo que significa ser enfermera, recapitulando a través de la historia, se retoma la esencia de ser de la enfermería y lo que se pretende que sea hoy en día la enfermera. En este recorrido, se considera la influencia relacionada con el cuidado ejercido en su mayoría por mujeres y la formación moderna de enfermería, cuyos orígenes se remontan a Florence Nightingale, quien reconoce en la mujer a la enfermera que despliega su capacidad de dar y servir, así como la influencia de la educación formal en EE.UU., la instrucción que recibían quienes estaban a cargo de los enfermos, por parte de médicos y religiosas, hasta llegar a la formación de escuelas en América Latina, en donde se incorporan requisitos de ingreso, carentes de bases de conocimientos sólidas, lo cual constituye un factor limitante para el desarrollo del pensamiento analítico y reflexivo. Finalmente se concluye que el ser enfermera debe llevar consigo el compromiso de reconocer su historia y transformarla con innovaciones del conocimiento y del eje sustancial de ser profesional.

Palabras clave: Enfermera. Pensamiento. Reflexivo.

Abstract

In an attempt to analyze what it means to be a nurse, the essence of recapitulating through history to be the essence of nursing and what it meant to be today the nurse. On this tour, we consider the influence related to the care exercised mostly by women, modern nursing education in its origins with Florence Nightingale, who recognizes the woman to nurse the ability to deploy and serve, and the influence formal education in the United States, receiving instruction who were in charge of the patients, by doctors and religious, until the formation of schools in Latin America, where entry requirements are incorporated lacking a solid foundation of knowledge, being a constraint to the development of analytical and reflective thinking factor. Finally it is concluded that the nurse should be bring a commitment to recognize its history and transform knowledge innovations and substantial shaft being professional. (Rev Mex Enf. 2014;2:55-9)

Corresponding autor: Patricia Domínguez Sánchez, dominguez_pa@yahoo.com

Key words: Thought. Reflexive. Nurse.

Introducción

En la historia han existido elementos trascendentales que han definido en cada momento el ser buena enfermera, como ser obediente, sumisa, colaboradora, incondicional, sacrificada, abnegada..., elementos facilitadores de una relación de servicio y sometimiento, y todo ello en el marco de un proceso histórico, cultural y social principalmente caracterizado por el poder hegemónico que han mantenido los médicos¹.

Desde el siglo XVI se ha designado con el nombre de enfermeras a las personas que trabajaban en los hospitales y realizaban labores de limpieza y mensajería; así, se contrataban con la categoría que especificaba su trabajo: enfermera lavandera, cocinera, etc. Las religiosas se encargaban de los cuidados directos de los enfermos, y para las labores menos deseadas se contrataba a mujeres rechazadas socialmente, por dedicarse a la prostitución o por ser madres solteras o viudas². Es decir, las actividades que históricamente han realizado las enfermeras se han definido como

Correspondencia:

**Patricia Dominguez Sanchez

Azucenas, Mz. 56 Lt. 7

Col. El Rosario, Del. Iztapalapa, C.P. 09930, México D.F.

E-mail: dominguez_pa@yahoo.com

Fecha de recepción en versión modificada: 03-06-2014

Fecha de aceptación: 15-07-2014

propias del género femenino, principalmente el hecho de cuidar, convirtiéndose en cautiverios, como menciona Marcela Lagarde, además de limpiar, barrer, dar de comer y cuidar a enfermos, niños y ancianos, actividades asignadas al personal de enfermería.

Entre los trabajos existentes sobre la historia de la enfermería se encuentran referencias a una serie de actividades dirigidas al cuidado y atención de los enfermos, y ejercidas por diferentes agentes sociales, como brujas sacerdotisas, diaconisas, matronas, monjas abadesas, sirvientas allegadas al enfermo, aprendices de médicos y hasta los propios médicos, de acuerdo con la condición histórica y social imperante en cada lugar y época³.

La historia de la formación en enfermería se encuentra relacionada con los desarrollos del saber sobre la enfermedad y con la historia de los hospitales, de algunas comunidades religiosas y hasta de los conflictos armados. En el siglo XIX, los orígenes como práctica exigían entrenamiento y conocimientos científicos; el proyecto de Florence Nightingale se considera el parteaguas de la enfermería moderna.

Dentro de sus obras, Nightingale menciona: «Toda mujer o al menos casi toda mujer ha tenido a su cargo en algún momento de la vida la salud de otra persona», lo que se traduce en que cada mujer es una enfermera, y, por tanto, la enfermera encarna la idealización social de lo femenino, que desempeña los oficios domésticos en el hospital, desplegando allí toda su capacidad de dar y de servir relegando su ser. Durante el siglo XIX, el ambiente y las condiciones sanitarias de hospitales y casas de habitación eran deplorables, de ahí que Nightingale diera recomendaciones sobre las habitaciones, que debían estar limpias y tener una buena iluminación, y la higiene personal⁴. Así pues, también estableció las bases para la enfermería en salud pública.

Desarrollo

Para Nightingale la enfermería era una vocación propia de mujeres y la escuela de entrenamiento, una especie de hogar donde se recibía preparación práctica, moral y religiosa, donde se formaban el carácter, los hábitos y la inteligencia de las jóvenes, al mismo tiempo que adquirirían conocimientos⁵.

Fue así como se generó un sistema de educación en enfermería caracterizado por la atención a los enfermos brindada por mujeres y fundamentada en

técnicas de higiene y saneamiento del ambiente. Este sistema de educación estaba dirigido a formar enfermeras para la organización de las salas de hospitales, además de recibir entrenamiento para ayudar en las labores de los médicos. Así pues, este modelo pedagógico se fundamentaba, entre otras cosas, en aprender haciendo.

Entre 1860 y 1900 surgieron escuelas de enfermería en EE.UU. En el resto de América Latina, antes de la conformación de las instituciones de formación, las personas que se dedicaban a los cuidados de los enfermos recibían conferencias esporádicas por parte de médicos. Durante el último decenio del siglo XIX y el primero del XX se inició la creación de escuelas de enfermería en América Latina: en México, en 1907, a través de la petición del Dr. Eduardo Liceaga, director del Centro Asistencial Maternidad e Infancia, quien solicitó al presidente Porfirio Díaz, en 1900, su autorización para establecer una escuela de enfermería con un requisito de ingreso: haber cursado hasta el cuarto año de la instrucción primaria⁶. Tiempo después se pedía una instrucción básica de seis años de primaria y en la década de 1960 el requisito era tener la instrucción secundaria.

Por todos es conocido que el sistema de educación básica no facilita el desarrollo del pensamiento crítico y, si a esto le agregamos que poco se fomenta el hábito de la lectura y no se motiva para seguirse preparando, se sigue permitiendo que la profesión tenga una carga basada en la práctica, situación cuasi empírica, lo cual pone en desventaja en el mercado profesional².

El hecho de que la enfermería fuera una profesión femenina, y teniendo en cuenta que las estadísticas muestran un acceso desigual a la formación secundaria para las mujeres, incidió en los requisitos de admisión durante casi 30 años, pues hasta la década de 1960 no se exigía la educación secundaria; se pidió como requisito que ésta fuera completa (de bachillerato o normalista), y se convirtió en una alternativa de formación para la mujer hasta la década de 1970, y en la mayoría de las regiones de América Latina, la única. Sin embargo, hasta la fecha este hecho (la falta de acceso a la educación) se da en todos los niveles de formación.

Por otro lado, la idea de la enfermedad se vincula con el sufrimiento y la muerte, y se incluyen representaciones de ideologías con raíces religiosas y medioambientalistas que han influido en los modelos de formación de los profesionales de la salud, modelos que conciben la salud como un proceso

individual biológico y natural, y orientan la práctica hacia una labor curativa⁷. Todo ello margina el entorno social del enfermo, y hace que se descuide el pensamiento, análisis y síntesis de los procesos que determinan los eventos de salud y enfermedad, por lo que tampoco aparecen las ideas claras acerca del cuidado de enfermería.

Entre 1937 y 1940, la enfermería es vista como un servicio de asistencia al enfermo y de colaboración con el personal médico. No existe, por tanto, un concepto claro sobre la práctica de enfermería, que se relaciona con la caridad y una vaga noción de asistencia sanitaria. En México, durante la década de 1980 surge la preocupación por la indefinición de la enfermería, por lo que se diseñan perfiles que tipifican las destrezas profesionales. En la de 1990 se propone precisar cuál es el objetivo o razón social propia de la enfermería, y se concibe el cuidado como una función histórica con diversos contenidos y modalidades, cuyo estudio debe contribuir a enriquecer el campo conceptual y de práctica. Los conceptos que se proponen en esta delimitación del campo de práctica e investigación de la profesión son los de cuidado, salud, persona y ambiente⁸.

La formación propuesta sufrió diversos cambios, que en ocasiones no cumplían con la perspectiva para los escenarios de atención, con tantos ajustes, y se sufrió, en consecuencia, la inclusión de nuevos técnicos y profesionales con deficiencias, así como el alargamiento de la formación, que se parecía más a una preocupación por preparar profesionales que ocuparían cargos de mandos medios, dado que a las primeras licenciadas en enfermería se las motivaba diciéndoles que se preparaban para ser jefas.

A partir de las propuestas de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) de incorporar en los planes de estudio conocimientos de materias sociales o de conducta se definieron áreas esenciales para la educación en enfermería, que incluían ciencias físicas, biológicas y disciplinas afines, como las sociales, de comunicación y humanas, lo cual dio paso a la reorientación de la profesión, pues, a partir de los cambios sociales y económicos de cada país, se buscaba una formación integral.

El problema de la valoración social que se da por la práctica que la enfermería realiza y cómo la realiza tiene una conexión con las instituciones de salud, pues implantan una serie de normas y procedimientos que el personal debe cumplir al pie de la letra, se

elaboran normas, manuales, técnicas, procedimientos para todas y cada una de las actividades, no permitiendo así la creatividad y espontaneidad en el trabajo. Por otro lado, es tal la carga administrativa –rutinaria– que se debe cumplir que poco tiempo queda para realizar las funciones que corresponden; su trabajo se caracteriza por una repetición de actos, técnicas y procedimiento.

El ser una «buena enfermera», por lo tanto, ha estado determinado por el cumplimiento ciego de las normas de las instituciones, por la obediencia a las órdenes médicas; y entre las enfermeras que tienen una mayor jerarquía, es una de las razones de que la «buena enfermera» tienda a excluir el pensamiento crítico y la actuación independiente como valores, pues considera que su obligación principal es cumplir las órdenes médicas, fomentar el orden, la disciplina y la armonía, obedecer y trabajar sin protestar.

Cuando se describen las funciones que corresponden a la enfermería, se dice que son designadas y propias; las primeras son las que el médico designa a las enfermeras y las segundas, las que por tradición vienen realizando, como la aplicación de medicamentos, el aseo de los pacientes, la curación de las heridas, la preparación del material y el equipo, la ayuda al incapacitado o bien ejecutar acciones que el enfermo no puede realizar por sí mismo, como comer y bañarse, entre otras. Estas actividades corresponden al trabajo tradicional que las mujeres realizan en el ámbito doméstico y que no son valoradas socialmente; se diría que, por ser mujeres, tienen que realizarlas en todas sus jornadas⁹.

Es aquí donde se hace necesario realizar cambios, de acuerdo con Díaz Barriga, induciendo «una reflexión y un análisis continuo sobre las actuaciones del alumno en formación», en los procedimientos, estrategias, técnicas, habilidades, destrezas, métodos etc., es decir, en el aspecto práctico de las cosas con la finalidad de cumplir objetivos para llegar a una meta de forma exitosa¹⁰.

Se trata de una reflexión crítica, por parte de la enfermera, acerca de sus actividades prácticas, de analizar y cuestionar las estructuras institucionales donde labora, con la finalidad de revelar el significado de la vida social, obteniendo aprendizajes significativos que le permitan modificar su actuar en la práctica¹¹.

A los profesionales de la enfermería contemporánea les corresponde seguir construyendo marcos de referencia basados en modelos conceptuales y

teorías, para las diferentes dimensiones, y escenarios de atención donde se mueven los profesionales de enfermería; además, son esenciales para la comprensión de la disciplina.

Desde estos modelos, se ha intentado sistematizar el pensamiento producido por la enfermería, lo que a su vez ha permitido interrogar sobre la orientación de las acciones de este campo, su contribución dentro del equipo de salud y la naturaleza de los servicios que presta a la sociedad. Es decir, son útiles para la resolución de problemas de una disciplina en particular. Mientras que las teorías pueden ser útiles a diversas disciplinas, también predicen fenómenos, mediante una serie de conceptos, definiciones y proposiciones que presentan una visión sistemática de la realidad¹².

Dentro de estos trabajos surgen teóricas (Marilyn Anne Ray, Patricia Benner, Myra Estrin Levine, Martha Rogers, Lydia Hall y Patricia Benner) que definen la enfermería como un cuidado holístico, relacional, espiritual-ético, en busca del bien propio y el ajeno en complejas comunidades, organizaciones y culturas burocráticas. Es decir, el cuidado es transcultural porque incluye creencias y valores, compasión y justicia¹³, además de la interacción humana como elemento sustancial, junto con otro elemento por demás importante como incorporar un cuerpo de conocimientos científicos para actuar en una realidad específica¹⁴.

Hacia finales del siglo pasado, las preocupaciones giraron en torno a la formación en materia de bioética, responsabilidad profesional, humanización de la relación con los usuarios, obtención de conocimientos sobre la gestión de los servicios de salud, tecnología, así como a la elevación de la calidad de la educación y el servicio¹⁵.

Por otro lado, la sociología del conocimiento considera como requisito fundamental para el reconocimiento de una profesión el dominio de un campo específico de conocimientos, el cual ofrece la autonomía necesaria para la toma de decisiones, así como el desarrollo disciplinar. Se exige una serie de requisitos, y los de más peso son poseer un cuerpo de conocimientos fundamentados y la investigación. El conocimiento de una disciplina proviene de la relación recíproca entre teoría, conocimiento y práctica. En la medida en que dicho conocimiento, producto de la investigación en este caso de enfermería, sea relevante para la sociedad, se transformarán la disciplina y la práctica, beneficiando al objeto de estudio¹⁶.

A través del recorrido histórico, se reconoce que el objeto de estudio de la enfermería (o esencia de la disciplina) es el cuidado integral; es el objeto del saber y el objeto de la práctica. El profesional de enfermería cuida de las personas en sus dimensiones biológica, social, emocional y cultural, ayudando, enseñando o sustituyendo el cuidado, cuando no pueden hacerlo por sí mismas¹⁷.

La investigación constituye un factor determinante para el desarrollo de una ciencia, y la enfermería como disciplina en construcción requiere producción científica que facilite este proceso. Investigaciones como las de Alarcón demuestran que quienes investigan son principalmente enfermeras académicas, o en alianzas con profesionales clínicos, y hay escasa publicación de enfermeras en la clínica. Uno de los desafíos de la disciplina de enfermería tiene que ver con el acercamiento metodológico al objeto de estudio, a través de la incentivación de investigaciones analíticas de mayor complejidad en el diseño, así como la generación de estudios basados en la práctica¹⁸.

Conclusiones

En este análisis de la búsqueda de lo que ha significado ser enfermera, en este devenir de la historia, se han vivido momentos esenciales de la enfermería. Ha cursado por cambios variados; la herencia que la mujer ha tenido en la sociedad la ha dejado en posiciones subordinadas, en el espacio de lo doméstico. María Consuelo Castrillón Agudelo menciona tres demandas que la sociedad asigna a la mujer: la primera es estar siempre a disposición, lo que genera dificultades para que reconozca sus propias necesidades; la segunda demanda tiene que ver con este papel impuesto y, por tanto, define su vida en torno a la del ser humano, lo que, en consecuencia, supone que se trata de un ser para servir a otros (al anticiparse a las necesidades). Otro factor que limita el ser un profesional autónomo, analítico y reflexivo es el desconocimiento de la propia historia de la profesión, así como los frecuentes cambios del perfil para atender las demandas de las instituciones. En definitiva, se debe dar mayor impulso a la formación reflexiva, crítica y analítica, sobre todo en el caso de los enfermeros y enfermeras en formación, para que, al incorporarse a la práctica asistencial (principalmente), no se sumen a las del poder hegemónico o en ocasiones por la costumbre que han prevalecido durante mucho tiempo en las instituciones. El fomento de la

investigación en estas áreas y la continua formación a través de estudios de posgrado son dos grandes factores que permitirán en un futuro la vinculación entre la teoría y la práctica (en ocasiones parecen sufrir un gran distanciamiento), y, por tanto, un cambio significativo para la disciplina y para quienes la ejercen.

Finalmente, el ser enfermera debe llevar consigo el compromiso primero de reconocer su historia y transformarla con innovaciones científicas, para que la sociedad, que es cada vez más demandante, a la par con el crecimiento tecnológico, reconozca la importancia del papel del profesional de la enfermería, que debe proporcionar un cuidado integral.

Bibliografía

- Alatorre E. El proceso Histórico de la Educación de Enfermería en México. En: XIII Reunión de Licenciados en Enfermería, Arte Antiguo a los Desafíos de la Ciencia Moderna Memoria. México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia-UNAM; 1992. p. 23.
- Martínez Benítez MM, Latapí P, Hernández Tezoquipa I, Rodríguez Velázquez J. Sociología de una profesión: el caso de enfermería. México: Nuevomar; 1985. p. 302.
- Molina MT. Historia de la enfermería. 2.a ed. Buenos Aires: Intermédica; 1973. p. 2-50.
- Nightingale F. Notas sobre enfermería. Mallorca: Salvat Editores, S.A.; 1990. p. 104-126.
- Woodham C. Florence Nightingale. Buenos Aires: Losada; 1957. p. 113-4.
- Galván E. La educación superior de la mujer en México 1876-1940. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 1987. p. 95.
- Castrillón MC. La formación de enfermeras. En: Castrillón MC. La dimensión social de la práctica de enfermería. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 1997. p. 19-25.
- Kérouac S. Grandes corrientes del pensamiento. En: Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona; Masson; 1996. p. 2.
- Janieson T. Historia de la enfermería. México: Interamericana; 1965. p. 439.
- Díaz Barriga F, Hernández Rojas G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. 2.a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006. p 52-60.
- Medina JL. La formación de enfermeras como práctica reflexiva. En: Medina JL. Pedagogía del cuidado. 1.a ed. España: Laertes; 1999. p. 235-6.
- Castrillón MC. Referentes teórico prácticos de enfermería. En: Castrillón MC. La dimensión social de la práctica de enfermería. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 1997. p. 36-40.
- Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 6.a ed. Madrid: Elsevier España; 2006. p. 124.
- Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 6.a ed. Madrid: Elsevier España; 2006. p. 232.
- Castrillón MC. La dimensión social de la práctica de enfermería. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 1997. p. 26-32.
- Ochoa MS. A propósito de la enfermería basada en evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación. Invest Educ Enferm. 2005;23(2):138-46.
- García CJ, Martínez MR. Investigar en enfermería, concepto y estado actual de la investigación en enfermería. Salamanca: Universidad de Alicante; 2001. p. 61.
- Alarcón A, Astudillo P. La investigación en enfermería en revistas latinoamericanas. Ciencia y enfermería. 2007;XIII(2):25-31.

Profesión de enfermería: la construcción hacia la profesionalización

S. Arroyo Lucas^{1*}, M. Martínez Beceril²,
L.G. López López¹, M.P. Nájera Ortiz³,
A. Jiménez Méndez⁴, R.A. Ayala Salinas¹,
C. Leija Hernández⁵ y R. Valdez Labastida⁶

¹Departamento de Enseñanza de Posgrado en Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.; ²Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.; ³Departamento de Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.; ⁴Departamento-Escuela de Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.; ⁵Dirección de Enfermería, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México, D.F.; ⁶Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, México, D.F.

Resumen

El presente trabajo tiene su origen en un análisis de los diferentes escenarios académicos, políticos, ideológicos y económicos que han albergado los constantes cambios que ha sufrido el desarrollo del profesional de la enfermería, y tiene la intención de cubrir tres objetivos que se vinculan entre sí: en primer lugar, discutir sobre los elementos que legitiman la profesión y construyen el proceso de profesionalización, fragmentando la idea de que sólo mediante la obtención de grados académicos se logra la profesionalización; en segundo lugar, mostrar que la enfermería, con todas sus organizaciones, necesita incorporarse a espacios de posicionamiento político, inmersos en los procesos inseparables de toma de decisiones en donde se entretiene la relación entre el Estado y los individuos; y, por último, presentar las ventajas de la formación y la medición del impacto en el sistema de salud mexicano con el fin de garantizar la calidad y seguridad en la atención. Se concluye que es perentorio construir un Programa Nacional de Profesionalización que permita vincular la formación con la construcción de procesos metacognitivos en el sentir, pensar y hacer enfermería, a fin de estar al nivel de las expectativas de la sociedad mexicana, y sólo debemos mirar atrás para entender nuestra historia, al lado para entender el contexto y hacia adelante para trazar el objetivo al que queremos llegar.

Palabras clave: Profesionalización. Enfermería. Profesión. Competencias. Impacto.

Abstract

This work was born from an analysis of different academic, political, ideological and economic scenarios, factors that have hosted the constant changes that have been part of the development of the nursing profession, and intends to cover three interlinked objectives: first, discussing the elements that legitimize the profession and build the professionalization process, examining the idea that only by obtaining degrees is professionalization achieved; secondly, showing that nursing together with all its organizations needs to be incorporated into the political arena and be fully involved in the decision-making processes that interweave the relationship between the state and individuals; and finally, presenting the advantages of the formation and measuring the impact of the Mexican health system in order to guarantee the quality and safety of care. We conclude that it is imperative to build a national program that allows linking professionalization training with the metacognitive building process in the feeling, thinking and doing of nursing in order to keep up with the expectations of Mexican society, and we just look back to understand our history, as well as understanding the context, and then forward to map the goal we want to reach. (Rev Mex Enf. 2014;2:60-5)

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

Key words: Professionalization. Nursing profession. Competencies and impact.

Correspondencia:

*Silvino Arroyo Lucas
Departamento de Enseñanza de Posgrado en Enfermería
Vasco de Quiroga, 15
Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, C.P. 14000, México, D.F.
E-mail: sarroyo76@yahoo.com.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 13-09-2014
Fecha de aceptación: 28-08-2014

Introducción

Tomando en cuenta los constantes cambios políticos, sociales, ideológicos y económicos a los que se enfrenta nuestro país, resulta una necesidad imperante adaptarse a todos los factores incontrolables del medio, a fin de obtener fortalezas que faciliten las subsistencias de las organizaciones; para ello, se debe contar con una planeación que sustente el ejercicio de las instituciones, con el fin de caminar todos hacia un mismo objetivo.

El presente trabajo se origina como respuesta a los constantes cambios que ha sufrido el desarrollo disciplinar del profesional de la enfermería y pretende poner en el centro de la discusión los elementos que hay que considerar cuando se habla de profesionalización. En el intento de legitimar la práctica de la enfermería, en México se han analizado y desarrollado programas desde diversas perspectivas, buscando estrategias como las siguientes: cambios en los planes de estudio universitarios de enfermería, profesionalización a través del incremento de grados académicos, introducción de planes de cuidados de enfermería, desarrollo de la investigación, seguimiento de los indicadores de calidad, etc.

Desde luego, todas las ideas y esfuerzos son aceptables, pero tienen poca validez cuando los resultados no se materializan y no se analiza la efectividad de los programas. No podemos decir que se hayan escatimado esfuerzos en el intento de legitimar la práctica de nuestra enfermería, pero tampoco se puede negar que no han sido suficientes. Por tal motivo, retomamos la discusión de que es necesario vincular la historia con los programas que se implementan en las instituciones, desde una práctica enriquecedora, a través de las experiencias en publicaciones de la incorporación de la docencia-asistencia-investigación, elementos necesarios, pero no únicos, para la legitimación de la práctica profesional.

En esta vinculación, un primer punto que no hay que dejar de ver es lo que puede significar una práctica profesional; para ello, no hay que obviar que la profesionalización de la enfermería es parte del contexto de globalización, ya que lleva inmersas mejores prácticas en el marco de un cuidado profesional. En este sentido, es importante identificar la formación de competencias en el cuidado profesional y el impacto que de ello deriva. Así, en la propuesta de marco de análisis para este artículo, se contemplan los elementos de profesión, profesionalización, competencias e impacto.

Estado, profesión y profesionalización

En esta propuesta, como en otras, la profesionalización de la enfermería implica una manera diferente de entender, ver y hacer enfermería, así como la forma de entender la salud y la sociedad¹.

En el desarrollo historiográfico, la enfermería pasa por un periodo de transición de una responsabilidad no representada a una profesión, gracias a la construcción de una forma de hacer enfermería de los trabajos de Florence Nightingale, con la salvedad de no cumplir necesariamente con los «criterios» empleados para la profesión, desde los discernimientos de la sociología. La protección del Estado tiene una función esencial para hacer prevalecer ideas y acciones, como ejemplifica Nightingale, cuando solicita la intervención del consejo privado de la reina de Inglaterra, en 1892, para posicionar una forma de profesión de enfermería diferente a la propuesta por Ethel Bedford Fenwick, enfermera inglesa, matrona del Hospital San Bartolomé, quien tenía entre sus objetivos el reconocimiento de la enfermera, con el paso de un perfil religioso a uno profesional².

Así, en la polisemia de la profesión, al rescatar algunos datos, podemos decir, desde el punto de vista de la sociología, que en las décadas de 1950 y 1960, en EE.UU., las profesiones se caracterizaban por su naturaleza avanzada en conocimientos y destrezas basadas en la formación universitaria y su contribución al bien de la humanidad, tanto de manera individual como colectiva. En este sentido, destacan dos características básicas: primero un periodo de formación mínima y la rentabilidad del ejercicio, condicionada a un código de ética, eficiencia y calidad del servicio³.

Así, podríamos decir que las profesiones permiten comprender algunos elementos que conforman la estructura social, sin que esto signifique que una profesión sea necesariamente profesional y consolide su profesionalización, ya que, ante los cambios sociales, determinadas profesiones han quedado rezagadas, por no llegar a consolidar la profesionalización³.

En este sentido, el proceso de profesionalización está relacionado con la respuesta que la profesión da a la humanidad, y el Estado se convierte en un actor principal del proceso. Al respecto, Freidson, sociólogo de la Universidad de Nueva York, dictaminó que, en cuestión de profesiones y de profesionalización, es necesario estar atentos a los procesos políticos, ya que el Estado es quien permite el derecho de ejercer ciertas tareas de educación y reclutamiento de miembros, y

Tabla 1. Crecimiento de la credencialización de la enfermería en México (2007-2013)

Preparación	2007	%	Preparación	2010	%	Preparación	2013	%
Nivel superior	2,195	23	Nivel superior	3,566	33	Nivel superior	5,561	46.1
Nivel técnico	5,912	62	Nivel técnico	5,782	53.6	Nivel técnico	5,089	42.1
Auxiliar	1,460	15	Auxiliar	1,447	13.4	Auxiliar	1,435	11.8
Total	9,567	100	Total	10,795	100	Total	12,085	100

Adaptado de Oficio dirigido a la Secretaría de Salud México por el equipo directivo de Institutos Nacionales de Salud.

decide en qué consistirá el trabajo. En este sentido, el análisis del significado de la profesión se centra en cómo se logra o pierde el control sobre las condiciones del contenido del trabajo; en términos generales, tiene la capacidad de controlar la organización social, política y económica del trabajo⁴. Es decir, la representación histórica de la organización social, la categorización de las actividades del trabajo, es uno de los ejes que constituyen los desafíos políticos, inmersos en procesos inseparables de la relación entre el Estado y los individuos⁵.

Sin mayor discusión, en la variedad de definiciones, el término *profesión* se conceptualiza como la ocupación que requiere «un conocimiento especializado, una capacitación educativa de alto nivel, control sobre el contenido del trabajo, organización propia, autorregulación, altruismo, espíritu de servicio a la comunidad y elevadas normas éticas»⁶, además de no encontrarse sola y de que los esfuerzos de sus integrantes dependan de la organización y la protección del Estado.

La transición de profesión a profesionalización no se ha realizado de una forma secuencial predeterminada, sino que ha dependido de los avances históricos de la profesión. Las ocupaciones que intentan profesionalizarse, al pasar por las diferentes fases y hechos en el desarrollo de cada grupo profesional, desde sus inicios como ocupación hasta convertirse en profesión, se mantienen en constante construcción del proceso de profesionalización⁷.

En países como el nuestro, esta construcción no ha sido fácil, y ha tenido que pasar, desde el siglo XIX, por la influencia de la estrategia europea, materializada en el seguimiento del sistema de formación profesional del periodo de 1906 a 1954, cuando se crearon los primeros centros de educación para formar enfermeras¹, y la enseñanza dirigida por el gremio médico y concebida como auxiliar de la medicina, hasta llegar al año 1968, cuando la Universidad

Nacional Autónoma de México creó la licenciatura en Enfermería⁸.

Si bien es cierto que la creación de la licenciatura es un logro académico que favorece el proceso de profesionalización, «desde 1945, con el surgimiento de la Ley General de Profesiones, la enfermería quedó integrada a las 23 actividades profesionales que requieren título y cédula profesional como medida de protección a la sociedad, tal y como lo requieren las doce profesiones que han sido motivo de atención especial a raíz de la firma de los tratados internacionales»⁹. Este ingreso quedó situado en una paradoja, al ser la única profesión que se incluía en el Catálogo de Oficios y Profesiones de la Comisión Nacional de Salarios Mínimos⁹.

En este panorama, tuvieron que pasar alrededor de 40 años hasta que se publicara, el 22 de diciembre de 2004, en el Diario Oficial, la resolución del H. Consejo de Representantes de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, que fijaba los salarios generales y profesionales vigentes a partir del 1 de enero de 2005, en donde se resolvía lo siguiente: «La profesión de enfermería con título se suprime de la relación de profesiones, oficios y trabajos especiales que estuvieron vigentes en el 2004»¹⁰. Este desarrollo tuvo un reflejo importante, al observar el crecimiento de la credencialización de los años 2007 a 2013 (Tabla 1).

«Este crecimiento es significativo cuando se analiza en el año 2007, que a más de un siglo de la época de la enfermería moderna, existía un 23% de enfermeras con nivel superior y posteriormente, es decir en estos cinco años se ha avanzado en más del 100% en la formación de personal con nivel superior llegando a un 46.1% del total de enfermeras que pertenecen a la C.C.I.N.S.H.A.E.»¹⁵.

Podemos observar que, en los últimos 20 años, el impulso del desarrollo ha sido mucho más claro, al conjuntarse, entre otros aspectos, cuatro tipos de esfuerzos que se asocian con eventos propios del

proceso de profesionalización: modificación de las formas de pensar y hacer enfermería, normalización del ejercicio profesional, creación de modelos innovadores de cuidado e introducción de un nuevo perfil de liderazgo. En términos de profesionalización, estos pasos favorecen el reconocimiento legal de la profesión de enfermería, beneficiando así el aspecto económico. Esta situación se reafirma cada año, cuando la Secretaría de Hacienda fija los salarios mínimos y el reconocimiento de la formación en el ejercicio de un trabajo profesional. En este sentido, sin perder de vista que el proceso de profesionalización no sólo depende de la enfermera y sus asociaciones, es necesario seguir trabajando con quienes están al frente del orden social, científico y profesional.

En esta vinculación de un trabajo coordinado, no se puede perder de vista la generación de competencias desde las universidades, dado que no es una característica propia de los individuos y teniendo en cuenta que su construcción está relacionada con el conocimiento profesional, con el fin de favorecer los elementos clave del desarrollo de la vida cotidiana. Al respecto, por competencias podemos entender la construcción de saberes orientados al bien social, en donde se articulan la concepción del ser, del saber, del saber hacer, del saber convivir. En la sociedad del conocimiento es prioritario el saber con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población¹¹.

La construcción de competencias es otro punto de análisis; en países como México, en el año 2014, siguen existiendo alianzas entre instituciones para la preparación de auxiliares de enfermería¹², lo cual responde a un modelo en donde únicamente se requiere saber hacer, es decir, conocimiento aplicado a la técnica o la ayuda, como sucedía hace más de 130 años (1877), con la única motivación de la remuneración por el trabajo; más de 60 años después, no se logró transformar, ya que en 1938 seguía habiendo pensamientos como el siguiente: «La enfermera (...) debe gozar (...) de cualidades morales (...) a fin de poder ejecutar su dominio cabal y provechoso en todas las ocasiones que el médico demande su colaboración (...) bondad, prudencia y cariño. Íntegra, verídica, fraternal, cuidadosamente observadora al lado del enfermo, es la insustituible auxiliar de los médicos... [y llegar al extremo de exigirle] olvidarse de sí misma [sin que] descuide su propio ser; cuando precisamente el ejercicio de su ministerio requiere no sólo de integridad moral, sino a la vez el goce de salud completa»⁸.

Sin duda, estas alianzas deberían ser analizadas por los integrantes que dirigen las organizaciones de enfermería en México, ya que quizá sea la razón de la escasa movilidad de auxiliares en los reportes realizados entre los años 2007 y 2013¹⁵.

Así, en el contexto de la profesionalización, mantener la formación de la enfermera, transformando la manera de pensar y hacer enfermería, es pretender estar al nivel de la expectativa de los países del primer mundo que se encuentran en la avanzada de los servicios que garantizan la calidad y seguridad del paciente. Respecto a las bondades de la profesionalización, desde el análisis de líderes de la enfermería mexicana, en la primera década del siglo XXI, se ha reportado que, en EE.UU., de las 78 enfermeras por cada 10,000 habitantes, más del 65% son profesionales; en el Reino Unido, hay 84 enfermeras profesionales; en Irlanda, 80, y en Canadá, 74; es decir, en estas naciones, por cada 10,000 habitantes, hay un porcentaje de enfermeras profesionales mayor al 65%¹³, lo cual contrasta, en esta segunda mitad del siglo XXI, con las cifras de México, en donde aún no se llega a un 50% de enfermeras profesionales en el sector de la salud.

Esto tiene sentido cuando se observa que «la relación proporcional de enfermera profesional/paciente o paciente/horas enfermera está correlacionada significativamente con la mortalidad y morbilidad de los pacientes, los indicadores días/estancia, las infecciones nosocomiales, y los errores en la administración de medicamentos, entre otros factores. En un estudio realizado en 39 hospitales magneto (hospitales que cuentan con los más altos estándares de calidad que incluye el número adecuado de personal e incentivos de permanencia en el empleo) y 195 hospitales control, se encontró una diferencia de 4.6% de mortalidad más baja en las instituciones magneto»¹³.

Es evidente que contar con enfermeras profesionales es un deber necesario e indispensable para una mejor práctica; el personal tiene aspiraciones y motivaciones para desarrollar el esfuerzo adicional de comprometerse a cumplir con su trabajo y sus estudios.

Es importante señalar que toda esta dinámica se acompaña de una creciente actividad política de las enfermeras, a través de colegios, asociaciones de enfermería e instituciones, que, en términos de impacto, quizá aún no se esté en las mejores condiciones de ser medida, porque «medir el impacto es, concretamente, tratar de determinar lo que se ha alcanzado»¹⁴. Y la profesionalización aún está en proceso de construcción.

Sin embargo, si analizáramos de manera preliminar los alcances de la profesionalización, observaríamos que las instituciones de salud, a menos de una década del reconocimiento legal y «económico» de la enfermería, ha logrado, entre otros aspectos, los siguientes avances:

- «Mantener el compromiso del equipo de enfermería para continuar participando en diversas campañas nacionales que logran controlar y erradicar enfermedades que son una amenaza para la vida de los mexicanos.
- «Tener mayores competencias de participación en la respuesta de los sistemas de salud sobre las condiciones epidemiológicas, demográficas e implementación de programas orientados a mejorar la calidad de atención.
- «Fortalecer el cuidado profesional sustentado desde la Enfermería basada en Evidencia, teniendo como plataforma científica el Proceso de Atención de Enfermería.
- «Disminuir brechas en la formación académica y percepción económica entre profesionales de la salud (químicos, odontólogos, médicos, etc.).
- «Retener la migración de las enfermeras profesionales calificadas hacia donde perciben mejores incentivos económicos, condiciones de trabajo y desarrollo profesional.
- «Continuar fortaleciendo el compromiso de unificar criterios disciplinares en la formación y de práctica profesional, construyendo programas a corto, mediano y largo plazo, que proyecten a la enfermería mexicana en escenarios internacionales, y que paralelamente impacten en la construcción de un Modelo Mexicano que otorgue calidad como cultura en la atención»¹⁵.
- Incorporarse a comités de metas internacionales de seguridad del paciente.
- Construir indicadores de calidad.
- Incorporar programas de gestión del cuidado profesional de enfermería a través del Proceso de Atención de Enfermería.
- Generar consultorías de enfermería sustentadas en la promoción del autocuidado desde la educación al paciente y la familia, en las instituciones de salud.
- Construir guías de práctica clínica.
- Generar y construir equipos de investigación en enfermería.
- Evidenciar la práctica profesional a través de publicaciones en revistas de enfermería.
- Disminuir las infecciones nosocomiales en las instituciones de salud.
- Registrar escalas que identifican la evaluación del dolor y el riesgo de caídas y desarrollo de úlceras por presión.
- Compromiso del equipo operativo de enfermería en los diversos programas nacionales orientados a mantener y mejorar la calidad.
- Desarrollo profesional de licenciados, maestros y doctores en enfermería que gradualmente se forman en el país y el extranjero¹⁶.

En este transitar, desde la experiencia clínica, seguir en el proceso de profesionalización significa apoyar objetivos a corto plazo en los procesos de medición de la mortalidad y los gastos económicos asociados a las complicaciones derivadas del cuidado, con cambios en el resultado, en donde se pueda ver «la forma como se realiza el proceso o las prácticas que se utilizan y que dependen, en gran medida, de la persona o personas que las ejecutan»¹⁴, es decir, de los profesionales de la enfermería.

Desde esta perspectiva, existe la necesidad perentoria de construir, de manera vinculada, coordinada e integral, un programa de profesionalización con elementos medibles¹⁶, entre quienes representan la enfermería mexicana, en una visión panóptica, en la medida que avanza el cambio de pensamiento, de forma secundaria a un desarrollo de la disciplina, por la inserción de nuevos componentes. Bajo esa iniciativa, estaríamos pensando que los resultados finales (impactos) al nivel del propósito o fin del programa implicarían un desarrollo significativo «y, en algunos casos, perdurable o sustentable en el tiempo, en alguna de las condiciones o características de la población objetivo y que se plantearon como esenciales en la definición del problema que dio origen al programa. Un resultado final suele expresarse como un beneficio a mediano y largo plazo obtenido por la población atendida»¹⁴.

En este sentido, para generar un avance significativo en términos porcentuales de la profesionalización, no sólo se requiere contar con personal credencializado (título y cédula) en su mayoría. «Para que el proceso de construcción social de la historia de la enfermería sea efectivo, es preciso realizar una profunda reflexión crítica acompañada de una fase previa de desconstrucción»¹⁷, que permita visualizar el contexto del desarrollo histórico y actual de la enfermería, sin que ello signifique una crítica profunda de la historia, pero sí con la mirada en una mayor participación en marcos económicos, sociales, ideológicos, así como políticos y democráticos, en los que la ideología considere el poder, la clase y el género,

porque no se puede entender un proceso de profesionalización sin considerar el mundo de la mujer y la función del Estado en el sistema educativo, social y laboral¹⁷.

Conclusiones

Es importante seguir trabajando en el proceso de profesionalización haciendo hincapié en las diferencias de lo que significa la credencialización (obtención de títulos de licenciatura, especialidad, maestría y doctorado) y se mantenga un compromiso arduo con la construcción de una profesionalización de la enfermería, en donde se contemplen, entre otros aspectos, el conocimiento especializado, la formación educativa de alto nivel, el control del contenido del trabajo, la organización propia, la autorregulación, el sentido social al servicio del ser humano y su entorno, y elevadas normas éticas.

La profesionalización es ver más allá de la capacitación sobre la técnica, es mantener la formación, crear un programa nacional de profesionalización que permita vincular la formación orientada a la construcción de procesos metacognitivos en el sentir, pensar y hacer enfermería, a fin de estar al nivel de la expectativa de lo que requiere la sociedad mexicana; desde las instituciones de salud, es querer reconocer el ejercicio profesional, favorecer entre los profesionales la creación de modelos innovadores del cuidado, fortalecer la autonomía disciplinar, formar líderes en enfermería, continuar o iniciar (según sea el caso) procesos de medición del impacto directo de la gestión del cuidado en la atención a la población; es generar conocimiento desde la enfermería basada en evidencias, realizar una gestión administrativa

sustentada en el conocimiento, formar mediante modelos pedagógicos, continuar trabajando; es mirar atrás para entender nuestra historia, al lado para entender el contexto y hacia adelante para trazar el objetivo al que queremos llegar.

Bibliografía

1. Gonzalez Carrillo E, Arraz Vota AM, Moriel Corral BL. La profesionalización de enfermería: hacia una estrategia de cambio. *Tecnociencia Chihuahua*. 2012;1(6).
2. Sacchetti L, Rovere M. Surgimiento de la Enfermería Moderna: mitos victorinos, tecnologías de poder y estrategias de género. 1.ª ed. Cerro de las Rosas: Asociación Civil El Ágora; 2011. p. 86-8.
3. Ballesteros Leiner A. Max Weber y la sociología de las profesiones. México: Universidad Pedagógica Nacional; 2007.
4. Freidson E. La profesión médica, Barcelona: Península; 1978.
5. Durkheim E. De la división du travail social. París: Presses Universitaires de France; 1930.
6. Fernández Pérez JA. Elementos que consolidan el concepto profesión. Notas para su reflexión REDIE. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. 2001;3(1).
7. Wiliensky Harold L. The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*. 1964;2(70):137-58.
8. Cárdenas Jiménez M, Zarate Grajales RA. La formación y la práctica social de la profesión de la enfermería en México. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2001;XIX(2):92-102.
9. Medina LM. *Gaceta Parlamentaria*, número 1634-II, jueves 25 de noviembre de 2004 (904). *Desarrollo Científ Enferm*. 2005;13(2).
10. México. Diario Oficial. Resolución del H. Consejo de Representantes de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos que fija los salarios mínimos generales y profesionales vigentes a partir del 1 de enero de 2005. 22 de diciembre de 2004.
11. Gutiérrez J, Benayas J, Calvo S. Educación para el desarrollo sostenible: evaluación de retos y oportunidades del decenio 2005-2014. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2006;40.
12. Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería. 1.ª Reunión Nacional de la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), 28-30 abril de 2014, México, D.F.
13. Arroyo-de Cordero G, Jiménez-Sánchez J. Repercusiones de la escasez versus migración de enfermeras como fenómeno global. *Rev Enferm IMSS*. 2005;13(1):33-40.
14. Liberta Bonilla BE. Impacto, impacto social y evaluación del impacto. *Acimed*. 2007;15(3).
15. Institutos Nacionales de Salud. Equipo Directivo de Enfermería. Oficio dirigido a la Dra. Mercedes Juan López. Secretaría de Salud, México, 12 de diciembre de 2013.
16. Equipo directivo de los Institutos Nacionales de Salud y Hospital General Manuel GEA González. Reunión de trabajo sobre profesionalización. México, Secretaría de Salud, Hospital General Manuel GEA González, 7 de mayo de 2014.
17. Siles González J. La construcción social de la Historia de la Enfermería. *Index de Enfermería*. 2004;47.



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.wame.org/urmspan.htm>) para obtener mayor información sobre la preparación de los manuscritos.

RESUMEN EN ESPAÑOL

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

RESUMEN EN INGLÉS

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

AGRADECIMIENTOS

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

REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

CUADROS

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

FIGURAS O GRÁFICAS

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

EXPERIENCIA CLÍNICA

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

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

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

CESIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDAD SOBRE LOS CONTENIDOS

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

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

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

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

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

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

autores@revistamexicanadeenfermeria.com

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

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



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



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

Nombre: _____

Dirección donde deseo recibir la revista: _____

E-mail: _____ Teléfono: _____

Centro de Trabajo: _____

Especialidad: _____

*Edición semestral

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

Firmado:

El interesado

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