

Vol. 14, Suplemento 1, 2009

**La profesión de enfermería:
 "Su transitar de la
 tecnificación a la
 humanización del cuidado"**

**Prevalencia de ansiedad y
 depresión en enfermería
 a cargo del paciente crónico
 hospitalizado**

**Significado de la
 Histerectomía en mujeres
 en edad reproductiva
 por complicaciones del
 parto: una visión
 sociocultural**

**Epidemiología de ostomías
 de eliminación en diferentes
 unidades de salud del
 Distrito Federal**

**La calidad de la
 comunicación
 enfermera-paciente en los
 Centros de Salud de la
 Jurisdicción Sanitaria Benito
 Juárez en México, D. F.**

**Etiquetas diagnósticas
 NANDA identificadas en
 pacientes hospitalizados
 con pie diabético en una
 Unidad de Salud de 2o.Nivel**

Trato digno: Reto cotidiano

**La práctica enfermera
 durante la Revolución
 Mexicana (1910 - 1920)**

**Humanización del cuidado
 de enfermería. De la
 formación a la práctica
 clínica**

**Atención personalizada en
 enfermería**



Contenido

| | |
|---|----|
| Editorial | |
| La profesión de enfermería: "Su transitar de la tecnificación a la humanización del cuidado"..... | 3 |
| Lic. JUANA JIMÉNEZ-SÁNCHEZ. | |
| Artículos Originales | |
| Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado | 5 |
| L.E. VIOLETA LUCIA LERMA-MARTÍNEZ, L.E. GLORIA VICTORIA ROSALES-ARELLANO, M. C. E. MÓNICA GALLEGOS-ALVARADO | |
| Significado de la Histerectomía en mujeres en edad reproductiva por complicaciones del parto: una visión sociocultural. | 11 |
| DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI-PEÑA, DRA. MARLIN VILLELA-MAMEDE | |
| Epidemiología de ostomías de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal | 15 |
| Lic. OTILIA CRUZ-CASTAÑEDA, Lic. MARCO ANTONIO CANO-GARDUÑO, Lic. LUCIA PAT-CASTILLO, ENF. MA. DEL PILAR SÁNCHEZ-BAUTISTA, ENF. JUAN MANUEL ESPINOSA-ESTÉVEZ, M.E. JUAN GABRIEL RIVAS-ESPINOSA, M.E. SANDRA HERNÁNDEZ-CORRAL | |
| La calidad de la comunicación enfermera-paciente en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en México, D. F. | 20 |
| PATRICIA SÁNCHEZ-SALDIVAR, DR. HÉCTOR AGUIRRE-GAS, Lic. MIGUEL ÁNGEL CÓRDOBA-ÁVILA, DRA. MAHUINA CAMPOS-CASTOLO, DR. HEBERTO ARBOLEYA-CASANOVA | |
| Etiquetas diagnósticas NANDA identificadas en pacientes hospitalizados con pie diabético en una Unidad de Salud de 2o. Nivel | 29 |
| MARISOL REFUGIO-SANTIAGO, MTRO. JUAN GABRIEL RIVAS-ESPINOSA | |
| Artículos de Revisión | |
| Trato digno: Reto cotidiano | 33 |
| MSN. MARÍA ISABEL NEGRETE-ARREDONDO | |
| La práctica enfermera durante la Revolución Mexicana (1910 - 1920) | 37 |
| FLOR LIZET VILLEDA-GARCÍA, NADIA RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ, Lic. MIGUEL ÁNGEL CÓRDOBA-ÁVILA | |
| Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. | 40 |
| Lic. LILIANA GONZÁLEZ-JUÁREZ, Lic. ANA LUISA VELANDIA-MORA, Lic. VERÓNICA FLORES-FERNÁNDEZ | |
| Atención personalizada en enfermería | 44 |
| MTRA. ROSA ORTÍZ-RIVERA | |
| Editorial | |
| The nurse profession: "The pass along from the modernization to the humanization of the care"..... | 3 |
| Lic. JUANA JIMÉNEZ-SÁNCHEZ. | |
| Original Articles | |
| Prevalence of anxiety and depression in nurse on charge of the hospitalized chronic patient | 5 |
| L.E. VIOLETA LUCIA LERMA-MARTÍNEZ, L.E. GLORIA VICTORIA ROSALES-ARELLANO, M. C. E. MÓNICA GALLEGOS-ALVARADO | |
| Meaning of the Hysterectomy in women in reproductive age by complications of the childbirth: a sociocultural vision | 11 |
| DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI-PEÑA, DRA. MARLIN VILLELA-MAMEDE | |
| Epidemiology of elimination ostomies in different health units of Mexico, City | 15 |
| Lic. OTILIA CRUZ-CASTAÑEDA, Lic. MARCO ANTONIO CANO-GARDUÑO, Lic. LUCIA PAT-CASTILLO, ENF. MA. DEL PILAR SÁNCHEZ-BAUTISTA, ENF. JUAN MANUEL ESPINOSA-ESTÉVEZ, M.E. JUAN GABRIEL RIVAS-ESPINOSA, M.E. SANDRA HERNÁNDEZ-CORRAL | |
| Quality of the patient communication nurse in the health centers of the Sanitary Jurisdiction Benito Juarez in Mexico, D. F. | 20 |
| PATRICIA SÁNCHEZ-SALDIVAR, DR. HÉCTOR AGUIRRE-GAS, Lic. MIGUEL ÁNGEL CÓRDOBA-ÁVILA, DRA. MAHUINA CAMPOS-CASTOLO, DR. HEBERTO ARBOLEYA-CASANOVA | |
| NANDA Diagnostic labeling in hospitalized patients with diabetic foot in unit health of second level | 29 |
| MARISOL REFUGIO-SANTIAGO, MTRO. JUAN GABRIEL RIVAS-ESPINOSA | |
| Review Articles | |
| Dignified care: Quotidian challenge | 33 |
| MSN. MARÍA ISABEL NEGRETE-ARREDONDO | |
| The practice nurse during the Mexican Revolution (1910 - 1920)..... | 37 |
| FLOR LIZET VILLEDA-GARCÍA, NADIA RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ, Lic. MIGUEL ÁNGEL CÓRDOBA-ÁVILA | |
| Humanization of nursing care. From education development to clinical practice. | 40 |
| Lic. LILIANA GONZÁLEZ-JUÁREZ, Lic. ANA LUISA VELANDIA-MORA, Lic. VERÓNICA FLORES-FERNÁNDEZ | |
| Personalized attention in nursing care | 44 |
| MTRA. ROSA ORTÍZ-RIVERA | |

Editor

Dr. Germán Fajardo Dolci

Editor Adjunto

Dr. Javier Rodríguez Suárez

Editor Invitado

Lic. Juana Jiménez Sánchez

Consejo Editorial

Dr. Héctor Aguirre Gas

Dr. Heberto Arboleya Casanova

Dra. Mahuina Campos Castolo

Dr. Francisco Hernández Torres

Dr. Rafael Gutiérrez Vega

Dr. José Meljem Moctezuma

Lic. Juan Antonio García Villa

Lic. Jesús Antonio Zavala Villavicencio

Lic. Bertha Hernández Valdés

Comité Editorial

Dr. Emilio García Procel

Dr. José Antonio Carrasco Rojas

Dr. Miguel Ángel Rodríguez Weber

Dr. Enrique Luis Graue Wiechers

Dr. Carlos A. Viesca Treviño

Dr. Julio Sotelo Morales

Dr. Gonzalo Moctezuma Barragán

Lic. Severino Rubio Domínguez

Dr. Luis Vargas Guadarrama

Dr. Rafael Navarro Meneses

Procedimiento Editorial

Lic. Gloria Flores Romero

Lic. Miguel A. Córdoba Ávila

Lic. Araceli Zaldívar Abad

Dr. Marco Antonio Fuentes Domínguez

Diseño y Producción

L.D.G. Mónica Sánchez Blanco



Atención y asesoría

CONAMED

5420-7000

Lada sin costo:

01 800 711 0658

Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx

Registrada en los siguientes índices:

Periódica. Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

(<http://dgb.unam.mx/periodica.html>)

Latindex. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

(www.latindex.org)

Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas

(www.imbiomed.com.mx)

Artemisa: Artículos Editados en México sobre Información en Salud.

Registro en trámite.

Revista CONAMED es el órgano de difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con domicilio en Mitla 250, Esq. Eugenia, Col. Narvarte, C. P. 03020, Delegación Benito Juárez, México, Distrito Federal. Tels: 5420-7103 y 5420-7030. Fax: 5420-7109. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx Página web: www.conamed.gob.mx. Publicación trimestral, Suplemento de Enfermería 1, 2009. Distribución gratuita. Elaborada por la Dirección General de Difusión e Investigación. Editor responsable: Dr. Germán Fajardo Dolci. Impresión: Impresora y Encuadernadora Progreso S. A. de C. V. (IEPSA), Calz. de San Lorenzo 244; Col. Paraje San Juan, C. P. 09830 México, D. F. Tiraje: 2,000 ejemplares. Distribución autorizada por SEPOMEX PP-DF-025 1098. Certificado de Licitud de Título número: 9969. Certificado de Licitud de Contenido número: 6970. Distribución a suscriptores: Dirección General de Administración. Reserva de derechos al uso exclusivo del título, número: 04-2004-090909324900-102. Los artículos firmados son responsabilidad del autor, las opiniones expresadas en dichos artículos son responsabilidad de sus autores y no necesariamente son endosados por la CONAMED. Se permite la reproducción parcial o total del material publicado citando la fuente.

La profesión de enfermería: “Su transitar de la tecnificación a la humanización del cuidado”. The nurse profession: “The pass along from the modernization to the humanization of the care”.

El 2010 es considerado como un año especial en el que se conmemoran fechas de gran trascendencia y de un enorme simbolismo, por las repercusiones que los actos conmemorados han tenido para nuestra vida actual.

Entre otros aspectos destacan el nacimiento de una vida independiente y democrática y con ello el surgimiento de instituciones que tendentes a garantizar el cumplimiento de derechos fundamentales, como: protección a la salud, igualdad de oportunidades, el respeto a la dignidad de las personas y brindar atención a la salud segura y con calidad, tanto en aspectos técnicos como humanitarios.

En ese sentido, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Comisión Permanente de Enfermería, han coincidido en trabajar en favor del cumplimiento de estos derechos, que se respeten y se cumplan. Para ello, se han establecido y se están llevando a cabo estrategias de colaboración, una de éstas ha sido la difusión del conocimiento que se genera a través de la investigación o el análisis de temas, que hoy por hoy representan desafíos dirigidos a mejorar el cuidado profesional de enfermería.

Este cuidado ha evolucionado de manera muy significativa en los 103 años, que como profesión tiene. La publicación del trabajo sobre la presencia de enfermería durante la época revolucionaria, que se incluye en este número, permite a los lectores revivir momentos y acontecimientos de la historia de la enfermería en México, muchos de ellos desconocidos o ignorados, que sirven para identificar otras actividades e iniciativas que enfermería desarrolló, con la intención de ayudar y apoyar a los mexicanos, además de su actuar en los escenarios en los que se dio la lucha armada, así como al desarrollo de causas humanitarias.

Aún cuando es indiscutible que todas las profesiones se ven influenciadas por los cambios políticos y sociales, que se viven como nación, es muy cierto también que hay situaciones que cambian, motivadas por una sólida formación educativa, basada en principios científicos, tecnológicos y por una clara conciencia de su responsabilidad ética profesional. Más trascendente e influyente es la situación que se deriva de un aprendizaje y comprensión de los valores fundamentales, como son: el respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, a las ideas, a los valores y creencias de la persona y su ambiente; aquellos que reconocen a la persona humana por su actuación consciente, expresada en los múltiples actos de su vida.¹

Así, cada uno de los artículos incluidos en este número, son ejemplo de esa influencia histórica de la enfermería, porque acercan a la realidad en el desempeño de la práctica profesional y de la necesidad de hacer efectivos, el reconocimiento a la dignidad de las personas, tanto en su calidad de pacientes o como en la de proveedor del servicio. Tal es el caso de la investigación que permitió identificar la prevalencia de estados depresivos en el personal de enfermería, originados por la atención de pacientes crónicos hospitalizados. Factores de riesgo como éste, deben ser atendidos por la organización sanitaria a fin de establecer estrategias que ayuden a disminuir la ocurrencia de estas afectaciones, que mer-

man primero la salud emocional y física de los trabajadores y de manera consecuente ocasionan ausentismo laboral.

Otro de los artículos originales relacionado con la persona y el deber ser de los profesionales de la salud, sobre respetar su dignidad humana, es el caso de la mujeres que son sometidas a histerectomía por complicaciones del parto. Identificar y tratar de encontrar, a través de la investigación, el significado de la pérdida de su integridad, más allá de lo físico, es el ámbito de sus cuerpos sociales y las repercusiones sobre su calidad de vida; tarea que es de la mayor importancia, pues se trata de un enfoque cualitativo, que atiende más a lo individual, que a lo colectivo. No obstante esto, existe la posibilidad de que la atención de lo particular permita la generación de políticas y acciones que abarquen a la generalidad.

Así mismo, es de gran trascendencia conocer y cuantificar a través de un estudio epidemiológico, las características de las personas que cursan con una ostomía de eliminación. Los datos obtenidos, en esta investigación, se traducen en información relevante para tomar acciones, que permitan definir los criterios de calidad del cuidado de enfermería y la estandarización de los registros. Permite además identificar la importancia del cuidado profesional, en la atención integral de estos pacientes y su necesidad de fortalecer este cuidado en las unidades médicas.

En este mismo sentido, atender prioridades como la detección oportuna de enfermedades crónicas o asegurar su control efectivo, son retos para los cuales la investigación se torna un aliado indispensable. Determinar cuáles son las alteraciones de la salud reales o potenciales más frecuentes en los pacientes hospitalizados, con diagnóstico médico de pie diabético, es una exigencia para generar acciones y cuidados específicos que coadyuven a limitar los daños, que llevan a la incapacidad o la pérdida total del miembro. En México, son muchos los pacientes que se verán beneficiados con este acercamiento, hacia la identificación e intervenciones de enfermería mucho más efectivas, en tanto que estarán sustentadas en estudios dirigidos a dar cuenta de las especificidades.

Si duda, la calidad de la comunicación es esencial para hacer efectivo el respeto a la dignidad de las personas. Este compromiso, el de asegurar un intercambio adecuado de información, entre usuarios de servicios de salud y personal que los provee, se constituye en la mejor herramienta para impactar de manera positiva en el nivel de salud de la población. Por ese motivo, asegurar una buena comunicación, es una cuestión primordial en la atención de enfermería, que se desempeña en las unidades médicas de atención primaria. Se parte de la premisa de que la calidad de la comunicación está vinculada al logro de los objetivos establecidos por la organización. Así mismo, estrechamente vinculada a la comunicación de calidad, está la capacitación de la persona responsable de dejar como está la comunicación, ese instrumento generador del entendimiento, entre el paciente y el proveedor de los cuidados. Por ello resulta importante conocer e identificar los factores que interfieren con ella, a fin de implementar procesos de mejora continua en la organización.

“Quien pueda contribuir a que el hombre obtenga bienestar en todos los aspectos que lo constituyen, se realizará a sí mismo y se hará más humano”¹. Este es el gran reto que diferentes filósofos han pretendido dilucidar, a través del estudio del hombre y su naturaleza y que la profesión de enfermería ha retomando, para transformar su práctica cotidiana en verdaderos actos que trascienden, por la importancia de las repercusiones que de éste se derivan.

No obstante, el personal de enfermería no siempre está consciente de la enorme trascendencia de su quehacer, ni reflexiona sobre las implicaciones que tiene el cumplir con los criterios de calidad definidos en el indicador de trato digno, que desde hace varios años la Comisión Permanente de Enfermería estableció como indicador de la calidad interpersonal, en el monitoreo sistemático de la calidad de los servicios de enfermería. La invitación de la autora del artículo: “Trato digno, reto cotidiano”, es a reflexionar sobre estas implicaciones y la profundidad de los aspectos que son evaluados.

Ciertamente es posible que la apreciación de la trascendencia del cuidado de enfermería, no haya sido dimensionada en su justo valor, porque sólo se ha incluido en esta apreciación a la persona sujeta del cuidado, dejando de lado dos condiciones igualmente importantes: la persona que otorga los cuidados y al sujeto en proceso de formación. El artículo que aborda este tema nos lleva al análisis de la necesidad de transitar de la enseñanza de los aspectos meramente teóricos, a la enseñanza de la aplicación práctica de los conceptos y principios, en los que se sustenta el cuidado de enfermería y a la priorización de aspectos clave, para lograr una relación profesional efectiva: entre otros a la comunicación

como la herramienta, que por excelencia permite identificarse con el otro.

Son los valores infundidos a partir de una sólida formación ética, que se basa en corrientes filosóficas como la del trato personalizado de la cual se extraen justamente conceptos como el de persona, lo que le trasfiere al sujeto de la atención de enfermería una posición de primer orden y transforma a la propia enfermera en un ser especial, tal y como se identifica en el artículo “Atención personalizada de enfermería”.

Es así como desde la perspectiva de los autores que contribuyeron a la conformación de este Suplemento de la Revista CONAMED, como nuevamente se da la oportunidad de reflexionar y cuestionar el grado de avance logrado a través de los años de vida profesional, como personas y en la calidad de servidores, ante una sociedad que efectivamente sabe y conoce sobre sus derechos y que hoy demanda más y mejores servicios. La invitación final es para todos ¿qué tengo que cambiar yo como persona? y ¿qué acuerdos debo adquirir para lograr esos cambios que beneficien a los demás, que incluyan también el beneficio personal?

Lic. Juana Jiménez Sánchez
 Coordinadora General
 Comisión Permanente de Enfermería

Bibliografía

¹ Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México (2001). Comisión Interinstitucional de Enfermería. Secretaría de Salud del Gobierno Federal. México D.F.

Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado

Prevalence of anxiety and depression in nurse on charge of the hospitalized chronic patient

L.E. Violeta Lucia Lerma-Martínez¹, L.E. Gloria Victoria Rosales-Arellano², M. C. E. Mónica Gallegos-Alvarado³

Resumen

Introducción: La depresión y la ansiedad constituyen los trastornos del estado de ánimo más frecuentes en la población. Enfermería es considerada una profesión con prevalencias altas de trastornos psicológicos, los cuáles influyen de forma negativa en la salud y la calidad de vida de este colectivo, afectando en el ausentismo laboral y la calidad del trabajo realizado entre otros. El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de depresión y ansiedad en el personal de enfermería a cargo de pacientes crónicos hospitalizados.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal y prospectivo, efectuado en 118 enfermeras seleccionadas por muestreo probabilístico, trabajadoras de un Hospital Regional en Durango, Dgo. Se utilizaron instrumentos ex profeso, que toman como referencia la escala de Beck, para medir depresión y escala de Hamilton, para medir ansiedad, ambos ya validados y para su confiabilidad después del piloteo nos da un alpha de 0.72. Se realiza recolección de datos, previo consentimiento informado. Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS V. 17 y se presenta en frecuencias y porcentajes.

Resultados: La prevalencia de depresión fue de 20.3%, respecto a la población, 16.1% resultó con depresión leve y el 4.2% con depresión moderada. En lo referente a prevalencia en ansiedad, hubo un total de 40.7%, en donde la ansiedad menor se manifestó en el 30.5% el otro 10.2% presentó ansiedad mayor.

Conclusión: Se pudo conocer la prevalencia de depresión y ansiedad presentada por las enfermeras a cargo del paciente crónico, aunque no puede considerarse como diagnóstico definitivo, sin embargo no se debe tomar con poca importancia, ya que estos trastornos van en aumento y sin un tratamiento adecuado, en un futuro, serán impedimento para que enfermería desempeñe su rol eficazmente. *Rev. CONAMED. 2009; (14) Supl 1:5-10.*

Palabras Claves: Depresión, ansiedad, cuidado, enfermería, paciente crónico.

Abstract

Introduction: The depression and the anxiety constitute the upheavals of the more frequent mood in the population. Considered infirmery a profession with high prevalence of psychological upheavals, which influence of negative form in the health and the quality of life of this group, affecting in the labor absenteeism, the quality of the work carried out among others, the objective of the present study is, To know the prevalence depression and anxiety in the personnel of infirmery in charge of the hospitalized

chronic patient.

Methodology: Descriptive, cross-sectional and prospective study, conducted in 118 nurses selected by probabilistic sampling, workers of a Regional Hospital in Durango, Dgo. I am specifically used an instrument, which reference taking the scale of Beck, to measure depression, and scale of Hamilton, to measure anxiety both already validated, and for its trustworthiness after I pilot gives alpha us of 0.72 data collection is realised previous informed consent. For the analysis of the information the statistical package Spss V. 17 was used and it appears in frequencies and percentage.

Results: The depression prevalence was 20.3% of with respect to the population, 16.1% I am with slight depression, and with 4.2% moderate depression, with respect to prevalence in anxiety, it had 40.7%, where the smaller anxiety was pronounced in 30.5% the other 10.2% present/display greater anxiety.

Conclusion: It was possible to be known the prevalence depression and anxiety presented/displayed by the nurses in charge of the chronic patient, although it cannot be considered like definitive diagnosis, more nevertheless little importance is not due to take since these upheavals increase, and without a suitable treatment in the future they will be impediment so that infirmery carries out its roll effectively.

Key words: Depression, anxiety, care, nurses, chronic patient.

Recibido: 21-X-2009; aceptado: 26-X-2009.

Introducción

Enfermería es una profesión de gran importancia para la sociedad mexicana, no tan solo por su capacidad demostrada en su participación en la solución de problemas de salud, sino también por la condición humanística natural en la atención a los pacientes, exponiéndose a múltiples factores de riesgo, ya que están en contacto directo con el dolor, la tristeza y la muerte. Esto referente en su estado emocional exponiéndose a presentar algún trastorno de este tipo; ya que es considerada como una profesión con prevalencias altas de trastornos psicológicos, como podrían ser la depresión y la ansiedad, las cuales en los últimos años han acrecentado su prevalencia, causando grandes estragos a la sociedad en general.¹

La depresión se define como un síndrome caracterizado por un decaimiento del estado de ánimo, de la autoestima, de la capacidad de experimentar placer, así como manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales y cognitivas, con serias repercusiones en la calidad de vida y el desempeño social- ocupacional.² Por su parte la ansiedad es una reacción emocional ante un peligro o amenaza, que se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fi-

^{1,2} Estudiante de la especialidad de medicina interna y terapia intensiva de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

³ Docente de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango. Enfermera Encargada del servicio de hospitalización en el Centro Estatal de Cancerología.

Correspondencia: M.C.E. Mónica Gallegos Alvarado, Calle Mina Magistral del oro 217, Fracc. Acereros, C.P. 34030, Durango, Dgo. Correo electrónico: monikg91@hotmail.com.

siológicas, cognitivas y conductuales. Todas estas manifestaciones podrán ser reconocidas por los pacientes en los servicios institucionales y no sólo reconocidas, sino que podrían verse afectados por estos trastornos de forma indirecta.

La ansiedad y depresión constituyen los trastornos mentales más frecuentes en la población general. La OMS nos indica que la depresión se presenta en un 3-5% de la población mundial, lo que significa que hay de 186 a 310 millones de deprimidos; si la población mundial es de 6,200 millones. Así mismo en EE.UU. se calcula que la prevalencia de la depresión es del 10% para hombres y el 20% para mujeres; amenazando con ser, en las siguientes dos décadas, la segunda causa de discapacidad. La OMS calcula que en 2020 ocupará el segundo sitio, sólo detrás de las enfermedades isquémicas cardíacas². El personal de salud en general y en particular el de enfermería, está expuesto a factores de riesgo de origen psicosocial, que influirán de forma negativa en la salud y la calidad de vida de este colectivo, con repercusión en la esfera psicológica, lo que afectará al ausentismo laboral, la calidad del trabajo realizado y las actividades familiares y sociales³. A lo largo de la historia, y hasta los años 70 de este siglo, las enfermedades infectocontagiosas han sido las más importantes a nivel de morbilidad y mortalidad. A partir de la década de los años setenta empieza a ponerse de manifiesto la importancia de las enfermedades de origen no infeccioso. En este cambio se marcan diferencia entre los países desarrollados y los países subdesarrollados. En los países desarrollados se incrementa la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas, pasando las enfermedades infecciosas a un nivel menor, situación semejante que se vive México, a nivel nacional. Consecuentemente el personal de enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado, tiene que estar preparado para asistir, entender, acompañar y ayudar al ser humano. El profesional de enfermería es el que más tiempo permanece cuidando al paciente, con el riesgo de que altere su estado emocional, pero en relación a esto se considera la teoría de la adaptación de Callista Roy, que tiene como base principal las relaciones que la persona establece con el entorno, ya que el ser humano tiene que hacer frente a los cambios que se producen entre él y su entorno, entre él y sus relaciones con los demás y en sí mismo.

La supervivencia de la persona depende de los recursos que pueda utilizar para adaptarse a las fuerzas negativas a las que está sometido; el profesional encargado de brindar el cuidado, en ocasiones debe superar una fuerza negativa para con el paciente, que soporte lo suficiente con los cambios en los estilos de vida que la enfermedad y tratamiento por sí solo le demanda.

Por lo antes expuesto nos damos cuenta, que la profesión de enfermería se caracteriza por el manejo de situaciones críticas, que precisa de un desempeño eficiente y efectivo, que conlleva a una gran responsabilidad y por ende presiones, conflictos y cambios continuos. Es por ello que la existencia de depresión y/o ansiedad en el personal que atiende al paciente crónico hospitalizado, representa un problema para la institución de salud, pues se reflejará en: un incremento de los daños laborales y económicos derivados de la presencia de trastornos mentales en estos profesionales; para la sociedad, se reflejaría en una mala calidad en el servicio y atención de las necesidades del paciente y por supuesto, para los propios trabajadores representaría un sufrimiento que afectaría en su desempeño personal y laboral³.

De tal manera es importante conocer la prevalencia de la ansiedad y depresión en el personal de enfermería, que está proporcionando cuidado a personas tan vulnerables como lo son los pacientes con enfermedad crónica, lo que podrá tener consecuencias importantes en su calidad de vida.

La enfermedad crónica se define como un "proceso de evolución prolongada, con una gran carga social tanto desde el punto

de vista económico, como desde la perspectiva de dependencia social e incapacidad. Tiene una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible", es decir es un "trastorno orgánico funcional, que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que es probable que persista durante largo tiempo".

La enfermedad crónica dejada a su evolución natural o con una intervención inadecuada, puede tener una gran repercusión sobre el estilo de vida y calidad de vida del paciente. Sin embargo en la mayoría de estas enfermedades si el paciente desarrolla un buen autocuidado, se puede tener una autonomía cotidiana plena y para dicho objetivo, el profesional de enfermería es de gran importancia con una intervención adecuada y bien orientada, ya que estas personas se encuentran en una situación en la que no se consideran, ni quieren que se les considere, como enfermos^{4, 5, 6}.

Metodología

Se trata de una investigación de enfoque, descriptivo, transversal y prospectivo, que se realizó en el H.G.R. No. 1 "Lic. Ignacio García Téllez" en Durango, Dgo. en el periodo comprendido de febrero del 2008 a enero del 2009.

El universo está conformado por el personal de enfermería de una institución de salud de segundo nivel en el estado de Durango, en las áreas de nefrología, medicina interna y urgencias, con participación de enfermeras auxiliares y generales, sumando un total de 206 enfermeras. Se solicitó a cada enfermera su Consentimiento Informado (Anexo 1) y el llenado de la Cédula de Recolección de datos (Anexo 2).

Criterios de inclusión: edad y estado civil indistinto, género masculino y femenino, turno matutino, vespertino y nocturno, antigüedad en el servicio mayor de seis meses y que acepten contestar los cuestionarios de manera voluntaria. Se aplicó a todo el personal de enfermería, de los servicios de urgencias adultos, medicina interna, nefrología y ortopedia. Se eliminaron todos aquellos cuestionarios que no fueron contestados correctamente. El tamaño de la muestra fue determinada por fórmula (para población finita) con un margen de error del 0.05%, obteniendo una muestra de 118 enfermeras a entrevistar, en los distintos servicios y turnos mencionados.

Instrumento. Para el presente estudio se toman la escala de Depresión de Beck (Anexo 3) para evaluar síntomas depresivos en adultos (Beck y Steer, 1993), la cual incluye 21 reactivos que consisten en un grupo de cuatro afirmaciones. La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) (Anexo 4) consta de 14 ítems. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos.

Se realizó muestra piloto con el 20% del tamaño de la muestra, para obtener confiabilidad del instrumento mediante el estilo alpha de 0.72.

Esta investigación se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Capítulo 5, los artículos 13, 16, 17, 20, 21, 22.

Resultados

La población estudiada fue conformada por un total de 118 enfermeras(os), de los cuales el 83.1% son mujeres, 16.9% hombres, destacando que la mayoría de la población se encuentra entre los 39 a 43 años (29.7%) contra un mínimo de 5.1% entre 49-53 años, el 62.7% son casados, el 83.1%, con mayor frecuencia los que tienen 1 a 2 hijos, con un 61.9%. Respecto a lo laboral el 80.5% con categoría de Enfermeras Generales; el 42.4% se encuentra laborando en el servicio de Urgencias, el 33% en Medicina Interna y el 24.6% de Nefrología. De las encuestas realizadas el 36.4% fueron del turno matutino, 33.1% del turno vespertino y un 30.5% del turno nocturno. El 28% cuenta con una antigüedad laboral de entre 16 y 20

años mientras el 12.7% lo ocupan los de 11-15 años de antigüedad (Cuadro 1), con tiempo en el servicio actual en un mayor porcentaje las personas que duran de 1-4 años con un 49.2%.

Cuadro. 1. Características demográficas y laborales de las enfermeras entrevistadas.

| Edad | Número | Porcentaje |
|--------------------------------|--------|------------|
| 24-28 | 19 | 16.1 |
| 29-33 | 20 | 16.9 |
| 34-38 | 18 | 15.3 |
| 39-43 | 35 | 29.7 |
| 44-48 | 17 | 14.4 |
| 49-53 | 6 | 5.1 |
| No contesta | 3 | 2.5 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 27 | 22.9 |
| Casado | 74 | 62.7 |
| Divorciado | 10 | 8.5 |
| Unión Libre | 7 | 5.9 |
| Sexo | | |
| Masculino | 20 | 16.9 |
| Femenino | 80 | 83.1 |
| Hijos | | |
| Si | 98 | 83.1 |
| 1-2 | 73 | 61.9 |
| 3-4 | 25 | 21.2 |
| No tiene | 20 | 16.9 |
| Categoría | | |
| Enfermera General | 95 | 80.5 |
| Auxiliar de enfermería | 23 | 19.5 |
| Servicios | | |
| Urgencias | 50 | 42.4 |
| Medicina Interna | 39 | 33.1 |
| Nefrología | 29 | 24.6 |
| Antigüedad laboral En años. | | |
| 1-5 | 26 | 22 |
| 6-10 | 28 | 23.7 |
| 11-15 | 15 | 12.7 |
| 16-20 | 33 | 28 |
| 21-25 | 16 | 13.6 |
| Turno laboral. | | |
| Matutino | 43 | 36.4 |
| Vespertino | 39 | 33.1 |
| Nocturno | 36 | 30.5 |

El 78% no se incapacitó, un 22% si requirió de incapacidad. Un 93.2% no padece de enfermedad crónica degenerativa. La depresión se presentó en un 20.3%, de los cuales un 16.1% corresponde a depresión leve, 4.2% depresión moderada (Figura 1).

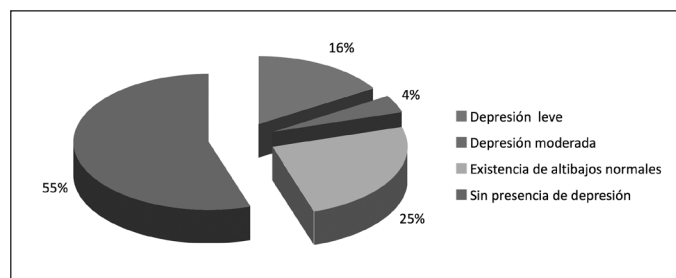


Figura 1. Niveles de depresión en el personal de enfermería. Fuente: Escala de Beck para depresión.

La ansiedad presentó el 40.7%, de éste el 30.5% tiene ansiedad menor, el 10.2% ansiedad mayor (Figura 2).

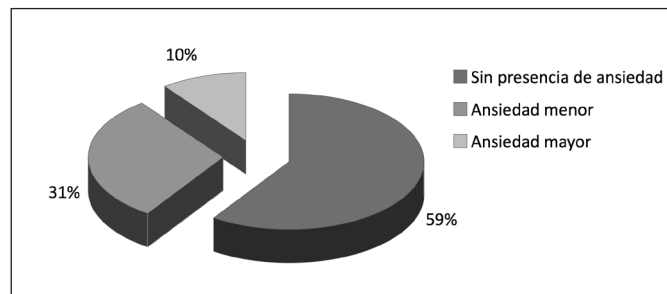


Figura 2. Porcentaje de niveles de ansiedad en el personal de enfermería.

Fuente: Escala de Hamilton para ansiedad.

Discusión

En el estudio realizado por J. Carlos Mingote donde se estima que del 10-12% del personal de salud sanitario, entre ellos enfermería, tiene a lo largo de su carrera profesional algún problema de salud, especialmente ansiedad y depresión (7,8) con lo que se muestra, situación similar a la observada en el presente estudio en que se encontró que el 40.7% de las enfermeras tienen ansiedad y el 20.3% presentan depresión.

En el estudio realizado por la Dra. Josefina Bestard Rico y Dra. Odalis Laudet Chacon, sobre "Salud mental y su relación con el estrés en las enfermeras de un hospital psiquiátrico", se encontraron hallazgos relevantes acerca de trastornos psíquicos en este personal. Fue significativo que la mayor cifra de las enfermeras no afectadas, trabajan en servicios de enfermos agudos, mientras que un porcentaje considerable de las que sufrían alteraciones psiquiátricas, lo hacen en servicios de crónicos hospitalizados¹⁰, en tanto que en este estudio, las enfermeras que entran a cargo de enfermos tuvieron altos índices de ansiedad y depresión.

Una de las principales limitantes del presente estudio es habernos dado cuenta que el personal de enfermería, no está aun concientizado de la importancia de la salud mental propia, ya que un gran porcentaje de enfermeras entrevistadas no aceptan que puede haber algún cambio en el estado de ánimo. Las respuestas indicaron que no existe ansiedad ni depresión, cuando lo normal sería que hubiera algunos altibajos normales en algunas situaciones.

Conclusión


Se concluyó que el índice de depresión en enfermería a cargo de pacientes crónicos hospitalizado es importante. La prevalencia de ansiedad y depresión encontradas en esta investigación, no se les debe dar poca importancia, ya que estos trastornos van en aumento y sin un tratamiento adecuado en un futuro serán impedimento para que enfermería desempeñe su rol eficazmente.

Referencias


- 1 Cruz-M. A. La depresión, enfermedad del siglo XXI, afecta en México a 10 millones (citado 2008 junio 10) disponible en www.jornada.unam.mx/2005/02/23/a02n1cie.php.
- 2 Aguilar-B. R. Trastornos De Ansiedad Y Depresión (citado 2008 junio 10), Bertha. gov.ni/adolescentes/descarga/doc2/Epidemiologia-ansiedad, depresion.ppt
- 3 Mesa de la-T. E y cols. Evaluación Psicosocial Del Personal De Enfermería De Las Unidades De Nefrología De Los Hospitales Virgen Del Rocío Y Virgen Macarena De Sevilla (citado junio 2008) disponible en www.revistasden.org/files/art399_1.pdf.

- ⁴ Zavala Ma. Del R y Cols. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos (citado 2008 Junio 13) Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/8777/173>.
- ⁵ López-Ibor A, Valdés-Miyar, Ma (dir.) (2002). Barcelona: Masson. ISBN 978-84-458-1087-3DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.
- ⁶ Zambrano-Plata G, Estresores De La Unidad De Cuidados Intensivos, (citado 2008 junio 16) <http://redalib.uaemex.mx>.
- ⁷ Gómez-Ortiz V, (Citado 2008 junio 16). Riesgos De Salud En Mujeres Con Múltiples Roles. (Citado 2008 junio 16) Disponible en http://www.res.uniandes.edu.co/pdf/descargar.php?f=.data/Revista_No...
- ⁸ Mingote-Adan J.C, Las mujeres médicas son más propensas que los hombres a sufrir, estrés, depresión y ansiedad. (Citado 2009 Enero 10) http://blogs.sawebos.com/index.php/psicologosmadrid/2007/02/26/depresion_ansiedad_stress.
- ⁹ Bestard-Rico J, Larduet-Ch. O. Salud mental y su relación con el estrés en las enfermeras de un hospital psiquiátrico. (Citado 2009 Enero 10). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol2_2_98/san02298.pdf.

ANEXO 1



UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL REGIONAL NO. 1
DELEGACIÓN DURANGO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ mediante la firma de este documento doy mi consentimiento para que me entrevisten, por medio de un cuestionario autoaplicado. Entendiendo que la entrevista es parte de una investigación, cuyo objetivo es describir la presencia de alteraciones emocionales como depresión y ansiedad que pudieran estar presentes en la enfermera (o) a cargo del adulto crónico hospitalizado dicho estudio se llevara acabo en el HGR No 1 "Lic. Ignacio García Téllez" en Durango.

Se me informa que la investigación se realizará por parte de las pasantes de la carrera de licenciatura en enfermería para la obtención de su grado, comprendo que la entrevista se llevará acabo en los servicios de urgencias, medicina interna y nefrología y ortopedia en el horario que mas me convenga; de igual forma que debo contestar todas las preguntas que se me realicen, porque si no contesto alguna, se podrá ocasionar error en los datos. Entiendo que fui elegida (a) a participar; se me ha notificado que es totalmente voluntaria mi participación y que aun después de haberla iniciado puedo rehusarme a contestar y dar por terminada mi participación en cualquier momento, se me ha explicado que los datos que proporcione no serán revelados a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificará con mi nombre; y la información proporcionada sólo será de utilidad para dicha investigación y las que se generen de ella.

Sé que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que la MCE. Mónica Gallegos Alvarado y las PLESS Gloria Victoria Rosales Arellano, PLESS Violeta Lucía Lerma Martínez son a las que debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio, en la Facultad de enfermería y Obstetricia de Durango.


Durango, Dgo., a ____ de ____ de 2008.

Firma del Entrevistado


Testigo

Firma del Investigador (es)

ANEXO 2



UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL REGIONAL NO. 1
DELEGACIÓN DURANGO



FOLIO _____

INFORMACIÓN GENERAL.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente y conteste lo siguiente

Edad en años: _____

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Estado civil
 Soltero__ Casado__ Viudo__ Divorciado__ Unión libre_____

Tiene hijos: Si ____ No ____ Número de hijos _____

Categoría:
 Auxiliar de Enfermera General. _____
 Enfermera General. _____

Turno en que labora: Matutino _____ Vespertino _____ Nocturno _____

Años de Antigüedad: _____

Servicio en que labora: _____

Cuánto tiempo tiene asignado a ese servicio: Años _____ Meses _____

Trabaja aparte en otra institución: Si ____ NO _____

¿Se incapacitó durante este año?
 Si ____ No ____ Cuántas veces _____ No. Días _____

¿Tiene alguna enfermedad crónico - degenerativa?
 Si ____ No ____ Cual _____

ANEXO 3
ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK
ASPECTOS EMOCIONALES SENTIDOS ACTUALMENTE.

INSTRUCCIONES: Lee cada uno de los 21 apartados siguientes y marca una cruz a la izquierda de la frase que refleje mejor tu situación durante la última semana, incluyendo el día de hoy:

Pregunta 1

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

Pregunta 2

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
- Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar
- Siento que no tengo que esperar nada
- Me siento desanimado respecto al futuro

Pregunta 3

- No me siento fracasado
- Me siento una persona totalmente fracasada
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso

Pregunta 4

- Las cosas me satisfacen tanto como antes
- Estoy insatisfecho o aburrido del todo
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
- No disfruto de las cosas tanto como antes

Pregunta 5

- Me siento culpable constantemente
- Me siento culpable en la mayoría de las situaciones
- Me siento culpable en bastantes ocasiones
- No me siento especialmente culpable

Pregunta 6

- Siento que puedo ser castigado
- Creo que no estoy siendo castigado
- Espero ser castigado
- Siento que estoy siendo castigado
- Quiero que me castiguen

Pregunta 7

- No me siento descontento conmigo mismo
- Estoy descontento conmigo mismo
- Me avergüenzo de mí mismo
- Me odio

Pregunta 8

- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores
- Continuamente me culpo por mis faltas
- Me culpo por todo lo malo que me sucede
- No me considero peor que cualquier otro

Pregunta 9

- No tengo ningún pensamiento de suicidio
- Desearía suicidarme
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría
- Me suicidaría si tuviera la oportunidad

Pregunta 10

- No lloro más de lo que solía
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera

Pregunta 11

- Me siento irritado continuamente
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes
- No estoy más irritado de lo normal en mí
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme

Pregunta 12

- No he perdido el interés por los demás
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
- Estoy menos interesado en los demás que antes
- He perdido todo el interés por los demás

Pregunta 13

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
- Evito tomar decisiones más que antes
- Ya me es imposible tomar decisiones
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes

Pregunta 14

- No creo tener peor aspecto que antes
- Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
- Creo que tengo un aspecto horrible

Pregunta 15

- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo
- Trabajo igual que antes
- No puedo hacer nada en absoluto

Pregunta 16

- Duermo tan bien como siempre
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
- No duermo tan bien como antes
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir

Pregunta 17

- Estoy demasiado cansado para hacer nada
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa
- Me canso más fácilmente que antes
- No me siento mas cansado de lo normal

Pregunta 18

- He perdido completamente el apetito
- Ahora tengo mucho menos apetito
- No tengo tan buen apetito como antes
- Mi apetito no ha disminuido

Pregunta 19

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
- He perdido más de 2 kilos y medio
- He perdido más de 4 kilos
- He perdido más de 7 kilos

Pregunta 20

- No estoy preocupado por mi salud más que lo normal
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa

Pregunta 21

- Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo
- He perdido totalmente mi interés por el sexo
- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado por el sexo que antes

ANEXO 4
ESCALA DE HAMILTON PARA MEDIR ANSIEDAD

INSTRUCCIONES: Atendiendo a cómo usted se siente respecto a distintos aspectos en el ámbito de su trabajo, se presentan varias opciones entre las que usted se posicionará, marcando con una X aquella casilla que mejor represente su sentir. Una vez leídas

en alto las instrucciones, conviene aclarar que no hay respuestas correctas o incorrectas; que lo que se solicita es UNA OPINIÓN. Invitar a ser SINCERO y ESPONTÁNEO, sin meditar largamente la respuesta, pues interesa la opinión directa sobre esos temas.

| | | AUSENTE | LEVE | MODERADO | GRAVE | MUY GRAVE |
|----|---|---------|------|----------|-------|-----------|
| 1 | ¿Usted ha sentido preocupación, pesimismo, miedo al futuro, irritabilidad? | | | | | |
| 2 | ¿Usted ha sentido sensación de tensión, cansancio, sobresalto, propensión al llanto, estreñimientos, sensación de irritación, incapacidad para relajarse? | | | | | |
| 3 | ¿Usted ha tenido miedo a la obscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las aglomeraciones? | | | | | |
| 4 | ¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no reparador y sensación de extrañeza al despertar, pesadillas, terrores nocturnos? | | | | | |
| 5 | ¿Ha tenido usted dificultad para concentrarse, reducción de la memoria? | | | | | |
| 6 | ¿Ha tenido pérdida de interés, incapacidad de disfrutar con las aflicciones, despertar precoz, alternancia diurna? | | | | | |
| 7 | ¿Ha presentado dolores musculares, sensación de estiramiento, rigidez, contracciones, clónicas, dientes apretados, aumento del tono muscular? | | | | | |
| 8 | ¿Ha presentado zumbidos de oídos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad? | | | | | |
| 9 | ¿Ha presentado taquicardia, palpitaciones, precordialgia, pulsaciones, sensación de desvanecimiento? | | | | | |
| 10 | ¿Ha sentido pesadez o constricción en el tórax, sensación de sofoco, suspiros disnea? | | | | | |
| 11 | ¿Ha presentado dificultad para la deglución, flatulencias, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, náuseas, vómito, borborismos, meteorismos, pérdida de peso, elipsis? | | | | | |
| 12 | ¿Ha presentado micciones frecuentes, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia? | | | | | |
| 13 | ¿Ha presentado sequedad de la boca, sofocos, palidez, tendencia a sudar vértigos, cefaleas, piloerección? | | | | | |
| 14 | ¿Se ha sentido agitado, inquieto, avanza y retrocede, temblor de manos, suspiros o taquipnea, palidez del rostro, deglución constante? | | | | | |

Significado de la Histerectomía en mujeres en edad reproductiva por complicaciones del parto: una visión sociocultural

Meaning of the Hysterectomy in women in reproductive age by complications of the childbirth: a sociocultural vision

Dra. María Teresa Cuamatzi-Peña¹, Dra. Marlin Villela-Mamede²

Resumen

Objetivo. Comprender el significado de la pérdida del útero por la histerectomía realizada en mujeres en edad reproductiva, derivada de complicaciones del parto, que interfiere en la calidad de sus vidas y los indicadores de cambios físicos, sociales y conyugales después de la cirugía.

Material y Método. Estudio de corte cualitativo fundamentado en el referencial sociocultural, apoyado en la Teoría del Interaccionismo Simbólico y la calidad de vida. Participaron 10 mujeres de 16 a 30 años de edad, independientemente de su paridad, atendidas en un hospital gubernamental. Los datos se obtuvieron a través de entrevistas individuales, semiestructuradas, grabadas y transcritas en su totalidad. Se utilizó el análisis de contenido y como técnica la temática que favoreció la interpretación de los datos subjetivos.

Resultados. Del análisis de las narrativas emergieron tres grandes temáticas: percepción de los motivos de la histerectomía; la pérdida como motivo de sufrimiento y, cambios en el cuerpo físico y en el cuerpo social.

Consideraciones finales. En la perspectiva de las mujeres, la histerectomía generó un gran sufrimiento, que recayó mucho más en sus cuerpos sociales, que los biológicos. Las cuestiones subjetivas y socioculturales que rodean el universo simbólico de las mujeres, permitió la identificación de metáforas de la histerectomía, que interfieren de sobre manera en la calidad de sus vidas. *Rev. CONAMED. 2009;(14) Supl 1: 11-14.*

Palabras Claves: Significado, histerectomía, edad reproductiva, calidad de vida.

Abstract

Objective. To understand the meaning of the lost of the uterus by the hysterectomy realized in women in reproductive age, derived from complications of the childbirth that interferes with in the quality of its lives and the indicators of physical changes, social and conjugal after the surgery.

Material and Method. A qualitative study was carried based on referential sociocultural of the supported anthropology in the Theory of the symbolic interactionism and the quality of life, participated 10 women of 16 to 30 years of age, independent of its parity. Taken care of in a governmental hospital. The data were obtained through individual interviews, semi structured recorded and transcribed in their totality. I am used the analysis of thematic content and like technique the thematic one that the interpretation favored, of the subjective data.

Results. from the analysis of the narratives thematic ones emerged three great: Perception of the reasons for the hysterectomy;

the loss like reason for suffering. Changes and in the physical body and the social body.

Discussion and Conclusions. In the prospect of the women, the hysterectomy generated a great suffering, that fell much more to its social bodies, that the biological ones. The subjective and socio-cultural questions that surround their symbolic universe, allowed the identification of metaphors of the hysterectomy that interfere of on way in the quality of their lives.

Key words: Meaning, hysterectomy, reproductive age, Quality of life.

Recibido: 27-X-2009; aceptado: 30-X-2009.

Introducción

Durante la última década, la tasa de mortalidad materna de México mostró una inclinación ligeramente decreciente en 1990, registrando 5,4 fallecimientos maternos por 10.000 nacidos vivos registrados (NVR), mientras que en el año 2000 este indicador alcanzó el valor de 4,68. Las principales causas de muerte materna en México son; hemorragia del embarazo y del parto 57,2%, toxemia del embarazo 25%, complicaciones del puerperio 8,2%, parto obstruido 1,9%, aborto 7,0%, otras causas obstétricas indirectas 0,7%. Se presume que exista un importante subregistro de la mortalidad materna en nuestro país, sobretodo en las áreas rurales y comunidades indígenas. Los problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio, en el país, representan la cuarta causa de mortalidad de mujeres en edad reproductiva, estos datos están altamente determinados por las condiciones socioeconómicas, por la alta incidencia de embarazo precoz, abortos frecuentes y apenas atendidos. En los casos en los que ocurren complicaciones, muchos son llevados a la histerectomía.

La incidencia de histerectomías en emergencias obstétricas en el parto es de 0,4 a 1,3 por cada 1000 mujeres, en la Unión Americana y Canadá. Las indicaciones más frecuentes de histerectomía por causas obstétricas están relacionadas a la hemorragia, presente en la incisión de la cesárea, especialmente en aquellos casos de complicación debida a la placenta ácreta y hemorragia después del alumbramiento, secundaria a la atonía uterina. En el año de 2005, fueron realizadas 57.800 histerectomías en los hospitales públicos de México; 60 % de ellas en mujeres entre 35 y 45 años, con miomatosis uterina, cáncer cérvico-uterino en estadios I, II, y III y el 40% restantes fueron en mujeres, entre 15 y 34 años de edad, con complicación de aborto séptico, hemorragia por la atonía uterina en el trabajo de parto y parto e infección puerperal, causas indirectas y directas. La cesárea es el factor de riesgo más frecuente, probablemente por incrementar la posibilidad de pla-

¹ Profesor de la Carrera de tiempo completo, Titular "A", FES Zaragoza, UNAM.

² Profesora Dra. en Enfermería, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de Sao Paulo.

Correspondencia: Dra. María Teresa Cuamatzi Peña, FES Zaragoza, UNAM. Av. Guelatao 66, Esq. Calzada Ignacio Zaragoza, Col. Ejército de Oriente, Del. Iztapalapa, C.P. 09230. México D.F. Correo electrónico: mari_tere87@hotmail.com.

centa anormal. El manejo actual de las complicaciones, como la atonía uterina, mejoró sensiblemente debido a la introducción del uso de prostaglandinas, a los avances en el soporte anestésico y hematológico, además de la reducción del uso de fórceps. Las mujeres que presentan historia previa de incisión uterina por cesárea incrementan en 27 veces la probabilidad de requerir histerectomías por causas obstétricas, comparadas con aquéllas que no presentan ese antecedente. Para evitar esta grave complicación que pone en riesgo la vida de la madre, es necesario un buen control prenatal. Se observa que la pérdida del útero afecta las esferas psicológica y social de la mujer y de un modo general, los profesionales de la salud no atienden tales aspectos. Por lo tanto, la histerectomía realizada en la edad reproductiva, parece ser una situación de difícil aceptación por parte de las mujeres y asociado a este proceso los asuntos relacionados a su vida familiar y conyugal.

Objetivo

Comprender el significado de la pérdida del útero por la histerectomía realizada en mujeres en edad reproductiva, derivada de complicaciones del parto, que interfiere en la calidad de sus vidas y los indicadores de cambios físicos, sociales y conyugales después de la cirugía.

Para entender la relación que las personas hacen, entre la forma cómo viven cotidianamente y su estado de salud, se hace necesario comprender como la cultura ejerce influencia en la determinación del proceso salud-enfermedad de las personas. La cultura, en la perspectiva antropológica, nos auxilia en esa dirección, pues denota una calidad de significados transmitidos históricamente, incorporado por símbolos, por un sistema de concepciones heredadas, expresadas en formas simbólicas, por medio de las cuales los hombres comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actividades con relación a la vida. La cultura es, tratada de modo más efectivo como un sistema simbólico, por medio del aislamiento de sus elementos para especificar las relaciones internas entre tales elementos y también para caracterizar todo el sistema, de acuerdo con los símbolos básicos, en que la cultura es organizada, con las estructuras subordinadas y con los principios ideológicos en los cuales está basada.

Se utilizó como referencial teórico, el interaccionismo simbólico, porque el ser humano es un producto de la interacción recíproca entre individuo y sociedad, de la cual surge la "memore", superando así la controversia individuo-sociedad, así como la dicotomía ciencia, la memore surge en el devenir de la comunicación, la conversación de ademanes significantes y en la experiencia social de las personas. La persona se mira a sí misma como antes fue mirada por otros, qué se cumple a través de ademanes significantes, que son símbolos universales. La persona toma el rol del otro al verse a sí mismo desde el punto de vista de la otra persona y esto está posibilitado por el lenguaje. Busca aprehender el significado de la histerectomía consecuente de complicaciones del parto, en la vida de las mujeres que viven esta situación y las relaciones que ellas establecen en este proceso de alcance fue darse una oportunidad. También se utilizó la calidad de vida como referencial teórico. Los componentes utilizados en la calidad de vida se corresponden con los definidos por la Organización Mundial de la Salud: se dividió en dos dimensiones, calidad de vida objetiva y subjetiva. La primera hace referencia a los componentes de cada una de las tres dimensiones que pueden ser cuantificables en función de criterios externos y la segunda en función de la valoración que cada persona hace de su experiencia física, emocional y social. La calidad de vida es un constructo social relativamente reciente, que surge en un marco de rápidos y continuos cambios sociales. Para este estudio se recurrió a las dimensiones objetiva y subjetiva de la calidad de vida, por su carácter multidimensional.

Material y Métodos

El diseño de este trabajo es cualitativo, para la comprensión detallada de los significados y de las características de cada narración, de las situaciones presentadas por las entrevistadas, el interés fue, conocer en la perspectiva de las propias mujeres, el significado de la histerectomía en sus vidas, la cual fue realizada derivada por complicaciones del parto. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e investigación del Hospital, se entrevistó a diez mujeres de 16 a 32 años de edad, independientemente de su paridad, en el período de 2004-2006. Estuvieron de acuerdo, firmando el consentimiento informado. La recolección de datos se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas, que combinaron preguntas cerradas y abiertas, grabadas y transcritas en su totalidad, en un espacio privado, sin interrupciones, se hicieron observaciones registradas en un diario de campo, se garantizó el anonimato y la confidencialidad de las narraciones.¹³ El método utilizado para el análisis de los datos, fue de análisis de contenido según Bardin citado por Trivinos.¹³ "Como un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones, visualizando obtener procedimientos sistemáticos y objetivos de la descripción de los contenidos de los mensajes, indicadores que permiten la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción de estos mensajes. Se eligió como técnica la temática, entendiendo que el tema esta directamente ligado a determinado asunto, pudiendo ser representado gráficamente, a través de una palabra, una frase o un resumen, el tema es la unidad de significación, que se libera naturalmente de un texto analizado, según criterios relativos a la teoría que sirve de guía a la lectura."¹⁴

Resultados

Se encontró que la mitad de las pacientes eran menores de 20 años y el resto, tenían entre 21 y 30 años. Cuatro mujeres eran casadas, dos vivían en unión libre, tres eran solteras y una era divorciada. La escolaridad: una completó la enseñanza básica; dos secundaria, 1 la enseñanza media superior y 4 estaban cursando el 1er semestre de bachillerato, 2 mujeres terminaron el curso universitario. La mayoría de las entrevistadas refirió haber abandonado los estudios, sobre todo las adolescentes, cuando iniciaron la gestación. Las complicaciones que las llevaron a la histerectomía, según el expediente clínico, fueron: dos por ruptura uterina, dos atonía uterina, tres sepsis abdominal y tres infección puerperal después de la cesárea. Tres presentaron hipertensión arterial inducida por el embarazo.

De acuerdo con el análisis de las narrativas, realizadas con las mujeres que se sometieron a histerectomía, por complicaciones del parto, fue posible identificar unidades temáticas que convergieron en tres grandes temas:

1.- Percepción de los motivos de la histerectomía

Las explicaciones de los problemas de salud centradas en el paciente, son importantes, pues determinan si los individuos arquean con la responsabilidad de su salud o ven el origen y cura de las enfermedades como algo más allá de su control. Los médicos y pacientes ven los problemas de salud de maneras muy diferentes, mismo cuando poseen el mismo background cultural. Sus expectativas están basadas en premisas diferentes y emplean distintos sistemas de prueba y evaluación sobre su condición. El hecho de que las mujeres estudiadas, hablen sobre la situación de ser histerectomizadas hizo que trajeran a la memoria los motivos que las llevaron a esa condición. Dejaron en evidencia que las causas reales para ser sometidas a la mutilación, no fueron esclarecidas

de forma satisfactoria, pues cuando tomaron conciencia de esa necesidad, el hecho ya había sucedido.

De acuerdo con la opinión de cada una de ellas, las causas que las llevaron a la cirugía fueron: fiebre alta o infección, sangrado vaginal, anemia, distocias, riesgo de adquirir cáncer y necesidad de salvar sus vidas.

"solo sé que tenía mucha fiebre y deliraba, que ni me di cuenta en qué momento, ni en qué hora me operaron..." (E2)

Al reportar sobre la percepción de la fiebre alta o infección como una de las causas que las llevaron a que se sometieran a la histerectomía, sitúan tales complicaciones, dentro de un espacio temporal o sea después del procedimiento quirúrgico la cesárea.

"...después de la cesárea tuve mucha temperatura y no bajaba, después de un día, volvieron a operarme porque me dijo el doctor que tenía una infección muy fuerte..." (E7)

A pesar de estar presente el sangrado en la explicación sobre las razones que llevaron algunas mujeres a someterse a la histerectomía, este indicador, como otros, no es presentado por ellas como una situación percibida objetivamente, pues fue a través de la información de otros, que ellas tomaron conocimiento sobre la situación grave por la que pasaron:

"fue horrible que me dijeran que estaba sangrando mucho, para que parase el sangrado tuvieron que operarme... para quitarme la matriz, porque era la única manera de detener la hemorragia..." (E3)

Asimismo, algunas mujeres identificaron otros, o sea, las hicieron creer en la existencia de fragilidad en sus cuerpos, tornándolos vulnerables a complicaciones. La presencia de anemia fue una de las condiciones corporales de susceptibilidad a las complicaciones identificadas por las mujeres:

"...me dijeron que estaba muy grave porque sangré mucho y tenía una anemia..." (E10)

Al configurar su universo simbólico que la histerectomía salvó sus vidas, las mujeres dejaron en evidencia cuáles fueron los actores sociales que las auxiliaron en la construcción de este proceso de significación. Así, las mujeres identificaron al médico como el elemento clave para la construcción de la red de motivos para someterse a la histerectomía:

"...El médico me dijo que tenía que operarme otra vez, pues tenía una infección y si no me operaba yo podría morir". (E3)

2.- La pérdida como motivo de sufrimiento

La experiencia de la histerectomía fue interpretada por las mujeres estudiadas, desde los significados transmitidos a ellas e incorporados de acuerdo con los patrones culturales establecidos a que fueron expuestas, sobre a que se presta (o uso de) aquella determinada parte del cuerpo, el útero. En ese sentido, la experiencia de la histerectomía, derivada de las complicaciones del parto, es vivida con sufrimiento de diversos órdenes. Sufrimiento, primero porque trata de la comprobación de la falta de su cuerpo biológico.

"me siento vacía por adentro." (E2); "me siento hueca" (E1)

La pérdida de la entereza corporal trae consecuencias para su cuerpo, reduciéndolo a la función social y la maternidad. Después, las mujeres manifestaron lo doloroso que ha sido para ellas el ajustamiento de aquel cuerpo social a la nueva condición, en la tentativa de alcanzar la superación.

La percepción de sus cuerpos, por las mujeres de este estudio, reveló la forma como se procesa y se establece la organización de la sociedad y el modo de relación de los cuerpos con las cosas, como evidenciaron en las siguientes narraciones:

"mi madre dice que los hombres, sólo les interesa que la mujer tenga hijos." (E7).

Creemos con bases culturales, familiares y sociales las cuales establecen una imagen femenina, marcada por la creencia de que la mujer vive en la sociedad y en el mundo para ser madre, para procrear y parir. El culto de que ser madre es el regalo más hermoso y maravilloso de la vida, de la naturaleza femenina, hace que las mujeres tomen tales creencias como su valor de sustentación y cuando tal presente les es negado, toda una vida se desmorona:

"...me siento fea por el simple hecho de no poder tener hijos..." (E8);

Sin embargo, el valor de una mujer no se encuentra ni en su matriz, ni en sus ovarios, mucho menos en el número de vidas, que consciente o inconscientemente trae para este mundo. Este valor se encuentra en su mente, en su corazón, en su espíritu, se encuentra, en su capacidad de aprendizaje, en su desarrollo, en la búsqueda por evolucionar como ser humano. La calidad de vida personal es influenciada por la forma como cada persona se valora y se percibe en su mundo social. Esta valoración que cada individuo hace de sí mismo, es lo que se conoce como autoestima. En la construcción del universo simbólico sobre las repercusiones de la histerectomía en sus vidas, las mujeres estudiadas destacan además del hombre/compañero sexual, la madre como un elemento de fundamental importancia para el mantenimiento del simbolismo, que cerca los asuntos ligados a la reproducción y sexualidad. La imagen cultural de las mujeres mexicanas es hecha para servir al hombre, con resignación, sometimiento y obediencia; proyecta una imagen limitada, promovida por una ideología patriarcal, que con sus sistemas de valores, creencias y actitudes, fomenta y privilegia el poder del hombre sobre la mujer:

"... mi madre dijo que tengo que vigilar bien a mi esposo porque no puedo más tener hijos..." (E3).

3.- Cambios en el cuerpo físico y en el cuerpo social

Al hablar sobre los cambios ocurridos en la vida de las mujeres estudiadas, después de haber sido sometidas a la histerectomía por complicaciones en el trabajo de parto y parto, éstas enfatizan que las transformaciones se dieron mucho más en el ámbito de sus cuerpos sociales, generando una gran insatisfacción en sus vidas.

"Porque después de la cirugía me sentí muy inferior, sin gusto de nada, como que si el mundo se me viniese encima y me sentí entrar en un agujero" (E6)

En el campo de las percepciones de cambios ocurridos después de la histerectomía, las mujeres estudiadas hacen indicaciones relacionadas a la fragilidad con que sus cuerpos biológicos contestan a las demandas sociales:

"ahora me separé de las personas, porque no me gusta hablar sobre lo que me pasó, siento que se burlan de mí o sienten pena de mí..." (E1)

Sin embargo, el distanciamiento social acontece no apenas en el nivel marital:

"...no puedo relacionarme con otras personas porque siento que se me nota..." (E6)

Ese distanciamiento muchas veces acaba siendo provocado por las propias mujeres: Interrupciones y quiebras en el proceso de crecimiento y desarrollo de esas mujeres, que en su gran mayoría se encuentran en una edad muy joven, revelan el grado de infortunio que la situación vivida viene causando en sus vidas. La interrupción de los estudios, trabajo, el abandono de las actividades de ocio propias de la edad, la separación de personas y amigos que representan su grupo etéreo.

Consideraciones Finales

Se aprendió por los encuentros y entrevistas realizadas, que las mujeres, de forma general, no fueron esclarecidos satisfactoriamente los motivos que las llevaron a la mutilación. En sus imaginarios, los motivos para tal indicación estaban relacionados a un cuadro sintomatológico presentado simplemente por el cuerpo biológico como: fiebre alta o infección, sangrado vaginal, anemia, distocias, riesgo para desarrollo de cáncer y para salvar sus vidas. En la perspectiva de las mujeres, la pérdida del útero ha sido motivo de gran sufrimiento lo cual recae mucho más en sus cuerpos sociales, una vez que los cuerpos biológicos se recuperan de forma satisfactoria.

La pérdida como motivo de sufrimiento, según el grupo estudiado, se fundamenta en la experiencia de tener un cuerpo hueco, mutilado, haciendo que las mujeres se sientan interiorizadas, conviviendo con desajustes sociales y conyugales, además de que consideren incierto sus porvenires. La lógica para sus sufrimientos se asienta en la observación de no obediencia a los patrones sociales y culturales dirigidos a las expectativas de papeles, para los géneros masculino y femenino en la sociedad, revelada especialmente en la capacidad de la mujer para procrear. La inadecuación de este atributo; que les parece caracterizar los motivos de una convivencia no armoniosa entre sexualidad, estatus conyugal y constitución de la familia; se mostró como destaque en sus subjetividades, al punto de clasificar sus cuerpos sociales como enfermos y por eso sufren. Estos hallazgos posibilitaron aun, formular el presupuesto de que las mujeres que se someten a la histerectomía por complicaciones del parto, presentan insatisfacciones en cuanto a la calidad de sus vidas, especialmente en aquellas dimensiones que se dirigen para la sexualidad, constitución de la familia y convivio social.

Al concluir el presente trabajo se identificó que fueron de gran importancia los conocimientos de las cuestiones subjetivas y socio-culturales que permean el universo simbólico de las mujeres, pues esto posibilitó la identificación de metáforas de la histerectomía, que interfieren de sobre manera en la calidad de sus vidas, son estigmatizadas por no tener más hijos o colocándolas moralmente a través del abandono marital, disolución del casamiento y aislamiento social, lo que les impide llevar una vida social afectiva que las satisfaga.

Bibliografía

1. Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud. México. 2001-2006, p. 4.
2. Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud. Informe oficial de México. 2001-2006. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>.
3. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Demografía Censo de Población y vivienda México, 2005. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi//default.asp>.
4. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida. México, 2002, p.13.
5. Bakshi S, Meyer C. Indications for and outcomes of emergency: peripartum Hysterectomy. A five year review. J Reprod Med, n. 9. p. 733-735.
6. Díaz y col. Mortalidad materna: un problema sin resolver. Cuatro visiones críticas, Fundar-UAM Xochimilco. México, 2004, p. 47.
7. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud. México, 2000.
8. Dildy G, Saffer C. Pelvic pressure pack for catastrophic postpartum hemorrhage. Obstetric Gynecology. 2000 p. 95.
9. Langer A. Maternidad desigual en México, marginalización de estados. El Colegio de Sociología de México. v. 7 n. 10. 2000 p. 24-30.
10. Geertz C. A Interpretação das culturas. Ed. Gedisa España, 2003, p.387.
11. Helman G. Cultura Saúde e Doença. Ed Artes Medicas, 1994, p. 320.
12. Blumer H. Symbolic Interaction. Perspectives and Methods. New Jersey, Ed. Prentice Hall, 1969, p. 207.
13. Trivinos A. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação. Ed. Atlas. São Paulo, 2000. p.175.
14. Haguette T. Metodologias Qualitativas na Sociologia. 9ª. ed Rio de Janeiro Brasil Vozes, 2003. 224 p.
15. Rodrigues J. Tabú do Corpo. 3ra. ed. Ed. Achiamé. Rio de Janeiro 2004, p.173.
16. Bourdieu P. O Poder simbólico. 6ª. Ed. Rio de Janeiro Bertand Brasil, 2003, p. 322.
17. Hierro G. Naturaleza y fines de la educación superior: Facultad de Filosofía y Letras. México. UNAM Coordinación de Humanidades 3ra. Ed. México 1996, p.302.
18. Ghorayeb N. Saúde è qualidade de vida: Modismos e Ilusões. O Estado de São Paulo, 1996, p. 23.

Epidemiología de ostomías de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal

Epidemiology of elimination ostomies in different health units of Mexico, City

Lic. Otilia Cruz-Castañeda¹, Lic. Marco Antonio Cano-Garduño², Lic. Lucia Pat-Castillo², Enf. Ma. del Pilar Sánchez-Bautista², Enf. Juan Manuel Espinosa-Estévez³, M.E. Juan Gabriel Rivas-Espinosa⁴, M.E. Sandra Hernández-Corral⁵

Resumen

Las ostomías de eliminación son un procedimiento frecuente en los hospitales y los resultados de salud se ven reflejados en la sobrevivencia de los pacientes, que requieren de atención específica y estandarizada. El propósito de este estudio es describir cuál es la epidemiología de ostomías de eliminación en hospitales del I.M.S.S. del I.S.S.S.T.E. de la Secretaría de Salud, PEMEX y hospitales privados del Distrito Federal.

Método: Se trata de un estudio multicéntrico, descriptivo, retrolectivo y transversal; se realizó en 11 hospitales de segundo y tercer nivel de atención en cinco instituciones de salud del Distrito Federal. La muestra estuvo constituida por 1688 pacientes. El instrumento fue elaborado con nueve variables epidemiológicas y validado por expertos en el área.

Resultados: Se encontró que el 53% de los pacientes fueron del género masculino, el grupo de edad donde predominaron fue de 19 a 62 años con el 54%. Destaca que los diagnósticos de cáncer de colon, recto y útero (35%), así como las enfermedades inflamatorias del intestino (11%) fueron las más frecuentes. El 38% de los estomas fueron planos y el 7% fueron protuidos. En relación a la ocupación, el 85% se encuentran activos.

Discusión: Este estudio aporta una visión general del comportamiento de las ostomías de eliminación, resaltando que las enfermedades inflamatorias, el cáncer de colon y recto fueron los diagnósticos más frecuentes. El 45% de los pacientes no tuvieron un estoma de características normales con las implicaciones que esto tiene; de ahí la importancia de estandarizar los registros para unificar datos epidemiológicos, que aporten información para planificar las intervenciones de enfermería, así como resaltar la importancia que este problema de salud representa en la población mexicana. *Rev. CONAMED. 2009; (14) Supl 1: 15-19.*

Palabras clave: Epidemiología, ostomías de eliminación, unidades de Salud.

Abstract

Bowel and urinary diversion surgeries are a common procedure in hospitals and the health outcomes are reflected in increased life expectancy of patients that require specific and standardize care. The purpose of this study is to describe the epidemiology of intestine and urinary ostomies in different health institutions of Mexico City.

Method: This is a multi centric, descriptive, retrolective and transverse study; it was done in 11 hospitals from 5 Mexico City health

service institutions, the sample was constituted by 1688 patients. The instrument was developed with 9 epidemiological variables and validated by experts in the area.

Results: It was found that 53% are male, predominant age group is from 19 to 62 years old with 54%. Colon, rectum and uterus cancer (35%) as well as inflammatory bowel disease (11%) are the most frequent. 38% are flat and 7% are protruded. In relation to occupation 85% are active.

Discussion: This study contributes with a general view of bowel and urinary diversion surgeries noting that inflammatory bowel disease, colon and rectum cancer are the most frequent diagnoses 45% of patients do not have a stoma with normal characteristics with the implications that this condition has; this is why the relevance of standardizing registers to unify epidemiological data that will offer information to plan nursing interventions as well as noting the importance that this health problem represents to the Mexican population.

Key words: Epidemiology, bowel and urinary diversion, health Institutions.

Recibido: 27-X-2009; aceptado: 3-XI-2009

Introducción

Las ostomías de eliminación constituyen un procedimiento común en la práctica cotidiana de los hospitales, ya que las técnicas quirúrgicas han avanzado considerablemente y por ende los resultados en la salud del paciente, se ven reflejados con la sobrevivencia de los mismos^{2,3}. A lo largo del tiempo los métodos epidemiológicos han sido cruciales para identificar numerosos factores etiológicos que a su vez, han justificado la formulación de políticas sanitarias encaminadas a la prevención, situación que en las personas con ostomías o con riesgo de poseerlas aún no existe. Por tal motivo al conocer la epidemiología de las ostomías de eliminación, se contribuirá en una primera etapa a describir cuáles son los diagnósticos más frecuentes que generan una ostomía de eliminación y los grupos de edad en que se manifiestan, así como el tipo de ostomía que más se presenta en nuestra población; esperando que en una segunda etapa esta información permita planificar la intervención de enfermería en el área asistencial y preventiva, ofreciendo con esto un cambio sustancial en la calidad de vida de los ostomizados de nuestro país.

Actualmente no se cuenta con publicaciones a nivel nacional sobre las características epidemiológicas de estos pacientes, lo

¹ Jefe de Servicio, Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza".

² Enfermero General de la Clínica de Ostomías y Heridas, Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza".

³ Auxiliar de Enfermería de la Clínica de Ostomías y Heridas, Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza".

⁴ Coordinador de Área de la carrera de Enfermería, FES Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

⁵ Jefe de Investigación de Enfermería, Instituto Nacional de Rehabilitación.

Correspondencia: Lic. Otilia Cruz Castañeda. Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", Av. Ignacio Zaragoza N° 1711, Col. Ejército Constitucionalista, Del Iztapalapa, C.P. 09220, México D.F. Correo electrónico: gatito5965@hotmail.com.

cual no sólo tiene relevancia en los aspectos médicos específicos, sino también en las implicaciones como individuos, tales como no contar con el equipo adecuado, lo que genera complicaciones dérmicas, aumentando la estancia hospitalaria y por tanto limitando su reintegración social y laboral. De igual manera para las instituciones que les brindan asistencia, ya que el reingreso por complicaciones incrementa el coste de atención.^{4, 5} Esta situación se incrementa con la ausencia o deficiencia de los registros, que realiza la enfermera terapeuta enterostomal, en la atención específica de las personas ostomizadas.

En América Latina los datos que Argentina reporta son: que dos de cada mil de la población argentina convive con una ostomía, lo que supone en total un colectivo de 30.000 personas. Si se observa la situación desde el factor de la edad, la incidencia de la ostomía correspondería a tres de cada mil de la población adulta argentina. En otros países occidentales se recogen cifras que oscilan entre el 2 y el 4 por mil de los adultos.^{6, 7}

Como antecedente en nuestro país existen dos publicaciones de experiencias de servicios, en donde Alcalá Seda y Caballero Villegas marcan una muestra de 273 pacientes en cuatro años y Noguez una muestra de 200 pacientes, que corresponderán no sólo a estomas de eliminación, sino que se incluyeron en la muestra, estomas respiratorios y de eliminación, antecedentes que hacen referencia a la experiencia de una unidad médica, sin incluir suficientes variables epidemiológicas que permitan analizar el comportamiento de las ostomías en una muestra representativa.^{8, 9} Lo que cobra importancia al resaltar la necesidad de estandarizar los registros al respecto, ya que como lo señala Lodoño Milena y cols: "Registrar información relevante al cuidado realizado para las personas ostomizadas y a los resultados obtenidos, es lo mínimo que debería ser esperado de un profesional de enfermería". Con los datos registrados se produce información que muestra lo que está ocurriendo, con el cuidado a las personas en la prestación del servicio, en los cambios de políticas institucionales y sirven de base para investigación. Se muestra además el impacto de los cuidados realizados que puede ser notado por los cambios tanto en cifras demográficas y epidemiológicas, como en aspectos cualitativos identificados, por ejemplo: el cambio en el número de días de estancia hospitalaria, el número absoluto y relativo de personas que reingresan o consultan por complicaciones prevenibles, como los problemas de piel y el incremento en el número de visitas de los miembros del grupo de ostomizados de la zona. Aunque si bien es cierto, que las patologías que originan una ostomía pueden no estar determinadas por factores de género, edad, estado civil, ocupación, temporalidad o tipo de la ostomía, se considera relevante obtener información estadística en relación a estos aspectos, que permita tener una visión general de datos demográficos y las patologías que generan una ostomía de eliminación, que se presentan en algunas unidades de salud en nuestro país, para obtener información veraz y actualizada, lo cual tiene trascendencia en relación a la planificación de cuidados y estructura hospitalaria, para brindar atención a las personas ostomizadas con la calidad que estos requieren; de igual manera se espera que estas cifras cumplan con el objetivo de describir cuál es la epidemiología de ostomías de eliminación, en diferentes unidades del Distrito Federal y pongan de manifiesto el arduo trabajo que cotidianamente desempeña el personal de salud que les atiende.

Metodología

Se trata de un estudio multicéntrico y su diseño fue descriptivo, retrolectivo y transversal. La muestra fue no aleatoria por conveniencia, debido al tipo de población estudiada, quedó constituida por 1688 pacientes que cubrieron los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes pertenecientes a una clínica de ostomías o servicio que dé atención específica a estos pacientes y que tengan registros referentes a estomas de eliminación del momento de recolección de datos a cinco años atrás.
- Pacientes con una lleostomía, colostomía y /o urostomía
- Pacientes de cualquier edad y género.

Para la obtención de la información se siguió el siguiente proceso: en forma inicial se realizó la invitación a Terapeutas Enterostomales de 11 unidades médicas de las siguientes instituciones: I.S.S.S.T.E, I.M.S.S, Secretaría de Salud, PEMEX y Hospitales Privados, para participar en el estudio. Después de la aceptación se organizan tres fases que se desarrollan en ocho reuniones programadas. Durante la primera fase se dió a conocer el proyecto de investigación a los colaboradores, haciendo énfasis en la operacionalización de variables; en la segunda fase se analizó y validó el instrumento de medición, por un grupo de expertos, posteriormente se pilotearon cincuenta instrumentos; en la tercera fase se organizó la recolección de datos, con los colaboradores del proyecto, la cual consistió en que la enfermera responsable de la clínica de ostomías de la unidad participante, recolectara la información de registros existentes en su servicio. Se entregaron carpetas de 100 instrumentos foliados, de acuerdo a las necesidades estipuladas por cada una de las enfermeras colaboradoras; durante esta reunión se marcó la fecha límite para la entrega de instrumentos ya requisitados. Finalmente el grupo investigador realizó el vaciamiento de la información a una base de datos electrónica en el paquete estadístico SPSS2v15. La interpretación de resultados se llevó a cabo por medio de análisis descriptivo, utilizando medidas de tendencia central a través de frecuencias y porcentajes. En cuanto a las consideraciones éticas, este estudio no presenta riesgo alguno y se protegió en todo momento la privacidad de los sujetos participantes.

Resultados

La muestra quedó constituida por 1688 pacientes: 868 (51%) del ISSSTE, 400 (24%) de la Secretaría de Salud, 250 (15%) del IMSS, 100 (6%) de PEMEX y de Hospitales privados 70(4%), de ellos 898(53%) son del género masculino y 790 (47%) del femenino. (Cuadro 1).

Cuadro 1. Descripción de la población estudiada por institución médica.

| INSTITUCIÓN | N=1688 | PORCENTAJE |
|---------------------|-------------|-------------|
| ISSSTE | 868 | 51% |
| Secretaría de Salud | 400 | 24% |
| IMSS | 250 | 15% |
| PEMEX | 100 | 6% |
| Hospitales Privados | 70 | 4% |
| TOTAL | 1688 | 100% |

Fuente: Instrumento "Epidemiología de estomas de eliminación" aplicado a 11 hospitales del Distrito Federal, 2009.

Con los datos obtenidos se pudo observar que en los grupos de edad donde se presentan con mayor frecuencia las ostomías de eliminación son: de 19 a 50 años con 507 pacientes (30%), de 51-62 años con 402 pacientes (24%) y de 63 años o más 411 pacientes (24%), (Cuadro 2).

Cuadro 2. Descripción de la población por grupo de edad.

| Grupos de edad | n=1688 | Porcentaje |
|------------------|-------------|-------------|
| 1-29 días | 109 | 6% |
| 30 días-11 meses | 80 | 5% |
| 1-6 años | 86 | 5% |
| 7-12 años | 54 | 3% |
| 13-18 años | 39 | 2% |
| 19-50 años | 507 | 30% |
| 51-62 años | 402 | 24% |
| 63 o más | 411 | 24% |
| TOTAL | 1688 | 100% |

Fuente: Instrumento "Epidemiología de estomas de eliminación" aplicado a 11 hospitales del Distrito Federal, 2009.

En cuanto al estado civil 863 pacientes (51%) son casados, 551 (33%) son solteros, 187 (11%) son viudos, 4 (3%) viven en unión libre y 41 (2%) son divorciados, (Cuadro 3).

Cuadro 3. Descripción de la población por estado civil.

| Relación | n=1688 | Porcentaje |
|--------------|-------------|-------------|
| Soltero | 551 | 33% |
| Casado | 863 | 51% |
| Viudo | 187 | 11% |
| Divorciado | 41 | 2% |
| Unión libre | 46 | 3% |
| TOTAL | 1688 | 100% |

Fuente: Instrumento "Epidemiología de estomas de eliminación" aplicado a 11 hospitales del Distrito Federal, 2009.

Ahora bien de acuerdo al servicio médico quirúrgico que realiza la mayor cantidad de ostomías destaca el servicio de cirugía general con 871 pacientes (52%), seguido de oncología con 384 (23%), cirugía pediátrica con 288 (17%) y finalmente urología con 105 pacientes (6%), (Cuadro 4).

Cuadro 4. Descripciones de la población por servicio hospitalario.

| Servicio | n=1688 | Porcentaje |
|--------------------|-------------|-------------|
| Cirugía General | 871 | 52% |
| Oncología | 384 | 23% |
| Cirugía Pediátrica | 288 | 17% |
| Urología | 105 | 6% |
| Otros | 40 | 2% |
| TOTAL | 1688 | 100% |

Fuente: Instrumento "Epidemiología de estomas de eliminación" aplicado a 11 hospitales del Distrito Federal, 2009.

Con respecto a la ocupación se observó que 1442 pacientes (85%) están activos en sus diferentes áreas productivas, estudiantes 132 pacientes (8%), actividades del hogar 410 (24%), actividad profesional 374 (22%) y actividades no profesionales 526 (31%), (Cuadro 5).

Cuadro 5. Descripciones de la población de acuerdo a la ocupación.

| Ocupación | n=1688 | Porcentaje |
|-----------------------|-------------|-------------|
| Estudiante | 132 | 8% |
| Actividades del hogar | 410 | 24% |
| Profesional | 374 | 22% |
| No profesional | 526 | 31% |
| Otros Lactante | 246 | 15% |
| TOTAL | 1688 | 100% |

Fuente: Instrumento "Epidemiología de estomas de eliminación" aplicado a 11 hospitales del Distrito Federal, 2009.

Referente a la condición del estoma se encontró que 1083 pacientes (64%) son temporales y sólo 605 pacientes (36%) son permanentes.

En cuanto al tipo de estoma, las colostomías fueron más frecuentes con 1060 pacientes (63%) seguidos de las ileostomías con 392 (24%) y finalmente las urostomías con 236 (4%), (Cuadro 6).

Cuadro 6. Descripción de la población de acuerdo al tipo de estoma de eliminación.

| Tipos de estomas | n=1688 | Porcentaje |
|------------------|-------------|-------------|
| Colostomías | 1060 | 63% |
| Ileostomías | 392 | 24% |
| Urostomía | 236 | 14% |
| TOTAL | 1688 | 100% |

Fuente: Instrumento "Epidemiología de estomas de eliminación" aplicado a 11 hospitales del Distrito Federal, 2009.

Con relación a las características de la estoma 923 (55%) pacientes tienen estomas normales, plana 643(38%) pacientes y en 122 (7%) pacientes son protruidas, (Cuadro 7).

Cuadro 7. Descripciones de la población por características de su estoma de eliminación.

| Características de las estomas | n=1688 | Porcentaje |
|--------------------------------|-------------|-------------|
| Colostomías | 1060 | 63% |
| Ileostomías | 392 | 24% |
| Urostomía | 236 | 14% |
| TOTAL | 1688 | 100% |

Fuente: Instrumento "Epidemiología de estomas de eliminación" aplicado a 11 hospitales del Distrito Federal, 2009.

Con referencia a los diagnósticos más frecuentes, en adultos destacan los problemas oncológicos como cáncer de colon, cáncer de recto, vejiga y útero, que juntos constituyen 616 pacientes (35%), las enfermedades inflamatorias como pólipos, divertículos y colitis ulcerativa crónica, registran a 175 pacientes (11%); resaltando los traumatismos abdominales con 141 pacientes (8%) y la apendicitis complicada con 121 pacientes (7%). En el área pediátrica, las malformaciones ano rectales con 159 pacientes (9%) y la enfermedad de Hirschsprung con 5 pacientes (2%), son los diagnósticos más frecuentes, (Cuadro 8).

Cuadro 8. Descripción de la población por diagnóstico.

| Diagnóstico | n=1 688 | Porcentaje |
|------------------------------|--------------|-------------|
| Cáncer colon | 316 | 18% |
| Cáncer recto | 142 | 8% |
| Cáncer vejiga | 84 | 5% |
| Cáncer útero | 74 | 4% |
| Divertículos | 128 | 8% |
| Pólipos | 20 | 1% |
| Colitis ulcerativa crónica | 27 | 2% |
| Apéndice complicada | 121 | 7% |
| Traumatismos abdominales | 141 | 8% |
| Enterocolitis | 28 | 2% |
| Malformación ano rectal | 159 | 9% |
| Síndrome de Fournier | 43 | 3% |
| Vejiga neurogenica | 16 | 1% |
| Espina bífida | 6 | 1% |
| Extrofia vesical | 3 | 0% |
| Malformación vejiga y uretra | 20 | 1% |
| Enfermedad de Hirschsprung | 35 | 2% |
| Enfermedad de Crohn | 8 | 1% |
| Absceso perianal | 25 | 1% |
| Abdomen agudo | 95 | 6% |
| Otros | 197 | 12% |
| Totales | 1 688 | 100% |

Fuente: Instrumento “Epidemiología de estomas de eliminación” aplicado a 11 hospitales del Distrito Federal, 2009.

Discusión

Durante el desarrollo de este trabajo se pudieron detectar situaciones factibles de ser retomadas, para elevar la calidad de atención que los pacientes ostomizados requieren, tal es el caso de la selección de la muestra que constó de 1688 pacientes atendidos, en las cinco instituciones de salud participantes, ya que existían 2500 pacientes que reunían criterios de inclusión y tuvieron que ser eliminados, por no contar en los expedientes con los registros completos: esta situación constituye una oportunidad de mejora, ya que registrar información relevante al cuidado realizado a las personas ostomizadas y a los resultados obtenidos, muestran como se comportan los resultados de las intervenciones de enfermería y se fortalece una base de datos demográficos y epidemiológicos, que permitan tener un punto de partida para la planeación específica de la atención de estos pacientes; además a nivel político sería factible – con los registros- medir la necesidad al cambio a una política sobre cuidado especializado, con el incremento en el número de enfermeras(os) preparadas(os) en terapia enterostomal, quienes prestan sus servicios en hospitalización y consulta externa. Por lo anterior usar formatos estandarizados para registrar y recolectar datos constituye una necesidad.

Los hallazgos concuerdan con lo reportado por Alcalá Seda y Caballero Villegas, quienes refieren que el cáncer de colon y la diverticulitis son los padecimientos que predominan, coincidiendo con este estudio en donde el cáncer de colon, recto y útero son los que predominan como antecedentes para la realización de un estoma, así como la enfermedad diverticular, la colitis ulcerativa crónica específica y la poliposis familiar, que finalmente pueden degenerar a cáncer. Cabe destacar en este estudio, el hallazgo del diagnóstico de apendicitis complicada, como etiología para una ostomía en 121 pacientes; esta situación puede ser atribuida a la automedicación, a la sobrecarga de trabajo de las salas de urgencias o bien a muchos otros factores que retrasan una cirugía de urgencia, por lo que se hace necesario realizar una revisión más profunda en este sentido.

Por otra parte, en relación a las características de estomas, se reporta un alto porcentaje de pacientes con estomas planos y protuidos, situaciones que complican el manejo del estoma, elevando además de los costos de tratamiento por las complicaciones que se pueden generar, todas ellas prevenibles con una intervención oportuna de la enfermera. Situación similar se reporta en el artículo de Noguez L. (2000) en donde los estomas planos se reportan en un 50%.

Un aspecto a resaltar es en relación a la condición del estoma, ya que 1083 (64%) pacientes son temporales, datos que se relacionan con lo reportado por Alcalá y Caballero Villegas.

Se puede observar además que ambos estudios coinciden en relación a la variable: grupo de edad en que más se presentan ostomías de eliminación, reportándose en ambos estudios pacientes entre los 19 y 61 años de edad con todas las implicaciones, económicas, sociales y familiares, que esto tiene si no se brinda una atención planificada que lo reintegre lo más pronto posible a sus actividades.

Dentro de los hallazgos se encontró que un porcentaje importante (51%) de pacientes, cuentan con apoyo de una pareja al ser casados, considerando esta situación como un aspecto básico para la prevención de complicaciones y la adaptación al nuevo estilo de vida, aunado a esto, se encontró que el 85% de pacientes están activos en sus áreas laborales respectivas. Cabe destacar que el estado civil y la ocupación son variables que no han sido contempladas en otros estudios.

Con estos datos se observa, que la información obtenida de las variables epidemiológicas de este estudio, aportan información que no sólo ayuda a la identificación de frecuencias presentes en los estomas de eliminación, sino que también permite analizar variables no contempladas en la planeación de la atención de estos pacientes, haciéndose necesario voltear hacia los diagnósticos que generan una ostomía, principalmente el cáncer de colon y de recto, que se encuentran dentro de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en el mundo y representan una oportunidad de vida para las personas, cuando la intervención médica y de enfermería son exitosas, implicando este éxito un incremento en la frecuencia de las personas ostomizadas, que requieren de atención específica de enfermería.

Conclusión

El presente estudio aporta una visión general del comportamiento de los estomas de eliminación, en diferentes unidades de salud del Distrito Federal, permitiendo identificar diversos factores etiológicos a contemplar, para tomar acciones que permitan planificar las intervenciones de enfermería.

Resalta en este trabajo la importancia que tiene estandarizar los registros que se realizan en las diferentes unidades de salud, para unificar datos demográficos y epidemiológicos.

Con base en los resultados de esta investigación, destaca que los diagnósticos más frecuentes son oncológicos, cáncer de colon, recto y útero, así como las enfermedades inflamatorias del colon, coincidiendo con lo reportado en otros estudios, la ostomía de eliminación más frecuente es la colostomía. No existe diferencia significativa en relación al género ya que los estomas de eliminación, se encuentran con una frecuencia similar en ambos géneros. Ahora bien el 38% presentan estomas planos y el 7% protuidos, situaciones que incrementan el costo en tiempo y dinero para su control.

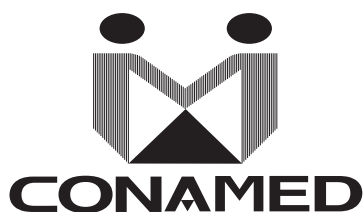
Estos datos nos permiten identificar en una pequeña muestra, la magnitud del problema que constituye brindar atención a la persona, ya que existen varias patologías que finalmente derivan en una ostomía y que por tanto se requiere de una infraestructura y superestructura, que permitan brindar atención integral a este cada vez mayor número de personas.

Recomendaciones

1. Difundir los resultados obtenidos en el personal directivo de enfermería del Sector Salud, para mostrar la importancia de contemplar a las personas con ostomías, en la elaboración de proyectos de prevención, tratamiento y control planificados, resaltando el ahorro financiero y de sufrimiento en tales pacientes y en las instituciones y personas que les atienden
2. Promover en el personal de enfermería que atiende a personas ostomizadas de diferentes unidades que participaron en el estudio, se replique el trabajo para obtener información directa y más completa en torno a las variables epidemiológicas de estomas de eliminación.
3. Fomentar en las enfermeras el cuidado de estomas, el surgimiento de una línea de investigación en este tema, que fortalezca los conocimientos y genere datos estadísticos actualizados sobre este problema de salud.
4. Planear y ejecutar la elaboración de instrumentos administrativos que normen el actuar de las enfermeras al cuidado de estomas, unificando criterios para el registro y manejo de las estomas.

Bibliografía.

- ¹ Mac Mahon, Brian; Pugh, Thomas F.; Temoche, Abelardo, tr. Principios y métodos de epidemiología. Prensa Médica Mexicana. México, D. F. (MX) 1975. <http://escuela.med.puc.cl>; Reyes R Julio; "ostomías" Fecha de consulta 23 Enero del 2009.
- ² H. Hoogland, R.G. Serrato Aguilera y Cools. Estomas urológicas en: H. Ortiz. J. Martí. Rague. Indicaciones y cuidados de los estomas. Barcelona: Editorial JIMS; 1990.
- ³ Canaval GE, Londoño ME, Milena HA. Guía de enfermería para el cuidado de la persona adulta con estoma. Guías ACOFAEN. Biblioteca Lascasas, 2005; (Consultado 24/01/09) Disponible en URL: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0026.php>.
- ⁴ Martínez Morales Ma. Cuidados al paciente ostomizado. Enfermería Oncológica. 2009. (Consultado 25/01/09), disponible en <http://www.boloncol.com>
- ⁵ Cruz CO, Pat CL, González RMC, Elizondo VJF. Manual de procedimientos técnicos de la clínica de ostomías y heridas: Técnicas de atención al paciente con estomas intestinales. México; 2004.
- ⁶ Claudio G, Patkan M, Torres V, Merino C, Pascal S, Moriggia I, et al. El paciente ostomizado en el entorno de una asociación. Bilbao; Dic. 2005.
- ⁷ Alcalá S. M., Caballero V. I. Pérez A. S, Navarro S. S. Rosas B. J. y Ojeda V. G. Experiencia de la Clínica de Estomas de H.R. 1º de octubre del ISSSTE. Rev. Esp. Med-Quirur. México, 2004. Sept-Dic. Vol. 9, (No 3). pp. 33-37.
- ⁸ Noguez S. L., Martínez C. T., Clínica de estomas Rev. Enfermería IMSS 2000; 8 (1):27-31.



DIPLOMADO DE ENFERMERÍA PERICIAL

Inicia 11 de enero de 2010

Dirigido a Licenciados en Enfermería
Informes e inscripciones

www.conamed.gob.mx

www.eneo.unam.mx/enfermeriapericial

acordova@conamed.gob.mx

Tel. 54-20-71-17

La calidad de la comunicación enfermera-paciente en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en México D. F.

Quality of the patient communication nurse in the health centers of the Sanitary Jurisdiction Benito Juarez in Mexico D. F.

Patricia Sánchez-Saldivar¹, Dr. Héctor Aguirre-Gas², Lic. Miguel Ángel Córdoba-Ávila³, Dra. Mahuina Campos-Castolo⁴, Dr. Heberto Arboleya-Casanova⁵

Resumen

Introducción. La calidad en la comunicación entre la enfermera y el paciente es un elemento indispensable dentro de los servicios de salud, principalmente cuando el objetivo es promoverla y protegerla. Dicha labor es la base fundamental de la enfermería en primer nivel de atención.

Material y métodos. Se realizó una encuesta en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez, durante el periodo comprendido del 21 de enero al 6 de febrero de 2009, mediante la aplicación de dos cuestionarios con 17 reactivos, con preguntas dirigidas para analizar cómo es la comunicación enfermera-paciente, con la participación de las enfermeras clínicas y pacientes de los centros mencionados.

Resultados. Se recopilaron 244 encuestas aplicadas a los pacientes y 15 encuestas aplicadas a enfermeras, en las cuales se detectó que 173 (71%) pacientes y 12 (80%) enfermeras opinaron que la atención que proporcionan las enfermeras en cuanto a la comunicación es buena, 43 (18%) de pacientes y 2 (13%) de enfermeras mencionaron que es regular y finalmente 8 (3%) de pacientes y 1 (7%) enfermera encuestada refirió que la atención es mala.

Conclusiones. La enfermera del primer nivel de atención tiene carencias para proporcionar una atención de calidad, entre ellas se encuentra tiempo limitado con el paciente, ya que su labor está reducida a la toma de signos vitales y somatometría, sin embargo durante este corto tiempo la enfermera tiene la oportunidad de resolver dudas y temores de los pacientes y proporcionar la información que el usuario de los servicios de salud solicite en ese momento. *Rev. CONAMED. 2009; (14) Supl 1: 20-28.*

Palabras clave: calidad, relación enfermera-paciente, comunicación asertiva, comunicación.

Abstract

Introduction. Nurse-patient communication is an essential element within the health care services, mainly when the objective is to promote it and to protect it. This work is the fundamental base of the first level of attention infirmary.

Material and methods. A survey was made in the Health Centers of the Benito Juárez Sanitary Jurisdiction, during the period included January 21 to February 6, 2009; it consists in the application of two questionnaires with 17 items, with questions directed

to analyze the nurse-patient communication, with clinical nurses and patients participation.

Results. There were compiled 244 patients and nurses surveys; we detected 173 (71%) patient and 12 (80%) thought that the nursing care (about communication) which they provide or receive is good, 43 patients (18%) and 2 nurses (13%) mentioned that it is regular and finally 8 patients (3%) and one nurse (7%) referred that the attention is bad.

Conclusions. Nurses of first level of health attention have deficiencies to provide a quality care, like brief time with the patient, because their work is reduced to vital signs and somatometry measurement; nevertheless, during this short time, nurses have the opportunity to solve patients' doubts and fears and provide the information that the healthcare users solicits.

Key words: quality, patient-nurse relationship, assertive communication, communication quality.

Recibido: 21-X-2009; aceptado: 5-XI-2009

Introducción

La relación equipo de salud-paciente es muy compleja, porque abarca aspectos éticos, físicos y emocionales, donde la comunicación es un aspecto de suma importancia, ya que se tiene un vínculo emocional muy importante, donde el personal de salud trata de no involucrarse; sin embargo, el paciente necesita ser atendido en forma integral y no sólo ser tratado por su enfermedad.

En estudios realizados sobre la percepción de la calidad de atención, los usuarios manifestaron que el tiempo de espera para recibir una consulta médica, la falta de comunicación con el personal, tanto de enfermería como médico, son aspectos relevantes por resolver, ya que ocasionan desinformación sobre el padecimiento y ponen en riesgo el tratamiento a seguir por el paciente.¹ Esto origina un inadecuado cuidado de la enfermedad, que conlleva al avance del padecimiento, agravando más la situación física, emocional, psicológica y económica del paciente; que en muchas ocasiones, al no obtener una atención adecuada en una institución de primer nivel del sector público, prefiere acudir con un médico particular que posiblemente le brindará una atención personalizada o caso contrario la enfermedad continuaría evolucionando desfavorablemente para el paciente, llevándolo a un segundo o tercer nivel de atención, dando como consecuencia el incremento en el número de pacientes más graves.

¹ Pasante de Servicio Social de la carrera de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México.

² Dr. Héctor Aguirre Gas, Director de Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

³ Jefe del Departamento de Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

⁴ Subdirectora de Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

⁵ Director de Difusión, Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Por esta razón es importante conocer, si a través del ejercicio de la profesión de enfermería, existe pérdida de interés hacia el paciente como un ser integral en el primer nivel de atención o si en el ejercicio de la profesión con el paso del tiempo, los pacientes se convierten en una carga de trabajo y no personas con algún problema de salud, tomándose en cuenta a la comunicación como de poca calidad humanitaria y falta de ética profesional.²

Por ello es necesario retomar en el primer nivel de atención, los aspectos básicos en la atención de enfermería, la cual es un conjunto de elementos interrelacionados, dirigidos a promover y mejorar el estado de salud de un individuo o una población y la calidad de la misma consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, de una manera que rinda el máximo beneficio con el mínimo de riesgos. Garantizar la calidad en la comunicación significa entonces, asegurar que las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención de enfermería, sean las más propicias para el paciente, haciendo alusión al costo que implican los servicios de salud y para ello es necesario que el paciente reciba toda la información necesaria.

Actualmente se observa el dominio de la ciencia y la tecnología, para beneficio de la salud, pero a consecuencia de ello también se observa una atención despersonalizada, con trato deshumanizado, que origina deficiente calidad en la comunicación y la atención en las unidades de medicina familiar, aunándole la burocratización de los servicios de salud.³

A consecuencia de lo anterior, desde el punto de vista del paciente, la calidad se mide con relación al éxito del tratamiento⁴, así la comunicación que exista entre el personal de enfermería y el paciente es primordial para la resolución de su problema de salud, ya que si se restablece su salud refiere una atención adecuada, pero en cambio si la enfermedad progresa a pesar del tratamiento y falta de información de la misma, se piensa que el profesional de salud aportó una atención deficiente.

En este contexto, para llevar a cabo una comunicación satisfactoria en la atención al paciente, la enfermera debe tener la capacidad de tranquilizar, alentar, dar esperanza y favorecer la solución del problema del paciente y estar atenta a las necesidades de comunicación que éste le presente⁵; para ello tiene que tomar en cuenta que la comunicación en enfermería se basa en una serie de principios como son: confidencialidad, veracidad, fidelidad, privacidad y en la habilidad para comunicarse, quien para ganarse la confianza del paciente y tomar en cuenta que éste posee aspectos estrechamente relacionados con su enfermedad que intervienen en la comunicación. Tales aspectos son: invalidez, molestia (incomodidad o sufrimiento), amenaza (riesgo para la vida o función) y soledad³.

Es necesario saber lo que el paciente espera de la atención: una terapéutica eficaz, comprensión por parte de la enfermera, ser escuchado y comprendido; necesita saber qué le ocurre, participar en su tratamiento y cuidados, así como conocer las repercusiones de su enfermedad; lo anterior da pautas para mantener una comunicación de calidad que satisfaga las necesidades del paciente y al mismo tiempo proporcione satisfacción a la enfermera, como prestadora de servicio de salud.⁶

Dado que la comunicación es un proceso mediante el cual los participantes crean y comparten información entre ellos⁷, hasta alcanzar el entendimiento mutuo, es necesario realizar una investigación que permita conocer cómo es la comunicación entre el personal de enfermería y el paciente en el primer nivel de atención.

En un estudio realizado en junio del 2008 en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), se encontró que el 58% de las quejas se resuelven con una explicación por parte del personal de salud hacia el paciente, ésto pone de manifiesto un

problema de comunicación, así también se ha encontrado que la mala comunicación es la principal causa de falta de seguimiento de las indicaciones y los cuidados necesarios de la salud y por otra parte es la causa de las demandas contra el personal de salud².

En este aspecto, la CONAMED fue creada teniendo como uno de sus principales objetivos, el de solucionar las controversias que surgen entre los usuarios de los servicios de atención médica y los profesionales de salud, así como el de elevar la calidad de los servicios.

La Comisión, ha renovado su misión y visión a través de un ejercicio de planeación estratégica y sus objetivos se orientan a contribuir con la mejora de la calidad en la atención y la seguridad del paciente, con investigaciones y proyectos que contribuyan a desarrollar una cultura de identificación, análisis y comunicación de eventos adversos en salud.⁸ Por lo tanto el presente estudio nos dá pautas para conocer cómo es la comunicación entre el paciente y la enfermera en el primer nivel de atención y si ésta contribuye al progreso de la enfermedad de los pacientes por falta de la comunicación.

Así se pueden obtener recomendaciones para el personal de enfermería, dirigidas hacia una mejora de la comunicación con los pacientes y de esa manera se proporcionen servicios de mayor calidad y seguridad.

Uno de los rubros de mayor importancia para la seguridad del paciente nos dice, que la comunicación hacia el paciente debe ser clara y oportuna⁹; el paciente en muchas ocasiones se hace experto en su propia enfermedad y esta experiencia puede utilizarse para ayudar a identificar riesgos y concebir soluciones a problemas de seguridad del paciente, quien quiere estar involucrado como participe en su cuidado; por lo tanto el personal de enfermería necesita y tiene la responsabilidad de incluir al paciente en sus cuidados de salud, estableciendo una comunicación clara.

La Secretaría de Salud es la institución responsable de garantizar los servicios de salud y la atención médica; para ello se divide en tres niveles de atención, el primero conformado por los centros de salud y unidades de medicina familiar, el segundo nivel integrado por los hospitales generales y tercero compuesto por los hospitales e institutos de especialidades¹⁰. En la presente investigación nos abocamos al primer nivel de atención, el cual es muy importante, ya que se enfoca en la prevención, protección y promoción de salud¹¹. Los centros de salud que integran este nivel se clasifican en: Centro de Salud T-I con los servicios de consulta externa, dental, vacunas, trabajo social y farmacia; T-II cuenta con servicio de consulta externa, dental, rayos x, vacunas, trabajo social y farmacia y T-III que otorga los servicios de consulta de medicina general, odontología, enfermería, laboratorio, rayos x, farmacia, inmunizaciones, salud mental, densitometría y optometría. Dichos centros pertenecen a las jurisdicciones sanitarias delegacionales, encargadas de proporcionar atención médica a los residentes del Distrito Federal, en ellos se cuenta con personal médico y paramédico, dentro del paramédico se encuentra enfermería, la cual se divide en enfermería clínica y de comunidad.

Como se ha mencionado, en los Centros de Salud se proporciona la atención primaria a la salud, esta según las declaraciones de Alma Ata es considerada la clave para otorgar salud a todos, ya que el primer nivel de atención representa el primer contacto entre los individuos, la familia, la comunidad y el sistema de salud.¹²

Para que la labor de la enfermera en este nivel sea efectiva, es necesario contar con una comunicación de calidad entre el paciente y la enfermera quien tiene la responsabilidad de proporcionar al paciente la información necesaria para que éste lleve a cabo las indicaciones relacionadas con el cuidado de su salud.¹³

La función principal de los centros de salud es la prevención primaria, donde se toman las medidas necesarias para prevenir la

aparición de enfermedades; en la prevención secundaria donde se toman las medidas para detectar una enfermedad oportunamente y ofrecer una cura definitiva y finalmente la prevención terciaria que son las medidas tomadas para tratar la enfermedad en curso y limitar sus efectos, aquí el profesional de enfermería tiene una función por demás importante ya que es éste quien se encuentra en mayor contacto con el paciente, por ello es necesario que cuente con una comunicación de calidad.

Actualmente los centros de salud se han convertido en centros primarios de atención a la enfermedad, pues el paciente acude cuando ya tiene una patología y han dejado de ser centros de atención primaria a la salud¹⁴, que significa, que el paciente acude para prevenir la enfermedad; en este sentido, se puede inferir que el paciente no ha tenido o no lleva a cabo las indicaciones de prevención y del autocuidado a la salud, dejando que su enfermedad evolucione hasta llevarlo a un segundo o tercer nivel de atención, ocasionando así un incremento en el número de pacientes en los niveles de atención, mencionados y quizá éste sea un problema de comunicación, razón por la cual se puede poner en duda la calidad de ésta, entre el profesional de enfermería y el paciente, pues la comunicación es una herramienta primordial para la resolución de los problemas de salud.

La labor de enfermería en el primer nivel es primordial, por las actividades que realiza en los centros de salud. Algunas de estas son: educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención, la promoción a la salud en el suministro de alimentos y de una nutrición adecuada, el saneamiento básico del agua potable en las comunidades, la asistencia materno-infantil, planificación familiar, inmunizaciones contra las principales enfermedades infecciosas, tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y el suministro y la orientación de cómo llevar a cabo la ingestión de los medicamentos prescritos. En este contexto, se puede resaltar la labor de la enfermería por el gran trabajo que realiza, sin embargo se debe saber que existen barreras para que el desempeño de su profesión sea intachable, una de estas barreras es la comunicación.

Así que, si existen fallas en la comunicación, habrá falta de cuidado en la salud del paciente y si esto sucede, probablemente se presente alguna queja del paciente por inconformidad de la atención recibida en este primer nivel, ya que este juzga la calidad de la atención en relación a la satisfacción de sus necesidades. El avance científico y tecnológico, aunándole también la burocratización de los servicios de salud, son posibles causas de una comunicación sin calidad, ya que se puede originar una atención despersonalizada, donde no se cubran las expectativas del paciente con respecto a la atención proporcionada por el personal de enfermería.

Por ello es necesario saber cómo es la comunicación entre el personal de enfermería de los centros de salud y el paciente, con el fin de que se emitan recomendaciones que puedan dar como resultado una comunicación de calidad, que permita la mejora en la atención a la salud e impida el progreso de la enfermedad, por falta de información o por la inadecuada comprensión de las indicaciones de los cuidados, que debe llevar el paciente para la conservación o restablecimiento de su salud, así como de la prevención. En este sentido la cantidad de la información no es indicativa de que el paciente está bien informado, ya que puede tener información excesiva pero puede ser que el paciente no la haya comprendido, por lo cual se puede distorsionar el sentido del mensaje original; así también la falta de capacidad para comunicarse, tanto de la enfermera como del paciente, es otra causa de inadecuada comprensión del mensaje principal en la comunicación.

Para la verificación de que la comunicación sea adecuada es indispensable la retroalimentación de la información, para saber si efectivamente el paciente comprendió correctamente el mensaje que la enfermera le envió o para conocer si la enfermera identificó plenamente el problema del paciente, para llegar a una completa comprensión y que el tratamiento o los cuidados al paciente se realicen de la mejor manera.

También es necesario contar con un ambiente de seguridad, donde el paciente se sienta con la confianza de comunicar sus ideas, de lo contrario se podrían omitir aspectos muy importantes para que la atención y el cuidado del paciente sean satisfactorios y lograr una comunicación asertiva, que permita una atención con calidad.¹⁵

Para hablar de calidad en la comunicación, es necesario hablar de cordialidad, franqueza y apertura de los individuos involucrados, así calidad en la comunicación quiere decir que todos los elementos inmersos en ella se desarrollan de acuerdo a la función específica de cada uno y cumplen los objetivos de dicha función, logrando el entendimiento mutuo entre el emisor y receptor.⁶

Para que una comunicación sea de calidad es necesario tomar en cuenta las siguientes reglas:

1. Poner en claro las ideas antes de exponerlas.
2. Examinar el verdadero objeto de la comunicación.
3. Al comunicarse, tomar en cuenta el medio (ambiente) físico y humano.
4. Consultar el lugar indicado.
5. Durante la comunicación, estar atento al contenido básico del mensaje.
6. Aprovechar la oportunidad para comunicar algo útil o de valor para quien lo escucha.
7. Comprobar la comunicación, asegurándose de que fue recibida correctamente.
8. Comunicarse para mañana, así como para hoy.
9. Asegurarse de que sus actos respalden la comunicación.
10. No buscar sólo el ser comprendido, sino también comprender, ser un buen escucha.⁶

Por lo antes mencionado es necesario saber si la comunicación que existe en los centros de salud es de calidad o deficiente e inadecuada, así la presente investigación aportará la identificación de elementos que sean pauta para emitir recomendaciones dirigidas al personal de enfermería con el fin de mejorar la atención a la salud, puesto que la comunicación es un recurso indispensable para la atención de enfermería en el primer nivel de atención. Como ya se ha mencionado en el primer nivel de atención a la salud, es de gran relevancia el trato que el personal enfermero otorga y dado que dentro de los objetivos principales de este nivel de atención se encuentra la educación sanitaria y la educación para la salud.¹⁶ Surge esta investigación, con el objetivo de analizar cómo es la comunicación entre el paciente y la enfermera en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en México Distrito Federal y así implementar estrategias dirigidas al personal de enfermería que labora en los mencionados Centros de Salud, en aras de mejorar la calidad de la comunicación con los pacientes y también proponer recomendaciones para el personal de enfermería, con el fin de prevenir probables quejas por una comunicación sin calidad.

Metodología

El tipo de investigación que se realizó fue transversal diagnóstico, observacional, descriptivo, analítico y propositivo.

La presente investigación se realizó con el objetivo de analizar cómo es la comunicación enfermera-paciente en los Centros de

Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en México D.F., con el propósito de implementar estrategias dirigidas al personal de enfermería que labora en el Primer Nivel de Atención para favorecer la comunicación y proponer recomendaciones a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, dirigidas al personal de enfermería para la mejora de la comunicación entre éste y el paciente.

Para su elaboración, se tomó en cuenta la variable "calidad de la comunicación", en la cual desde el punto de vista de Kaoru Ishikawa, la calidad tiene que ver con "la capacidad de una organización para adaptarse a los requerimientos de sus usuarios", por lo tanto, la comunicación como el pilar de la operación de la calidad, debe ser un agente innovador al brindar los elementos para el mejoramiento de los procesos y un canal para la información y nuevas ideas que hagan de la atención de enfermería un modelo en la satisfacción de los usuarios.¹⁷

Uno de los cambios que han traído los modelos de calidad, es el planteamiento la información como recurso vital de la organización y establece la necesidad de la participación humana, sus conocimientos y sus aportes para generar mejoramiento continuo, por lo tanto, la comunicación como el pilar de la operación de la calidad, debe ser un agente innovador al brindar los elementos para el mejoramiento de los procesos y un canal para la información y nuevas ideas que hagan de la atención de enfermería un modelo en la satisfacción de los usuarios.¹⁷

Para poder contar con una comunicación de calidad en enfermería se han tomado en cuenta los siguientes indicadores de calidad:

- Tiempo de espera para recibir atención.
- Comprensión de la información.
- Capacidad de comunicación.
- Trato personalizado.
- Capacitación del personal.
- Sobrecarga de trabajo.
- Uso de terminología.
- Retroalimentación.
- Tiempo dedicado a la comunicación.
- Participación del paciente en la atención.
- Comodidad, cordialidad y respeto.
- Ambiente libre de interrupciones y de ruido.
- Privacidad.
- Estado de las instalaciones.
- Orientación de medidas de prevención.
- Satisfacción de expectativas.
- Resolución de dudas.

Para efectuar esta investigación se establecieron los parámetros:

UNIVERSO: Conformado por pacientes que acuden a consulta y personal de enfermería que labora en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez.

POBLACIÓN: Integrada por pacientes que acuden a consulta en los Centros de Salud de la Jurisdicción Benito Juárez en el periodo comprendido del 21 de enero al 6 de febrero del 2009.

Personal de enfermería clínica que labora en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez.

MUESTRA: De los pacientes se realizó un muestreo aleatorio, representativo y estratificado por centro de salud. El tamaño de muestra se calculó mediante el programa estadístico Stats™, a partir del promedio mensual de consultas del centro de salud participante. Se consideraron como parámetros de cálculo un índice de confianza de 90% y un margen de error de 10%. La muestra está conformada por 244 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes que finalicen su consulta en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez.

- Personal de enfermería que labore en clínica en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que se nieguen a contestar la encuesta.
- Personal de enfermería de los Centros de Salud de la Jurisdicción sanitaria Benito Juárez que labore en campo.

Para la obtención de los datos se diseñaron dos cuestionarios con respuestas cerradas tipo Likert: uno dirigido al paciente, que consta de 18 preguntas (Anexo 1), y otro dirigido a enfermeras con 17 preguntas (Anexo 2). Ambos cuestionarios comprenden aspectos relacionados con la calidad de la comunicación, con las siguientes opciones de respuesta: si y no, siempre, algunas veces y nunca.

Una vez cerrado el proceso de aplicación de los cuestionarios, se procedió a la captura, recuento y clasificación de los datos para la posterior elaboración de gráficas y cuadros para integrar el proceso de tabulación y finalmente la elaboración de conclusiones y recomendaciones finales.

Resultados

De las 244 encuestas de la muestra aplicadas a los pacientes en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez, se encontraron 15 encuestas donde los pacientes refieren no recibir ningún tipo de atención por parte del personal de enfermería, razón por la que se decidió eliminarlas, tomando como total 229 encuestas, aplicadas a pacientes. En lo referente al personal de enfermería se contempló el 100% del personal que labora en clínica en los cuatro centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez, correspondiente a 30 enfermeras, sin embargo al realizar el estudio se encontró un gran ausentismo, por lo que la muestra fue del 50% (15 enfermeras), con los siguientes resultados:

De los pacientes encuestados el 86% (n=210) corresponde al género femenino y el 14% (n=34) al masculino. Los rangos de edad con mayor presencia se encontraron entre los 20 y los 49 años (66%), como se observa en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Pacientes encuestados por edad.

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|-------------|
| 10 - 19 | 10 | 4% |
| 20 - 29 | 46 | 20% |
| 30 - 39 | 60 | 26% |
| 40 - 49 | 45 | 20% |
| 50 - 59 | 31 | 14% |
| 60 - 69 | 19 | 8% |
| 70 - 79 | 12 | 5% |
| 80 - 99 | 6 | 3% |
| TOTAL | 229 | 100% |

De las enfermeras encuestadas el 100% (n=15) corresponde al género femenino y se encuentran en 60%, en rangos de edad por arriba de los 50 años (n=9), el 40% (n=6) se encuentra entre los 20 a 49 años.

En cuanto al nivel educativo de las enfermeras el 67% (n=10) son enfermeras técnicas, el 20% (n=3) son licenciadas en enfermería y el 13% (n=2) son auxiliares de enfermería.

El 71% (n=173) de los pacientes y el 80% (n=12) de las enfermeras opina que la atención que se proporciona es buena; el 18% (n=43) de los pacientes y el 13% (n=2) de las enfermeras dice que

la atención es regular; que la atención es mala dice el 3% (n=8) de los pacientes y el 7% (n=1) de las enfermeras; el 6% (n=15) de los pacientes refiere que no reciben ningún tipo de atención por parte de enfermería y el 2% (n=5) omitió su respuesta (Cuadro 2).

Cuadro 2. Atención proporcionada.

| NP* | CONCEPTO | BUENA | | REGULAR | | MALA | | |
|-----|------------------------|-----------|-----|---------|----|------|---|---|
| | | n | % | n | % | n | % | |
| 1 | Calidad de la atención | PACIENTE | 173 | 71 | 43 | 18 | 8 | 3 |
| | | ENFERMERA | 12 | 85 | 2 | 13 | 1 | 7 |

*NP= Número de pregunta

A la pregunta ¿la enfermera lo escuchó atentamente durante la entrevista?:

El 85% (n=195) de los pacientes contestó que sí, el 14% (n=31) dijo que no, sólo una persona contestó que algunas veces y el 1% (n=2) no contestó a la pregunta.

Para la comunicación visual 64% (n=146) mencionó que sí hay comunicación visual, el 35% (n=80) que no; sólo un paciente mencionó que algunas veces, lo cual equivale al 0.5% y dos pacientes más (10%), no contestaron la pregunta.

El ambiente libre de interrupciones es indispensable para llevar a cabo una comunicación de calidad, en este rubro el 30% (n=69) de los pacientes refirió que sí existen interrupciones, el 70% (n=160) dijo que no.

La privacidad es efectiva para crear un ambiente de confianza para que el paciente pueda expresarse con libertad, al respecto el 81% (n=186) manifestó que la enfermera sí le proporciona privacidad, el 18% (n=43) que no y sólo un paciente omitió su respuesta.

En lo concerniente a la pregunta si durante la entrevista, la enfermera realizaba otra actividad que no estuviera relacionada con su atención, el 19% (n=43) de los pacientes mencionó que sí, el 81% (n=185) dijo que no, sólo un paciente (0.5%) omitió contestar la pregunta.

Por lo que se refiere a la oportunidad de expresión por parte de la enfermera hacia el paciente el 81% (n=186) de los pacientes refiere que sí hay oportunidad de expresión, el 19% (n=43) menciona que no.

En lo relacionado con la comprensión del paciente con claridad las indicaciones que la enfermera le proporciona, el 68% (n=156) de los pacientes encuestados refieren que comprende todo, el 26% (n=60) sólo algunas indicaciones, el 4% (n=9) no comprende nada y el 2% (n=4) no contestó la pregunta.

Para la pregunta: ¿la enfermera le proporcionó información?, el 48% (n=110) dijo que sí y el 52% (n=119) que no, lo cual podría ser una contradicción, ya que el paciente refiere no tener dudas, sin embargo la mayoría de los pacientes refieren que la enfermera no les proporciona información ni orientación; no obstante la enfermera refiere en un 67% (n=10) que sí otorga información y en un 33% (n=5) que no, notándose que no coinciden sus respuestas (Cuadro 3).

Cuadro 3. Información proporcionada por el personal de enfermería al paciente.

| NP | CONCEPTO | SÍ | | ALGUNAS VECES | | NO | | NO CONTESTÓ | | |
|----|--------------------------------------|-----------|-----|---------------|---|----|-----|-------------|---|---|
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| 9 | La enfermera proporcionó información | PACIENTE | 110 | 48 | — | — | 119 | 52 | — | — |
| | | ENFERMERA | 10 | 67 | — | — | 5 | 33 | — | — |

Para que exista calidad en la comunicación se debe cumplir con los objetivos de los involucrados en la comunicación y para ello, es necesaria la participación de ambos. En la pregunta referente a: si la enfermera otorga facilidad al paciente para participar en las decisiones de sus cuidados, el 67% (n=10) de las enfermeras dice que sí, mientras el 20% (n=3) menciona que no y el 13% (n=2) dice que solamente algunas veces permite que el paciente participe en la toma de decisiones.

Para verificar el resultado de la comunicación, es necesario contar con retroalimentación por parte del paciente, en este sentido el 80% (n=184) de ellos sí pudo dar una retroalimentación, el 18% (n=41) no pudo explicar con sus propias palabras lo que la enfermera le indicó, el 1% (n=3) sólo puede explicar algunas y un paciente no contestó. En las respuestas de las enfermeras el 93% (n=14) de las enfermeras refiere que sí solicita retroalimentación al paciente y sólo una enfermera no pide retroalimentación (Cuadro 4).

Cuadro 4. Retroalimentación de las indicaciones proporcionadas al paciente.

| No. | CONCEPTO | SÍ | | ALGUNAS VECES | | NO | | NO CONTESTÓ | | |
|-----|-----------------------------------|-----------|-----|---------------|---|----|----|-------------|---|-----|
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| 11 | Retroalimentación por el paciente | PACIENTE | 184 | 80 | 3 | 1 | 41 | 18 | 1 | 0.5 |
| | | ENFERMERA | 14 | 93 | — | — | 1 | 7 | — | — |

Si en este proceso la enfermera detecta dudas en el paciente, es necesario reafirmar la información, de lo anterior el 64% (n=147) de los pacientes contestó que la enfermera siempre resuelve sus dudas, el 27% (n=61) que lo hace algunas veces y el 9% (n=21) contestó que nunca.

En muchas ocasiones el uso de terminología médica puede crear confusión en el paciente, por el desconocimiento de ésta. En relación al uso de terminología, el 28% (n=63) de los pacientes mencionaron que la enfermera sí usa terminos médicos, el 72% (n=164) manifestó que no y el 1% (n=2) refiere que sólo algunas veces, por su parte el 40% (n=6) de las enfermeras refieren que sí utiliza terminología médica y el 60% (n=9) dice que no, respuestas que conciden tanto en pacientes como en enfermeras (Cuadro 5).

Cuadro 5. Confusión en la comunicación entre la enfermera y el paciente por el uso de terminología médica.

| NP | CONCEPTO | SÍ | | ALGUNAS VECES | | NO | | |
|----|---|-----------|----|---------------|---|----|-----|----|
| | | n | % | n | % | n | % | |
| 13 | Uso de terminología médica por las enfermeras | PACIENTE | 63 | 28 | 2 | 1 | 164 | 72 |
| | | ENFERMERA | 4 | 40 | — | — | 9 | 60 |

Otro factor que influye en la comunicación, es el tiempo que el paciente tiene que esperar para recibir atención. Tomando en cuenta que en estos centros de salud el primer contacto del paciente es con la enfermera, el 19% (n=43) de los pacientes encuestados contestó que menos de 20 minutos, el 49% (n=112) espera más de 20 minutos, el 27% (n=61) espera más de 1 hora (encontrando como máximo 6 horas) y el 6% (n=13) de los pacientes prefirieron omitir su respuesta (Figura 1).

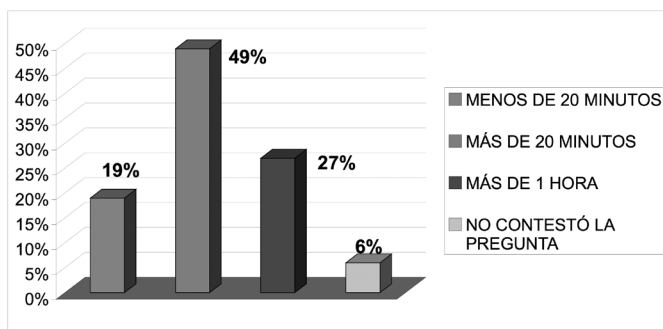


Figura 1. Tiempo de espera del paciente para recibir atención de enfermería.

Otros aspectos que tienen una importante influencia en la comunicación son: la sobrecarga laboral donde el 60% (n=9) de las enfermeras manifiesta que sí afecta a la comunicación con los pacientes y el 40% (n=6) refiere que no se ve afectada la comunicación. En cuanto a la falta de material suficiente para brindar atención, el 40% (n=6) opina que sí afecta a la comunicación y el 60% (n=9) dice que no (Cuadro 6).

Cuadro 6. Comunicación deficiente por la sobrecarga laboral del personal de enfermería.

| NP | CONCEPTO | | SÍ | | NO | |
|----|---|-----------|----|----|----|----|
| | | | n | % | n | % |
| 14 | La sobrecarga de trabajo afecta la comunicación | ENFERMERA | 9 | 60 | 6 | 40 |
| 15 | La insuficiencia de material afecta la comunicación | ENFERMERA | 6 | 40 | 9 | 60 |

Un elemento primordial para lograr una comunicación con calidad es sin duda el trato respetuoso, de ello el 89% (n=204) de los pacientes menciona que la enfermera siempre lo trata con respeto, el 9% (n=20) dice que sólo algunas veces y el 2% (n=5) refiere que nunca; por otro lado la enfermera menciona en un 33% (n=5) que el paciente sí la trata con respeto y el 67% (n=9) dice que no es tratada respetuosamente. (Cuadro 7).

Cuadro 7. El respeto, elemento primordial para una buena comunicación.

| NP | CONCEPTO | | SÍ | | ALGUNAS VECES | | NO | |
|----|--|-----------|-----|----|---------------|---|----|----|
| | | | n | % | n | % | n | % |
| 16 | Trato respetuoso de la enfermera al paciente | PACIENTE | 204 | 89 | 20 | 9 | 5 | 2 |
| 17 | Trato respetuoso del paciente a la enfermera | ENFERMERA | 5 | 33 | — | — | 9 | 67 |

Sumado a este rubro se encuentra el trato personalizado. En este aspecto el 74% (n=170) de los pacientes menciona que la enfermera sí se dirige a ellos por su nombre, el 24% (n=55) refiere que no y el 2% (n=4) dice que sólo algunas veces; a su vez las enfermeras dicen en un 33% (n=5) que los pacientes sí les llaman por su nombre, el 47% (n=7) dice que no y el 20% (n=3) manifiesta que algunas veces, lo cual representa que los pacientes en gran parte desconocen el nombre de su enfermera (Cuadro 8).

Cuadro 8. Trato personalizado con el paciente.

| NP | CONCEPTO | | SÍ | | ALGUNAS VECES | | NO | |
|----|---|-----------|-----|----|---------------|----|----|----|
| | | | n | % | n | % | n | % |
| 18 | Trato personalizado de enfermera al paciente | PACIENTE | 170 | 74 | 4 | 2 | 55 | 24 |
| | Trato personalizado del paciente a la enfermera | ENFERMERA | 5 | 33 | 3 | 20 | — | 47 |

En lo referente a las necesidades de comunicación el paciente manifiesta en un 54% (n=104) que sus necesidades son cubiertas totalmente, el 39% (n=74) dice que son cubiertas parcialmente y el 7% (n=14) refiere que nunca son cubiertas; a su vez el 53% (n=8) de las enfermeras opina que son cubiertas totalmente y el 47% (n=7) que sólo se cubren parcialmente (Cuadro 9).

Cuadro 9. Necesidad de comunicación del paciente por la enfermera.

| NP | CONCEPTO | | SÍ | | ALGUNAS VECES | | NO | |
|----|---|-----------|-----|----|---------------|----|----|---|
| | | | n | % | n | % | n | % |
| 19 | Cobertura de necesidades de comunicación enfermera paciente | PACIENTE | 104 | 54 | 74 | 39 | 14 | 7 |
| | | ENFERMERA | 8 | 53 | 7 | 47 | — | — |

Para llevar a cabo una comunicación efectiva y con calidad, es necesario que los involucrados en la comunicación, se encuentren en instalaciones que permitan la comunicación, por ejemplo libre de ruido e interrupciones, en este sentido el 67% (n=10) del personal de enfermería opina que las instalaciones sí son adecuadas y el 33% (n=5) dice que no lo son.

Por otra parte se encuentra la comodidad de la enfermera durante la realización de sus actividades. A la pregunta de si cuenta con un lugar cómodo para el desempeño de sus actividades, el 53% (n=8) de las enfermeras dice que sí y el 47% (n=7) refiere que no.

Otro elemento de suma importancia en la calidad de la comunicación es contar con personal capacitado, en este sentido el 53% (n=8) personal de enfermería refiere que dentro de la institución no cuentan con oportunidades de capacitación, ya sea de comunicación o de otros temas, debido a la insuficiencia de personal para sustituirlas y el 47% (n=7) menciona que sí hay facilidades.

Discusión

En el presente estudio se cumplieron los objetivos que estaban planteados con base en que se analizó cómo es la calidad de la comunicación enfermera-paciente en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en México DF.

Los resultados de esta investigación establecen que la comunicación enfermera-paciente en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en México, DF., es de calidad; ya que se cumplen los aspectos inmersos en la estructura, el proceso y los resultados de la comunicación:

- De estructura, porque se cuenta con el emisor, mensaje, medio de comunicación y receptor del mensaje.
- De proceso, porque en 80% se cumplen los objetivos de la comunicación entre el paciente y la enfermera que son construir un mensaje, enviarlo al receptor siendo este el paciente o la enfermera, éste a su vez analiza la información y reconstruye el mensaje y lo interpreta según sus experiencias y vivencias

para posteriormente emitir una respuesta o retroalimentación de la información recibida, convirtiéndose este en emisor del mensaje.

- De resultados, porque es una comunicación asertiva en 88.5% al lograrse el entendimiento enfermera-paciente y es de calidad, porque tanto la enfermera como el paciente en estos centros tienen la capacidad de entablar una conversación que cumple con sus objetivos con amabilidad y respeto, además de ser pronta y oportuna, con respeto a los principios de ambos.

En general, en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez, la mayoría de los pacientes (71%) consideran que la comunicación que la enfermera establece con ellos es buena. Por su parte la mayoría de las enfermeras (80%) opina que la comunicación con sus pacientes también es de calidad.

Lo anterior se comprueba al comparar las respuestas tanto de pacientes como de enfermeras de las preguntas comunes, donde se encontró una gran similitud.

En los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez, la mayoría de los pacientes consideran que la comunicación que la enfermera establece con ellos es buena, no obstante se encontró el comentario de un paciente que asegura que la enfermera demuestra desinterés en la salud de sus pacientes.

Las recomendaciones anexas a esta investigación están dirigidas al personal de enfermería con la finalidad de que la comunicación favorezca la relación entre este profesional de la salud y el paciente, la familia y la comunidad, haciendo con ello que su atención en este nivel sea cada vez de mayor calidad

Conclusiones

La enfermera es el primer contacto que tienen los pacientes con el Centro de Salud, sin embargo se observa que el tiempo que pasa la enfermera con el paciente es muy limitado y la atención que se le proporciona por parte de enfermería no va más allá de la toma de signos vitales; durante este tiempo, la enfermera tiene la oportunidad de proporcionar la información que el paciente, requiera, ya sea de los servicios con que cuenta el Centro de Salud, del padecimiento que afecta en ese momento al paciente o bien de alguna duda o inquietud que éste pudiera manifestar.

Otro aspecto sobresaliente es que las enfermeras refieren no contar con apoyo por parte de la institución para la capacitación continua bajo el argumento de la falta de personal. Sin duda, el ausentismo presente en estos centros es un problema de organización que puede repercutir en la atención que se les proporciona a los pacientes.

La sobrecarga laboral también es de relevancia ya que el tiempo que le dedica la enfermera al paciente es un factor que influye en la comunicación. Esto a razón de que existe ausentismo de enfermeras y el poco personal que se presenta a laborar tiene una carga excesiva de trabajo.

Recomendaciones

Para que la comunicación enfermera-paciente sea de calidad es preciso que:

1. La enfermera debe demostrar y mantener el interés y la atención del paciente mientras le comunica algo, dándole a entender que le interesa lo que este dice. Una forma de lograrlo es:
 - Mientras escucha mirar a los ojos al paciente.
 - Observar sus gestos, movimientos y reacciones.
 - Demostrarle físicamente que está comprendiendo lo que el paciente dice.
 - Hacer verbalizaciones breves para demostrar que está poniendo atención y comprende lo que le está diciendo.

2. La enfermera puede lograr una comunicación efectiva mediante el reconocimiento y la respuesta a los sentimientos y contenido de las expresiones del paciente; esto es:
 - Entender claramente lo que le quiere decir.
 - Hacer preguntas e intentar obtener mayor información o datos.
 - Demostrar qué es lo que se está entendiendo y los sentimientos que se están captando.
3. Para que el personal de enfermería mantenga una comunicación con oportunidad debe:
 - Elegir el momento oportuno para comunicarse, esto conlleva que el paciente se encuentre con humor para realizar una conversación.
 - Elegir el lugar, éste debe estar libre de ruidos, interrupciones y distracciones, deberá haber un clima y ambiente agradable que proporcione el confort y la privacidad necesaria para que el paciente se sienta con libertad de expresarse.
 - Dedicar el tiempo necesario para la comunicación ya que el paciente es portador de información valiosa para la enfermera como profesional de salud.
4. La comunicación implica un ambiente de confianza el cual está a cargo de la enfermera ya que el paciente se encuentra con inseguridad acerca de su estado de salud; para ello la enfermera debe tomar en cuenta:
 - El trato personalizado, saludar al paciente es un indicio de seguridad para él.
 - El saludo inicial, ya que es en este momento cuando se pone en juego toda la comunicación.
 - Elección del lenguaje que se debe adoptar para las distintas situaciones y personas.
 - El tono y el timbre de voz, ya que estos son indicadores del estado de ánimo.

Referencias

1. Hernández Gamboa L., Relación Médico – Paciente y la Calidad de Atención Médica, Rev. CONAMED 2001;9(20):25-29. México.
2. Tena Tamayo Carlos, et al, La Comunicación Humana en la relación médico Paciente, ed. Prado 2ª. Ed.
3. Victoria Ochoa R., Manuell Lee G.R., et al. Recomendaciones para mejorar la Atención de Enfermería. Rev. CONAMED, 2003;8(3):19-26.
4. Memoria del Séptimo Simposio Internacional, CONAMED La Comunicación Humana y la Relación Médico Paciente. Rev. CONAMED.2002;7(3):
5. O'Brien M. Comunicación y Relaciones en Enfermería, ed. Manual moderno p.53.
6. Aguirre-Gas H. Calidad de la atención médica, ED. Noriega 1ª. ED. México 2002.
7. Berlo, D. K, El proceso de la comunicación, El Ateneo México, 1996.
8. Tena-Tamayo, C. Diez años de Arbitraje Médico en México, 1ª. CONAMED, México DF. 2006.
9. Campos-Huichan, A. Importancia de las relaciones interpersonales en los cuidados de enfermería, Universidad del Valle de México, Revista Episteme No. 8-9 Octubre-Diciembre 2006, Dirección Institucional de Investigación e Innovación Tecnológica.
10. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012, México 2007.
11. OMS, UNICEF, Atención Primaria a la Salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria a la Salud Alma-Ata, URSS, Ginebra 6 – 12 de septiembre 1978.
12. Aranda-Regules J.M., Nuevas Perspectivas en Atención Primaria a la Salud, Una Revisión a la Aplicación a los Principios de Alma Ata, Gestión de Innovaciones y Cambio Organizacional de los Centros de Salud, ED. Escuela Andaluza de Salud Pública, España 1988.
13. Halle J.E. Enfermería En Salud Comunitaria, Un Enfoque de sistemas, 2ª, ED. 1990 Publicación OPS, OMS.

14. Memoria del Séptimo Simposio Internacional, La Comunicación Humana y la Relación Médico Paciente, CONAMED, 2006.
15. Mogollón C, Pinto Z. Comunicación terapéutica en la satisfacción de las necesidades de los enfermos en el postoperatorio. Tesis de Grado. Licenciatura en Enfermería. Hospital Central de Moracay Aragua, Venezuela. Unidad Central de Venezuela. Febrero 2004.
16. González-Dagnino AS. Calidad total en atención primaria de salud. Madrid:Días de Santos; 1994.
17. Donabedian, A. La calidad de atención médica, México, La prensa Médica Mexicana, S.A.; 1984.
18. Baena G. Instrumentos de la investigación. México: Editores Mexicanos Unidos; 1991.
19. Cinabal, J. Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Barcelona: Doyma 1991.
20. Kosier B. et. All. Fundamentos de Enfermería. México: 1994 Interamericana.
21. Samaniego, R. Manual de Investigación por encuestas en la comunicación. Quito: CIESPAL; 1968.
22. Stanfield, B. Atención Primaria a la Salud, Equilibrio entre Necesidad de Salud y Servicios y Tecnología, Barcelona: Masson, 2001.

ANEXO 1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 1

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer la calidad de la comunicación que existe entre el personal de enfermería y el paciente con el fin de identificar aspectos que sean de importancia para lograr una mejora en ella; los datos obtenidos en esta encuesta serán para uso exclusivo de investigación.

Cuestionario No. _____
Entrevistador _____
Fecha: _____
Edad: _____
Género _____
Nivel educativo _____

COMUNICACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

| No. | PREGUNTA | BUENA (SI) | REGULAR ALGUNAS VECES | MALA (NO) | NINGUNA |
|-----|--|------------|-----------------------|-----------|---------|
| 1 | ¿Cómo fue la atención proporcionada por la enfermera? | | | | |
| 2 | ¿La enfermera lo escuchó atentamente durante su consulta? | | | | |
| 3 | ¿Mientras usted hablaba en su consulta la enfermera lo miró a los ojos? | | | | |
| 4 | ¿Durante el tiempo de atención con la enfermera hubo interrupciones que dificultaron su comunicación? | | | | |
| 5 | ¿La enfermera le proporcionó privacidad durante su atención? | | | | |
| 6 | ¿La enfermera realizaba otra actividad que no estuviera relacionada con su atención durante su estancia en el consultorio? | | | | |
| 7 | ¿Pudo expresar todo lo deseado a la enfermera en relación con la atención proporcionada? | | | | |
| 8 | ¿Comprendió claramente las indicaciones que la enfermera le dio? | | | | |
| 9 | ¿Podría explicar las indicaciones de la enfermera con sus palabras? | | | | |
| 10 | ¿La enfermera usó palabras de las que usted no conoce su significado? | | | | |
| 11 | ¿Cuánto tiempo esperó para recibir atención? | | | | |
| 12 | ¿La enfermera se dirigió a usted con respeto? | | | | |
| 13 | ¿La enfermera resolvió todas sus dudas? | | | | |
| 14 | ¿Durante la atención la enfermera se dirigió a usted por su nombre? | | | | |
| 15 | ¿La enfermera le habló respetuosamente durante toda su consulta? | | | | |
| 16 | ¿La enfermera le proporcionó información sobre las medidas de prevención de la Diabetes Mellitus? | | | | |
| 17 | ¿La enfermera le dio a conocer cuáles son las medidas para su seguridad como paciente? | | | | |

ANEXO 2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 2

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer la calidad de la comunicación que existe entre el personal de enfermería y el paciente, con el fin de identificar aspectos que sean de importancia para lograr una mejora en ella, los datos obtenidos en esta encuesta serán confidenciales y con uso exclusivo de investigación.

COMUNICACIÓN ENFERMERA - PACIENTE

Cuestionario No. _____ Entrevistador _____ Fecha _____ Edad _____

Género _____

Nivel educativo _____

| No. | PREGUNTA | BUENA (SI) | REGULAR ALGUNAS VECES | MALA (NO) | NINGUNA |
|-----|--|------------|-----------------------|-----------|---------|
| 1 | ¿En general cómo considera su comunicación con los pacientes? | | | | |
| 2 | ¿Considera que la temperatura y luminosidad de las instalaciones influyen para llevar a cabo una buena comunicación? | | | | |
| 3 | ¿El paciente se dirige a usted con amabilidad y respeto? | | | | |
| 4 | ¿La institución le otorga las facilidades para realizar cursos que permitan mejorar la comunicación con sus pacientes? | | | | |
| 5 | ¿Llama por su nombre a sus pacientes y se presenta con ellos? | | | | |
| 6 | ¿Cuenta con un lugar cómodo para el desempeño de sus actividades dentro de la institución? | | | | |
| 7 | ¿Pide a sus pacientes le expliquen con sus palabras la información que usted les proporciona? | | | | |
| 8 | ¿Durante la atención el paciente generalmente pone atención a la orientación que usted proporciona? | | | | |
| 9 | ¿Permite a su paciente participar en la decisión de los cuidados necesarios para su atención? | | | | |
| 10 | ¿Al paciente hipertenso le refiere en forma textual que la cefalea, acúfenos y fosfenos son signos de la hipertensión? | | | | |
| 11 | ¿Afecta la comunicación el número de pacientes atendidos durante el día? | | | | |
| 12 | ¿Si no cuenta con material suficiente para otorgar atención influye en la comunicación con los pacientes? | | | | |
| 13 | ¿Considera que sus necesidades de comunicación con el paciente son cubiertas? | | | | |
| 14 | ¿Al aplicar la vacuna triple viral refiere textualmente que el rash cutáneo y la hipertermia son reacciones normales a la aplicación de esta vacuna? | | | | |
| 15 | ¿El paciente se dirige a usted con respeto y amabilidad? | | | | |
| 16 | ¿Proporciona información necesaria sobre las medidas preventivas al paciente con riesgo a padecer Diabetes Mellitus? | | | | |
| 17 | ¿Conoce las medidas preventivas de seguridad del paciente en este nivel y se las transmite a su paciente? | | | | |

Etiquetas diagnósticas NANDA identificadas en pacientes hospitalizados con pie diabético en una Unidad de Salud de 2o. Nivel

NANDA Diagnostic labeling in hospitalized patients with diabetic foot in a health unit of second level

Marisol Refugio-Santiago¹, Mtro. Juan Gabriel Rivas-Espinosa²

Resumen

Introducción. El pie diabético constituye un problema de salud que requiere un abordaje específico por el profesional de enfermería, la utilización del proceso de atención de enfermería como fuente metodológica sustentará la identificación de alteraciones a necesidades básicas y como resultado, garantizar la calidad y seguridad del paciente.

Método. Es un estudio descriptivo, transversal, prolectivo y analítico, con una muestra de 50 pacientes, se aplicaron 2 instrumentos de valoración, el primero con la clasificación de pie diabético de Wagner, el segundo basado en los 13 dominios que constituye la NANDA.

Resultados. Se identificaron 28 etiquetas diagnósticas de enfermería, obteniendo el 100% a deterioro de la integridad cutánea. La mayor frecuencia de etiquetas por grado de lesión de acuerdo a la clasificación de pie diabético de Wagner. El grado I presentó, riesgo de infección en 36%; el grado II, dolor agudo 63%; el grado III, dolor crónico 18%; los grados IV y V presentaron ambos; duelo anticipado en 54% y 31% respectivamente. En la prueba de χ^2 , las etiquetas diagnósticas con mayor asociación fueron deterioro de la integridad tisular 86% en los grados II, III y V; temor en un 86% y perfusión tisular periférica inefectiva con 84%, en los grados III, IV y V, con una $p < 0.05$.

Conclusiones. Las etiquetas diagnósticas con mayor asociación de acuerdo al grado de lesión, fue deterioro de la integridad tisular, temor y perfusión tisular periférica inefectiva y deterioro de la integridad cutánea, se considera una constante por presentarse en todos los casos. *Rev. CONAMED. 2009;(14) Supl 1:29-32.*

Palabras clave: Etiquetas Diagnósticas, Clasificación de Wagner, pie diabético, enfermería, NANDA.

Abstract

Introduction. The diabetic foot constitute a problem of health that to require a board specific by professional of infirmary, the utilization of the process attention of nursing as methodology source to support the identification of alteration to necessity basic, and as result, guarantee the quality and the patient's security.

Methods. It's study descriptive, transverse, prolective and analytic, with a sample of 50 patients, apply 2 instrument of valuation, the first one with classification of diabetic foot Wagner, the second based in 13 dominions that constitute the NANDA.

Results. Itself identified 28 diagnoses labels of nursing, get the 100% to deterioration of the cutaneuos integrity. The major frequency by step of wound in agreement classification diabetic foot of Wagner in the step I risk of infection 36%, the step II pain sharp 63%, the step III those pain chronic 18%, the IV and V step duel advance 54% and 45%, respective. In the proof of χ^2 the diagnostic labels with major association go to. deterioration of wholeness tisular 86%, the II, III and V step; fear in 86% and irrigation tisular ineffective periphery with 84% respective in III, IV and V step, with to $p < 0.05$.

Conclusions. The diagnostic labels of nursing with major association by step of wound, go to deterioration of wholeness tisular, fear and irrigation tisular ineffective periphery, and deterioration of the cutaneuos integrity, itself consider a constant by present in all the cases.

Key words: Diagnostic labeling, Wagner classification, diabetic foot, nursing, NANDA.

Recibido: 30-X-2009; aceptado: 5-XI-2009.

Introducción

El proceso de atención enfermero (PAE), es un método sistemático, organizado, utilizado para brindar cuidados de enfermería individualizados, centrado en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales; consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; considerándose la valoración como la base que conduce a la identificación del estado del paciente y el diagnóstico.¹

Los diagnósticos de enfermería surgen cuando la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA), los reconoce oficialmente, incluyéndolos en los estándares de la práctica de enfermería en 1973. En la primera Conferencia Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería, surge la North American Nursing

¹ Pasante de la Licenciatura en Enfermería, FES-Zaragoza, UNAM.

² Coordinador de Área II de la carrera de Enfermería, FES-Zaragoza, UNAM.

Correspondencia: Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinosa. Aguascalientes 191-302, Col. Hipódromo, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06100, México D.F. Correo electrónico: gabrielrivas50@yahoo.com.mx.

Diagnosis Association (NANDA), quien proporcionaría la estructura organizada y acreditada de los diagnósticos de enfermería.² Desde entonces se dice que un lenguaje enfermero reconocido proporciona soporte para la práctica de enfermería, al contemplar una terminología clínicamente útil.

Brindar cuidados de enfermería a pacientes con pie diabético a nivel hospitalario, es generadora de adecuados y vastos recursos, por tal motivo enfermería considera de gran importancia su intervención y participación, en sus distintos ámbitos asistenciales, con el propósito de identificar riesgos, limitar el daño y dar solución a las alteraciones de salud, de acuerdo al grado de lesión del pie diabético.^{3, 4}

Para la realización del estudio se ha retomado de México y España entre otros países, algunos estudios existentes que hacen referencia a los diagnósticos de enfermería, donde revelan al PAE como la mejor herramienta, que sirve como base para dirigir las acciones y cuidados del paciente; algunos otros como en los E.U demuestran que la existencia de un programa dirigido a cuidados específicos en pacientes con pie diabético, basado en el PAE y el diagnóstico, contribuye a que los profesionales de la salud puedan reducir el número de lesiones en el pie y de amputaciones hasta en un 85%.⁵ Es por ello que basados en la taxonomía II NANDA, los 13 dominios que la construyen, y la clasificación del grado de lesión de pie diabético de Wagner, en una escala de 0 al V grado⁶; se identifiquen los diagnósticos de enfermería en una de las complicaciones más temidas de la diabetes mellitus, el pie diabético, por ser considerada la principal causa de morbi-mortalidad en México.^{7, 8}

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, prolectivo y analítico, con una muestra finita por conveniencia de 50 pacientes, determinados por el periodo comprendido de mayo-julio del 2009, de un hospital de segundo nivel, en los servicios de medicina interna y cirugía general. Para tal propósito se elaboraron dos instrumentos de recolección de datos, el primer instrumento retomando la taxonomía II NANDA y los trece dominios que la constituyen, el segundo instrumento basado en la clasificación de grados de lesión para pie diabético de Wagner. Se consideraron los instrumentos de recolección de datos del estudio, frecuencia de etiquetas diagnósticas NANDA en pacientes hospitalizadas con cáncer cervico uterino en el 2007, por el autor Rivas y cols, al cual se le realizaron modificaciones.

Los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a prueba piloto, en 10 pacientes, posteriormente se realizaron modificaciones en algunos ítems, para mayor utilidad. Se comenzó con la recolección de datos en la población descrita, seleccionados mediante el cumplimiento de los criterios de inclusión, no importando la causa principal del pie diabético; obteniendo la valoración se prosiguió con la obtención de los diagnósticos de enfermería, a través de los factores relacionados y características definitorias con base a la taxonomía II NANDA, después se capturó la información de las variables, en el editor de datos SSPS versión 11.

Para el tratamiento estadístico descriptivo se realizaron medidas de tendencia central, en los datos demográficos como grupo edad, sexo, servicio de internamiento y grado de lesión de Wagner; para estadística inferencial se efectúan pruebas de asociación en cuadros de contingencia con χ^2 para las etiquetas diagnósticas NANDA identificadas por grado de lesión de pie diabético de Wagner.

Resultados

En una muestra de 50 pacientes con pie diabético, el género masculino lo presentó con mayor frecuencia en un 60%; con respecto al grupo de edad, el de mayor frecuencia con el 56%, corresponde a edades entre 45 y 60 años; el servicio que presentó mayor frecuencia de estancia fue Medicina Interna con un 56%.

En relación al grado de lesión para pie diabético de Wagner se observó con mayor frecuencia el grado II correspondiente a úlcera profunda con 20 (40%), seguido del grado IV que corresponde a gangrena limitada con 12 (24%), el grado I referente a úlcera superficial con 8 (16%), el grado III a úlcera profunda con absceso con el 6 (12%), y por último el grado V relacionado a gangrena extensa, con una frecuencia de 4 (8%). (Cuadro 1).

Cuadro 1. Frecuencias en relación al grado de Lesión de Wagner.

| GRADO DE LESIÓN WAGNER | FRECUENCIA | PORCENTAJE % |
|--|------------|--------------|
| I Úlcera superficial | 8 | 16% |
| II Úlcera profunda | 20 | 40% |
| III Úlcera profunda con absceso (osteomielitis) | 6 | 12% |
| IV Gangrena limitada | 12 | 24% |
| V Gangrena extensa | 4 | 8% |
| TOTAL | 50 | 100% |

Fuente: Guía de valoración en Enfermería para identificación de Etiquetas Diagnósticas NANDA en pacientes con pie diabético basado en la clasificación de pie diabético de Wagner.

Fueron 28 etiquetas diagnósticas NANDA identificadas en el estudio, obteniendo que deterioro de la integridad cutánea se presentó en el 100% de los casos (Cuadro 2); realizando un análisis más detallado sobre los diagnósticos más frecuentes en pacientes con pie diabético en relación con el grado de lesión de Wagner, se encontró en el grado I: riesgo de infección en un 36%, dolor agudo con el 30%, y riesgo de estreñimiento con 21%. En el grado II, se encuentra dolor agudo asociado a 63%, seguido de riesgo de infección con el 59% y perfusión tisular periférica inefectiva en un 48%. En el grado III, con mayor frecuencia se presentó dolor crónico con un 18%, seguido de riesgo de disfunción neurovascular periférica con el 17% y trastorno de la imagen corporal con 17%. En el grado IV, se presentó duelo anticipado con 54%, afrontamiento inefectivo y dolor crónico en un 50%, respectivamente. Y por último en el grado V, los diagnósticos que obtuvieron mayor frecuencia fueron duelo anticipado con el 31%, afrontamiento inefectivo y dolor crónico, ambos con 18%. (Cuadro 3).

Cuadro 2. Etiquetas Diagnósticas NANDA identificadas con mayor frecuencia en pacientes con pie diabético.

| ETIQUETA DIAGNÓSTICA | FRECUENCIA* | PORCENTAJE %* |
|---|-------------|---------------|
| Deterioro de la integridad cutánea | 50 | 100 |
| Deficit de autocuidado: wc | 49 | 98 |
| Deterioro de la deambulación | 48 | 96 |
| Riesgo de caídas | 48 | 96 |
| Deficit de autocuidado : baño/higiene | 44 | 88 |
| Riesgo de baja autoestima situacional | 44 | 88 |
| Deterioro de la integridad tisular | 43 | 86 |
| Deterioro de la movilidad física | 43 | 86 |
| Temor | 43 | 86 |
| Perfusión tisular periférica inefectiva | 42 | 84 |
| Riesgo de síndrome de desuso | 42 | 84 |
| Deterioro de la movilidad en cama | 40 | 80 |
| Ansiedad | 39 | 78 |
| Conflicto de decisiones al tratamiento | 37 | 74 |
| Riesgo de disfunción neurovascular periférica | 36 | 72 |
| Deterioro del patrón del sueño | 35 | 70 |
| Conocimientos deficientes | 35 | 70 |
| Manejo del régimen terapéutico inefectivo | 32 | 64 |
| Trastorno de la imagen corporal | 30 | 60 |
| Deterioro de la comunicación verbal | 29 | 58 |
| Dolor agudo | 27 | 54 |
| Riesgo de síndrome postraumático | 26 | 52 |
| Riesgo de estreñimiento | 24 | 48 |
| Deterioro de la eliminación urinaria | 23 | 46 |
| Riesgo de infección | 22 | 44 |
| Dolor crónico | 22 | 44 |
| Afrontamiento inefectivo | 22 | 44 |
| Duelo anticipado | 13 | 26 |

Fuente: Guía de valoración en Enfermería para identificación de Etiquetas Diagnósticas NANDA en pacientes con pie diabético.
*Cifras en relación al total de pacientes con pie diabético.

Cuadro 3. Etiquetas Diagnósticas NANDA identificadas en pacientes con pie diabético con diferentes grados de lesión de Wagner.

| GRADO DE LESIÓN | ETIQUETA DIAGNÓSTICA | FREC. * | PORCENTAJE %* | n |
|-----------------|---|---------|---------------|----|
| I | Riesgo de infección | 8 | 36 | 8 |
| | Dolor agudo | 8 | 30 | 8 |
| | Riesgo de estreñimiento | 5 | 21 | 8 |
| II | Dolor agudo | 17 | 63 | 20 |
| | Riesgo de infección | 13 | 59 | 20 |
| | Perfusión tisular periférica inefectiva | 20 | 48 | 20 |
| III | Dolor crónico | 4 | 18 | 6 |
| | Riesgo de disfunción neurovascular periférica | 6 | 17 | 6 |
| | Trastorno de la imagen corporal | 5 | 17 | 6 |
| IV | Duelo anticipado | 7 | 54 | 12 |
| | Afrontamiento inefectivo | 11 | 50 | 12 |
| | Dolor crónico | 11 | 50 | 12 |
| V | Duelo anticipado | 4 | 31 | 4 |
| | Afrontamiento inefectivo | 4 | 18 | 4 |
| | Dolor crónico | 4 | 18 | 4 |

Fuente: Guía de valoración en Enfermería para identificación de Etiquetas Diagnósticas NANDA en pacientes con pie diabético.
*Cifras en relación al total de pacientes con pie diabético.

Al realizar la prueba de asociación con χ^2 , entre grado de lesión de Wagner y etiquetas diagnósticas, los resultados arrojaron que deterioro de la integridad tisular y temor, ambos representando el 86%, seguido de perfusión tisular inefectiva periférica y riesgo de síndrome de desuso con un 84% respectivamente, tienen mayor asociación en los grados II,III,IV y V de acuerdo a la clasificación de pie diabético de Wagner. (Cuadro 4). Obteniendo sin ninguna medida de asociación a deterioro de la integridad cutánea, por presentarse en todos los casos, como antes mencionado.

Cuadro 4. Etiquetas Diagnósticas NANDA con mayor asociación con el grado de lesión de Wagner.

| GRADO DE LESIÓN DE WAGNER | ETIQUETA DIAGNÓSTICA NANDA* | FRECUENCIA (N=50) | PORCENTAJE %* |
|---------------------------|---|-------------------|---------------|
| II, III, V | Deterioro de la integridad tisular | 43 | 86 |
| III, IV, V | Temor | 43 | 86 |
| II, III, IV, V | Perfusión tisular inefectiva periférica | 42 | 84 |
| III, IV, V | Riesgo de síndrome de desuso | 42 | 84 |
| III, IV, V | Deterioro de la movilidad en cama | 40 | 80 |
| III, IV, V | Riesgo de disfunción neurovascular periférica | 36 | 72 |
| III, IV, V | Trastorno de la imagen corporal | 30 | 60 |
| I, II, III, | Dolor agudo | 27 | 54 |
| IV, V | Riesgo de síndrome postraumático | 26 | 52 |
| II | Riesgo de infección | 22 | 44 |
| III, IV, V | Afrontamiento inefectivo | 22 | 44 |
| III, IV, V | Dolor crónico | 22 | 44 |
| IV, V | Duelo anticipado | 13 | 26 |

Fuente: Guía de valoración en Enfermería para identificación de Etiquetas Diagnósticas NANDA en pacientes con pie diabético.
*Cifras en relación al total de pacientes con pie diabético.

Discusión

Los resultados obtenidos son diversos, lo representativo radica en las cifras estadísticas en la presentación de casos, considerando los censos de España y los E.U.A, donde revelan casos de pie diabético en una población de entre 45- 50 años⁹, mientras que el grupo de edad con mayor frecuencia de este estudio, corresponde a otras edades que van de los 30 a los 44 años, considerado un hallazgo, por la presencia de pie diabético en pacientes con menor edad a la señalada en los censos. En Cuba, en un estudio similar en pacientes con afección vascular periférica, el género femenino obtuvo mayor frecuencia, con el 53% de un total de 47 pacientes¹⁰, mientras en este estudio se identificó al género masculino con la más alta frecuencia, ambos resultados se contraponen, tal vez estén implicados otros factores como mayor frecuencia de mujeres con diabetes mellitus y mayor frecuencia de pie diabético, en el género masculino, otras como el cuidado y seguimiento del tratamiento en cada género o simplemente el tipo de población que la constituyen, condición que es generadora de nuevas investigaciones en poblaciones similares. De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes (SVEH-DM), revela al Servicio de Medicina Interna con mayor frecuencia en 65.8%¹¹, datos que se asemejan con los resultados encontrados, obteniendo a medicina interna con mayor afluencia de pacientes con pie diabético en un 56%. En relación con el grado de lesión escalonados de mayor a menor frecuencia se encuentran de la siguiente manera el grado II, grado IV, grado I, grado III y V, que en consideración con la literatura de

acuerdo a los tipos de pie diabético existentes y refiriendo los grados I, II y III con lesiones neuropáticas y los grados IV y V con lesiones isquémicas¹², haciendo un análisis de acuerdo a casos presentados del total de pacientes con pie diabético se puede decir que las lesiones neuropáticas tienen mayor frecuencia con 34 (68%) en el estudio similar de Rodríguez Piñero³, que menciona más frecuentes a las úlceras neuropáticas con un 45-50%, aunque se considera también un poco la diferencia entre la población.

Aunque no existen estudios sobre etiquetas diagnósticas en pacientes con pie diabético, hay otros enfocados a la prevención y el cuidado, como las guías clínicas, tales como Tizón B. y cols.⁵ que presenta etiquetas diagnósticas como dolor, deterioro de la movilidad física y riesgo de deterioro de la integridad cutánea, otros como el de García A. y cols.¹³ donde describe etiquetas diagnósticas que pueden presentarse en pacientes con diabetes mellitus, tales como temor y deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección, dolor agudo, etc; Cruz Arándiga y cols.¹⁴ en su guía hace un listado de etiquetas diagnósticas como afrontamiento inefectivo, baja autoestima situacional, manejo inefectivo del régimen terapéutico, etc., cada una de las guías clínicas antes mencionadas, contempla etiquetas diagnósticas asociadas, aunque muchas de ellas no estén enfocadas solamente a pie diabético, sino a la diabetes mellitus, pero que sin duda alguna se encuentran dentro de las obtenidas dentro de las 28 etiquetas diagnósticas identificadas en el estudio. Cabe denotar que en cada grado de lesión las etiquetas diagnósticas que se presentan guardan relación con las características de la ulceración y de presentación, en consideración con la etiqueta diagnóstica deterioro de la integridad cutánea, basada en la medida de asociación χ^2 no se obtiene relación con el grado de lesión, por ser una constante, es decir que en el estudio se presenta en el 100% de los casos; en comparación con otras etiquetas como perfusión tisular inefectiva, que pudiera considerarse causa principal para desarrollar pie diabético, por riesgo sanguíneo inadecuado, en el estudio no lo es, pues existen otros factores asociados como los traumatismos, calzado inadecuado, etc., sin embargo guarda relación y mayor compromiso a partir de grado III, por las características descritas en la clasificación de grado de lesión de Wagner.

Referencias

1. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª Ed. México. Masson. S.A. 2003.
2. García-Hernández Alfonso M. NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. Desde su nacimiento hasta nuestros días. ENE. Rev Enf 2007;(0): 17-36.
3. Rodríguez-Piñero M. Epidemiología, repercusión sociosanitaria y etiopatogenia de las úlceras vasculares. Angiología 2003; 55(3) : 260-267.
4. Aragón-Sánchez FJ, Lázaro- Martínez JL, Torres -de Castro OG, Munter C, Price P, Rigrok -van der Werven W, Sibbald G. Valoración y cuidado de pacientes con úlcera de pie diabético. Coloplast Productos Médicos, Madrid España. 2007.
5. Tizón-Bouza, Dovale-Robles MN, Fernández-García, Fernández-Veiga C, López-Vilela M, Mouteira-Vázquez M, Penabad S, Rodríguez-Martínez O, Vázquez-Torrado R. "Atención de Enfermería en la Prevención y cuidados del pie Diabético". Aten Primaria 2004; 34 (5) : 263-271
6. Viade JJ. Pie Diabético: Guía práctica para la prevención, evaluación y tratamiento. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España 2006.
7. Datos epidemiológicos y morbilidad del pie diabético. En prevalencia de diabetes mellitus (consultado 21/02/2009) Disponible en www.acfas.org/brdiabfp.html.
8. Secretaría de Salud. SUIVE. Dirección General de Epidemiología (consultado el 17/enero/ 2009). Disponible en: www.dgepi.salud.gob.mx .
9. Datos epidemiológicos y morbilidad del pie diabético. En prevalencia de diabetes mellitus (consultado 21/02/2009) disponible en www.acfas.org/brdiabfp.html
10. Fong-Gala I, Reyes-Medina GE, Melián-Torres RJ, Creach-Ortega E. Actuación de enfermería en el paciente diabético con afección vascular periférica. Rev Cubana Enfermer 1999; 15(3):196-200
11. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Boletín 1, México 2006. Diabetes Mellitus. Consultado el 14 de mayo del 2009) Disponible en <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boldiabetes/Boletin-3-06.pdf>.
12. Boulton JMA, Cavanagh RP, Rayman G. Pie Diabético. México Manual Moderno. 2007.
13. García-Almagro FJ, Lozano-García Y, Sabin-Rodríguez C. Diagnósticos enfermeros en consulta de Atención primaria una herramienta para la Calidad en hipertensión arterial y diabetes Mellitus. Managua:OPS/MINSA;2005.
14. Cruz-Arándiga R, Batres-Sicilia JP, Granados-Alba A, Castilla-Romero ML. Guía de atención enfermera a personas con diabetes. España: Servicio de Andaluz de Salud y Asociación Andaluz de Enfermería Comunitaria; 2003.

Trato digno: Reto cotidiano Dignified care: Quotidian challenge

MSN. María Isabel Negrete-Arredondo¹

Resumen

El indicador de "Trato digno por enfermería", está incluido desde el inicio de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud para medir la calidad de la atención que proporciona el personal de enfermería a los pacientes. Existe la inquietud de que haya una completa comprensión por parte del personal de enfermería de lo que implica ser evaluada con base a este indicador. En el presente artículo se hace un análisis ético-antropológico del contexto en el que surge, de las bases en las que se fundamenta, los términos con los que se define operacionalmente y los once criterios a evaluar, extrayendo y explicando conceptos que deben ser dominados por el personal de salud como son "persona" y "dignidad". Se analiza también desde la dinámica que se establece a través de la relación enfermera-paciente y considerando las siete dimensiones que constituyen al ser humano.

En la medida que el personal de la salud comprenda y asuma en su totalidad lo que implica la evaluación del indicador "trato digno", se podrá garantizar que éste sea un medio efectivo de identificar la actitud del personal y que no quede sólo en un instrumento más de verificación de procesos. *Rev. CONAMED, 2009; (14) Supl 1: 34-36.*

Palabras clave: Trato digno, persona, dignidad.

Abstract

"Dignified care by infirmery" is a National Crusade for Health Care Quality indicator which evaluates care quality given by nursing staff. We are concerned about if nurses are consciousness of the meaning to be evaluated by this indicator. In this article this indicator was analyzed from an ethical-anthropological point of view, reviewing the context in which it was created, based on, words that define it, the operational statement, and the eleven measurement items. Drawing out and explaining the main concepts that nursing staff must know, like person and dignity concepts are. These concepts are analyzed into the nurse-patient interpersonal relationship and their seven human being in the measurement that dimensions. The health personnel fully assume and understand the implication of the "dignified care" meaning, we can assure this indicator evaluates efficiently the personal attitude and try to avoid it still only as a check list tool.

Key words: Dignified care, person, dignity.

Recibido: 21-X-2009; aceptado: 27-X-2009

Introducción

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud surgió como respuesta a la problemática puesta de manifiesto en la "Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000". En ella, la población señaló que el nivel de calidad de los servicios de salud había empeorado con relación a los datos que se tenían en 1994, en los que se mencionaba que cuatro de cada diez mexicanos se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y calificaron el nivel de calidad de los servicios de salud por abajo de los servicios de: agua y drenaje, teléfonos y transporte público.

El Programa de Acción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud concebía la calidad de los servicios de salud desde dos perspectivas:

1. Trato digno, cuyas características eran:
 - a) Respeto a los derechos y características individuales de los usuarios, a partir de la identificación y evaluación periódica de sus necesidades y expectativas, sobre el servicio de salud que reciben.
 - b) Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o por quien es responsable de él o de ella.
 - c) Interés manifiesto en la persona.
 - d) Amabilidad.
2. Atención médica efectiva¹

Como parte importante de esta Cruzada surge el "Programa de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería" y establece la incorporación de una serie de indicadores, que permitieran identificar el grado de cumplimiento de los estándares de calidad de la atención proporcionada por el personal de enfermería, dentro de los cuales se incluía el indicador "Trato digno por enfermería".

Durante los años que se ha evaluando este indicador en diferentes unidades y niveles de atención, por cierto, con bastante éxito tanto en su aplicación como en los resultados, existen interrogantes sobre lo que significa. Las preguntas a contestar serían:

- ¿Las enfermeras comprenden todos los aspectos que conllevan proporcionar un trato digno?
- ¿Lo identifican como una parte esencial del Código de Ética que guía a la profesión de enfermería?

Se considera pues, de suma importancia profundizar y reflexionar sobre el tema, ya que este indicador por sí mismo merece el dominio de uno de los principales postulados de la práctica de enfermería: el concepto de "persona" como eje de la atención del profesional de enfermería.

¹ Subdirectora de Formación Académica del Instituto de Geriátria.

Correspondencia: MSN. María Isabel Negrete Arredondo. Av. San Fernando No 2 Puerta 2, Col. Belisario Domínguez. Del. Tlalpan, México D.F. Correo electrónico: mdcastro17@gmail.com.mx.

Metodología de análisis del indicador “trato digno”

El análisis del indicador se llevó a través de un ejercicio de profundización, desde la perspectiva de la antropología filosófica de los conceptos que se manifiestan implícita y explícitamente en la redacción del mismo, procurando hacerlo de una forma accesible y clara para el personal de salud.

El indicador “trato digno por enfermería” fue seleccionado, en una primera etapa, para su evaluación junto con otros dos indicadores que correspondían a la dimensión técnica de la práctica de enfermería debido a “...su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente y porque permite identificar la percepción de los usuarios de los servicios de enfermería, en cuanto a trato recibido conforme como lo señala el programa de acción correspondiente”.¹

Por lo anterior, el indicador pretende evaluar la percepción del trato recibido por los pacientes y/o familiares por parte del personal de enfermería. Evaluar esta percepción implica: analizar la dimensión interpersonal entre el paciente/usuario y el personal que lo atiende, por lo que es relevante que éste comprenda la dinámica que se establece en una relación interpersonal, la cual no se circunscribe sólo a brindar un trato amable, sino que exige un compromiso personal/ profesional de quien proporciona el cuidado.

Factores de análisis del indicador

Los factores de análisis que se consideraron fueron: contexto de creación, sustentos de su implementación, términos o palabras que describen al indicador, definición operacional y criterios a evaluar.

Con respecto al contexto, el indicador “trato digno por enfermería” fue creado en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual consideraba dos dimensiones importantes de la calidad: la técnica y la interpersonal. Correspondió a esta última la identificación de la calidad interpersonal a través de este indicador.

Los sustentos para la implementación del indicador fueron el contenido del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México, publicado por la entonces Comisión Interinstitucional de Enfermería, hoy Comisión Permanente de Enfermería, en el que se incluyen los deberes de las enfermeras y enfermeros en México, entre los que ocupa un lugar preponderante el capítulo de los deberes para la “persona”.

La definición operacional de este indicador fue: “La percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada, por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria”,¹ definición que se encuentra en el documento conceptual.

Para evaluar el indicador se determinaron los siguientes once criterios:

1. ¿La enfermera lo saluda en forma amable?
2. ¿Se presenta la enfermera con usted?
3. ¿Cuando la enfermera se dirige a usted lo hace por su nombre?
4. ¿La enfermera le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?
5. ¿La enfermera se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?
6. ¿La enfermera procura ofrecerle las condiciones necesarias que protejan su intimidad y/o pudor?
7. ¿La enfermera le hace sentirse seguro al atenderle?
8. ¿La enfermera lo trata con respeto?
9. ¿La enfermera le enseña a usted o su familiar los cuidados que debe tener respecto de su padecimiento?
10. ¿Hay continuidad de los cuidados de enfermería las 24 horas del día?
11. ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera?

Abundando el análisis sobre el contexto en el que se creó éste indicador, como se mencionó, fue establecido durante la implantación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la que tuvo como base la relación que Donabedian establece entre la dimensión interpersonal y la calidad. Este autor describe dos elementos o unidades definibles de la atención médica en los cuales se puede basar la definición de calidad: el técnico y el interpersonal. El elemento técnico ha sido llamado, la ciencia de la medicina y el elemento interpersonal, su arte. La atención técnica es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud, al manejo de un problema personal de salud de manera que rinda el máximo de beneficio para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio favorable entre riesgos y beneficios². Lo que constituye la calidad en el proceso interpersonal es más difícil de resumir. Donabedian explica que el manejo del proceso interpersonal, debe llenar valores y normas socialmente definidas que gobiernen la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Por lo que el nivel de calidad en el manejo de la relación interpersonal se mide por el grado de apego a estos valores, normas expectativas y aspiraciones.

La relevancia de la dimensión interpersonal también es abordada implícita o explícitamente por algunas teóricas de la enfermería, entre ellas por ejemplo está Hildegrade Peplau, quien define la profesión de enfermería como: “El proceso interpersonal terapéutico y significativo, que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable la salud a los individuos y a la sociedad”³. De esta manera establece la relación interpersonal de las personas paciente/enfermera como el eje del cuidado.

Respecto del sustento del indicador y su relación con el “trato digno por enfermería” y el Código de Ética de las Enfermeras y Enfermeros en México”, de manera lógica y obligada este indicador, por estar dirigido a la naturaleza del hombre, está fundamentado en este Código, ya que en este documento, se encuentra recopilada y sintetizada la filosofía humanista, en la cual basa su praxis la profesión de enfermería. Pero, es justamente en este punto, en donde surge el reto de “aterrizar” un marco teórico en la conciencia profesional y más aún, en un actuar cotidiano, que demuestre que efectivamente el código de ética es “asumido y vivido” por cada uno de los integrantes del grupo de enfermería.

En el Código de Ética de Enfermería se considera al ser humano como “...el eje de la atención”⁴. Así pues, cada profesión se acerca al hombre con una visión específica que responde al servicio que le presta y a las demandas particulares que la sociedad requiere de ella⁵. Si el fin de los cuidados es el hombre, sólo podrán servir como referencias, aquellas corrientes filosóficas que parten de supuestos humanísticos o que permitan la aplicación de ellos. La revisión de algunas fuentes ayudará a entender cómo se han conformado la profesión y su compromiso con la persona.

J. B. Lindberg afirma: “La historia nos revela que las tradiciones filosóficas y las fuerzas sociales imperantes en cada época han ido configurando a la enfermería”. Para ilustrar lo anterior Bevis en su “Curriculum Building in Nursing; a process”, distingue cuatro periodos o formas históricas de entender la profesión de enfermería:

1. Ascetismo, inspirado en el idealismo de Platón, heredado por el cristianismo, en el que la enfermera actúa por piedad, altruismo y espíritu de abnegación.
2. Romanticismo, de 1910 a 1940, la enfermera ejerce como colaboradora del médico, es adiestrada y “con ternura y delicadeza femenina ayuda al enfermo”.
3. Pragmatismo de 1940 a nuestros días. A partir de la Segunda Guerra Mundial surge la necesidad de contar con enfermeras

preparadas para suministrar cuidados especializados y con conocimientos de técnicas específicas.

4. Existencialismo humanista, se impone hacia los años setentas y en ese periodo la enfermería considera al hombre en su totalidad global y de esta manera, planea los cuidados centrados en la persona e incorpora la corriente del "holismo".

Esto último se encuentra en desarrollo, pero ninguna de las anteriores ha dejado de influenciar a la enfermería actual, por lo tanto se puede concluir que las necesidades de la sociedad exigen, de alguna manera, el tipo de profesionales que necesita y por otro lado, la profesión influye también en la sociedad al dar solución a esta problemática. La práctica de cada grupo profesional se fundamenta en las creencias y valores elegidos por el grupo.⁶ Surge de esta manera el Código de Ética de las Enfermeras y Enfermeros en México, en el que la profesión, fundamenta en el concepto de "persona" la corriente personalista. Este concepto se encuentra analizado en el marco conceptual del Código, así como, en la declaración de los principios que son necesarios para el apego y correcto desempeño de todas las intervenciones de enfermería. Visto así, el cumplimiento de los criterios definidos en el indicador de "trato digno por enfermería" corresponde en su totalidad al cumplimiento de los deberes estipulados en el capítulo II "De los deberes de las enfermeras para con las personas"⁶ de este Código.

Para que la enfermera pueda asumir y vivir cotidianamente el Código de Ética, es necesario que conozca y comprenda la dimensión ética y antropológica de cada uno de los criterios en los que será evaluada, es decir, tiene que aplicar en todas las acciones que realiza, el marco teórico conceptual del Código y de esta manera conscientizar lo que representa cada una de sus intervenciones.

Por cuanto a los términos o vocablos que definen al indicador se encuentra lo siguiente: "Trato" refiere de forma inmediata la acción de "alguna persona" que va dirigida a "otra persona"; el segundo término "digno" indica el "cómo" debe ser la acción o trato, lo que hace necesario revisar los conceptos de "persona y dignidad". El término "persona" tiene como raíz la voz latina "personare" que significa "resonar o hacer eco", "sonar con fuerza". Surge en el teatro griego, donde los actores con el fin de hacerse escuchar por el público, utilizaban una máscara hueca a modo de altavoz, cuya extremada cavidad reforzaba el volumen de voz. Esta máscara recibía el nombre griego de "prosopon" y el latín de "personare". De la misma familia semántica se encuentra "personus" que significa resonante y connota la intensidad de sobresalir. La máscara tenía también como función ocultar el rostro del actor y hacer resaltar la importancia o alcurnia del personaje que se representaba. Por lo que el vocablo "persona" refiere una connotación prominente y relevante. Así mismo, la palabra "dignidad" según el Diccionario de la Real Academia, corresponde a dos sinónimos: "excelencia y realce". "La dignidad constituye, por tanto, una especie de preeminencia, de bondad o de categoría superior, en virtud de la cual algo destaca, se señala o eleva por encima".⁷

En este mismo sentido Millan Puelles dice "...la expresión dignidad de la persona viene a ser, de esta suerte, un pleonasma, una redundancia intencionada, cuyo fin estriba en subrayar la especial importancia de un cierto tipo de ente". Santo Tomás de Aquino, condensa de algún modo la tradición del teatro griego, profundizando en su significado, por lo que el uso filosófico y teológico del término "persona" lo define como: "... todo individuo poseedor de una propiedad diferenciadora, que no es otra que su peculiar dignidad".

Así mismo, en un contexto estrictamente filosófico, Kant afirma en cuanto a la dignidad: "aquello que constituye la condición para que algo sea fin en sí mismo, eso no tiene meramente un valor relativo, sino un valor interno, esto es: dignidad". Torralba en su obra "Antropología del Cuidar" destaca a Kant como el máximo

teórico de la dignidad humana, el cual remite la dignidad personal a la autonomía de la voluntad y la libertad. Kant enuncia la ley del respeto absoluto al hombre, derivado de su misma condición de persona. Al ser considerada como un cierto fin no cabe subordinarlo a causa alguna, por alta que ésta sea, si ello lesiona su dignidad constitutiva. Por otra parte, Torralba también señala la dignidad ontológica, que se refiere al ser y se fundamenta en el ser, por lo que la persona es merecedora de un respeto y una consideración. El mismo autor con relación a los códigos de ética de enfermería dice "la afirmación de la dignidad personal del paciente es fundamental y ello implica una praxis donde el respeto a su intimidad, la atención a su vulnerabilidad y la protección de su libertad es básica".⁸

Por cuanto al análisis de la definición operacional sobre trato digno, el documento conceptual se refiere al mismo de la siguiente manera "...La percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria".⁹ En este sentido es importante que la enfermera conozca el mecanismo por el cual el paciente y/o su familia establecerán un juicio de su comportamiento, así como, deberá saber detectar las situaciones o antecedentes que puedan alterar dicho juicio.

La sensibilidad está formada por cinco diferentes actos cognoscitivos o funciones sensitivas que son: sensación, percepción, imaginación, estimación y memoria. Esta actividad cognoscitiva inicia en los sentidos externos: vista, oído, gusto, olfato y tacto, a través de la sensación, la cual capta cualidades o aspectos de los cuerpos, ruidos, olores, sabores y se continúa a través de los sentidos internos cuyas funciones son la percepción, la imaginación, la estimación y la memoria.⁷ La percepción es un conjunto de sensaciones unificadas, es decir, mediante la síntesis sensorial, la percepción unifica olores, ruidos y formas para dar una percepción determinada. Todas estas percepciones son archivadas y organizadas por la imaginación, la cual las utiliza para reproducir objetos, obtener ideas abstractas o desarrollar la creatividad humana. Otra función sensitiva es la estimación, que se pone en relación a una realidad exterior, con la propia situación orgánica y la propia vida, es la valoración de un objeto singular con respecto a la propia situación. Mediante esta función se adquieren las experiencias y la memoria, conserva las valoraciones de la estimación, de las percepciones y los pensamientos.⁷ Por lo tanto la emisión de un juicio puede estar influenciado por experiencias anteriores, que predispongan a la persona y pierda objetividad en la situación actual. Es importante señalar el lugar que tiene la afectividad en este proceso, ya que en ella habitan los sentimientos, afectos, emociones, pasiones. La afectividad es una zona intermedia, en la que se unen lo sensible y lo intelectual, de ahí su importancia.

Por lo que respecta al análisis de los once criterios establecidos para ser evaluados, se analizan tanto palabras, como acciones o conductas que deben ser reflexionadas desde un punto de vista ético y/o antropológico y que tienen estrecha relación con el trato digno. Las frases con palabras concretas como: referirse a su nombre, intimidad y/o pudor, hacer sentirse seguro, tratar con respeto, pero también frases que significan una acción o conducta determinada, en las cuales están implícitas facultades y valores se pueden observar, en las preguntas que integran los criterios de evaluación antes mencionados, requieren conocimientos, interés, empatía y preocupación, pero que simultáneamente exigen cualidades de escucha, criterio y compromiso, dentro de un marco de respeto a los principios de: veracidad, autonomía, privacidad, confiabilidad, todos ellos incluidos en el código de ética de la profesión, no así, el criterio acerca de la continuidad de los cuidados de enfermería -en el cual se identifica la necesidad de evaluar la existencia de cuidados, por parte de las instituciones interesadas- no está dentro

de las cuestiones que la enfermera pueda garantizar, por lo que se puede considerar una pregunta, que debe ir dirigida a evaluar a un servicio en general y no a la persona/enfermera que proporciona los cuidados directos. Para el análisis ético-antropológico de los otros criterios, ubicándolos dentro de las distintas dimensiones que conforman a la persona, se aplica el análisis de los fundamentos de la antropología filosófica y la clasificación pluridimensional de la persona, de la que Torralba señala siete dimensiones: la corporal, la invisible o interior, la interpersonal, la comunicativa, la ética, la histórico-biográfica y la dimensión metafísico-trascendente.

Los criterios: ¿La enfermera lo saluda en forma amable? ¿Se presenta con usted? y ¿Cuándo la enfermera se dirige a usted lo hace por su nombre?, se pueden agrupar en la dimensión exterior o corporal y en la dimensión interpersonal. La corporeidad es la parte visible del ser humano, Hegel consideraba al cuerpo como la suprema expresión física del espíritu. El cuerpo es aquello por lo que se da inserción del hombre al cosmos. Sin el cuerpo, el hombre podría vivir intelectivamente el universo, pero no podría sentirlo. El rostro como parte de la corporeidad del hombre, es el encargado de expresar a la persona externamente, especialmente la mirada humana tiene un valor semántico, la mirada humana tiene un valor expresivo y un valor simbólico, por lo que la interpretación de la mirada de la persona enferma es fundamental en el ejercicio de cuidar. Al referirse al paciente por su nombre se está identificando como un quién específico, el nombre designa a la persona, es propio, personal e intransferible, aceptándolo en las circunstancias que lo rodean. Ser persona, significa ser reconocida por los demás como tal y el dirigirnos a ella por su nombre, subraya ese reconocimiento.⁷ Por lo tanto, las relaciones humanas son el verdadero escenario de la existencia humana y por eso constituye uno de los núcleos centrales de la antropología. La herramienta de esta dimensión es el diálogo, el poder de diálogo es una característica de la persona. Hablar es una forma de expresar la intimidad, el hombre necesita dialogar y el hombre enfermo, más.

Los criterios: ¿La enfermera le explica sobre los cuidados que le va a realizar?, ¿La enfermera hace que se sienta seguro al atenderle? y ¿La enfermera le enseña los cuidados que debe de tener? se analizan en la dimensión comunicativa, en la que según E. Mounier, en el proceso de comunicación, se requieren de ciertas condiciones indispensables para que se logre una comunicación efectiva y afectiva; en primer lugar: la capacidad de separarse de sí mismo para poder estar disponibles para otros; en el proceso comunicativo reconocer la centralidad del otro es fundamental. En segundo lugar: se precisa de comprensión, no hay comunicación interpersonal si no hay comprensión; la comprensión consiste en la capacidad de la persona de colocarse en el punto de vista del otro. En tercer lugar: es fundamental asumir lo ajeno, empatía, que significa una disposición de tipo anímico y afectivo. En cuarto lugar, la comunicación exige fidelidad, es decir, la constancia y la tenacidad en la acción.⁹ La información adecuada y la enseñanza de los cuidados que requiere el paciente le brindarán un ambiente de seguridad; la seguridad es una necesidad esencial del alma; el ser humano necesita seguridad para desarrollarse; la necesidad de seguridad se relaciona directamente con la necesidad de comunicación y de información. La desinformación genera inseguridad y falsas expectativas, en la praxis de los cuidados, el factor seguridad es la clave.

El cuanto al criterio ¿La enfermera procura ofrecerle las condiciones necesarias que protejan su intimidad?, se ubica en la dimensión invisible o interior de la persona. La intimidad se encuentra en esta

dimensión, un lugar donde sólo puede entrar uno mismo, donde uno es el dueño. Lo íntimo es tan central al hombre que hay un sentimiento natural que lo protege: el pudor. En el ejercicio de cuidar, el respeto a la intimidad del otro es fundamental, Torralba señala que "la dimensión interior de la persona no es irrelevante, sino fundamental y ello implica el desarrollo de la familiaridad, la confidencialidad; la relación que se establece trasciende el marco del contrato social".⁹

Por todo ello la dimensión ética se agrupa en los siguientes criterios: ¿La enfermera se interesa porque dentro de lo posible, su estancia sea agradable?, ¿La enfermera lo trata con respeto?, ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera? Presenta la dimensión ética de la responsabilidad frente al otro. El cumplimiento de estos tres criterios demuestra un grado de compromiso y responsabilidad de la enfermera hacia el paciente. Es el buscar el bienestar del paciente sin atentar en contra de sus derechos o dignidad. El ser humano está constitutivamente llamado a ser responsable, no sólo de sus actos, sino de sus semejantes y del entorno natural y social. La responsabilidad, como la libertad son una posibilidad existencial y ética del ser humano. "La responsabilidad -elemento primordial del despertar de la ética- se funda en la capacidad que tiene la persona de aceptar su intimidad y como imperativo la demanda formulada por el otro".⁹

Conclusiones

Dada la magnitud y profundidad de los aspectos que el indicador "trato digno" pretende evaluar y analizados los aspectos ético-cualitativos que se presentan en la dinámica de la relación enfermera-paciente, es indispensable que el personal de salud conozca, domine, reflexione, discuta y perfeccione todos los aspectos que incluye este indicador, con el propósito de que sea un medio efectivo y confiable, no sólo para evaluar la actitud del personal, sino también para detectar necesidades sentidas de los pacientes, respecto al trato que requieren, evitando que sea sólo un instrumento más de verificación de procesos.

Referencias

1. Programa de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. DGCEs. Indicador: Trato Digno por enfermería. (Acceso 25-08-07) Disponible en <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/faq.html>.
2. Donabedian.A. La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana; 1994. 14pp.
3. Marriner A, Raile M. Nursing Theorists and their work. New York: Mosby; 1998. 355pp.
4. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México. México: SSA; 2001. 4pp.
5. López R. Aproximación al concepto de hombre- persona, objeto de los cuidados de enfermería. Revista Enfermería Clínica.2002; 5: 11-13.
6. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México. SSA. México, 2001. 15 pp.
7. Yepes-York R. Fundamentos Antropología. Un ideal de la excelencia humana. España: EUNSA; 1996. 75pp.
8. Torralba-Rosello F. Antropología del Cuidar. España: Fundación Mapfre Medicina; 1998. 99-106pp.
9. Kramsky Steinpres C. Antropología Filosófica. México: Derechos Reservados; 1997. 285-293pp.

La práctica enfermera durante la Revolución Mexicana (1910- 1920) The nursing practice during the Mexican Revolution (1910-1920)

Flor Lizet Villeda-García¹, Nadia Rodríguez-González¹, Lic. Miguel Ángel Córdoba-Ávila²

Resumen

Este trabajo se realizó con el propósito de dar a conocer la evolución de la profesión de enfermería, durante la época de la Revolución Mexicana. La práctica enfermera se dió en dos formas: en la primera, la mujer brinda el cuidado en una forma empírica a hijos, esposos, madres y a heridos, dentro del campo de batalla de dicha revolución, por las llamadas "adelitas o soldaderas", posteriormente, la inauguración de la primera escuela de enfermería permitió formar personal para dar cuidados específicos de la práctica de enfermera en dicha época. *Rev. CONAMED. 2009;(14) Supl 1: 37-39.*

Palabras clave: Enfermeras en la Revolución Mexicana; adelitas, soldaderas, enfermeras.

Abstract

This work was done in order to raise awareness about the evolution of the nursing profession during the time of the Mexican Revolution. The practice nurse came in two forms: first, the woman provides care in an empirical way to sons, husbands, mothers and wounded in the battlefield of the revolution, called "adelitas or camp followers," later the inauguration of the first school of nursing staff to be allowed special care of the practice nurse at the time.

Key words: Nurses in the Mexican Revolution adelitas, soldaderas, nurses.

Recibido: 21-X-2009; aceptado: 5-XI-2009.

Introducción

Durante la década de 1910 a 1920 en la Ciudad de México, centro de la política, social y cultural del país, después de una década de violencia, enfermedad, muerte e insalubridad, era esencial que el estado efectuara acciones para salvar de la muerte a heridos que se encontraban dentro del campo de batalla.

En la memoria histórica de la práctica de enfermería, esto planteó una ideología dinámica y reflexiva que ayudara a construir el futuro, por lo anterior habremos de remontarnos a las prácticas de las cuidadoras. La mujer empieza a salir de los estrechos límites del hogar, para desarrollar otras actividades, preocupación que se expresa en la prensa de la época, en tanto que la emancipación podía significar la renuncia de ellas a su función "natural" de esposas y madres.

Toma importancia la función de las mujeres en la sociedad, como esposas y madres, la necesidad de educación como medio para

emanciparlas y la lucha por mejores condiciones de trabajo.

En la Revolución Mexicana la mujer no sólo fue aguerrida combatiente: "Adelita" o "Soldadera", sino que jugó un papel trascendental en las diversas tareas, sin las cuales tal vez el proceso revolucionario no hubiera tenido posibilidades de triunfar; jugó un papel fundamental en el sostenimiento del campo y de las familias, fue correo, periodista, enfermera o cuidadora de sus hijos y de poblaciones, administradora, maestra, proveedora de las tropas, etcétera.¹

Podemos destacar que esta época fue de gran importancia para las mujeres, apoyaron de diversas maneras en el campo de batalla especialmente a lo que en el cuidado se refiere. En nuestro país se empezó la formación de enfermería, lo cual dio un gran auge para que cualquier mujer que contará con los requisitos establecidos y quisiera mostrar, humildad, abnegación, amor, bondad y ganas en querer apoyar a los demás con diversos cuidados, que para ello, se tuvo la gran necesidad en inaugurar una escuela de enfermería en el año de 1907.

Se podrá mencionar que a partir de este año, se mostró un cuidado curativo en los hospitales, donde las enfermeras egresadas no eran suficientes para poder cubrir las necesidades de salud del país, situación que se agravó, cuando estalla la Revolución Mexicana en 1910. Tanto fue el impacto de heridos y muertos en el campo de guerra, que hubo la necesidad en tener más aperturas de hospitales y organismos no gubernamentales, para la atención y el cuidado de los revolucionarios.

El inicio de enfermería en México

Cuando se piensa en la profesión de enfermería, es común que en ella se ubique a mujeres enfermeras, uniformadas de blanco, con ciertas características muy particulares. Sin embargo, en el proceso histórico de México, la enfermería ha presentado varias etapas para el desarrollo y mejoramiento de esta disciplina.

La enfermería en nuestro país tuvo sus inicios a principios del siglo XX, es decir, con la formación y el ejercicio de las enfermeras de carrera; al fundarse el Hospital General de México.²

El propósito de fundar un hospital modelo, en la Época Porfirista, propició que en 1903 la Beneficencia Pública, iniciara una incipiente enseñanza a las enfermeras que dos años más tarde se harían cargo del servicio de enfermería en el citado hospital. Este fue el punto de partida de la preparación académica de la enfermera en México.

Josefina Vázquez analiza el papel de la mujer en el tiempo que antecede la Revolución Mexicana y plantea lo difícil de su situación,

¹ Pasante de la carrera de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México.

² Jefe de Departamento de Investigación, CONAMED.

Correspondencia: Flor Lizet Villeda García. Olivo, Mz."C", Lt. 24, Col. Las Huertas 1ª. Secc. Naucalpan de Juárez, Edo. de México, C.P.53427. Correo electrónico: phebeamoon@hotmail.com.

especialmente para las mujeres mestizas e indígenas, para las cuales la única opción era el matrimonio o la soltería, ya que la reclusión monástica durante mucho tiempo las excluyó. Las mujeres tenían la necesidad de trabajar fuera del hogar, lo hacían con limitaciones de todo tipo, incluso legal, ya que se prohibía que trabajaran pues “se desviaban de las buenas costumbres”³.

La formación e inauguración de la Escuela de Enfermería el 9 de febrero de 1907, se considero un factor de difusión de conocimientos útiles para la mujer, que la ayudarían a encontrar en la carrera un medio honesto y lucrativo para bastarse a sí mismas. El número de alumnas fue: en el primer curso 18, en el segundo 19 y en el tercero 10.

Puntos de la práctica de enfermería en ese tiempo:

- La inclusión de materias específicas de enfermería, impartidas y supervisadas por las propias enfermeras. Cabe mencionar que hasta esa época las artes de enfermería eran impartidas por los médicos.
- El nombramiento de instructoras de enfermería para cada año académico y la implantación de roles para la enseñanza clínica de las estudiantes de enfermería.
- La reorganización de dos servicios del Hospital General para aplicar los programas como un plan piloto.
- La instalación de un laboratorio de enfermería, para demostrar los procedimientos para el cuidado directo al enfermo y que las estudiantes los practicaran primero con maniquí y después con el paciente.
- La iniciación de cursos de especialización en docencia, para formar enfermeras instructoras.
- La reglamentación en el uso de uniformes para las estudiantes de enfermería.
- El otorgamiento de becas a las enfermeras instructoras para prepararse en cursos especiales de enfermería.

Las funciones, en general, eran de tipo doméstico. El personal era interno y laboraba turnos de día o de noche por doce horas. El descanso era rotatorio de acuerdo al número de personal y a la cantidad de trabajo, los sueldos eran de 33 a 66 centavos diarios. Los reglamentos establecían que la jefe de enfermeras, con su personal, hiciera gimnasia a las cinco de la mañana, después tomaran el desayuno y a las siete estarían en el servicio atendiendo pacientes. Todo el personal de enfermería estaba obligado a asistir a clases, distribuido de manera que favoreciera los servicios; Eulalia Ruíz Sandoval fue la primera y una de las más competentes enfermeras docentes en esos cursos. Fue comisionada como jefe de una brigada a Ciudad Juárez y fue nombrada Jefe de Enfermeras del Hospital General de México. En 1912, en el Pabellón de Tuberculosos fue practicada una cirugía, participando por primera vez personal de enfermería.⁴

Con grandes oportunidades, las enfermeras en México, iniciaron su preparación académica con estudios de enseñanza primaria y tres años de enfermería; este nivel se juzgó apropiado para la época, ya que las tareas de enfermería se concentraban prácticamente en la custodia de los pacientes, en quehaceres de orden doméstico y en un bajo porcentaje de atención directa de enfermería.⁴ Este programa sólo duró hasta el año de 1911, en que la Universidad de México, ahora Autónoma, asumió la responsabilidad de la enseñanza e hizo depender la carrera de enfermería a la escuela de Medicina, hasta que en 1945, logró su independencia administrativa y académica y figuró con el nombre de Escuela de Enfermería y Obstetricia.

En 1916, fue nombrada la enfermera María Bravo, como jefe de enfermeras del Hospital General de México. En 1918 ocupó este cargo Ana María Cerón y se estableció una nueva estructura de trabajo, por lo que se asignó a una enfermera en las funciones de inspección o suspensión.

Época de la Revolución

La Revolución Mexicana empezó a gestarse por descontento popular, muy probablemente originado por la acumulación de

la riqueza en pocas manos y la prolongación en el poder de un Gobierno, que protegía y toleraba esta situación.⁵

En 1915, los Carrancistas y Villistas lucharon arduamente con el fin de ver realizados sus ideales. Los campos del Bajío de la República Mexicana se teñían de sangre y se cubrían de heridos, que reclamaban con gritos y quejidos, atención a su dolor.

Las mujeres mexicanas se introducían en los campos de batalla a propiciar atención, cariño y consuelo a los caídos, soportando la sed, el hambre y los desvelos, llevando a cuestras lo indispensable para proveer a “sus hombres”, al fin de la jornada, comida caliente y descanso confortable.⁶

En otros momentos, esperaban el descarrilamiento, el incendio, la explosión dinamitaria, para seguir prestando sus cuidados a aquéllos que nunca fueron carne de su ser, que a gritos las llamaban madre.

Entre estas mujeres encontramos a Refugio Estéves Reyes, también conocida como “Madre Cuca”, enfermera que se formó accidentalmente al buscar el sustento de sus hijos a la edad de 25 años; fue en la ciudad de Guadalajara donde empezó a trabajar como costurera en un hospital, donde conoció a un General que la llevó para atender una gran cantidad de heridos, producidos en los primeros combates de la Revolución. Un hecho significativo de su personalidad, es que en el hospital día y noche atendía a los heridos.

En el año de 1914, los Carrancistas la sacaron del hospital y se la llevaron con ellos en calidad de enfermera para que los cuidara en el campo de batalla.

Prestando sus servicios en todas las campañas en las que anduvo, no demostrando ningún temor a las balas, recogía a los hombres que caían en la línea de fuego; tanto fue así, que por el año de 1915 en Chihuahua tenía a su cargo un carro-hospital de cirugía, en el que se encontraba un oficial con amplia herida en la boca, que le imposibilitaba la masticación y deglución, se le había prescrito alimentación líquida, sin embargo no fue posible administrársela, por lo que la Madre Cuca para suplir la carencia, fue a recoger zacatón al campo para hacer la papilla, recibiendo un balazo en el lado izquierdo del cuello, que le provocó ligera conmoción cerebral. Atendida de urgencia, se vio que no ameritaba atención inmediata.

Pasado algún tiempo, presentó trastornos de compresión vasculo nerviosa, que ameritaban dos operaciones tendientes a eliminar el cuerpo extraño. No fue posible conseguir el propósito, por accidentes intercurrentes al acto quirúrgico: pero la liberación cicatrizal, le dio alivio satisfactorio.

Toleró el proyectil durante toda su vida en la región carotídea, a la altura de la cuarta vértebra cervical, como recuerdo indeleble de la guerra.

Después de haber cumplido 18 meses en campaña, recorriendo no menos de 10 000 kilómetros de vía férrea, por todos los ámbitos del país, feliz por la victoria, las enfermeras mexicanas, iniciaron su retorno a la capital, a los acordes de la “Adelita”. Se detuvieron en Querétaro y se dirigieron al Hospital Militar, para instalar debidamente a los enfermos; en su corta instancia, organizaron los ambulantes, adiestrándoles en enfermería, en compañía de un grupo de soldaderas, que actuaban como enfermeras encargadas de la proveeduría.

Después de muchas peripecias, llegan a la Ciudad de México, incorporándose al viejo Hospital Militar, situado en las calles de Vértiz y Lavista, para proseguir sus labores. Estas mujeres tuvieron una inquebrantable voluntad ignorada, cuya memoria a excepción de la Madre Cuca, ha sido relegada al olvido.⁷

Cruz Blanca Neutral

La Cruz Blanca Neutral fue en un principio una Institución de servicios de emergencia. Por el año de 1911, la Revolución se estaba desarrollando en el norte de la República, cada vez en mayor escala y se tenían noticias de heridos y muertos de las fuerzas federales y

de la Cruz Roja, pero que los revolucionarios morían o quedaban abandonados a su suerte. Entonces un grupo de médicos y estudiantes se acercó al grupo de Damas de la Cruz Roja, solicitando que se les aceptara como brigada, para ir al campo de batalla a dar cuidados y auxilios a los caídos en el campo enemigo; esto les fue negado, en virtud de que las condiciones de aquellas señoras, eran de sumisión, sólo debían estar dedicadas a los soldados federales (del gobierno) caídos; no quisieron dar facilidades ni elementos a los solicitantes, porque los rebeldes eran considerados entonces como bandidos fuera de la Ley.

Aunque el grupo se retiró del Comité triste y abatido, en el grupo estaba Elena Arizmendi que pidió voluntarios que la acompañaran, a fin de dar cuidado a los revolucionarios, consiguió salir esa misma noche rumbo al norte. En el mismo tren pidió a los pasajeros su ayuda monetaria, con el objetivo de poder sufragar los primeros gastos de aquella empresa y cuando llegaron a Ciudad Juárez, después de haber vencido las dificultades y peligros que se encontraron, pues todo el norte de la República estaba ardiendo en combate, se presentaron a uno de los jefes, Pascual Orozco, el cual los recibió y aceptó sus servicios, distribuyéndolos entre los grupos de subordinados, así con esta adhesión y de otros elementos; cuando ya se hubieron organizado, decidieron denominarse Cruz Blanca, naciendo así la institución citada. Bajo la bandera de la Cruz Blanca y teniendo como lema: "Por la Humanidad", la agrupación continuó sus actividades a grupos distintos, con criterios diferentes, no obstante que todos tenían los mismos fines; esto era porque había diferentes bandos que deseaban el triunfo de la Revolución. Entonces decidieron agregar a su nombre primitivo, la palabra "Neutral".⁸

La enfermera visitadora

La enfermera visitadora, vínculo esencial entre las autoridades de salud y el público en general, era capaz de obtener la confianza de la población, quienes la recibían con agrado, en sus hogares y sólo ellas se convertirían en consejeras para la madre en relación a su hijo. La confianza se derivaba de que visitaban cada familia para divulgar una buena práctica de higiene personal, no sólo con referente al niño sino también con la madre.

Su función era enseñar los principios teóricos y prácticos que tenía que recibir la niñez. A la mujer embarazada se le daba instrucciones precisas relativas al manejo científico e higiénico del ámbito doméstico y datos referentes a la dieta para corregir la ignorancia materna.⁹

Cuadro 1. Acontecimientos importantes de la práctica en enfermería de 1910 a 1920.¹⁰

| | |
|------|---|
| 1910 | El 28 de febrero, la enfermera Hermelinda García, una de las primeras egresadas de la escuela de enfermería del Hospital General de México, recibe su diploma de enfermera, por la Dirección General de la Beneficencia Pública del Distrito Federal, al terminar los tres años de estudios y prácticas, haber cursado las materias de curaciones, elementos de anatomía, higiene, obstetricia y farmacia. Poco tiempo después fué nombrada jefa de enfermeras del Hospital Militar de Orizaba. |
| 1910 | Eulalia Ruiz Sandoval es nombrada jefa de enfermeras del Hospital General de México. Es la primera mexicana en este cargo. |
| 1910 | La Universidad de México, aprueba, el 30 de diciembre, integrar la enseñanza de la enfermería a la escuela de medicina del propio plantel educativo. Se instituyen dos años de duración para la carrera de enfermería y dos años para la de partera. |
| 1911 | Durante la Revolución se crea el Instituto Cruz Blanca Neutral con el objeto de prestar auxilio a los heridos en el campo de batalla. Sale al campo Ma. Elena Arizmendi para dar atención a los enfermos. |
| 1916 | El 14 de abril tiene lugar la creación del departamento de Salubridad, al cual se adscribe el escaso personal de enfermería con funciones sanitarias. |
| 1920 | En San Luis Potosí la Universidad del Estado inicia la carrera de enfermería. |

Conclusiones

Nos parece importante destacar que el periodo de la Revolución Mexicana, fue un periodo de conflicto y de choque causados por diferentes elementos, donde sobresalían enfermedades, insalubridad y muertes.

Los revolucionarios pretendían ganar igualdad, la lucha trajo consigo la necesidad de prestar cuidados a individuos heridos, por lo que la mujer mexicana, se empeñó en atender las necesidades de su propia familia o a desconocidos para su sobrevivencia.

Especialmente se ha demostrado que enfermería es una profesión importante en pro de la vida, cuyo ejercicio y formación que ha ido a la par de la evolución histórica del país, ha llegado a ser estructurada y practicada como hoy la conocemos, construyéndose en autónoma, con el fin, de brindar atención individual y colectiva en nuestro país, apegándose a los conocimientos adquiridos dentro de su formación académica.

Tomando en cuenta los datos históricos que se tienen en enfermería, podemos decir que hemos avanzado en nuestro ejercicio profesional, pero es necesario cuestionarse el mejoramiento en el cuidado de la persona, familia y comunidad, para generar estrategias que no solamente tomen en cuenta las circunstancias actuales, con el fin de estar preparadas para cualquier problema, requerimiento o necesidad que nos depare el futuro, siempre y cuando se muestre una actitud de altruismo, responsabilidad, humildad, al ser humano o a la sociedad, por lo que se caracteriza la enfermería.

Referencias

- Hernández Reyes L. "La participación de la mujer en la Revolución Mexicana. Propuesta para incluir la categoría de género en el programa de nivel Medio Superior de la UAEMex", (serial online) 2009 (diez páginas en pantalla). Disponible en: <http://www.uaemex.mx/faapauaem/docs/edesp/caminos%20hacia%20la%20equidad%202007/revolucion.html>.
- Alatorre Wynter E. El surgimiento de la enfermería profesional en México. Reflexiones sobre su carácter femenino, Revista de Enfermería, Instituto Mexicano del seguro social, (1) 6, 1994.
- Pérez Loreda, L. Episodios de enfermería, México: Porrúa; 2002. pp.1,74.
- Barragán Mercado Lorenzo. Historia del Hospital de México, México 1962, 73-75.
- Bravo Peña, F. Nociones de Historia de enfermería, 2ª ed, México, San Carlos, 1967, pp.95.
- Fernández del Castillo F. Los viajes de Don Francisco Xavier de Balmis, Notas para la Historia de la expedición vacunal de España a América y Filipinas (1803-1806), 2ª ed. México: Sociedad Médica Hispano Mexicana; 1985. pp.201.
- Fragmento tomado de "La mujer en la guerra" en La Mujer Moderna, año I, núm. 3, 1915 (serial online) 2009 (tres páginas en pantalla). Disponible en: http://sepiensa.org.mx/contenidos/h_mexicanas/s.xx/soldaderas/soldaderas.htm.
- Jamieson E, Sewall M, Suhrie E, Maza Brito ME. Historia de la Enfermería, ed.6ª Ed. Interamericana, México, 1968. pp.362, 363.
- Agustin C. "Las mensajeras de salud enfermeras visitadoras en la Ciudad de México durante la década de 1920", (serial online) 2009 (treinta y dos páginas en pantalla). Disponible en: www.ejournal.unam.mx/ehm/ehm33/EHM000003304.pdf.
- Pérez Loreda, L. Efemérides de Enfermería 1900-1985, Ed.Porrúa, México, 1986, pp.5-7.

Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica Humanization of nursing care. From education development to clinical practice

Lic. Liliana González-Juárez¹, Lic. Ana Luisa Velandia-Mora², Lic. Verónica Flores-Fernández³

Resumen

Reflexionar sobre el enfoque humanístico del proceso del cuidado puede incidir, en una práctica profesional de enfermería más significativa y enriquecedora. El objetivo del artículo, es revisar el origen filosófico del humanismo, con el propósito de describir la importancia de la humanización del cuidado de enfermería, desde el proceso de formación de los alumnos como futuros gestores de los cuidados.

“Humanismo” es un término polisémico. El humanismo se refiere a la emancipación y eleva al género humano al nivel estrictamente humano, a saber, educar, formar para la vida ética y política, eso es escolarizar, democratizar¹. La humanización del cuidado, requiere un proceso de cuidado centrado en el ser humano, en el entendido de que ese ser humano no sólo incluye la persona sujeto de cuidado, sino la enfermera y el estudiante de enfermería. El cuidar de otro, pierde su sentido si no hay un interés real en la persona o si el contexto donde se otorgan los cuidados es adverso o altamente tecnificado pues el contacto humano se ve limitado.

La formación de los estudiantes debe privilegiar la comunicación con la persona antes que el desempeño del rol técnico, en la medida que sean capaces de clarificar las necesidades y sentimientos de cada persona sujeto de cuidado, paulatinamente irán adquiriendo pericia en el manejo de la tecnología y de los conocimientos científicos. *Rev. CONAMED. 2009; (14) Supl 1:40-43.*

Palabras clave: Humanismo, enfermería, formación y práctica.

Abstract

Looking into the health care humanistic focus promotes a more significant and meaningful nursing practice. The objective of this study is to review the philosophical origins of humanism in order to describe the importance of humanizing nursing from the process of training of the students of future managers of care.

“Humanism” is a term with several meanings. Humanism means emancipation and rises human kind to the strictly human level; it means to know, to teach, to form the ethical life and politics, and to build school and democracy¹. The humanization of care implies to focus on the human being and to understand that the human being is not only the person receiving care, but also the nurse and nursing student. Taking care of another, lacks its sense if there isn't a real interest on the person, or if the context where health care is offered is adverse or highly technical, and thus human limited.

According to their feelings and needs, student formation should prioritize the communication with the person more than the regards with the technical performances, in the measurement that is able to gradually clarify the needs and feelings of each person under care, they will acquire skill in the handling of technology and scientific knowledge.

Key words: Humanism, nursing, formation and practice.

Recibido: 21-X-2009; aceptado: 3-XI-2009.

Introducción

Reflexionar sobre el enfoque humanístico del proceso del cuidado puede incidir en una práctica profesional de enfermería más significativa y enriquecedora. Humanizar es hacer a alguien o algo más humano, familiar y afable². Humanización comprende la acción y efecto de humanizar o humanizarse, entonces humanizar los cuidados, es hacer el cuidado más humano, familiar y cordial, de acuerdo al contexto de cada persona.

El objetivo del artículo, es revisar el origen filosófico del humanismo, con el propósito de describir la importancia de la humanización del cuidado de enfermería, de la formación a la práctica clínica.

Durante la implementación de prácticas hospitalarias del estudiante de enfermería, se enfatiza el dominio de conocimientos, evidencias científicas y desarrollo de habilidades, en diversas tecnológicas en el cuidado de la persona, lo que aunado a ciertas particularidades del cuidado institucionalizado, como la falta de continuidad del proceso, atención multiprofesional, masificación y despersonalización de la atención a la salud, dan pauta a un proceso de cuidado deshumanizado.

Conceptualización de la humanización del cuidado

“Humanismo” es un término polisémico. Jakob Burkhardt, define el humanismo, como una época en la que “el hombre se convirtió en un individuo espiritual y se reconoció como tal³”, haciéndose creador de su propia vida. El hombre no tiene ningún lugar en las culturas de los siglos XVI al XVIII, ya que durante este tiempo, se han ocupado de Dios⁴. Los cuidados durante los periodos de enfermedad, se otorgaban esencialmente en hospitales, que fueron creados primero para atender a los soldados heridos y después para atender a los desvalidos, la mayoría de ellos a cargo de órdenes

¹ Profesora Titular A. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México. Alumna del Doctorado de Enfermería y Cultura de los Cuidados. Universidad de Alicante, España.

² Profesor Especial, Emérito y Honorario. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

³ Profesora Asociada B. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia: Lic. Liliana González Juárez. Antiguo camino a Xochimilco, intersección periférico y viaducto Tlalpan S/N, Colonia San Lorenzo Huipulco, D. F. Tlalpan, México, C.P. 14370. Correo electrónico: lililil_24@yahoo.com.mx, gonzalilia@hotmail.com.

religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos^{5,6}, con un interés en algunos casos de eximir culpas, alejados de las necesidades de la persona y organizados en torno a la enfermedad.

La preservación y el mantenimiento de la vida del hombre, requirió de cuidados que se derivan en dos tipos; los de costumbre o habituales⁷, asociados principalmente al mantenimiento de la salud y desarrollados en el hogar y los cuidados de curación, ligados a la enfermedad e implementados principalmente en el ámbito hospitalario. Ambos tipos de cuidado eran desarrollados esencialmente por mujeres, por lo que el papel de enfermería en la época del Renacimiento, se refleja en un desarrollo profesional incipiente vinculado al rol religioso y de género prevaeciente.

El Renacimiento se muestra como una época donde los conceptos de enfermería y mujer significaban lo mismo, por la persistencia de la vocación precristiana y ancestral de la mujer en todo lo concerniente a los cuidados de salud⁶. La formación de enfermeras, tuvo una larga tradición a través de las órdenes religiosas y las enfermeras pudieron mostrar su docilidad, su vocación de servicio (muy relacionada con la obediencia religiosa); los médicos primero las aceptaron y luego las necesitaron: ellas podían cuidar a los pacientes, mientras ellos se reservaban la parte científica del trabajo médico: curar⁸.

A través del desarrollo histórico, el humanismo ha tenido diferentes significados, el humanismo griego tenía como objetivo educar o civilizar y el del medioevo cristiano, era evangelizar; el humanismo renacentista tuvo como propósito central, llevar a cada grupo y sobre todo a cada individuo singular, el saber más completo posible, para que cada uno lo entendiera según su arte, según su estilo o su conciencia; y el humanismo ilustrado, tiene como objetivo la emancipación y eleva al género humano al nivel estrictamente humano, a saber, educar, formar para la vida ética, política y eso es escolarizar, democratizar¹.

La conceptualización actual del humanismo se originó hasta principios del siglo XIX, donde se dio pauta a un concepto que surge en Alemania y termina de construirse (la imagen del así llamado "Renacimiento" humanista) en Italia³. Humanismo es, encontrarse a sí mismo, recuperarse de la alineación y encausar en una vida verdaderamente humana⁹. Se enfoca la atención al ser humano, con valores, con ciertas necesidades, como centro de la vida.

El humanismo en la acepción de uso corriente hoy, es un término acuñado por los neoclásicos alemanes de fines del siglo XVIII y los románticos a principios del IX. El humanismo en esta acepción se ocupa de la literatura, los valores y problemas humanos en general, probablemente por contraposición con las ciencias positivas emergentes¹⁰, se enfoca al ser humano integralmente, generador de vida, libre de implicaciones religiosas, situación que ha favorecido paulatinamente una gestión del cuidado, centrada en la persona.

Profundizar en el estudio del humanismo podría repercutir en la formación de enfermería en dos sentidos, hacia la formación de una enfermera satisfiecha consigo misma, consciente de las implicaciones éticas, sociales y políticas que influyen en su práctica profesional y por otro lado, enfermeras del ámbito clínico, orientadas hacia la humanización del cuidado, que tengan como propósito la gestión del cuidado centrada en la persona.

Sin embargo una situación que preocupa, es la respuesta de la propia enfermera¹¹, son las mismas enfermeras las que no conciben como propia la gestión del cuidado, como se observa en el hospital, la mayor parte de las actividades realizadas por la enfermera, son derivadas del diagnóstico y tratamiento médico. La enfermera debe concebirse como gestora del cuidado de las personas, por lo que debe ampliar su rol, enfocado a promover un cuidado integral de salud.

Humanización desde la educación de enfermería

La humanización del cuidado desde la educación de enfermería, requiere centrarse en el ser humano, en el entendido de que ese ser humano no sólo incluye la persona sujeto de cuidado, también a la enfermera y el estudiante de enfermería, quienes deben formarse para proveer cuidados desde una perspectiva social, ética y política, pero esencialmente humana.

La educación de enfermería como fenómeno social se centra en el aprendizaje de técnicas e incorpora el conocimiento científico. Sin embargo, han dejado de lado al alumno como eje central del proceso educativo, esto mismo, se replica en las situaciones de cuidado entre la persona sujeto de cuidado y enfermera, ya que el cuidado se organiza en torno a la enfermedad.

La educación integral y de calidad, exige interacción y diálogo entre el educador y el educando, a fin de tener la certeza de que el proceso educativo ha tenido su efecto positivo o es captado por el estudiante. Se enuncia un discurso del ser humano como sujeto global, único, holístico y multidimensional, pero este saber complejo, se transmite mediante prácticas pedagógicas reductoras, rígidas y mecánicas, esto es, simples¹².

La transmisión del conocimiento de enfermería, en muchos de los casos se enfatiza en la adquisición de conocimientos teóricos, que el alumno plasma en apuntes y que el estudiante memoriza a fin de aprobar un examen o bien el desarrollo de prácticas en laboratorio, donde el propósito central es el desarrollo de la habilidad técnica y se asigna poca importancia a la comunicación con los pacientes.

La educación no sólo es hacer seres humanos con un dominio en el área científica, tecnológica, sino con un alto sentido humanístico; con valores, responsables, maduros, personas que tiendan a la realización personal y sensible a las necesidades humanas. La tarea de la educación es humanizar o sea poner a los educandos en contacto con las obras de la humanidad y los valores que ellas representan¹³.

Las teorías curriculares subyacentes en los planes de estudio de la profesión de enfermería, no han favorecido la exploración de intereses o experiencias significativas relacionadas con los objetivos educativos, por lo que en muchas ocasiones el eje educativo es el cumplimiento de los contenidos y no se reflexiona sobre la experiencia previa del alumno, en situaciones de salud y enfermedad desde una perspectiva sociocultural.

La consideración de la actividad educativa sólo en su utilidad fáctica, dificulta la visión de la importancia de una educación del ser humano en lo humano, ya que educar no es principalmente un proceso mecánico del cual se obtienen determinados productos, sino algo ofrecido a un ser libre y libremente asumido¹³. En la formación de enfermeras debe fomentarse valores como la responsabilidad, lealtad, trabajo en equipo tanto interprofesionalmente como multidisciplinariamente, donde se aborde la solución y evaluación de problemas reales de forma conjunta, que faciliten el desarrollo de actividades.

Hay que tener cuidado de no continuar glorificando los valores técnicos y científicos de las disciplinas de las ciencias básicas y clínicas, situación que ha llegado a tal punto, que cuando se incorpora "lo social" no pasa de ser una simple variable en un esquema de factores multicausales¹⁴. Debemos sumar esfuerzos desde la educación, sobre aquellos problemas surgidos en la práctica clínica y durante el ejercicio de la profesión, que nos alejan del propósito del quehacer de la enfermería como lo es, el otorgar cuidados que favorezcan la salud de la persona o su pronta recuperación.

Uno de los principales retos a través de los currículos es, como refiere Velandia (2000), hacer que los estudiantes adquieran un conocimiento que les permita, básicamente, formarse en una visión

de la determinación social del proceso salud-enfermedad y de la práctica de salud como fenómeno social¹⁴. Se requiere involucrar a los alumnos, en experiencias asociadas a cuidados interculturales donde puedan clarificar con las personas, los diferentes significados de salud, enfermedad y muerte, como parte de su proceso de vida y no centrados sólo en la enfermedad.

Cada grupo representa para el profesor y para los propios alumnos, una oportunidad de conocer personas con una historia y experiencia diferente, capaces de compartir y analizar la problemática en plural de enfermería como profesión, pero esencialmente como seres humanos capaces de enriquecerse de la interacción grupal. La educación debe procurar la formación humana propiamente dicha o sea una formación articulada, sistemática e intencional, con la finalidad de fomentar valores personales y sociales, que incluyan a la persona en su totalidad. Atender a las diferencias es parte de una formación integral en que se considera dar a cada uno lo que necesita, lo que colma sus aptitudes y apetencias¹³.

De acuerdo con el paradigma humanista, los alumnos son entes individuales, únicos, diferentes de los demás; personas con iniciativa, con necesidades personales de crecer, con potencialidad para desarrollar actividades y para solucionar problemas creativamente¹⁵. El Humanismo apremiante debe incorporar ideas y valores de nuevo cuño, distinto a los establecidos hasta ahora. El hombre del mañana sentirá y estará en un mundo diferente¹⁰.

El crecimiento exponencial del conocimiento y el avance tecnológico no pueden constituir el eje en la formación de enfermería, debemos volver la mirada en el alumno y en el sujeto de cuidado, a fin de definir los intereses conjuntos y afrontar creativamente los problemas de salud-enfermedad tendentes a la humanización del cuidado. Haciendo alusión a lo que Galindo¹⁰ describe, las enfermeras y enfermeros de hoy, deben formarse en entornos más libres, con sentido de responsabilidad, solidarios con los problemas del otro, como pide el humanismo actual, tolerante y sensible a necesidades transculturales, con capacidad crítica, intelectual y con capacidad de diálogo y autoconocimiento.

Un punto central en la formación de los estudiantes, es privilegiar su sensibilidad a la comunicación con la persona antes que al rol técnico, en la medida que sean capaces de clarificar las necesidades y sentimientos de cada persona, sujeta de cuidado dentro del contexto donde se desenvuelven, paulatinamente irán adquiriendo pericia en el manejo de tecnología y de los conocimientos científicos. Por lo anterior, es recomendable incluir en los currículos, asignaturas enfocadas a la bioética, relación de ayuda, cuidados transculturales y comunicación humana.

Humanización de los cuidados en el ámbito clínico.

La estructura y normatividad del ámbito clínico, dan pauta a una transferencia de la responsabilidad de la persona sobre su propio cuidado, a la institución y al personal de salud, factor que determina el inicio de una serie de actividades enfocadas a la deshumanización del cuidado, reflejado principalmente en una deficiente interacción entre la persona - familia - personal de salud - enfermera, lo que se manifiesta en un cuidado poco gratificante para cada uno de los implicados.

Collière describe, cuidar y aprender a tener en cuenta a los dos sujetos de los cuidados, tanto al que cuida como al que es cuidado, hace que las enfermeras requieran reflexionar sobre las emociones y las actitudes que acompañan a los cuidados⁷. El cuidar de otro, pierde su sentido si no hay un interés real en la persona sujeto de cuidado o si el contexto donde se otorgan los cuidados es adverso o altamente tecnificado, pues el contacto humano se ve limitado.

Cuidar de otros en el ámbito clínico, requiere de una serie de elementos que facilitan la tarea de la enfermera, sin embargo

reducir la comunicación humana tanto con el equipo de trabajo, como con las personas a las que otorga el cuidado, repercutirá en una experiencia poco gratificante.

Humanizar, enfocado al mundo sanitario, se refiere al hombre en todo lo que se hace para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual¹⁶. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona.

La humanización de los cuidados hace referencia a personas en interacción, que saben clarificar sus necesidades, reconocen sus sentimientos y se enfocan positivamente. Para ello, se requiere formar una enfermera con empatía, capaz de otorgar un cuidado familiar, significativo y gratificante. Cuidar en enfermería implica el conocimiento de la persona a quien se brindará cuidado, conocer sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones, además de los conocimientos que posee la enfermera, requiere manifestarse como persona: única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo¹⁷.

Watson refiere que el cuidado requiere de un compromiso moral, social, personal y espiritual de la enfermera consigo misma y con otros humanos, para preservar la humanidad. El cuidar es el ideal moral, es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana. Es volver a establecer un compromiso con el mantenimiento de la salud de las personas en sus contextos de vida, en los momentos de enfermedad y en las situaciones de muerte¹⁸. Las enfermeras deben comprender, que las situaciones de cuidado donde se involucra la vida o muerte, pueden representar crecimiento y aceptación personal.

El cuidado, también puede ser entendido como; el arte de interactuar y ofrecer reciprocidad, estar cara a cara con el otro (persona sola o con una familia) en un compromiso de conservación, restablecimiento y auto cuidado de la vida. Significa la presencia comprensiva y respetuosa a la experiencia de quien la solicite y brindar especial apoyo a quien lo necesite, ya sea por incomodidad, dolor físico o psíquico, limitación o incapacidad¹⁹. En una interacción reconfortante y vivificante para la enfermera y la persona sujeto de cuidado, donde se aprende y se amplía la experiencia.

El cuidado humano implica valores, deseo y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias. Se debe saber quién es el otro, sus necesidades, limitaciones y fortalezas, que conducen a su crecimiento¹⁸. Los cuidados otorgados deben asegurar a la persona que se está haciendo todo lo posible para preservar su vida, deben proporcionar confianza y al mismo tiempo compañía, el proveer cuidados despersonalizados repercutirá finalmente en un restablecimiento prolongado o fallido.

Los cuidados desarrollados en el ámbito clínico han incrementado la aplicación de tecnología y conocimientos científicos, con el propósito de diagnosticar y tratar la enfermedad en el menor tiempo posible, sin embargo, las personas se quejan de un cuidado deshumanizado, al trato recibido por parte de los profesionales sanitarios, la falta de coordinación entre los profesionales y los servicios, las deficiencias en la información, la falta de confidencialidad y el continuo cambio de los profesionales durante el proceso de la enfermedad²⁰.

Cada vez que se masifica y despersonaliza la atención clínica, los cuidados de enfermería se han alejado paulatinamente, de ser más humanos, familiares y cordiales. Es elemental llamar a la persona por su nombre y no por la patología que presenta, mantener un contacto a través de todos los sentidos con el paciente,

nos mantendrá pendientes de los cambios que presente durante la hospitalización.

Estamos situados en un horizonte donde la vida humana ha sido objeto de ultrajes sin precedentes, donde la idea de que el "Hombre" es cosa sagrada para el hombre carece de sentido. Por ello, a esa corriente del humanismo de nuestro tiempo, se le ha calificado de humanismo inhumano¹⁰. La enfermera debe conocer sus propias condiciones, tanto personales como profesionales, que repercuten en otorgar un cuidado no satisfactorio para la persona.

Las enfermeras del ámbito clínico como docente, no hemos propiciado el desarrollo de habilidades para la comunicación como: escuchar, comprender, acompañar y clarificar. Es necesario dar mayor importancia a las actividades, afiliadas al rol independiente de enfermería y base para la valoración precisa de los cuidados. Sin embargo, enfatizar por encima de la persona, el rol de actividades relacionadas con el diagnóstico y tratamiento médico, puede llevarnos a un cuidado deshumanizado.

Hemos de reflexionar que únicamente a través de una buena retroalimentación, al contenido, al sentimiento, a la demanda de nuestro interlocutor, podremos saber si hablando de lo mismo decimos lo mismo²¹. Debemos de indagar el efecto en la salud de mantener una comunicación estrecha entre todas las personas involucradas en una situación de cuidado, así como, valorar la pertinencia de realizar cambios en la metodología de trabajo y en la estructura de los servicios de enfermería, con un enfoque más cualitativo.

Reflexiones finales

Luchar por un rol independiente en el espacio hospitalario implicará romper estructuras impuestas por los servicios de salud, porque es conveniente demostrar objetivamente el efecto de mantener una estrecha comunicación con las personas y sus familias en el restablecimiento del estado de salud.

Revalorar la importancia de la continuidad de los cuidados de mantenimiento de la vida y no sólo de aquellos centrados en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Hemos de reflexionar desde el punto de vista de la bioética, sobre la importancia de aplicar tecnología con toque humano y de forma selectiva, ya que evitaremos un tecnicismo indeseado y una prolongación de la vida de forma artificial.

Hacer del proceso de cuidado una labor más significativa para todos los involucrados, es un reto inminente para las enfermeras, pues el anhelado reconocimiento social se aleja cada vez más, ante la creciente insatisfacción personal de cuidar de otros.

Enfermería es una profesión en la que debemos partir de un autoconocimiento, profesionalmente requiere de un dominio y continua reflexión sobre problemas de interacción humana desde un punto ético, social y político, porque la sociedad requiere de cuidado humanizado, basado en una relación humana entre los diversos participantes en el acto de cuidar.

Bibliografía

1. Choza, J. (2003). Heidegger y el humanismo del siglo XXI. En F. d. Amigo, *Humanismo para el siglo XXI. Propuesta para el congreso internacional* (págs. 174-175). España: Universidad de Deusto.
2. Real Academia Española. (1992). *Diccionario de la lengua Española*. Vigésima primera edición. Madrid: Espasa Calpe.
3. Burke. (1993). Italia: surgimiento e innovación. En Burke, E. *El renacimiento* (pág. 27). Barcelona: SARPE.
4. Foucault. (1999). El hombre y sus dobles. En Foucault, *Las palabras y las cosas* (pág. 332). México: siglo XXI.
5. Marie, F. C. (1981). *Desarrollo histórico de la enfermería*. México: Prensa Médica Mexicana.
6. Siles, J. (1999). La fase religiosa-institucional en la historia de la enfermería. En J. Siles, *Historia de la Enfermería* (pág. 188). Alicante, España: Aguaclara.
7. Collière, M. F. (1993). Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería. En M. F. Collière, *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. (págs. 233-240). España: Interamericana McGraw-Hill.
8. Velandia, M. A. (1995). *Fundamentos Teórico-metodológicos*. En A. L. Velandia, *Historia de la Enfermería en Colombia* (pág. 25). Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
9. Heidegger, M. (1970). *Carta sobre el humanismo*. Madrid: Taurus.
10. Galindo, C. Á. (19 de Febrero de 2009). google scholar. Recuperado el 19 de Febrero de 2009, de google scholar: <http://www.uned.es/educacionXX1/pdfs/01-01.pdf>
11. Poblete, T. M. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*, 20 (4), 499-503.
12. Ferrer, V., Medina Moya, J. L., & Lloret, C. (2003). ¿Qué formación para qué enfermería? del reduccionismo simplificante a los saberes complejos. En J. L. Medina Moya, *La complejidad en enfermería. Profesión, gestión, formación* (pág. 139). Barcelona: Laertes. psicopedagogía.
13. Stramiello, C. (19 de Febrero de 2009). ¿Una educación humanista hoy? Recuperado el 19 de Febrero de 2009, de ¿Una educación humanista hoy?: <http://www.rioei.org/deloslectores/1031Stramiello.PDF>
14. Velandia, M. A. (2000). La formación de los profesionales de salud orientada hacia el sujeto de atención y no hacia su problema médico. En G. d. Colombia, *Cuidado y práctica de Enfermería* (pág. 109). Colombia: Unibiblos.
15. García, F. J. (19 de Febrero de 2009). ¿Qué es el paradigma humanista en la educación? Recuperado el 19 de Febrero de 2009, de ¿Qué es el paradigma humanista en la educación?: http://www.riial.org/espacios/educom/educom_tall1.ph.pdf
16. Brusco, A. (1999). *Humanización de la asistencia al enfermo*. España: Sal Terrae. Cuadernos del centro de humanización de la salud.
17. Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. (1997). *Avances conceptuales del grupo de cuidado*. En G. d. Colombia, *Dimensiones del cuidado* (pág. 10). Colombia: Unibiblos.
18. Watson, J. (1988). *Cuidado Humano*. En J. Watson, *Enfermería ciencia humana y cuidado humano: una teoría de enfermería* (págs. 9-30). Estados Unidos: National League for Nursing.
19. Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. (2002). *Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización*. En G. d. Colombia, *El arte y la ciencia del cuidado*. (pág. 208). Colombia: Unibiblos.
20. Escudero, R. B. (2003). Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. *Enfermería clínica*, 3 (13), 164-170.
21. Cibanal, L. J. (2003). Generalidades sobre la comunicación. En L. J. Cibanal, *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud* (pág. 5). España: Elsevier.

Atención personalizada en enfermería Personalized attention in nursing care

Mtra. Rosa Ortiz-Rivera¹

Resumen

En este artículo se presenta una propuesta de integración de la corriente filosófica denominada personalismo, como sustento ético para el cuidado de enfermería, tendente a humanizar la relación con el paciente y motivar la ejecución de acciones profesionales de calidad. Se resumen los conceptos básicos del personalismo en su perspectiva laica, en vista de sus orígenes religiosos, capaces de proporcionar argumentos lógicos a partir de la razón humana y no de la fe. Se parte de rescatar el concepto de paciente como referente de una relación específicamente terapéutica entre personas: médicos, enfermeras y pacientes, principalmente. Posteriormente se sintetizan las características de la persona que ha elaborado el personalismo en el siglo XX, que resultan relevantes, para el servicio a la salud en la que se interrelacionan las personas. Estos conceptos y características se entrelazan con el discurso del cuidado enfermero, como una posibilidad de respaldo ético a quien lo brinda, para la atención correcta que procura evidentemente el bienestar y los resultados de calidad hacia el paciente. El objetivo del artículo es contribuir a la integración del conocimiento humanístico al científico y tecnológico, tratando de colaborar en la fundamentación filosófica, concretamente ética, de las acciones profesionales de los enfermeros hacia sus pacientes. Asimismo, se trata de invitar a acercarse a las humanidades y ciencias sociales a los enfermeros en su formación continua, para que estas áreas de conocimiento sigan siendo recurso para la reflexión y la construcción de mejores personas. *Rev. CONAMED.2009;(14) Supl 1:44-48.*

Palabras clave: ser humano, persona, paciente, humanización, personalismo, cuidado, enfermeros, calidad y beneficio.

Abstract

This article broaches the merits of a philosophical trend called personalism with the aim of applying this school of thought to nursing care as an ethical underpinning in an effort to humanize the relationship with the patient and prompt quality professional actions. The basic concepts of personalism are summarized from a lay outlook in view of its religious origins, being able to provide logical arguments founded on human reasoning and not faith. The idea is to salvage the concept of a patient as the embodiment of a specifically therapeutic relationship among people: that is physicians, nurses and patients in most cases. Further ahead, the characteristics of a "person" as defined by personalism in the 20th century, and which are significant for health service involving relationships between persons, are summarized. These concepts

and characteristics are presented conjointly with the premise that nursing care can be supported by an ethical approach from the person providing it, leading to the proper care that evidently arises from patient wellbeing and quality results. The aim of this article is to contribute to applying humanistic thought to scientific and technological thought, attempting to contribute to the philosophic fundaments, concretely the ethical fundaments, of professional actions by nurses towards their patients. Furthermore, the intention to invite nurses to turn their attention to Humanities and Social Sciences as part of their ongoing education, so that these areas of knowledge can continue to be a source of food for thought and help to form better persons.

Key Words: Human being, person, patient, humanization, personalize, care, nurses, quality and benefit.

Recibido: 27-X-2009; aceptado: 27-X-2009.

Asumir al paciente como persona.

La formación de enfermeros profesionales debe incluir necesariamente conocimientos en humanidades, con el propósito de aportar elementos de reflexión y de sustentación de comportamientos más loables hacia los pacientes. Esa ha sido la motivación de más de dos décadas de impartir clases a varias generaciones de estudiantes, que cada año ingresan a las escuelas de enfermería a nivel superior. Fruto de esa dedicación ha sido el acercamiento a saberes filosóficos tanto clásicos como modernos, los cuales se han tratado de adecuar al quehacer de enfermería al cuidado de sus pacientes.

Quizá antes de continuar es conveniente aclarar la postura personal ante el concepto de paciente, ya que no es fácilmente sustituible por otro. Se han mencionado argumentos en contra del uso de esta palabra, para referirse a quien recibe atención médica y de enfermería y se han introducido otros términos como el de "usuario" e incluso, "cliente". Sin embargo, el mencionar que alguien ha sido paciente de otra persona se refiere a una relación concreta: el primero ha sido examinado, diagnosticado y recibido prescripciones terapéuticas, por parte de un médico o también de un odontólogo, psicólogo, es decir, de un profesional que ha tratado de restaurar la salud afectada de quien ha solicitado y recibido el servicio y así se convierte en paciente. En el caso de enfermería, mencionar a un paciente es aludir a una persona, a la que se le han proporcionado cuidados específicos, científicamente sustentados y debidamente acompañados de buen trato y una relación terapéutica humanizada. El paciente es concretamente

¹ Lic. en Enfermería. Maestría en Ciencias en Bioética por el IPN y la UNAM. Profesora de Enfermería del IPN, ESEO.

Correspondencia: Mtra. Rosa Ortiz Rivera. Prolongación Carpio y Plan de Ayala s/n Col. Casco de Santo Tomás, Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11340, México D.F. Correo electrónico: rorimagen@yahoo.com.mx.

la persona, que es o ha sido atendido por el médico y cuidado por enfermeros. Esa es una situación claramente entendible y comprensible, incluso de un mayor acercamiento integral que la que se establece con los otros profesionales de la salud. Por otro lado, un usuario lo puede ser de diversos servicios e incluso, de artefactos, mientras que un cliente es quien adquiere determinado servicio, sin que haya una especificidad a ese contacto íntimo y muy interpersonal que se establece con el paciente. Estas reflexiones también hacen alusión al carácter universal del concepto de paciente, que no hace distinción de género y que no tiene por qué entenderse con connotaciones de autoritarismo o de paternalismo, como se ha criticado en algunos ámbitos en la actualidad.¹ Es por ello que no es fácil transmitir el significado, al que remite el concepto de "paciente" a otro concepto, por lo que será utilizado en este artículo.

Personalismo, filosofía del siglo XX ante la sociedad de masas

Entre las corrientes filosóficas más recientes está una denominada personalismo, que, como los grandes sistemas filosóficos, se desarrolló en Europa aunque en una etapa histórica peculiar, que fue el periodo entre las guerras mundiales, aunque son más conocidas las publicaciones de sus exponentes realizadas después de 1945.² Cabe señalar que las propuestas filosóficas del personalismo no son consideradas por los filósofos del siglo XX como un sistema acabado, pero ello no era su intención. Eso no le resta, no obstante, profundidad y validez para ser conocida y aplicada como base ética, a una tarea tan humana y compleja como el cuidado enfermero. Aproximarse a esta afirmación es en gran medida el objetivo de tratar el tema en esta publicación y al mismo tiempo, recuperar la vigencia del personalismo.

Los exponentes del personalismo tuvieron una importante influencia de la fe cristiana, más bien de la ética de esta religión que ha pregonado la caridad y el trato humanitario entre las personas. A pesar de ello, se le considera una doctrina filosófica porque ha construido argumentos comprensibles por la razón, contruados con lógica, que pueden ser separados de los elementos de creencia y fe dogmática religiosa. Esta virtud es muy importante en los actuales tiempos secularizados de ideologías laicas y de pluralidad religiosa, por lo que a pesar de la mayoría demográfica cristiana católica en México, el personalismo encaja en todos los grupos, para apoyar el buen trato entre las personas involucradas en las relaciones humanas. De ahí la importancia de rescatar y conservar las ideas de filósofos, que no han sido ampliamente difundidas y que están en riesgo de no ser conocidas por las nuevas generaciones, limitadas a pequeños círculos de académicos.

Varios filósofos contribuyeron a forjar el personalismo, pero de ellos, Emanuel Mounier (Francia, 1905-1950) fue el fundador y el alma de la revista y del movimiento *Esprit*, en 1932. Su gran aportación fue desarrollar y defender el concepto de persona, cuya respetabilidad estaría detrás de la resistencia serena, ante el avasallador avance de poderes económicos y políticos ya conocidos hoy en día, que afectan también a las instituciones de salud. Nombrar y tratar a un ser humano como persona es la mayor distinción moral y ética que se le puede ofrecer y al mismo tiempo, revela la calidad de ser persona de quien es capaz de hacerlo, como los enfermeros con sus pacientes. Los siguientes argumentos explican esta aseveración.

La doctrina personalista es la que afirma el primado de la persona humana, sobre las necesidades materiales y sobre los mecanismos colectivos que la sostienen.³ Contra el individualismo, propio de una sociedad despersonalizada se reivindica a la persona, como ser concreto (no subjetivo) y por ello relacional y comunicativo,

es decir, comunitario. La persona debe ser comprendida desde un punto de vista relacional, puesto que se realiza en medio de una coexistencia. Esto deja al hombre abierto a experiencias y a la trascendencia, experiencias que no están disponibles al individuo aislado. La persona no puede existir sin la comunidad y la comunidad no puede ser concebida sin la persona. Persona significa mucho más que "hombre", e incluso llega a simbolizar una moral que supera la noción de "individuo". El concepto de "hombre" es utilizado en las ciencias sociales y humanidades para expresar a un ser que pertenece a la especie *Homo sapiens*, como se le denomina más recientemente. En los libros clásicos de filosofía, antropología, sociología y otras disciplinas, se utiliza la palabra hombre sin distinciones de género, edad ni ninguna otra condición cambiante, tal como se expresa en la lengua alemana (*mensch*) o en inglés (*man*).⁴ Esta postura universalizable fue defendida por el psicólogo Erich Fromm, cuyas obras han sido parte de la formación profesional desde el bachillerato y en diversas profesiones, incluyendo enfermería.

En la comunidad las personas viven en comunión, que es la dimensión horizontal, esto es, con desprendimiento de sí mismo y donación a los otros. El personalismo es, en definitiva, una antropología y una doctrina filosófica, que tiene la virtud de ofrecer una alternativa tanto al individualismo como al colectivismo. Los colectivismos (comunismo, nazismo, fascismo) promovían los valores generales de la sociedad, pero con desprecio de los individuos. Lo esencial era la sociedad mientras que el hombre sólo era importante en la medida en que servía a esa sociedad. El individualismo adoptó la perspectiva contraria: la exaltación de la unidad humana en contraposición a la sociedad, pero de un individuo solo, insolidario que buscaba su propio bien y aplicaba la "ley del más fuerte".

Mounier utiliza la expresión de "existencia encarnada" para connotar la unidad entre cuerpo y espíritu, cuya reunión de individuos hacen una sociedad personalizada. El hombre personalista está llamado a construir un modelo de vida personal, donde cada uno sea respetuoso y respetado. La persona es "un ser espiritual e independiente. Mantiene su subsistencia mediante su adhesión a una jerarquía de valores libremente adoptados, asimilados y vividos en un compromiso responsable y en una constante conversión" no en el sentido solamente religioso, sino como autotransformación. La persona unifica toda su actividad en la libertad, desarrollando impulsos a actos creadores la singularidad de su vocación. Desde un punto de vista técnico-filosófico el personalismo sostiene como tesis central que la noción de persona es la categoría filosófica esencial en la argumentación y valoración moral. Por otro lado, sólo se le puede abordar adecuadamente con conceptos específicos extraídos a partir de la experiencia y no de la especulación subjetiva solamente.

El personalismo es un movimiento de pensamiento y de acción que afirma el valor absoluto de la persona, es decir, no dominada ni subyugada, mucho menos sometida a maltrato o daños ocasionados. Tratar a alguien como persona es asumirla como ser integrado, unificando progresivamente los actos que se le dirigen a partir de las situaciones de su circunstancia y se le respeta como ser libre e integral. La realización de este proceso de unificación constituye la "vocación personal". Sólo el hombre como persona puede trascender en su existencia, descubriendo el sentido de su vida. Es original en el mundo y ser personalista es conservar esta originalidad, no erigirse como destructor o como alguien que perjudique esa autenticidad. Comportarse como un agente de promoción que deliberadamente evita afectar a toda persona, ya que es única, irremplazable e irreplicable.⁵

La persona humana es un todo unido, compuesto de elementos diversos. El sentido de finalidad y dignidad propio de su ser

personal se extiende a cada uno de sus componentes. Su cuerpo no es simplemente un conjunto de órganos y partes: es el cuerpo de una persona, parte integrante de su único ser corporal y espiritual a un tiempo. Merece y exige todo respeto y cuidado, pero el cuidado no solamente biológico, sino a su totalidad.

Una característica de la persona cuya mención puede evocar significados erróneos, es el de que es un ser menesteroso, indigente, no en el sentido de pobreza, sino de no ser omnipotente ni perfecto. Esto quiere decir que necesita de otros debido a que es insuficiente, incluso para sí mismo. Para su realización personal requiere la ayuda, la convivencia y el amor de los otros, sin los cuales no podría siquiera vivir. Menesterosidad es ser necesitado, requerir esforzarse para pervivir y en ese conjunto de necesidades intervienen quienes cuidan a la persona y como los enfermeros en situaciones profesionales, no solamente en el hospital, también en la casa de las personas, en su comunidad.⁵ Son muchos los atributos de la persona, al grado que no se ha escrito un concepto completamente convincente y sin embargo, no se le puede anular. Encierra algo de misterio porque es el concepto que se refiere a los seres humanos independientemente de su condición biológica. Esta tesis ha generado polémicas y posturas ideológicas, antagónicas que en este documento no es útil mencionar, ya que lo fundamental es que la persona es quien está en el mundo y se hace patente de alguna forma, a la que denominamos comúnmente vida.⁶

La vida, los seres vivos, sean humanos o no, necesitan ser cuidados. De ahí que el concepto de persona no solamente se refiere a una ética, sino que ha construido la bioética personalista, que es otra área de saber y hacer a partir del concepto de persona que amerita referencias más amplias para otros escritos. Es por ello que la palabra persona significa la actividad que el ser humano despliega durante su vida, incluso en su situación más pasiva, como viviente, se manifiesta a partir de sus estructuras y funciones básicas, en el mundo. Esta fue una de las características que Mounier destacó en sus ensayos, sin discriminar las circunstancias accidentales o no definitorias de un ser vivo. Esté en situación de competencia cerebral, mental y moral o haya perdido o modificado sus partes corporales, tenga disfunciones, enfermedades, una persona no se fracciona o demerita por ello. La persona humana es una actividad mediatizante, creadora y organizadora de mediaciones, "pues unas personas insertas en un mundo que les es parcialmente opaco, establecen compromisos con la naturaleza de este mundo, para llegarle a la suya".⁶

El concepto de persona en enfermería

Por el momento interesa sustentar el cuidado enfermero como un proceso con su método, teorías y modelos dirigidos a la persona. En el año de 1995, la enfermera norteamericana Jaqueline Fawcett publicó la importancia de definir el modelo conceptual que rige la enfermería de finales del siglo XX, anticipando los cambios del XXI, que ya estamos viviendo. En su famoso artículo, la autora estableció que "el fenómeno de interés para la enfermería está representado por cuatro conceptos principales: persona, ambiente, salud y enfermería. Persona se refiere al receptor de enfermería", del cuidado enfermero, concretamente, en cualquiera de sus ambientes y estilos de vida: solitario, en familia, comunidad, o inmerso en otros grupos.⁷ Atendiendo a esta tesis, quien ejerce el cuidado a su paciente establece una relación profesional, que es en su base una relación interpersonal, una comunicación y forma parte de una comunidad. Desglosando la manera como se hace objetivo el cuidado enfermero personalista, se podrían enlistar una gran cantidad de actos y actitudes, todos los cuales desembocan en un hecho sanitario de calidad, terapéutico, que trata de llegar a resultados benéficos y de proteger de los daños

al paciente. Este último argumento se ha erigido como uno de los cuatro grandes principios fundamentales de enfermería, que los modernos libros de texto tienen un tanto olvidados.

Nadie conoce mejor que el profesional de enfermería al ser humano enfermo, la persona doliente en situación de vulnerabilidad biológica y total. Dirigirse y tratar a una persona así, con dignidad, es el obrar conforme a principios éticos referidos a la naturaleza de nuestros actos. Hay actos que dignifican al ser humano, entre ellos están todos los que benefician como el cuidar, mientras que hay otros que lo convierten en un ser indigno, como es instrumentalizar a los demás. Cuando a alguien se le trata como fin para otros objetivos que no sean para él mismo, se le trata como instrumento y no como persona. El ser humano es un ser instrumental, esto significa que tiene la capacidad de convertir en instrumentos las realidades de su entorno. Un instrumento es algo que sirve para algún fin, es decir, es un medio para conseguir un determinado objetivo. Un ejemplo muy claro de instrumentalización de los pacientes son los casos en que se les trata sobre todo como sujetos de investigación, sin cuidar los beneficios que ésta les aporta. Siempre que las acciones se les haga simplemente por cumplir rutinas, protocolos en los que los valores de los pacientes no son respetados, el trato es impersonal y más aún, despersonalizado. La atención clínica demanda no solamente ofrecer técnicas y cuidados intermediados por aparatos y dispositivos, sino que exige, para dar una satisfacción más apropiada a la persona, ofrecerse en un proceso humanizador de las infraestructuras y los comportamientos de los participantes. Esto es pensar y actuar por las personas y no únicamente en sus células, órganos o compuestos bioquímicos corporales.⁸

Ha habido personas que han estudiado formalmente la participación, el compromiso y la motivación como factores que conforman la noción de servicio, que establecen las enfermeras con su profesión.⁹ El personal de enfermería entrevistado manifestó sus principales satisfacciones personales —evidentemente también tienen insatisfacciones, el ser humano es imperfecto—, durante su ejercicio profesional. Ello refleja la noción de servicio que tienen, que emplean de manera cotidiana en la atención de un ser humano en desequilibrio o que presenta pérdida de su salud. En la actualidad las situaciones reales y concretas oponen obstáculos, a veces graves, al comportamiento y actitudes personalistas de los profesionales. Sin embargo, si se desconocen como posibilidad de tener solución, el problema es aún mayor.

Las instituciones, obras hechas por personas para personas

En la atención clínica se utiliza gran variedad de aparatos y dispositivos, que son instrumentos para ejecutar las acciones clínicas que son actos médicos y actos de cuidado enfermero. Por ello, sólo los objetos se utilizan como instrumentos, nunca a las personas.¹⁰ Estos objetivos son en gran medida la razón de ser de las instituciones de salud, que reúnen, preparan y dotan a las personas de los insumos materiales y morales necesarios para su trabajo organizado, para el bien común. Evitar dar motivos de inconformidades, de queja y más aún, de procesos legales, puede emprenderse desde una visión y acciones personalistas hacia los pacientes.

La persona que cuida es capaz de asumir su compromiso, atendiendo con empeño al paciente, siendo disponible para ellos. La jornada de trabajo en su duración justa está comprometida para actuar como una persona disponible para las necesidades, también personales del paciente. Es importante evitar distractores como dedicar tiempos largos a actividades ajenas a ese fin y organizarse para satisfacer las propias necesidades sin descuidar

a las demás personas, no solamente a los pacientes: estudiantes en prácticas, familiares y visitantes, compañeros de trabajo y autoridades. Con todos es necesario establecer relaciones como personas, con una ética apropiada para el trabajo y el cuidado. También las instituciones deben asumir su responsabilidad de disponer de la cantidad de personas y de recursos materiales, que se utilizan en el servicio para la salud. No es posible actuar como personas y laborar adecuadamente, si se carece de personal suficiente, de insumos y toda clase de elementos de infraestructura, lo cual no implica tampoco el exceso, el dispendio. La distribución correcta y suficiente es quizá un arte, además de un conocimiento administrativo y una práctica y son poderes de las personas con cargos de autoridad en las instituciones.

Médicos, pero en este caso, concretamente los enfermeros, en virtud de que con sus estudios legítimos y correctos, técnica y moralmente han sido autorizados, como un recurso para promover a la persona cuidada. Participan con ello en una interrelación personal, que tiene más posibilidades de ser eficiente y efectiva si se ajusta a las normas y procedimientos probados. Como ha escrito la enfermera francesa Françoise Colliere, cuidar es un acto de vida y la persona está viva y es persona quien le ofrece el cuidado.¹¹

La persistencia histórica del modelo médico alópata basado en el principio de que "lo contrario –lo que causa trastorno y disfunción corporal—, se cura con lo contrario" y el exitoso tratamiento quirúrgico bien indicado y efectuado, a lo largo del tiempo, han mostrado su efectividad y posibilidad de ser acciones para el bien de las personas.¹² Es necesario que las personas que ofrecen y ejercen cuidados profesionales, es decir, los enfermeros, estén informados y conscientes del principio de doble efecto que rige en la medicina y enfermería occidentales: las acciones que se hacen tratando de lograr un efecto positivo o terapéutico porque restaura y alivia, puede ser que cure, tienen añadido un efecto negativo o riesgoso que puede controlarse y en muchos casos, evitarse. Es por ello que muchos actos de cuidado en enfermería ocasionan dolor (ej. inyecciones intramusculares y todas las punciones, en general, que no tienen como objetivo causar trastornos), abren sitios de entrada al interior del organismo e implican el paso de sustancias químicas (fármacos) a través de sistemas como el digestivo, el circulatorio, etc. para llegar al sitio en el que han de hacer su efecto terapéutico. Sin que eso sea el objetivo directo, también se hacen cortes, aberturas en el cuerpo de la persona por los que pueden ingresar microorganismos patógenos que causan infecciones diversas. Es imprescindible tener precaución en evitar todo ello al llevar a cabo los procedimientos de enfermería, para que sus actos sean un verdadero cuidado. Introducir sustancias por vías diferentes a las naturales por personas diferentes al paciente, aplicar catéteres, sondas, hasta los que parecen inocuos vendajes, apósitos y toda la variedad de útiles clínicos, exige un conocimiento suficiente y una conciencia moral firme. Todos ellos al aplicarse tienen sus pasos correctos a seguir y sus riesgos, si estos no se cumplen. La *lex artis* aporta el conocimiento y saber legítimo en torno a estos procedimientos, que más allá de su aspecto técnico, son actos de cuidado instrumentalizados que se aplican a la persona que es el paciente.

El esmero, la concentración y esfuerzo no tienen por qué ser asumidos como un sacrificio o un enfado. Son parte del compromiso y aptitudes humanas que puede asumir toda persona. Compromiso es un concepto que significa que la persona es capaz de compartir y participar activamente en una causa, en el caso del personalismo, en la causa de otra persona, que es su cuidado.¹³ Hay filósofos que destacan estos factores, que además se realizan porque existe una esperanza en que los actos que se prodigan a las personas les redundarán en un bien, aunque la enfermedad no sea curable o el paciente esté en proceso de

morir. La esperanza radica en que todas las acciones que se le dirigen se percibirán como un alivio, una mejoría ya sea física, psicológica o espiritual. Las personas son seres espirituales cuyas esencias se pueden comunicar mediante los mismos actos de cuidado aunque sean invasivos, intervenciones que no se limitan a lo mecánico.¹⁴ La actividad deliberada, decidida y emprendida es lo propio de la persona capaz de establecer mediaciones entre ella y los otros, aunque los pacientes estén incapacitados para la actividad, la producción, no pierden su calidad de ser personas.¹⁵ Cuidar de un ser humano es colaborar en dotar de sentido a la persona enferma, ayudándole a superar la sensación de inutilidad y de estorbo social, a aliviar su sufrimiento, no solamente dolores físicos. La persona del enfermo no es un sujeto que deba ser tratado como objeto estático que está a disposición de los agentes sanitarios, sino que es un ser ante el que se asume una responsabilidad, en los actos y decisiones del que lo cuida.¹⁵ Se reconoce en la persona, en la circunstancia del cuidado enfermero, como en todas las de la vida, pero en esa de manera muy delicada, una dignidad que es permanente a pesar de los cambios y las degradaciones biológicas, mientras dure el periplo vital. Es la dignidad la que exige el respeto, los derechos, aceptación y adaptación a la autonomía del paciente, que hoy en día ha dejado de estar sujeto a un trato paternalista y autoritario.¹⁶

Cuidar a una persona es, en primera instancia, estar con él, no abandonarle a su circunstancia incapacitada. Los actos de cuidado de las personas son tareas complejas y arduas, que difieren de cuidar las cosas que son objetos. La acción de cuidar incluye el valor de la donación del que cuida: se da durante su jornada laboral, da su tiempo, su atención, concentración y esfuerzo dirigido a la persona de sus pacientes. Se forja así el valor y aceptación de la receptividad, en una interrelación en la que la enfermera se sabe también persona y actúa como tal.¹⁷ El cuidar es un proceso esperanzado, es decir, que sólo puede articularse desde la esperanza y la comunicabilidad. Con el hombre enfermo no se puede teorizar, sino actuar con esperanza como valor fundamental y tendencia virtuosa. La esperanza es confianza tendida hacia el futuro y paciencia en el momento, en el mismo acto.¹⁹

La reflexión filosófica, herramienta para hacerse más persona

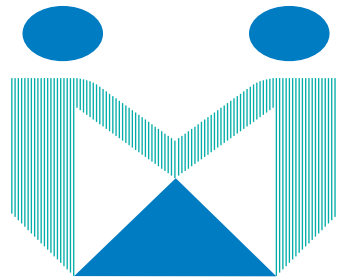
La filosofía, la ética y sus contenidos están al alcance de los enfermeros para estimular su personalización, que es una tarea que ocupa toda la vida. El mismo Mounier así lo practicó. Trabajó sin descanso para difundir que hemos nacido con la posibilidad de ser persona, pero hay que empeñarse para ello. Nadie nace persona: es un proceso que cada cual debe aplicar a su propia existencia. Nunca terminaremos de completar el proceso, pero en esa construcción puede darse precisamente el sentido de la vida. De ahí, por cierto, la importancia de la educación, que debe ser un instrumento puesto al servicio de la tarea de hacer y despertar personas, a su propia posibilidad y todo siempre, contra el desorden establecido, masificado y cosificado como aparenta el mundo moderno, que no tiene por qué irrumpir y abrumar a las personas, como una sentencia inevitable.¹⁸ Las personas en su proceso de humanización, de desarrollo moral y de aprendizaje ético y valorativo, pueden desplegar la capacidad de analizar cuanto les rodea, sus actos y las consecuencias que de ellos se derivan. Esto es filosofar y es una posibilidad de que es capaz toda persona, no sólo de eruditos y sabios. En el trabajo clínico dentro de las instituciones donde las personas pueden perderse como el objetivo principal de las acciones y la razón de ser de sus funciones, es indispensable no dejar de filosofar y saber filosofía. El conocimiento filosófico y en particular de la ética, acumulado



durante siglos, es un recurso que puede ser de gran utilidad para enriquecer la reflexión de las experiencias cotidianas en torno a las relaciones personales y no quedarse impresas, lejos de la vista de los enfermeros. La lectura de las obras clásicas y también las escritas en tiempos recientes, además de surtir el efecto de una caricia para el espíritu, pueden motivar el pensamiento y la voluntad para cambiar y tender a la virtud, la excelencia. No se trata de conceptos antiguos que no tienen cabida en la vida moderna. Por el contrario, integrándolos en los diferentes escenarios demuestran su actualidad: el cuidado enfermero que trata de ser virtuoso por el apego a las normas y a la ética, tiene más posibilidades de ser satisfactorio, para quien lo ofrece y quien lo recibe. Los actos de cuidado efectuados con intenciones de perfección, no vista ésta como un concepto subjetivo, pueden llegar a forjar hábitos, maneras de ser de personas en evolución. Siempre habrá algo mejor que hacer para hacerse mejor persona, tratar como lo merecen los pacientes en todas sus dimensiones y ser mejor como enfermero(a).

Bibliografía

1. Feito-Grande Lydia. Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado. PCC Editora y Distribuidora, Madrid, 2000, 32-33.
2. Calvo, Antonio. "El personalismo de Mounier." Instituto Emmanuel Mounier, publicaciones en línea en el la revista electrónica: ARBIL Anotaciones de Pensamiento y Crítica, No. 61, (www.mounier.org) Zaragoza, España, 2001, s/p.
3. Guevara Vásquez, Iván. "La doctrina de Emmanuel Mounier sobre El personalismo y las bases generales de la persona y la sociedad en la constitución política del Estado peruano" Escuela de Posgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de Lima, Perú, 2004, p.2.
4. Fromm, Erich. ¿Tener o ser? Fondo de Cultura Económica. México, 2006, p. 3 (prefacio).
5. Miranda, Gonzalo. "Fundamentos de la bioética personalista." Centro di Bioetica de la Universidad Cattolica del Sacro Cuore, I Simposium Europeo de Bioética, Roma, 1993, p.20.
6. Mounier, Emmanuel. (1997) Mounier en Esprit. Caparrós Editores, Col. Esprit, No. 26, 1997, p. 18-19.
7. Fawcett, Jacqueline. "Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 1st. edition, Davis Company, Philadelphia, USA, 1995, p. 2.
8. Bermejo, José Carlos. Salir de la noche. Por una enfermería humanizada. Col. Humanizar la salud, No. 1, Ed. SAL TERRAE, Santander, 1999, p. 15.
9. Cárdenas-Becerril Lucila. La profesionalización de la enfermería en México. Un análisis desde la sociología de las profesiones. Ediciones Pomares, Barcelona/México, 2005, p. 253.
10. Torralba-i Roselló Francesc. Antropología del cuidar. Institut Borja de Bioética, Editado por Fundación MAPFRE Medicina, España, 1998, p.131.
11. Colliere, Francoise. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Interamericana/McGraw-Hill, Madrid, 1993, p. 6-7.
12. Laín-Entralgo Pedro. Historia de la medicina. Masson, Barcelona, 2003, p. 301-302.
13. Landsberg, Paul Louis. Problemas del personalismo. Fundación Emmanuel Mounier, Col. Persona, No. 17, 1995, p. 24-28.
14. Landsberg, Paul Louise. Ensayo sobre la experiencia de la muerte. El problema moral del suicidio. Traducción de Alejandro del Río Hermann. Caparrós Editores, Colección Esprit, No. 14. Madrid, 1995, p. 50-51.
15. Miranda, Gonzalo. "Fundamentos de la bioética personalista." Centro di Bioetica de la Universidad Cattolica del Sacro Cuore, I Simposium Europeo de Bioética, Roma, 1993, s/p.
16. Torralba Roselló, Francesc. ¿Qué es la dignidad humana? Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris. Institut Borja de Bioética. Universitat Ramon Lull, Editorial Herder, Barcelona, 2005, p. 152.
17. Moreno-Villa Mariano. El hombre como persona. Caparrós Editores, Colección Esprit, Barcelona, 1998, p. 192, 312 y 322.
18. Kosik, Karel. Dialéctica de lo concreto. Grijalbo. México, 1979, p. 87.



**COMISION NACIONAL
DE ARBITRAJE MEDICO**

Agradecemos la distribución de este ejemplar a:



Salud con Innovación
y Transparencia