

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez



Revista de Enfermería Neurológica

Volumen 11, No. 1 enero - abril 2012



**Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez**

Enfermería Neurológica



CONSEJO

Dr. Julio Sotelo
Presidente Emérito

EDITOR

MRN. Rocio Valdez Labastida

FUNDADORA DE LA REVISTA

Hortensia Loza Vidal

EDITORES ASOCIADOS

Dra. Teresa Corona Vázquez
Dr. Humberto Mateos Gómez

CONSEJO EDITORIAL

Miguel Ángel Celis López
Ricardo Colin Piana
Ma. Lucinda Aguirre Cruz
Araceli Sánchez Ramos
Ma. Guadalupe Nava Galán

DISEÑO Y FORMACIÓN EDITORIAL

Graphimedic, S. A. de C. V.

Comité Editorial

Magdalena Castillo Pérez
(INNN)

Sofía Cheverría Rivera
(San Luis Potosí)

Dora Lucia Gavira Noreña
(Colombia)

María Elsa Rodríguez Padilla
(San Luis Potosí)

Severino Rubio Domínguez
(ENEO-UNAM)

Irene Quiza Tomich
(INNN)

Rosa A. Zárate
(ENEO-UNAM)

Lasty Balseiro Almarío
(ENEO-UNAM)

Klara Stensing
(Suecia)

Isabel Silva Quiroga
(Uruguay)

Mtra. Sandra Hernández Corral
(Instituto Nacional de Rehabilitación)

Alejandro Belmont Molina
(ENEO-UNAM)

La Revista de Enfermería Neurológica (México) 2011, en su DÉCO, A publicación presenta material científico que deriva de la investigación relacionada con las neurociencias en enfermería. Esta revista inicia en enero 2002.

Los manuscritos para publicación, correspondencia relativa al material editorial y cartas al editor, se enviarán a la Subdirección de Enfermería a la enfermera: Araceli Sánchez Ramos, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, con domicilio en: Av. Insurgentes Sur # 3877, Col. La Fama. 14269 México, D.F. Tel. 56.06.38.22, exts. 1062, 1063 y 5031. Todos los artículos recibidos son propiedad de la Revista de Enfermería Neurológica no significa compromiso de ésta para con los productos o servicios descritos en el anuncio o cualquier información hecha por el anunciante con respecto a su producto. Queda prohibida su reproducción parcial o total, sin autorización del titular por escrito.

Todas las afirmaciones y opiniones expresadas en la revista son responsabilidad única y exclusiva de los autores, así como las fotografías que aparecen en cada uno de los artículos. Licitud de título 04-2004-051117043800-102, de control ante la Dirección General de Derechos de Autor, SEP. subdireccionenfermeriainnn@yahoo.com.mx

Diseñada, producida e impresa en México por Graphimedic, S.A. de C.V. Tels.: 8589-8527 al 1. E-mail enyc@medigraphic.com

Indizada y compilada en  literatura biomédica www.medigraphic.com/enfermerianeurologica

REVISTA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ



CONTENIDO

Editorial

La seguridad del paciente 4
Ma. Guadalupe Nava Galán

Artículos originales

Modelo de consultoría de enfermería neurológica 6
Ma. Guadalupe Nava Galán, Rocío Valdez Labastida, E. Patricia Zamora Ruiz

Formato de registros clínicos de enfermería quirúrgica 14
Eloísa Servin Morales, Rosa Elvira Cano Lara, Esperanza Valencia Dolz, Laura Durán Ibarra, María del Rocío Monroy Trevilla, Ma. del Rocío Chávez Alvarado, Montserrat Castelán Flores, Ma. de Lourdes Espinoza Vásquez, Abraham Ricardo Serralde Ramírez, Martha Patricia Medel Calzadilla, Ma. Elena Bernal Becerra, Adriana Lauro Mendoza, Concepción Jacobo Vega, Ma. del Carmen Cruz Gómez

Experiencias de los alumnos sobre la aplicación del proceso enfermero en el área hospitalaria. Estudio cualitativo 21
Rosa María Pecina Leyva

Proceso de atención de enfermería aplicado a una persona con trauma craneoencefálico 25
Eder A. Villegas Sánchez, Sara Santiago García

Proceso de atención de enfermero a persona con insuficiencia renal crónica 30
Sarely Trujano Trujano, Sara Santiago García

Artículo de revisión

Síndrome de Bornout en el personal docente de enfermería 39
Ihosvany Basset Machado, Rafael Antonio Estévez Ramos

Ensayo

Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero 34
Fernando Trejo Martínez

Reflexiones sobre la despenalización del aborto en México 47
Fernando Trejo Martínez

REVISTA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ



CONTENIDO

Editorial

- Patient safety 4
Ma. Guadalupe Nava Galán

Research

- Consulting model for neurological nursing 6
Ma. Guadalupe Nava Galán, Rocío Valdez Labastida, E. Patricia Zamora Ruiz
- Format of records clinical nursing 14
Eloísa Servin Morales, Rosa Elvira Cano Lara, Esperanza Valencia Dolz, Laura Durán Ibarra, María del Rocío Monroy Trevilla, Ma. del Rocío Chávez Alvarado, Montserrat Castelán Flores, Ma. de Lourdes Espinoza Vásquez, Abraham Ricardo Serralde Ramírez, Martha Patricia Medel Calzadilla, Ma. Elena Bernal Becerra, Adriana Lauro Mendoza, Concepción Jacobo Vega, Ma. del Carmen Cruz Gómez
- Nursing students' experiences about the application of the nursing process in the hospital area. Qualitative study 21
Rosa María Pecina Leyva
- Nursing care process applied to a person with traumatic brain injury 25
Eder A. Villegas Sánchez, Sara Santiago García
- Nursing process person with chronic renal failure 30
Sarely Trujano Trujano, Sara Santiago García

Artículo de revisión

- Burnout syndrome among nursing teaching personnel 39
Ihosvany Basset Machado, Rafael Antonio Estévez Ramos

Ensayo

- Uncertainly in illness. Application nurse care theory 34
Fernando Trejo Martínez
- Reflections on the descriminalization of abortion in Mexico 47
Fernando Trejo Martínez

La seguridad del paciente

En octubre de 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (ALMSP), centrando “la mayor atención posible a la seguridad del paciente”, estableciendo y consolidando “sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud; en particular, la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología”. Ante esto, la OMS tomó la iniciativa de definir normas y patrones mundiales con el fin de alentar la investigación y apoyar el trabajo de los *estados miembros* y, así, concebir y poner en práctica en práctica normas de actuación; su objetivo, la seguridad del paciente: reducir las consecuencias sanitarias y sociales indeseables que puede tener la atención de la salud, “Ante todo, no hacer daño”, lema de Hipócrates (460-370 a.C.).

Por todo esto: “La seguridad del paciente es un problema mundial, cuyo interés y empeño de países de todo el mundo es encontrar soluciones a este problema. En los años venideros, a lo largo y ancho del mundo se salvarán vidas, se reducirá el nivel de riesgo para los pacientes y se aprenderá mucho gracias a la labor que hoy da comienzo en Washington, D.C., 2004”.

A partir de esta fecha se han llevado a cabo una serie de acciones a favor de la seguridad del paciente identificando los problemas de seguridad, las posibilidades para modificarlos y realizando un mejor control que beneficie al enfermo y que no eleve costos. Es así como surge el Modelo por la Seguridad del Paciente, el cual consiste en cuatro puntos principales: 1° Sensibilización y cultura de seguridad; 2°. Diez acciones por la seguridad del paciente estas acciones son: 1. Identificación del paciente: Expediente clínico integrado y de calidad (ÉCIC), 2. Relación médico-paciente. 3. Clima de seguridad para el paciente, 4. Factores humanos, 5. Hacer responsable al paciente, 6. Medicina basada en evidencias: Guías de práctica clínica (GPC), 7. Uso racional de medicamentos (URM), 8. Caída de pacientes, 9. Prevención y reducción de infecciones nosocomiales (PREREIN) Campaña Sectorial “*Está en tus manos*” y 10. Campaña

“*Cirugía segura salva vidas*”; 3° Implementar acciones en el plan de mejora continua por la calidad y la seguridad de los pacientes y, por último 4°. Evaluación. Su principio fundamental: la atención en la salud, garantizando la seguridad en el cuidado del paciente. En los últimos años, este modelo ha adquirido gran relevancia para los pacientes y sus familias porque quieren sentirse cuidados por los profesionales de salud que los atienden; el personal especializado ofrece una atención segura, efectiva y eficiente para brindar seguridad y confianza en los servicios de salud.

Existen múltiples riesgos en la práctica ciencia capaces de provocar daños; entre ellos se encuentra la creciente complejidad en el cuidado de los enfermos. Actualmente, la atención a la salud representa una combinación en los procesos, tecnología, elementos, factores e interacciones humanas, lo cual implica que la responsabilidad no se sustenta en una sola persona, sino que se distribuye en diferentes profesionales del equipo de salud.

En este proceso de atención se requiere de la integración de todos los profesionales de salud involucrados directamente con el enfermo, en la que por algún descuido se pueden provocar daños involuntarios a los pacientes por fallas en los procesos o errores de los profesionales que brindan los servicios reconocidos como “eventos adversos”, determinados accidentes imprevistos e inesperados, que causan lesión, incapacidad, muerte y/o aumento de la estancia hospitalaria, lo que deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad propia del paciente.

Actualmente, el equipo de salud deberá identificar, reducir y corregir los efectos que puedan provocar eventos adversos para proporcionar seguridad a los pacientes y aumentar la calidad de la atención; el principal reto: no culpar, ni castigar, si no evitar que ocurran errores.

Los objetivos son: 1. Crear confianza en las organizaciones de salud y en sus profesiones, 2. Proteger la seguridad de los pacientes atendidos en las instituciones; aprender de los errores y 3. Compartir los problemas y hallazgos. Estos objetivos se enfocan

a implantar medidas de prevención de eventos adversos, para garantizar la seguridad del paciente en las unidades del sector salud y apoyar la práctica profesional con conocimientos para reducir la posibilidad de eventos adversos. El Centro Cochrane de Centroamérica, Iberoamérica y de América Central define la Seguridad del Paciente como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos en la atención médica.

Todas estas medidas se han implementado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, lo que garantiza la calidad de atención por medio del cumplimiento de las metas internacionales y de los indicadores de calidad, éstos coordinados a través de programas, estrategias y acciones de mejora, coordinados por el Comité de Calidad el Instituto.

Ma. Guadalupe Nava Galán

Modelo de consultoría en enfermería neurológica

Ma. Guadalupe Nava Galán, Rocío Valdez Labastida,** Patricia E. Zamora Ruíz****

RESUMEN

Introducción: Los modelos son patrones a seguir o imitar debido a su contribución en la prestación del cuidado personalizado a los pacientes neurológicos y neuroquirúrgicos. Se presentan a través de la Consultoría en Enfermería Neurológica (CEN), este servicio se considera una asesoría profesional que el personal de enfermería brinda a los beneficiarios; por medio de estas asesorías se identifican las necesidades reales y potenciales de cada enfermo y se le orienta en sus cuidados específicos. El profesional de enfermería imparte consejos y educación sobre los cuidados, todo ello con el fin de promover la salud, el autocuidado y la prevención de complicaciones. **Objetivo:** Establecer un modelo de Consultoría en Enfermería Neurológica con un equipo de profesionales especialistas en el área para disminuir los reingresos, días-cama-hospital y el costo hospitalario, así como proporcionar consulta de especialidad neurológica a personas afectadas para favorecer el cuidado y la calidad de vida en los enfermos. **Metodología:** Se aplica el proceso enfermero (PE), método científico implementado en la práctica asistencial, el cual permite la interacción con los enfermos y la familia a fin de brindar cuidados de forma organizada, racional, lógica y sistemática, así como educación y promoción de la salud a través de intervenciones educativas con planes y guías. **Resultados:** Se obtienen a través de la recolección y valoración de los datos personales, que permiten la elaboración de un archivo clínico, éste integra la historia individual, tomando nota de sus problemas, que posteriormente contribuyen a los diagnósticos y planes de cuidados para su ejecución. **Análisis:** Se evalúan los resultados de los planes e intervenciones administrados. **Discusión:** De acuerdo con Alfaro Lefevre, Carpenito, Bener P, Luis RT, el PE es sistemático, continuo, lógico y organizado. **Conclusiones:** La CEN personaliza el cuidado, lo individualiza a través de un juicio clínico y pensamiento crítico.

Palabras clave: Consultoría en enfermería, cuidado individualizado, proceso enfermero.

Consulting model for neurological nursing

ABSTRACT

Introduction: Model, is a pattern to follow or imitate, for its contribution to the provision of personalized care to Neurological and Neurosurgical patients. This occurs through the Neurological Nursing Consulting (NNC) and it's considered a professional service, which offers consultation through the interview between the beneficiary and the nurse, it identifies real and potential needs of the patient oriented to the specific care of each person, and the provision of assistance by family also provided advice on the care and education, all to promote health, self-care and prevention of complications. **Objective:** Establish a model for Neurological Nursing Consultancy with a team of specialists in the area to reduce readmissions, days - bed - hospital and the hospital cost; also provide neurological specialty consulting to affected people, to promote the care and quality of life in patients. **Methodology:** Applying the Nursing Process (NP), scientific method implemented in clinical practice, which allows interaction with patients and their families to provide care in an organized, rational, logical

* *Maestra en Enfermería en Educación.*

** *Maestra en Rehabilitación Neurológica.*

*** *Maestra en Administración.*

Correspondencia: Ma. Guadalupe Nava Galán, Insurgentes Sur Núm. 3877. Col. La Fama, 14269 México, D.F. Delegación Tlalpan, Correo electrónico: rev.enf.neurol@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

and systematic way. As well as education and health promotion through educational interventions with plans and guides. **Results:** Obtained through the collection and assessment of personal data, enabling the development of a clinical record, it integrates the individual history, noting their problems, which then contribute to the diagnosis and care plans for their implementation. **Analysis:** Are evaluated results of the plans and interventions administered. **Discussion:** According to Alfaro Lefevre, Carpenito, Bener P, Luis RT, the NP, is systematic, continuous, logical, and organized. **Conclusions:** The CEN personalize and individualized the care, through clinical judgment and critical thinking.

Key words: Nursing consulting, individualized care, nursing process.

ANTECEDENTES

En México, desde 1997, se realiza la consultoría en el primer nivel de atención en el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMI-Gen)¹; así mismo, existen Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) que desarrollan acciones de carácter preventivo y de rehabilitación para mejorar la salud mediante la consulta externa; estos programas fueron implementados para sus derechohabientes desde 2002.² En el segundo nivel de atención, la consultoría es conocida como consejería en enfermería y actualmente es aplicada en el Hospital General de México.³ En el tercer nivel de atención, la consultoría se proporciona en Enfermería Neurológica (CEN) en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN). Fue autorizada e implementada el 13 de septiembre de 2011 con el fin de beneficiar al enfermo por medio de la relación enfermera-paciente-familia. También favorece la adherencia terapéutica, previene y evita riesgos para la salud, mejora los estilos de vida y ayuda en la rehabilitación, utilizando el proceso enfermero.⁴

En EUA y en otros países, la consultoría se basa en el *Código de Ética y Conducta*⁵ en el ámbito de la práctica de la enfermera consultora legal,⁶ aplica las *normas de práctica jurídica de consultoría de enfermería y el ejercicio profesional*⁷ (AALNC), describe la especialidad de enfermería de consultoría legal. Las funciones principales de la enfermera consultora son valorar, evaluar, analizar y emitir opiniones informadas sobre la prestación de asistencia sanitaria y los resultados obtenidos.⁸

En Canadá existe desde hace 10 años la formación para desempeñarse como educador de Enfermeros Consultores Legales (CanLNC); estos docentes aportan su experiencia y conocimiento de los cuidados para ayudar a los abogados con la educación y la opinión de los litigios relacionados con la medicina.⁹

En Argentina, a partir de 1998, se puso en marcha exitosamente la consultoría en enfermería desde el primer nivel hasta la consulta en salud mental.¹⁰ Actualmente, en España se aplica la Asistencia Neurológica Ambulatoria en

Enfermería, ésta es considerada el modo más frecuente e importante de asistencia para mejorar la calidad de atención en la población debido a la alta demanda de atención, lo cual ha beneficiado la hospitalización.¹¹

En Holanda se lleva a cabo la consultoría en los países bajos, actualmente hay ocho centros oncológicos integrales, cuyo principal cometido es optimizar el tratamiento y cuidados paliativos de pacientes con cáncer en la región. El cuidado de los enfermos con padecimientos terminales se ha incrementado por las demandas específicas que tienen los profesionales de enfermería, ya que han demostrado beneficio a través de la implementación de sus conocimientos y habilidades.

Actualmente existe el IKA, Centro Integral del Cáncer de Ámsterdam, en esta institución se brinda un servicio de asesoramiento en enfermería para promover la profesionalidad y la distribución del conocimiento entre el personal de enfermería de los hospitales regionales a fin de proporcionar consultoría en enfermería,¹² en la cual los profesionales de enfermería de especialidad en neurología participan activamente y con gran éxito.

En México, a partir de 2011, se emplea el Modelo de Consultoría en Enfermería Neurológica (MCEN) en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN). Este modelo es aplicado por profesionales en enfermería neurológica: especialistas capacitados con experiencia clínica y pensamiento crítico que poseen conocimiento, y habilidad para proporcionar consulta de alta especialidad; los requisitos principales son tener postgrado, experiencia clínica neurológica mínima de 5 años y cédula profesional. En la consulta se realiza la valoración, se establecen diagnósticos de enfermería y planeación individualizada, es ejecutada y evaluada; en cada persona está orientada al cuidado específico de padecimientos neurológicos, neuroquirúrgicos y psiquiátricos para mejorar la calidad en la atención y la alta demanda de servicios de salud.

En materia de salud, establecer una consultoría de especialidad mediante la creación de un modelo de consultoría de enfermería neurológica, es una estrategia para ayudar a disminuir la enorme demanda de asistencia clínica.

Tomando en cuenta que el aumento de la población actualmente va a requerir de atención para la salud, crear un modelo de consultoría de enfermería neurológica en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía es una forma de disminuir la enorme demanda de asistencia clínica; países como EUA, Canadá, España y Holanda la llevan a cabo a través de la participación de los profesionales de enfermería de especialidad en neurología, salud mental y primer nivel de atención, quienes participan activamente y con gran éxito.

VISIÓN

Tener un área de consultoría en enfermería neurológica que preste servicio de salud de la más alta calidad los 365 días del año. Al contar con una estancia para aplicar el modelo, el cuidado se personalizará; es decir, el trato con los enfermos y la familia al momento de brindarles orientación y capacitación profesional será más ameno en un ambiente propicio, agradable y de calidad.

MISIÓN

Brindar consultoría de la más alta calidad que ofrezca cuidados especializados, capacitación, trato humano y compromiso en la atención a la salud. Garantizar atención oportuna e integral con equidad, calidad y calidez en corresponsabilidad con el profesional de enfermería-enfermo-familia para contribuir a lograr una mejor calidad de vida.

OBJETIVO GENERAL

Establecer un modelo de consultoría en enfermería neurológica con un equipo de profesionales especialistas en el área para disminuir los reingresos, días-cama-hospital y el costo hospitalario.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Proporcionar consulta de especialidad neurológica en personas afectadas para favorecer el cuidado y la calidad de vida en los enfermos.

JUSTIFICACIÓN

La enfermería ha alcanzado un grado de autonomía profesional a través de la profesionalización y cuenta con el apoyo para ofertar de forma autónoma la consulta hacia una población asignada. Este proyecto expone las actividades que se pueden realizar en la consulta, una vez analizadas las necesidades de cada persona, y es presentado por la Subdirección de Enfermería del Instituto Nacional de Neurología

y Neurocirugía (INNN) como propuesta de consultoría en Enfermería Neurológica.

Los ingresos hospitalarios al INNN durante el periodo 2009-2010 fueron de 1,479 pacientes, de los cuales el 53% correspondió al Servicio de Urgencias y el 47% a Consulta Externa, superando el 9% a los 1,361 ingresos de primer semestre 2009;¹⁰ cabe mencionar que en este año se incrementó el número de camas, el resultado fue de 126 censables y 36 no censables. Las causas más frecuentes de hospitalización fueron: tumores cerebrales (benignos y malignos), enfermedad cerebrovascular, esquizofrenia, epilepsia, hemorragia subaracnoidea y neurocisticercosis. Se registraron 1,450 egresos hospitalarios, 9% más que los 1,327 registrados en 2009; esta cifra está por arriba de lo programado. De acuerdo a lo reportado en su clasificación: 93.9% fueron por mejoría, 2.7% por alta voluntaria y 3.4% por defunción.

Al menos la tercera parte de las altas hospitalarias egresan con alguna discapacidad que requiere de apoyo para cuidados en su domicilio. La alta demanda de atención clínica que se proporciona en la consulta y la asistencia a pacientes neurológicos requiere de estrategias para disminuir la carga de trabajo y optimizar la atención de salud de las personas afectadas por padecimientos neurológicos; varios aspectos deben ser tomados en cuenta: crear unidades de asistencia clínica neurológica a cargo del profesional de enfermería especializado para proporcionar valoración, diagnóstico y tratamiento a enfermos que lo requieran.

Estos enfermos pueden ser vistos en el Servicio de Consultoría en Enfermería con garantías de éxito, en la que se capacita al enfermo y al familiar para llevar a cabo prácticas de autocuidado con la finalidad de favorecer la adherencia terapéutica y disminuir infecciones o lesiones; evitando complicaciones o secuelas, los enfermos que saturan los hospitales representan cada vez una mayor demanda. Los profesionales de enfermería están especializados para realizar la consulta de especialidad y ofrecer una solución a problemas reales de cada situación, a través de la identificación de necesidades.

Actualmente existen datos reportados por la OMS/OPS de consultoría en enfermería en diversas áreas de la salud, los cuales señalan que estas propuestas se han llevado a cabo en países de América Latina y Europa que consideran que la consultoría es un beneficio al enfermo y a la familia. Para implementarlo, en el INNN se realizó un análisis FODA y se conformó un marco teórico para su aplicación y sustento. En el *Institute of Manguen Consultants* (IMC) del Reino Unido, la consultoría se define como: "Un servicio prestado por una persona o personas independientes y calificadas en la edificación e investigación de problemas relacionados con política, organización, procedimientos y métodos. Reco-

mendación de medidas apropiadas y prestación de asistencia en la aplicación de dichas recomendaciones.”

DEFINICIÓN DE OPERACIONAL DE CONSULTOR EN ENFERMERÍA

“Es el estudio del cuidado que se va a proporcionar, basado en las necesidades de cada persona y de cada familiar, aquí el profesional de enfermería aporta su experiencia o conocimientos sobre vivencia e interrelación de la salud humana”. “El profesional de enfermería utiliza sus conocimientos y experiencia clínica para promover cuidados de salud a través de diferentes medios relacionados al trato directo con el paciente y el familiar, el objetivo es trabajar como un consultor agente de cambio”.

Entre los países socialistas era aceptado utilizar el término de consultoría para quien “representa una forma de asistencia a las organizaciones económico-productivas con el fin de activar el progreso científico y técnico, mediante la transferencia de las experiencias y de los resultados de las investigaciones científicas en la esfera de la organización de la producción, el trabajo y la dirección, la selección y la realización”.

Aspectos de la consultoría. Es considerada como un servicio independiente, tiene implícita la imparcialidad. Como su nombre lo indica, su carácter es consultivo: el consultor dirige la entidad, área o actividad en la que realiza su trabajo; vincula la teoría con la práctica.

La consultoría puede enfocarse *como un servicio profesional o como un método de prestar asesoramiento y ayuda práctica*. También es un método para contribuir, en conjunto con las organizaciones, a mejorar las prácticas clínicas especializadas, así como el desempeño individual y colectivo; éste se puede proporcionar a enfermos con problemas neurológicos; de él se pueden generar manuales, programas, guías, planes y líneas de investigación.

CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DE LA CONSULTORÍA

Ayuda profesional a las personas que tengan problemas neurológicos. En la consultoría se resuelven problemas prácticos, se utiliza la experiencia adquirida para ayudar a los enfermos con daño o secuelas neurológicas haciendo frente a nuevas situaciones, proporcionando una solución apropiada; comprende los conocimientos teóricos y metodológicos para una práctica avanzada, con énfasis en las intervenciones especializadas y el desarrollo de habilidades para la valoración del paciente, diagnóstico, intervención para favorecer la adherencia terapéutica a través de la interpretación de los exámenes de laboratorio y gabinete.

La finalidad es contar con especialistas que brinden a los pacientes y sus familias, un cuidado de enfermería integral, oportuno y eficaz dentro de una concepción científico-técnica y ético-humanística. Las intervenciones de enfermería especializada se aplican en los tres niveles de atención a la salud, con énfasis en acciones dirigidas a la promoción de la salud y la elaboración de programas de educación. En los siguientes niveles se centran tanto en la construcción y ejecución de planes de cuidado, como en la orientación de las personas para el seguimiento de su tratamiento y rehabilitación.

CAMPO DE ACTUACIÓN

El campo de actuación CEN es amplio en cuanto a población. Está enfocado a: 1. Brindar atención a enfermos con padecimientos crónicos y degenerativos; 2. Detectar alteraciones en las necesidades de oxigenación; 3. Ofrecer soluciones a los problemas más comunes como: alimentación, incontinencia, estreñimiento, ansiedad, apoyo a la familia, prevención de accidentes, tabaquismo, hipertensión, diabetes mellitus, actividad física, alteraciones del sueño, autocontrol de parámetros clínicos, adhesión al tratamiento farmacológico, atención del duelo y aceptación de la enfermedad.

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

El profesional de enfermería destaca por su capacidad para responder a los cambios de la sociedad a consecuencia de las necesidades del cuidado que la población y el sistema de salud han ido demandando. “Todas las profesiones tienen muchas cosas en común, sirven para “algo”, pero no todas sirven a “alguien”, entendiéndose siempre que ese alguien se refiere al ser como persona”¹¹ con sus componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales.

La enfermería es una profesión de servicio que desarrolla y fortalece actitudes, aptitudes y valores reflexivos y críticos para promover la salud y prevenir enfermedades en individuos sanos. El juicio clínico es comprometido, humanista, solidario, respetuoso, honesto, creativo, participativo y responsable. El profesional de enfermería ha consolidado “el cuidado” como su *objeto de estudio*. Por medio del arte, la ciencia y la tecnología se han asentado los sólidos cimientos de la enfermería moderna;¹² actualmente la profesión los concibe como aspectos éticos-legales, científico-técnicos y prácticos.

Para lograrlo, la enfermería debe apoyarse en las ciencias biológicas, sociales, humanas y en la disciplina de la ética, a fin de favorecer el desarrollo armónico del ser humano en sus diferentes espacios; también debe fortalecer y reformar

sus capacidades y potencialidades del cuidado de su salud y del logro de sus aspiraciones de vida y bienestar.¹³ Así mismo, define sus actividades y realiza investigación desde la práctica, apoyada en la base teórica, posee un cuerpo de conocimientos especializados que le permite resolver problemas a través de la utilización del proceso enfermero, apoyado de teorías y modelos conceptuales existentes, que le dan autonomía al profesional para orientar sus funciones asistenciales, docentes, investigativas y administrativas.

En respuesta a las necesidades de cuidado y políticas de salud cambiantes, el perfil de formación del profesional de enfermería debe ajustarse a la realidad. Para ello, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) ha clasificado las funciones en cuatro áreas: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y mantenimiento de la salud y alivio del sufrimiento.⁷

Para llevar a cabo estas actividades, el profesional de enfermería se apoya en el proceso enfermero,⁸ implementado por: Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), Yura y Walsh (1967), Bloch (1974), Roy (1975), y Aspinall (1976); este método emplea conocimientos, soluciona problemas, desarrolla su creatividad y tiene presente el aspecto humano de su profesión.

Sus objetivos son el cuidado individualizado, la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística, en sus dimensión biológica, psicológica, socio-cultural y espiritual, con desempeño en el área clínica y profesional; esto da el soporte de seguridad social en salud y las políticas de la institución donde se labore. Cabe destacar que el CIE refiere que las funciones de enfermería en atención directa y en la práctica avanzada se están reconociendo en todo el mundo a través de las redes de enfermería, las cuales proporcionan la siguiente definición:

“La enfermera de atención directa en la práctica avanzada es una especialista que ha adquirido una base de conocimientos de experto y la capacidad de adopción de decisiones complejas y de competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado, cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el cual la enfermera está acreditada para ejercer.”

BASES LEGALES DE LA PROFESIÓN

Es indispensable que el profesional de enfermería se base en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3° fracción I, 45 y 46; 4°, 60, 87, 141 de la Ley General de Salud;⁹ 3°, fracción XI, 40, fracción VII y XI, 41, 43 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 6°, fracción XVII, y 23, fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; me permito

ordenar la publicación en el DOF el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada, y en la NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico en su apartado 4.9, 4.12.

En este sentido, la OMS creó la *Guía de la Buena Prescripción*, en la cual se advierte que el sujeto facultado para prescribir no es siempre un médico y que las prácticas de prescripción realizadas por enfermeras y enfermeros son necesarias con base en la insuficiencia *per cápita* de médicos.¹⁰ En el mismo sentido, la OPS determinó la importancia de los consultorios de enfermería para proporcionar atención a pacientes con enfermedades de bajo riesgo en el primer nivel de atención, consideró que la enfermería de atención primaria es capaz de proporcionar un amplio asesoramiento en materia de hábitos de vida, asistencia familiar y servicios de atención domiciliaria y que su participación con el equipo de salud se encuentra centrada en la ayuda al individuo y a la familia para el autocuidado de la salud.¹¹

Por otra parte, se debe considerar que la Legislación en México contempla en el artículo 240 de la Ley General de Salud, la prescripción por profesionales circunscrita solamente a los medicamentos estupefacientes, siempre que tengan título registrado por las autoridades educativas competentes, cumpliendo con las condiciones que señala esta ley y sus reglamentos, así como con los requisitos que determine la Secretaría de Salud.⁹

Así mismo, el artículo 28 del Reglamento de Insumos para la Salud menciona que la receta médica es el documento que contiene, entre otros elementos, la prescripción de uno o varios medicamentos. Ésta podrá ser emitida por médicos, homeópatas, cirujanos dentistas, médicos veterinarios en el área de su competencia, pasantes en servicio social de cualquiera de las carreras anteriores, enfermeras y parteras.

EL CONSULTOR COMO AGENTE DE CAMBIO

Las características fundamentales que requiere el consultor son las siguientes:¹⁷ Buena salud física y mental; ética profesional y cortesía; estabilidad de comportamiento y acción; confianza en sí mismo; eficiencia y eficacia personal y dinamismo; integridad (cualidad que engendra confianza); independencia; competencia intelectual; juicio correcto (ser capaz de juzgar con objetividad); elevada capacidad de análisis o de resolución de problemas; imaginación creadora (capacidad de ver cosas bajo nuevas perspectivas); aptitud para las relaciones interpersonales; orientación hacia el aspecto humano de los problemas; receptividad a la información o a los nuevos puntos de vista expuestos por los demás; capacidad para ganarse la confianza y el respeto

del personal al que va atender; capacidad para obtener la participación del paciente en la solución de los problemas; capacidad para transmitir sus conocimientos al personal de la organización; capacidad para aplicar los principios y las técnicas de un cambio planificado; capacidad para despersonalizar los problemas y enseñar sus causas a las personas; capacidad superior para comunicar y persuadir (verbalmente o por escrito, gráficamente); madurez psicológica; habilidad como mediador de conflictos; capacidad de auto aprendizaje continuo.

PERFIL ACADÉMICO PROFESIONAL COMO REQUISITOS PARA SER CONSULTOR

Tener título de postgrado en enfermería como: especialista o maestría; cédula profesional; experiencia laboral mínima de 5 años, tener diploma de curso postécnico de enfermería neurológica. El CEN debe tener conocimientos específicos en el campo en el que es experto, desarrollar una serie de aptitudes que le permitan analizar situaciones conceptuales con objetividad. Al completar los estudios de especialización, el egresado será capaz de: Emplear con eficacia y eficiencia los métodos y técnicas de la atención de enfermería neurológica apropiadas a las circunstancias individuales y de grupo; planear con sentido crítico los recursos de educación, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la persona con riesgo y daño neurológico; ejercer su especialidad basada en los principios éticos y legales que le son inherentes; proporcionar cuidado directo y especializado a las personas, manteniendo en todo momento una actitud humana, reflexiva, anticipatoria y transformadora; diseñar estrategias para la consultoría y asesoría especializada a la persona, familia, grupos y profesionales de enfermería.

OBJETIVOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA LA ASISTENCIA EN LA CONSULTORÍA

Para el paciente: Promover el bienestar y la salud mediante la educación sanitaria, mejorar la calidad asistencial, mejorar el seguimiento de determinadas afecciones, entrenar al paciente en la administración de sus fármacos, apoyar el control analítico para evitar efectos adversos, mejorar el cumplimiento terapéutico.

Para el cuidador: Implementar enseñanza y organización en su práctica diaria.

En el campo profesional, el consultor podrá ejercer en: Unidades de 1^{ro.}, 2^{do.} y 3^{er} nivel de atención; en servicios de hospitalización, de rehabilitación neurológica, en la práctica independiente; en la práctica docente en instituciones y/o escuelas de enfermería y en el hogar.

ASPECTOS ÉTICOS DEL CONSULTOR

Las normas de conducta ética del consultor deben ser:¹⁸ Modestia, demostrar competencia sin valerse de ardidés para impresionar; trabajo organizado y disciplinado, utilizar únicamente el tiempo requerido por el problema; confidencialidad; tener capacidad y paciencia para escuchar los argumentos del personal consultante; enseñar a trabajar; evitar el enfrentamiento con otros profesionales u organismos; actuar como mediador en los conflictos; utilizar el convencimiento y no la imposición para que se acepten sus criterios; asumir la responsabilidad de las decisiones; espíritu de sacrificio y consagración al trabajo; ser un baluarte del cumplimiento de las leyes establecidas y no establecer recomendación alguna que implique efectos a la sociedad o terceros; ser honesto en el más amplio sentido de la palabra; trabajar con el espíritu de triunfo. El consultor debe ser un activo y responsable promotor de cambio, las soluciones que se brinden deben tener una incidencia positiva a nivel de la economía nacional y tomar en consideración los efectos sociales y ambientales que de ellas se derivan.

Además, el consultor debe demostrar su experiencia, responsabilidad, resultados y liderazgo a los directivos. Expresar ideas y soluciones como parte del equipo y no propias, pero reconocer su coparticipación y responsabilidad; infundir en todo momento ánimo y transmitir un espíritu de triunfadores.

Los consultores deben evitar caer en los errores siguientes:

Deben estar dispuestos a revisar periódicamente su persona a partir de las siguientes necesidades: Profundizar en el conocimiento de sí mismos, incluso sus potenciales y limitaciones, con la imagen que le refleje los equipos con los cuales trabaje; relacionarse con los demás y entender la situación de éstos; escuchar y observar la disposición para centrar la atención en lo que sucede en la dinámica de trabajo. La actitud de escuchar requiere fijar la atención en las necesidades y recursos para dar una respuesta a las demandas de ellos y no a las propias; comunicar a las personas y a los grupos las observaciones derivadas de su comportamiento para orientarlos hacia la consecución de sus metas. Al mismo tiempo, deben estar abiertos a la información respecto a su desempeño como consultor y manejar la ambigüedad, lo cual se relaciona con la capacidad de aceptar las contradicciones y limitaciones.

EL PROCESO DE CONSULTORÍA

El proceso de consultoría es una actividad conjunta entre el consultor y el enfermo destinado a resolver un problema concreto y a aplicar los cambios deseados en la organización.

ETAPAS ACEPTADAS

Existe una gama sumamente amplia de enfoques, técnicas, métodos, modos y estilos de consultoría. Esta diversidad es una de las características más interesantes, ya que incluso los enfermos con problemas muy específicos pueden encontrar un consultor que se adapte a su situación particular.

No obstante, la consultoría se caracteriza no sólo por la diversidad, sino también por ciertos principios y métodos comunes. Algunos de ellos son aplicados por la inmensa mayoría de los consultores. Por ejemplo, las pruebas psicológicas constituyen una técnica especial de investigación que se emplea únicamente en ciertas tareas de selección personal. Algunos consultores se oponen incluso a esta técnica. En cambio, todos los consultores se sirven de las entrevistas y deben estar capacitados para redactar informes. La entrevista y la redacción de informes son técnicas fundamentales de la consultoría.

En pocas palabras, un método eficaz de consultoría indica cómo se han de abordar las dos dimensiones esenciales del cambio en las organizaciones. Una dimensión técnica vinculada con la naturaleza de la gestión o problema de la organización que afronta el paciente y la forma de que este problema se puede analizar y resolver. Una dimensión humana, es decir, la relación entre el consultor con la persona enferma, y la forma en que los miembros de la organización reaccionan a los cambios y pueden ayudar a planificarlos y aplicarlos. Por razones metodológicas a menudo se tratan por separado estas dos dimensiones. En la práctica de la consultoría no se separan. Los problemas técnicos y humanos de una organización están interrelacionados y es sumamente conveniente que así lo entienda el consultor.

En primer lugar, el consultor ayuda a la persona a abordar sus problemas desde un punto de vista técnico. El enfermo espera que el consultor posea considerables conocimientos para ejercer su consultoría; por ejemplo, la valoración, el diagnóstico, la planificación estratégica para ejecutar las mejores intervenciones y evaluarlas. Para abordar el problema en cuestión, el consultor aplica un método riguroso de identificación y solución de los problemas; éste incluye el acopio, la comprobación y la verificación cruzada de los hechos, así como el cuestionario de las hipótesis e impresiones comunicadas por el cliente y el sometimiento de todos los resultados a un minucioso diagnóstico. El consultor es igualmente metódico, pero también aplica un amplio conjunto de técnicas creativas en busca de nuevas soluciones factibles, la determinación y justificación de las mejores soluciones que ha de elegir, la concepción de planes de acción para la aplicación de las propuestas y la ayuda para organizar y la vigilancia de esa aplicación.

El consultor y el enfermo tienen que delimitar sus respectivas funciones, asegurándose de que sean complementarias, se apoyen mutuamente y sean plenamente entendidas por ambas partes, el consultor puede elegir entre diversas funciones (o modalidades) según la índole del problema y la experiencia y actitudes del cliente. El consultor procurará obtener la colaboración del cliente en todas las etapas de su tarea, con el fin de que éste participe activamente y de que el resultado final de la consultoría sea un logro conjunto, en lugar de atribuirse exclusivamente al consultor.

El objetivo final consiste en ayudar al enfermo a introducir cambios progresivos en su salud de manera organizada y con seguimiento, proporcionar a la institución una capacidad propia de cambio que sea óptima para mejorar de forma continua y ayudar a resolver problemas técnicos concretos. El consultor se ocupa, por consiguiente, de problemas y aspectos humanos de cambio en la organización. A los consultores se les llama a menudo "gerentes del cambio". Esta designación destaca su papel de ayuda en la determinación de las necesidades en la planificación y aplicación de éste.

CONCLUSIONES

Los profesionales que imparten la Consultoría en Enfermería Neurológica deben considerar que están al servicio de las personas a las que atienden de forma individualizada, por ese motivo es esencial que su juicio clínico sea crítico al aplicar sus habilidades teórico-prácticas para ofrecer a los enfermos alternativas de solución en la atención proporcionada en las diversas áreas de las neurociencias. El cuidado que se brinda a los pacientes es integral e integrador: es deber de los consultores y un derecho de las personas que demandan sus servicios.

Hasta este momento se ha conformado un equipo de profesionales con estudios de postgrado con interés en la consultoría en enfermería neurológica. Se espera seguir contando con el apoyo directivo para proporcionar atención especializada en consultoría que impacte favorablemente y de manera organizada en distintos ámbitos (personal, familiar, comunitario, institucional y social). Por otro lado, es primordial reflexionar que el cuidado aprendido en el consultorio disminuye los reingresos hospitalarios y favorece la calidad de atención y de vida de las personas que son atendidas, ya que la orientación y capacitación que se promueve contribuye a solucionar situaciones en el hogar que pueden ser aplicadas de manera oportuna por el enfermo y el familiar; el profesional de enfermería debe contribuir a favorecer el autocuidado del enfermo y reintegrarlo a la vida social.

Se espera que la contribución de los profesionales de enfermería en la consultoría influya de manera significativa en cuidados específicos como curación de estomas y adherencia

a tratamientos de diversos padecimientos, así como en la rehabilitación individualizada para evitar complicaciones y disminuir riesgos y secuelas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vargas-García C. Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento México (CIMI-Gen), Consultado el 30 de agosto de 2011, Disponible en: <http://www.comminit.com/la/node/37725>.
2. Muñoz-Hernández O. Programas Integrados de Salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (Supl 1): S1-S2.
3. Castro-Serralde E, Padilla-Zárate MP, Solís-Flores L. Consejería personalizada en enfermería en el Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen Mex 2009; 72 (4): 228-230.
4. Ballesteros MM, Jiménez L. La enfermería, una profesión de servicio a las personas. Metas de Enfermería 2003; 6 (59):65-67.
5. Restrepo de ACM. Simbolismo de la profesión. En: Historia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Medellín; 1997: 162-98.
6. Castrillón MC. La disciplina de Enfermería. En: Desarrollos y perspectivas de la profesión de Enfermería. Inv Edu Enfer 2000; 10 (2): 53-6.
7. CIE. La definición de enfermería. Disponible en Internet: <http://www.actualidad.enfermuni.com/enfin/enfincie/index.asp>. Consultado en marzo de 20011.
8. Marriner T. Teorías y Modelos. 6ta Edición. España: Elsevier; 2007: 3-14.
9. Ley General de Salud.
10. Organización Mundial de la Salud: Programa de acción sobre medicamentos esenciales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
11. Organización Panamericana de la Salud.
12. Sánchez B. Identidad y Empoderamiento de la profesión de Enfermería. Avances en Enfermería 2002; 20 (1): 22-32.
13. Alberdi RM. Las enfermeras para el tercer milenio. Rol de Enfermería 1993; 178: 43-50.

Formato de registros clínicos de enfermería quirúrgica

Eloísa Servín Morales, Rosa Elvira Cano Lara,** Esperanza Valencia Dolz,** Laura Durán Ibarra,**
María del Rocío Monroy Trevilla,*** Ma. del Rocío Chávez Alvarado,* Montserrat Castelán Flores,*
Ma. de Lourdes Espinoza Vásquez,** Abraham Ricardo Serralde Ramírez,* Martha Patricia Medel Calzadilla,*
Ma. Elena Bernal Becerra,** Adriana Lauro Mendoza,** Concepción Jacobo Vega,** Ma. del Carmen Cruz Gómez***

RESUMEN

Introducción: Los registros clínicos de enfermería son testimonios documentales sobre actos y conductas profesionales donde queda reconocida toda la información sobre la actividad de enfermería, la cual hace referencia al paciente, su diagnóstico, tratamiento y evolución. Éstos se llevan a cabo en un nuevo formato (instrumento) que sirve como documento médico legal que cumple con la NOM-168-SSA-1998 ya que forma parte del expediente clínico; se utiliza para registrar las intervenciones que se desempeñan, apoyándose en el Proceso Enfermero; en él se registra la atención que se proporciona a la persona que va a ser intervenida, garantizando así la seguridad del paciente de acuerdo a la Cuarta Meta Internacional propuesta en la Cirugía Segura; así mismo, se registra la continuidad de los cuidados de forma racional y sistemática, favoreciendo también la calidad de la atención y siendo una prueba objetiva de los cuidados que se brindan. Se basa en la teoría de Orem. **Objetivo:** Analizar las necesidades de los profesionales de enfermería para realizar el diseño de un instrumento de registros clínicos de enfermería quirúrgica. **Metodología:** Cualitativa, apoyados en la fenomenología; se llevan a cabo reuniones de profesionales de enfermería quirúrgica turno matutino con más de 30 años de experiencia para diseñar un instrumento de registros clínicos de enfermería quirúrgica. **Resultados:** El grupo de expertos, al terminar el diseño del formato, lo da a evaluar a colegas que lo van a utilizar y es modificado en dos ocasiones por medio de entrevista directa; se establece su viabilidad a través de encuestas al personal del área quirúrgica. **Conclusiones:** El instrumento de registro clínico quirúrgico cumple con los criterios de seguridad para el paciente a través de las metas internacionales y cumple con la NOM-168-SSA-1998 del expediente clínico, permite registrar todos los cuidados que se brindan durante el transcurso de la cirugía.

Palabras clave: Registros clínicos, enfermería, cuidados, intervenciones quirúrgicas.

Format of records clinical nursing

ABSTRACT

Introduction: Clinical records are documentary evidence on nursing actions and professional conduct, which is recognized all the information about the nursing activity, which refers to the patient their diagnosis, treatment and outcome. These are carried out in a new format (instrument) that serves as a forensic document to comply with NOM-168-SSA-1998 as part of the clinical record, is used to record the interventions play, based on the Nursing Process, it records the care provided to the person who will be wiretapped; thereby, ensuring patient safety according to the fourth goal in the proposed International Safe Surgery and record the same continuity of care rational and systematic way and to encourage the quality of care and being an objective test of care are provided. It is based on Orem's theory. **Objective:** Analyze the needs of nurses for the

* *Enfermera Neuróloga, Licenciada en Enfermería.*

** *Enfermera Quirúrgica.*

*** *Enfermera General.*

Correspondencia: Insurgentes Sur Núm. 3877, Col. La Fama, 14269, Delegación Tlalpan, México, D.F. E-mail: baches_servin@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

design of an instrument of surgical nursing clinical records. **Methodology:** Qualitative supported by phenomenology, was conducted meetings surgical nurses morning shift with over 30 years of experts to design an instrument of surgical nursing clinical records. **Results:** The group of experts to complete the design of format is given to assess colleagues who will use it and amended twice by direct interview, establishing its feasibility through staff surveys surgical area. **Conclusions:** instrument surgical clinical record meets the criteria for patient safety through international targets and comply with NOM-168-SSA-1998 from clinical files, allows you to record all care is provided during the course of surgery.

Key words: Clinical records, nursing, care, surgical interventions.

MARCO CONCEPTUAL

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 referente al expediente clínico, la hoja de enfermería deberá elaborarse por el profesional en turno y contener: 1) Hábitus exterior. 2) Gráfica de signos vitales. 3) Administración de medicamentos. 4) Fecha, hora, cantidad y vía. 5) Procedimientos realizados. 6) Observaciones.

Son considerados los registros clínicos de enfermería como el testimonio documental sobre actos y conductas profesionales, donde queda registrada toda la información sobre la actividad de enfermería, la cual hace referencia al paciente, su diagnóstico, tratamiento y evolución.

Las fallas en la atención médica afectan a uno de cada 10 enfermos en todo el mundo, siendo la seguridad del paciente una cuestión prioritaria.

La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations y la Joint Commission International fueron designadas oficialmente para desempeñar conjuntamente la función de centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre soluciones para la seguridad del paciente en 2005.

Las metas internacionales de seguridad del paciente son una de las estrategias prioritarias evaluadas en todos aquellos hospitales y clínicas certificadas por la Joint Commission International, entidad encargada de acreditar calidad y seguridad de atención a los establecimientos que quieran someterse a los estándares internacionales.

De esta manera, la OMS ha implementado 6 metas: 1) Identificar correctamente al paciente, 2) Mejorar la comunicación efectiva, 3) Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, 4) Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto, 5) Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica y 6) Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas. El propósito de la OMS es: promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente, detectar áreas problemáticas dentro de la atención médica, describir soluciones para estos problemas, basadas en evidencias y en el conocimiento de expertos.

El Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) a través de proyectos, lineamientos e instrumentos enfocados a los usuarios, los profesionales de la salud y las organizaciones, contribuyen a elevar la calidad de los servicios y la seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud. De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND), uno de los objetivos centrales de la política pública en salud es brindar servicios de salud eficientes con calidad y seguridad para el paciente.

Así mismo, se consideró la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSAA1-1998 en este formato, ya que se integra al expediente clínico como documento legal, el cual refleja la atención medico-asistencial del paciente. Cabe destacar que la ausencia de registros de la atención al paciente puede entenderse como un incumplimiento legal, ético y profesional poniendo en duda el ejercicio de la profesión.

Por lo antes citado, se debe contar con un instrumento de registro clínico de enfermería que cumpla con la normativa oficial e integre datos que promuevan las metas internacionales de seguridad del paciente planteadas por la OMS, el cual debe ser de fácil llenado, registrando el proceso de atención de enfermería (PAE) en el área quirúrgica.

La OMS establece seis metas; éstas quedan implícitas en el formato propuesto:

Primera meta. Identificar correctamente al paciente: En el quirófano se reciben pacientes con deterioro del estado neurológico, alteraciones sensoriales y motoras que pueden llegar a crear errores de identificación adecuada del paciente; para evitar esto se exigen al menos dos formas para identificar a cada enfermo, con nombre y registro.

Segunda meta. Mejorar la comunicación efectiva: Ésta se realiza en quirófano cuando recibimos por teléfono los resultados de muestras de patología; éstos son anotados en forma completa y posteriormente se vuelven a leer por el receptor.

Tercera meta. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo: Es fundamental que en el instrumento de registros clínicos de enfermería quirúrgica, se registre si la premedicación anestésica se llevó a cabo o no fue necesaria para disminuir el estrés quirúrgico. El uso de fármacos antes

y durante el acto operatorio queda sujeto a las necesidades de cada enfermo por el diagnóstico y tiempo de cirugía; los medicamentos de alto riesgo están separados y se identifican por medio de etiquetas rojas; éstos son manejados por una enfermera que asiste a los neuroanestesiólogos.

Cuarta meta. Garantizar cirugías en lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto: Basados en el listado de verificación quirúrgica, el cual considera el tipo de intervención quirúrgica, y el área que se va a intervenir en el pre, trans y postoperatorio, aquí se considera la NOM 170-SSA-1998, la cual establece requisitos indispensables para que el paciente sea sometido a cirugía.

Quinta meta. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: El personal deberá conocer y aplicar el correcto lavado de manos, portar el uniforme adecuado para el área quirúrgica, verificar las medidas de asepsia y antisepsia.

Sexta meta. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas: Es muy importante que al ingresar el paciente al área quirúrgica se valore si presenta riesgo de caída; si es positivo, el paciente deberá traer un brazalete de identificación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ante la carencia de un documento específico de registros clínicos de enfermería en el área quirúrgica, surge la necesidad de diseñar un instrumento en el que se registre y se informe con claridad todo lo relacionado con la intervención que llevan a cabo los profesionales de enfermería de áreas quirúrgicas con el paciente. Es importante que en su diseño se brinde seguridad al paciente de acuerdo a las metas internacionales, Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-198. Se evidencia esta inquietud y se reúne un grupo de expertos para realizar el diseño; de todo esto surge la siguiente pregunta de investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo diseñar y construir un instrumento de registros clínicos de enfermería quirúrgica?

JUSTIFICACIÓN

El profesional de enfermería del INNN que labora en el área de quirófano, carecía de un instrumento clínico efectivo donde evidenciara documentalmente las intervenciones que en esa área se realizan, teniendo que utilizar los registros de enfermería del área de hospitalización, con los limitantes de registrar las propias actividades, como lo indica la

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Se manifiesta esta necesidad entre los profesionales quirúrgicos de mayor antigüedad quienes se dan a la tarea de investigar si existen instrumentos específicos; al no encontrar ninguna documentación que justifique sus actividades, se dan a la tarea de diseñarlo con los elementos necesarios que cumplan con la normativa vigente de acuerdo a la NOM 168, metas internacionales y teorías de enfermería para contribuir a la calidad de la atención que se proporciona en los servicios de neurocirugía, quirófano y recuperación, favoreciendo la seguridad del paciente.

OBJETIVOS GENERALES

Analizar las necesidades de los profesionales de enfermería para realizar el diseño de un instrumento de registros clínicos de enfermería quirúrgica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Diseñar y construir un instrumento de registros clínicos de enfermería quirúrgica.
- 2) Verificar la viabilidad del instrumento de registros clínicos de enfermería quirúrgica.
- 3) Implementar el instrumento de registros clínicos de enfermería.

METODOLOGÍA

Cualitativa, apoyada de la técnica fenomenológica, interpretativa.

Procedimiento

1ª Etapa. El personal del área quirúrgica del turno matutino identificó la carencia de un instrumento de registros clínicos de enfermería, por lo que en consenso analizaron la necesidad de diseñar e iniciaron su construcción, de acuerdo con las necesidades de los profesionales de enfermería que lo van a utilizar.

2ª Etapa. Cada integrante del equipo quirúrgico del turno matutino se dio a la tarea de investigar la NOM 168, Metas Internacionales, y todos aquellos elementos, que cumplan con los requisitos quirúrgicos para enriquecer el diseño de los registros clínicos de enfermería quirúrgica y sean herramientas útiles, eficientes y que agilicen el registro clínico para favorecer la seguridad del paciente.

3ª Etapa. **Interpretación superficial:** Recolección de información, se planeó el diseño del instrumento, con el consenso de expertos de más de 30 años de servicio en que también consideraron la teoría de Dorotea Orem.

Interpretación profunda. Una vez terminada la recolección de información y hechas las correcciones sugeridas y pertinentes, se creó un primer instrumento de registros clínicos de enfermería quirúrgica, tras un proceso cuidadoso de investigación, favorecido por la experiencia de los participantes.

También se elaboró un instructivo para la correcta utilización del instrumento de registros clínicos de enfermería quirúrgica (IRCEQ). Cuando se concluyó éste, se capacitó al personal de los diferentes turnos del área quirúrgica para poder aplicar e implementar este nuevo formato (instrumento IRCEQ). Así mismo, se estableció la viabilidad del instrumento de registros clínicos de enfermería quirúrgica durante 3 meses; posteriormente se realizó una evaluación en todos los turnos que laboran en el área quirúrgica, por medio de entrevista directa y la aplicación de un instrumento de encuesta.

Se analizaron los resultados y se consideraron las sugerencias, realizando las modificaciones pertinentes al instrumento; fue necesario establecer con las modificaciones una segunda verificación para conocer su viabilidad y consistencia interna, en la cual ya no se sugirió agregar o quitar ninguno de los elementos que lo integran.

Se presentó como Producto Final un Instrumento de registro clínico de enfermería quirúrgica validado por expertos de enfermería del área quirúrgica, el cual se presenta ante el Comité de Investigación.

Muestra. A conveniencia de 20 profesionales de enfermería de quirófano considerándose 100% del total de la población.

Criterios de inclusión. Se consideraron a todos los profesionales de enfermería que laboran en el área de quirófano.

Criterios de exclusión. Se excluyeron a los profesionales de enfermería del área de hospitalización.

Criterios de eliminación. Todos los profesionales de enfermería de consulta externa y servicios de diagnóstico clínico, de gabinete y laboratorio.

Resultados. Se presentó finalmente el formato de registro clínico de enfermería quirúrgica después de un proceso de seis meses con el siguiente contenido:

I. Datos generales. Existen políticas internacionales dirigidas por la OMS que exigen al menos dos formas de identificar a un paciente entre las que se encuentran: Nombre del paciente, Número de registro, Fecha de nacimiento, Pulsera con datos de identificación del paciente. En el quirófano del INNN debido a su especialidad, se reciben pacientes desorientados con deterioro del estado neurológico, alteraciones sensoriales y motoras como es la afasia u otras situaciones que pueden generar errores en la identificación correcta del paciente.

El instrumento cuenta con las cuatro formas de identificación que propone la OMS.

Nombre del agente de cuidados dependientes:

| | | | |
|--------------------------------------|-----------------|-----------|----------|
| Fecha de nacimiento: / / | Edad | Sexo. F/M | Registro |
| Peso: | Talla: | | |
| Folio: | | | |
| Identificación de brazalete: Sí / No | | Color | |
| Cama: | | | |
| Diagnóstico preoperatorio: | | Servicio: | |
| Cirugía programada: Sí/No | Urgencia: Sí/No | | |

El uso de indicadores dentro del Instituto, basados en los nuevos estándares internacionales de certificación recomendada: 1) Preguntar directamente a los pacientes: Nombre completo, fecha de nacimiento, verificar el brazalete de identificación *blanco*: sólo identificación, *azul*: riesgo de caídas, *rojo*: alergias.

Con los datos que reúne el instrumento, se cumple con la **primera Meta Internacional de Seguridad** del paciente, lo que contribuye a evitar caídas.

Las caídas constituyen un factor importante de las lesiones sufridas en los pacientes en hospitalización, en el quirófano su cuidado depende del personal de salud, en el registro se implementó un apartado donde se registra si el paciente presenta riesgo de caída y si es positivo se valora con la escala de Dawton.

El objetivo de la **Meta VI** es reducir el riesgo de daño al paciente por causas de caída.

| | | |
|-------------------------------|---------|----------------------|
| Paciente con riesgo de caída: | Sí / No | Escala Downton:_____ |
|-------------------------------|---------|----------------------|

Siendo parte fundamental del instrumento de registros clínicos de enfermería quirúrgica, la premedicación anestésica, es necesaria para disminuir el estrés quirúrgico.

PREMEDICACIÓN ANESTÉSICA

Existe un apartado donde se registran los **factores de riesgo**, éstos nos aportan datos para planificar los cuidados.

Factores de riesgo:

Profilaxis prequirúrgica, una de las causas más importantes de la morbilidad hospitalaria es la infección hospitalaria posterior a cirugía, la profilaxis disminuye en forma significativa infecciones de herida quirúrgica, además está sustentada por la **V Meta internacional**.

PROFILAXIS PREQUIRÚRGICA

II. Valoración

| Ingreso | | Actividad motora |
|------------------------------|------------|---|
| Hora: | Fecha: / / | D I  |
| Estado de conciencia: | Retraso: | |
| No de sala: | | |
| Vías venosas: | | |
| Alergias: | | |
| Lesiones dérmicas: | | |
| Hora de inicio de anestesia: | | |
| Hora de inicio de cirugía: | | |
| Tipo de anestesia: | | |
| Intubación: | | |
| Abordaje: | | |
| Posición: | | |
| Cirugía planeada: | | |

III. Protocolo de ingreso

Documentación oficial

Según la Norma Oficial 168-SSA-1998 y 170-SSA-1998 los requisitos indispensables para que el paciente sea sometido a cirugía se enlistan en la hoja, se incorpora la hoja de cirugía segura para garantizar la **IV meta**.

| Documentación: | Sí | No |
|--|----|----|
| Consentimiento informado | | |
| Autorización de anestesia | | |
| Nota preoperatoria | | |
| Nota preanestésica | | |
| Hoja de cirugía segura | | |
| Indicaciones médicas | | |
| Hoja de registros clínicos de enfermería | | |
| Hoja de invasivos | | |
| Hoja de transfusión sanguínea | | |
| Estudios de gabinete y resultados de laboratorio | | |
| Electrocardiograma | | |
| Preparación física: | Sí | No |
| Ayuno | | |
| Tricotomía quirúrgica | | |
| Shampoo preoperatorio | | |
| Baño antiséptico | | |
| Aseo bucal | | |
| Uñas sin esmalte y cortas | | |
| Lleva anillos, aretes, pulsera | | |
| Prótesis móviles | | |
| Drenajes y sondas | | |

Preparación física

El paciente que será sometido a cirugía debe estar físicamente preparado, de acuerdo con el protocolo de ingreso y basado en las **metas internacionales IV y V**.

IV. Diagnóstico, planeación y ejecución

Registro de signos vitales

La norma oficial 168-SSA-1997 establece, que es responsabilidad de la enfermera medir y graficar los signos vitales según la frecuencia establecida ya que éstos reflejan el estado de salud del paciente, así como el registro de la saturación de oxígeno y pupila (estas últimas se registran al ingreso y egreso del paciente ya que durante la cirugía se mantienen ocluidos los ojos).

| Hora | FC | FR | T/A | Temp | SAT O ₂ | Pupilas |
|------|----|----|-----|------|--------------------|---------|
|------|----|----|-----|------|--------------------|---------|

Para reducir eventos adversos, la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente identificó una serie de controles de seguridad,

a) Salida (antes de que el paciente salga del quirófano)

– Revisión visual: procedimiento realizado, recuento de gasas e instrumental

Este procedimiento se realiza en conjunto enfermera instrumentista y circulante al inicio y final de cirugía y si ésta no concluye en un turno se entrega al equipo quirúrgico entrante.

| Cuenta de gasas inicio | Dentro del campo | Fuera del campo | Conteo final del turno |
|------------------------|------------------|-----------------|------------------------|
| Cuenta de cotomoides | | | |
| Cuenta de compresas | | | |

El uso de antisépticos es parte de las prácticas que se realizan en los procedimientos quirúrgicos, para lograr el barrido de la flora transitoria y disminución de proliferación de la flora residente de la piel.

Antiséptico utilizado

El uso de fármacos en el campo operatorio queda sujeto a las necesidades del acto quirúrgico.

Fármacos utilizados en campo operatorio

La placa de electrocauterio es un dispositivo de seguridad que se fija a la piel del paciente; el personal de enfermería es

el responsable de colocar y verificar que no genere daño, por lo tanto debe quedar registrado el sitio donde es colocado.

Placa de electrocauterio

El registro del tipo de soluciones que se están ministrando al paciente facilita reconocer el estado hemodinámico del enfermo.

Soluciones

- A
- B
- C

V. Evaluación

En el INNYN los registros clínicos de enfermería se basan en la Teoría de Dorothea Orem.

| Requisitos universales alterados | Sí | | No | | Sistemas de enfermería TC | PC | AE |
|---|----|---|----|---|------------------------------|----|----|
| | I | T | I | T | | | |
| Mantenimiento de un aporte suficiente de aire | | | | | | | |
| Mantenimiento de un aporte suficiente de agua | | | | | | | |
| Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos | | | | | | | |
| Provisión de los cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos | | | | | | | |
| Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo | | | | | | | |
| Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social | | | | | | | |
| Promoción del funcionamiento y desarrollo humano | | | | | | | |
| Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano | | | | | | | |

Actividades interdependientes: Registro de medicamentos ministrados durante el procedimiento quirúrgico con especial cuidado a medicamentos de alto riesgo, según la **III meta**.

- Instalación de drenajes, líneas venosas y arteriales

Línea venosa:
Línea arterial:
Drenajes

| Actividades interdependientes medicamentos | | | |
|--|-------|-----|---------|
| Nombre genérico | Dosis | Vía | Horario |

- Uso de hemostáticos e implantes

| Hemostáticos e implantes utilizados |
|-------------------------------------|
|-------------------------------------|

Notas de enfermería. Es el testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda registrada toda la información referente al paciente quirúrgico. La NOM-168-SSA-1 señala que el profesional de enfermería deberá realizar los registros y certificaciones correspondientes a sus intervenciones.

Notas de enfermería

Término de cirugía

| Término de cirugía | Egreso | Balance de líquidos Ingreso | Egreso |
|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|------------|
| Cirugía realizada: | Hora: | Soluciones: | Trauma QX: |
| Hora de término de cirugía: | Servicio: | Medicamentos: | Sangrado: |
| Hora de término de anestesia: | Cama: | Hemoderivados: | Uresis: |
| Balance total: | Estado de conciencia: | Total: | Total: |
| Control radiológico postquirúrgico: | | | |

Cambio de instrumentista y circulante. Es importante registrar el cambio del equipo quirúrgico que se realiza al término de cada turno; conviene escribir en el expediente cuáles son las limitantes de personal. Si no es posible la resolución de la carencia se deja constancia por escrito, de esta manera se establecen los límites de la responsabilidad del personal de salud.

| Cambio de instrumentista: | | | Cambio de circulante: | | |
|---------------------------|-----|-------|-----------------------|-----|-------|
| Sí: | No: | Hora: | Sí: | No: | Hora: |

Agencia de cuidados. En el instrumento de registros clínicos de enfermería se documenta la participación de todo el equipo quirúrgico.

Agencia de cuidados terapéuticos

| | |
|---------------------|-----------------------|
| Neurocirujano: | Enf. Instrumentista: |
| Residente: | Enf. Circulante: |
| Neuroanestesiólogo: | Enf. de microcirugía: |
| Residente: | Enf. de anestesia: |

FIRMA DE JEFE DE PISO O SUPERVISORA

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Se analizaron las propuestas de cada integrante que participó para su diseño en el que se construyó el formato de registros clínicos de enfermería quirúrgica de acuerdo a la NOM-168 y NOM-170 que dan cuenta de los requisitos indispensables que debe contener un documento médico-legal que se integra en el expediente clínico de cada enfermo que es intervenido; este formato consideró las metas internacionales propuestas por la OMS. Lo que contribuye a la seguridad al paciente, considerando que lo registrado da respaldo legal al profesional de enfermería y también plasma las intervenciones llevadas a cabo en el pre, trans y postoperatorio, lo cual proporciona seguridad al paciente y favorece la calidad en la atención.

CONCLUSIONES

Se realizó el formato basándose en la experiencia de los expertos de enfermería de áreas neuroquirúrgicas del INNN, con la finalidad de facilitar los registros del profesional de enfermería, sobre todo que es una herramienta útil que se adapta a las actividades específicas en el pre, trans y postoperatorio.

El formato de registro de enfermería quirúrgica cumple con la Norma Oficial y facilita el trabajo al momento de registrar, adopta criterios de seguridad para el paciente, y sin duda brinda una mejor atención, al momento de registrar la atención con cada enfermo favoreciendo la relación enfermera-paciente y el trato digno a cada enfermo, agilizando las actividades que se realizan y que antes no se podían registrar ya que algunas se omitían. El formato de

registros clínico-quirúrgicos funciona como una guía para la continuidad de los cuidados en el área de recuperación. A partir de la creación de este formato se han generado nuevas líneas de investigación que se están considerando a futuro. Con la siguiente reflexión se concluye este trabajo: "A cuántas enfermeras escuchamos la tan trillada frase de «la peor enemiga de la enfermera es la propia enfermera» y con gran alegría se comenta en esta ocasión que no fue así, ya que desde que inició el proyecto para el diseño y construcción del formato unió a un grupo de profesionales del turno matutino para crearlo; conscientes de todo esto nos dimos a la tarea de reunirnos y recopilar la información necesaria para lograr este objetivo; no fuimos una, no fuimos unas, fuimos todas... dándonos cuenta que esta experiencia nos hace más fuertes, mostrando un equipo de trabajo unido que logró su meta propuesta: concluir el formato e implementarlo en el área quirúrgica."

Agradecemos infinitamente a las compañeras del área quirúrgica de los diferentes turnos; a la M. en Admon. E. Patricia Zamora Ruiz y MEE. A María Guadalupe Nava Galán se le admira y respeta; a Jesús Vallarta, mil gracias por el apoyo a este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Ramírez S, Navío-Marco AM, Valentín-Morganizo L. "Nure investigación". Núm. 28 mayo-junio 2007. Madrid, España, p: 1-8 consulta 15 de abril 2012 20:00 h.
2. Muñoz GJC, Gangoso FA. "Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios". Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. febrero 2009; 10 (3): 39. Disponible en <http://www.somamfyc.com> Consultado abril 15 2012 18 h.
3. Hospital de Costa España. "Protocolo de contención y prevención de caídas". Octubre 2002: 9.
4. <http://www.manciaorg.org/foro/articulos/37282-metas-Internacionales-de-Seguridad-paciente.html> Consultado 28 de abril 2012 a las 18:00 h.
5. Vega B. "La entrevista con los familiares del paciente neuroquirúrgico". Camagüey, Cuba, Servicios de Neurocirugía, Hospital Manuel Ascunce Domenech 2004 300512 19;20 disponible www.revistaNeuroquirurgica.com/artics/v15m4/9.pdf
6. Juez GJ. "Consentimiento informado". Medicina Clínica. 2001. 14 de febrero del 2012 16 hrs. <http://tauli.cat/tauliprofessionals> p. 99-10.
7. Córdova-Ávila M, Nieto-González L. "Reflexiones del marco jurídico en las áreas quirúrgicas". Revista de la CONAMED 2011; 16 (Supl I): 23 disponible <http://www.conamed.gob.mx> Consultado 17 mayo 18:00.
8. "Práctica de anestesiología". Enfermería Neurológica 2011; 10 (2): 10.
9. Ortiz CO, Chávez M. "El registro de enfermería como parte del cuidado". Disponible <http://facultadsalud.unicauca.edu> marzo Consultado 30/5/2012 a las 8:44.
10. Cortez E. Universidad Valparaíso. Apuntes de asepsia y antisepsia 2008. Disponible en: <http://docenciaen.enfermeria.blogspot.mx/2008/05/apuntes-de-asepsia-y-antisepsia-2008.html> Consultado 3/5/2012 9:45
11. Magaña-Morales. "Consentimiento informado". Disponible Abioes.org/files66pdf Consultado 8 de mayo del 2012 23:30 h.
12. Vázquez-Ferreya R. "El consentimiento informado en la práctica médica". Consulta 2012 mayo 8 disponible: <http://www.sidome.org/doctrina/articulo/cirauf.pdf>
13. Rosales S, Reyes E. "Fundamentos de enfermería". Edit. Manual Moderno. 3ra edición, p: 338.

Experiencias de los alumnos sobre la aplicación del proceso enfermero en el área hospitalaria. Estudio cualitativo

*Rosa María Pecina Leyva**

RESUMEN

Objetivo: Conocer las experiencias de los estudiantes de quinto semestre de la carrera de Licenciatura en Enfermería en la aplicación del proceso enfermero en el área hospitalaria. **Material y métodos:** Estudio cualitativo realizado en un hospital público de segundo nivel, con una población de 31 estudiantes con la que se alcanzó la saturación de datos. Se recolectó la información a través de técnicas como: Observación participante, entrevista semiestructurada y a través de un registro anecdótico de los cuidados proporcionados al paciente. Los datos obtenidos se analizaron a través de contenido temático utilizando el programa Atlas-Ti. **Resultados:** Las experiencias sobre la aplicación del proceso enfermero en el área hospitalaria en estudiantes de quinto semestre estuvieron limitadas porque hicieron falta conocimientos, organización del tiempo y experiencia en la aplicación de las diferentes etapas del proceso enfermero; además hubo exceso de actividades. **Conclusiones:** Las experiencias de los alumnos sobre la aplicación del proceso enfermero fueron regulares. Este resultado reduce la posibilidad de que el alumno, durante su formación y en su futura vida profesional, utilice esta herramienta científica como método de trabajo para brindar cuidado de enfermería, debido a la falta de conocimientos y de tiempo para realizar el proceso enfermero, y también debido al exceso de trabajo en los servicios.

Palabras clave: Experiencia, alumnos, proceso enfermero, área hospitalaria.

Nursing students' experiences about the application of the nursing process in the hospital area. Qualitative study

ABSTRACT

Objective of this article was to determinate students' experiences of the bachelor of nursing about the application of nursing process in the hospital. **Methodology:** Qualitative design through 31 semi structured interviews, using observational techniques and anecdotic documentation, Identifying meaning units. The data analysis was performed using Atlas-Ti. **Results:** the subjects were application of nursing process and the spaces of professional practice, and the result was that students' experience about the application of nursing process was regular, because they said that there are several factors that limit the application of nursing process in hospital setting; among this factors were: an excess in the number of patients, the lack of level of knowledge in students and the lack of time. **Conclusion:** Students' experiences were regular about the application of the nursing process, and this one reduces the possibility that the student use this scientific method in the future.

Key words: Students, experiences, nursing process, spaces of professional practice.

**Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.*

Correspondencia: Lic. Enf. Rosa María Pecina Leyva, M.A. Niño Artillero Núm. 130, Col. Universitaria, San Luis Potosí, México. 78330, Tel. 4448262324, E-mail: rosypecina@yahoo.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

INTRODUCCIÓN

El proceso de cuidado enfermero es una de las competencias profesionales a desarrollar durante la formación en Enfermería; es el método que permite al alumno aplicar los conocimientos obtenidos en el aula para la resolución de problemas de salud prioritarios, identificados en los diferentes ámbitos de la práctica durante su formación escolar.

Esta competencia en Enfermería tiene como propósito contribuir al desarrollo de los profesionales de la salud, y está orientada a conseguir mayor desempeño en la realización de las funciones de enfermería a nivel escolar y laboral.

Para aplicar con éxito el proceso enfermero, el alumno requiere el desarrollo de habilidades cognitivas, instrumentales y actitudinales; entre ellas, debe aplicar el razonamiento diagnóstico o el pensamiento crítico, el cual favorece la sistematicidad, la reflexión y el análisis, para identificar los diagnósticos enfermeros prioritarios y así planear, ejecutar y evaluar las intervenciones requeridas en la resolución de los problemas de salud encontrados durante la atención de enfermería.

R. Alfaro menciona que los principios del proceso enfermero proporcionan las bases para la toma de decisiones y apuntalan a todos los modelos enfermeros, por lo que se requiere habilitar al alumno en el pensamiento crítico, entendiendo éste como la capacidad de cada persona para centrar el pensamiento en la obtención de los resultados que necesita y ayudar al profesional de Enfermería a adquirir confianza, ser autónomo (a) y a mejorar los resultados del paciente.¹

Por todo lo anterior, es necesario trabajar en conjunto con las instituciones formadoras en ámbitos de práctica para la sistematización de la aplicación del proceso enfermero, con el propósito de proveer de habilidades al estudiante de enfermería en el cuidado científico y para evaluar la medición de su impacto en los servicios de salud.

La experiencia docente ha mostrado que la aplicación del proceso enfermero tiene un cumplimiento muy diversificado durante la formación de los estudiantes. No se le da la importancia debida a pesar de estar estipulado en el funciograma de algunas instituciones, así como en el plan curricular de las instituciones formadoras de recursos en Enfermería.

Por lo tanto, investigar las experiencias en la aplicación del proceso enfermero es importante porque ahí se concentran las vivencias de los actores; en este caso, el estudiante de enfermería, dentro de un ámbito hospitalario. Así mismo, esta investigación también tiene como fin identificar los elementos que intervienen al implementar el proceso enfermero como método para brindar cuidado holístico de enfermería al paciente, la familia o la comunidad. De ahí

que el propósito del presente estudio sea conocer las experiencias de los estudiantes de quinto semestre de la carrera de Licenciatura en Enfermería en la aplicación del proceso enfermero en el área hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo en un hospital público de segundo nivel de atención donde la saturación de datos se alcanzó con una población de 31 estudiantes de quinto semestre de enfermería; esta población fue estudiada durante y al final de un periodo de 10 a 12 días durante la práctica clínica. Para la recolección de información se utilizó, previo consentimiento informado, una entrevista semiestructurada individual al final del periodo de la práctica clínica hospitalaria, y se complementó con observación participante y los registros anecdóticos de los alumnos.

Los datos obtenidos se analizaron a través de contenido temático utilizando el programa Atlas-Ti. La información se organizó en dimensiones, categorías, códigos, con el afán de comprender el fenómeno y explicar su causa y efecto. La información fue escrita y transcrita en la computadora, el análisis de los temas se construyó y relacionó con la aplicación del proceso enfermero y el razonamiento crítico que realizaban los estudiantes en el ámbito hospitalario al elaborar el proceso enfermero, esto con el propósito de obtener la mayor información posible sobre la forma de razonamiento crítico que utilizaban los alumnos al realizar cada una de las etapas del proceso enfermero.

RESULTADOS

Las categorías de análisis fueron las experiencias sobre la aplicación del proceso enfermero y los espacios hospitalarios como parte de la práctica profesional, donde se descubrió que las experiencias de los alumnos se encuentran limitadas predominantemente por la falta de conocimientos, de organización del tiempo, de experiencia en la aplicación de las etapas del proceso enfermero y por exceso de actividades hospitalarias, ya que los informantes expresaron lo siguiente: X7 “No termine de aplicar el proceso completo porque al principio no realizaba valoraciones completas, a veces elegí mal los diagnósticos enfermeros y después las siguientes etapas casi no tenía tiempo para realizarlas...por eso tampoco tenía tiempo para realizar la evaluación...” X8 “La verdad, creo que tengo muchas deficiencias en cuanto a la valoración, no sabía ni por dónde empezar y por consecuencia obtenía los diagnósticos pero no podía fundamentarlos... Las otras etapas las realice en algunas ocasiones pero por falta de tiempo no las realice todos los días” X9 “...la valoración estuvo incompleta, se me

olvidaba valorar algo o no tenía conocimiento...me faltaba organizarme o hacer mi práctica mental y algunos otros conocimientos...la mayoría de las veces no terminaba de evaluar los resultados" X10 "muchas de mis intervenciones no las pude realizar por falta de tiempo y porque no conté con el material suficiente", X11 "creo que cada una de las etapas no las pude ejecutar muy bien ya que no tenía los conocimientos necesarios para llevarlos a cabo... es por eso que no pude ejecutarlas como debía, el tiempo tampoco era suficiente porque se nos asignaba mucho trabajo..." X13 "La etapa de evaluación no la realicé en todos los casos, ya que en urgencias o en la mayoría de las veces hay mucho trabajo..." X14 "En la ejecución, algunas técnicas se me hacen difíciles porque aún no las he realizado" X17 "En algunas técnicas no tenía el conocimiento y la habilidad suficiente... pero realmente en ocasiones no alcanzaba el tiempo para realizar las actividades..." X18 "Creo que el tiempo no era suficiente ya que algunas veces no nos alcanzaba a ejecutar aun cuando se tenían todos los pasos anteriores..." X19 "Mi proceso enfermero fue deficiente por falta de revisión bibliográfica respecto a las técnicas nuevas...respecto a mis diagnósticos algunos los dejé incompletos debido a la falta de relación con los racimos que no supe asociar". X24 "El diagnóstico se me dificultaba mucho pues tenía la idea de la relación entre unas cosas y otras, pero por nerviosismo no lo hacía o decía a tiempo..." X21 "En la práctica, en algunas ocasiones no se pudo completar el proceso enfermero ya que en el servicio de cirugía la carga de trabajo es mucha..."

Al cuestionar sobre la aplicación del proceso de razonamiento enfermero como elemento clave del proceso enfermero los estudiantes expresaron limitaciones en la realización del análisis e interpretación de información: debido a la falta de conocimientos y manifestaron lo siguiente: X1 "No completé el proceso enfermero ya que me faltaban algunos conocimientos de anatomía, patología, farmacología, fisiología y por falta de práctica" X10 "Esta etapa del proceso casi no la llevo a cabo creo que me falta implementarla más para que mi proceso esté completo". X12 "Considero que al principio si batallé un poco en la valoración más que nada en el orden que tenía que llevar, al final mejoré esta etapa sabiendo identificar los datos anormales... al tener mis racimos batallaba en determinar el diagnóstico, lo que considero porque no profundizaba en cuanto a la patología y relacionarlo..." X14 "Siento que aún me falta mucho y por eso se me dificulta llegar al diagnóstico mediante los racimos. La primera semana la valoración me faltó interpretar los datos de laboratorio, se me dificulta llegar a un diagnóstico, agrupar los datos..." X15 "En general considero que me falta habilidad para ir relacionando las cosas... aunque a veces me hacen falta conocimientos...

he perdido el miedo en las actividades y las he realizado con éxito, creo que aún así tengo necesidad de aprender... creo que mejoré bastante, pues mis ideas todavía estaban muy revueltas pero siento que he avanzado" X16 "Aunque en otros semestres no lo tenía muy claro, en éste he logrado observar y explorar en los pacientes datos muy importantes... desafortunadamente no podía llevar a cabo las intervenciones por cuestiones de tiempo y recursos materiales pero hacia lo posible por realizarlas..." X17 "Creo que me faltaba conocimiento y por ello no valoraba adecuadamente... porque no interpretaba los datos y eso me limitaba llegar al diagnóstico... no formulaba objetivos, ni planes, creo que aún me falta conocimiento".

DISCUSIÓN

Las experiencias de los alumnos en la aplicación del proceso enfermero en el área hospitalaria fue limitada porque existen factores que restringen su implementación; entre ellos están la falta de conocimientos, de experiencia en la aplicación del proceso enfermero y de organización del tiempo, y también el exceso de actividades. Estos aspectos coinciden con lo que Ledesma plantea, a saber, que los factores que influyen en la aplicación de proceso enfermero son poco tiempo de práctica y poca permanencia en los servicios, por lo que los estudiantes no aplican el proceso enfermero en el área asistencial. Según la autora, otra causa es la diversidad de criterios para su enseñanza y evaluación y la no disposición del estudiante para utilizarlo.² Morales confirma lo anterior expresando que los alumnos en la práctica se preocupan por integrarse al trabajo rutinario de las enfermeras y no aplican los conocimientos a situaciones particulares.³

En relación al proceso de razonamiento o pensamiento crítico que utilizaron los alumnos al aplicar el proceso enfermero en el área hospitalaria, los informantes señalaron algunas limitaciones en la realización del análisis e interpretación de información relacionada con la falta de conocimientos y de habilidades técnicas.

Por su parte, Ledesma manifiesta que los estudiantes tienen conocimientos sobre el proceso enfermero y sobre cada una de sus etapas pero lo aplican en menor proporción, esto indica dificultades en la integración teórico-práctica que deberán ser consideradas para fortalecer el proceso formativo.² Por todo lo anterior, Castellanos L. sugiere que es necesario mejorar el proceso de formación estableciendo relaciones causa-efecto sobre los resultados obtenidos en el estado de salud del paciente.⁴

En cuanto a las limitaciones de los informantes para aplicar proceso de razonamiento o pensamiento crítico al aplicar el proceso enfermero en el área hospitalaria, White L. considera que la habilidad de pensamiento crítico es importante

y útil en todos los aspectos de la vida personal y, además, es una herramienta vital para el proceso enfermero. El pensamiento crítico desarrolla una actitud cuestionadora que busca investigar las situaciones problemáticas para, a su vez, buscar posibles explicaciones de lo que está pasando en el paciente.⁵

CONCLUSIÓN

Las experiencias de los alumnos en la aplicación del proceso enfermero nos permitió conocer que son múltiples los factores que intervienen al brindar cuidado, por lo que se requiere que durante la práctica de enfermería, el alumno integre conocimientos, habilidades, actitudes, así como el pensamiento crítico.

En la presente investigación se concluye que la aplicación del proceso enfermero en el área hospitalaria estuvo limitada por la falta de conocimientos de los alumnos, por la falta de tiempo para realizar el proceso enfermero y por el exceso de trabajo en los servicios; lo cual reduce la posibilidad de que el alumno, durante su formación y como futuro pro-

fesional, aplique esta herramienta científica en la práctica hospitalaria posterior.

En virtud de lo anterior, es menester que las Facultades de Enfermería continúen esforzándose en desarrollar conocimientos, habilidades y valores específicos de la disciplina en los alumnos, porque esto permitirá que en su futuro profesional de enfermería logren identificar claramente el objeto de acción, así como las competencias y obligaciones a desarrollar en la atención del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro-Lefavre R. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. ed. 4ta. España: Elsevier; 2009; 6: 14-15.
2. Ledesma M et al. Conocimiento y aplicación del proceso de enfermería por estudiantes de licenciatura. *Desarrollo Científico de Enfermería*. 2005; 13 (3): 82-86.
3. Morales A et al. Perspectiva del proceso de enfermería. *Desarrollo Científico de Enfermería* 2006; 14 (8): 321-325.
4. Castellanos LEP. Aptitudes clínicas en egresados de escuelas de enfermería. *Desarrollo Científico de Enfermería* 2010; 18 (2): 58-63.
5. White L. *Documentation & The Nursig Process*. Canadá: Thompson; 2003: 4-7.

Proceso de Atención de Enfermería aplicado a una persona con trauma craneoencefálico

Eder A Villegas Sánchez, Sara Santiago García ***

RESUMEN

Se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el hospital “Adolfo López Mateos” acorde al enfoque metodológico enfermero, empleando la teoría del déficit del autocuidado de Dorothea E. Orem, dirigido a un paciente masculino de 24 años con diagnóstico médico de politraumatismo, traumatismo craneoencefálico grado III y hemorragia subaracnoidea, con escala de valoración neurovascular Fisher II. El objetivo de este trabajo es que el profesional de enfermería adquiera opiniones, opciones, conocimientos y habilidades para diagnosticar, brindar tratamientos de enfermería e identificar los factores de riesgo que ayuden al paciente a su pronta recuperación o a mantener su estado de salud-enfermedad no sólo en el aspecto biológico, sino también en el aspecto psicosocial y espiritual, con el fin de prevenir patologías secundarias. Los aspectos teóricos están en proceso de desarrollo y perfeccionamiento. Por dichas razones, la investigación es el puente que une la teoría con la práctica y en donde la búsqueda del conocimiento es la base para formar el juicio y fundamento de las acciones de enfermería.

Palabras clave: Proceso de atención enfermero, teoría de Dorothea Orem, enfermería.

Nursing Care Process applied to a person with traumatic brain injury

ABSTRACT

We applied the Nursing Care Process (SAP) at the Hospital “Lic. Adolfo López Mateos” nurse according to the methodological approach, using the self-care deficit theory of Dorothea E. Orem, aimed at a male patient of 24 years with physician diagnosed multiple trauma, head injury grade III subarachnoid hemorrhage, with rating scale neuro-vascular Fisher II. The aim of this work is that the nurse acquires opinions, options, knowledge and skills to diagnose, provide nursing treatments and identify risk factors that helps the patient to a speedy recovery or maintain their health and disease not only the biological aspect, but also the psychosocial aspect and spiritual in order to prevent secondary conditions. The theoretical aspects are under development and refinement. For these reasons, the research is the bridge between theory and practice where the pursuit of knowledge is the base to form the judgment and nursing actions.

Key words: Nursing process, Dorothea Orem Theory, nursing.

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

** *Mtra. EE, Profesora de Asignatura de la carrera en Enfermería, UNAM-FES Zaragoza.*

*Correspondencia: santiago90_03@yahoo.com.mx
Insurgentes sur 3877, Col. la Fama*

INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método que ayuda a los profesionales a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión. Tiene como objetivo proporcionar cuidados de enfermería individualizados y permitir la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística, es decir, en sus dimensiones biopsicosocio-cultural y espiritual.¹

Con la aparición del proceso de enfermería, en los años sesenta, las enfermeras comenzaron a tener un lenguaje común que facilitó compartir aspectos de la práctica, así como evidenciar sus experiencias al dar cuidado; el enfoque procedimental cambió hacia el de una práctica basada en el conocimiento científico.¹

El modelo de Dorothea Elizabeth Orem, respecto al desarrollo de la teoría enfermera del déficit del autocuidado, se basa en tres conceptos: autocuidado, déficit de autocuidado y los sistemas de enfermería.²

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un plan de cuidados mientras el paciente esté en el Servicio de UCI, acorde a las respuestas humanas y requisitos que vaya presentando, con la utilización de las cinco etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

METODOLOGÍA

Estudios de caso, en los que se representan situaciones o problemáticas diversas de la vida real para el análisis de datos concretos que nos permitan reflexionar, analizar y discutir en grupo las posibles salidas que se pueden encontrar a cierto problema.²

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de paciente masculino de 24 años, de nombre Pedro (ficticio); días de estancia: 15 y aún permanece en la UCI; ocupación: estudiante de ingeniería aeronáutica; patrón de vida: hijo, estado civil soltero, religión católica, alergias negativo, tipo de sangre O positivo, toxicomanías positivo; con diagnóstico médico de politraumatismo, traumatismo craneoencefálico grado III, hemorragia subaracnoidea, con escala de valoración Fisher II.

Cráneo: Normoencefalo con herida en zona parietal derecha afrontada sin datos de sangrado activo. **Ojos:** Pupilas anisocóricas der. 2 mm izq. 3 mm arreactivas, reflejo corneal ausente, con lesiones de escalpe facial cicatrizado. **Nariz:** Fractura en tabique nasal. **Oídos:**

Orejas pequeñas con presencia de canal auditivo y membrana timpánica sin lesiones. **Boca:** Edematizada con múltiples lesiones de escalpe en zona peribucal cicatrizadas, mucosas orales deshidratadas; permeable, con heridas en ambas porciones laterales de la lengua y sangrado abundante, sin ausencia aparente de dentadura.

Cuello: Faringe normal cilíndrica con tráquea central sin adenomegalias, no se palpa tiroides, pulsos presentes e inmovilidad de movimientos del cuello. **Tórax y pulmón:** Se encuentra intubado con presión inspiratoria de 12, Peep 6, FiO₂ 100%, VC. 455 mL, VM 8.1. Campos pulmonares hipoventilados, con crepitación en hemitórax derecho, contusión pulmonar bilateral y miocárdica.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos asincrónicos con bradicardia y taquicardia, llenado capilar mayor a tres segundos, y pulsos presentes. **Abdomen:** Semigloboso a expensas de tejido adiposo, blando, depresible, con presencia de ruidos peristálticos disminuidos, edema generalizado. **Génito:** Órganos sexuales sin alteraciones y sin salida de secreciones, con sonda vesical a derivación.

Extremidades superiores e inferiores: Simétricas, tono y fuerza muscular disminuidas, con lesiones de heridas por politraumatismo y tratamiento médico, fractura del tercio medio de clavícula derecha, miembros pélvicos sin presencia de insuficiencia venosa, pliegues simianos, con edema de +++.

Columna vertebral: Anormal, con fracturas: C3 a T3, clavícula derecha (tercio medio), Apófisis espinosa C7 y transversa C6, contusión medular de C3 a C6. **Piel:** hidratada, turgente, ligeramente ictérica, con lesiones de escalpe así como de punciones en dorso de ambas manos, tercio medio de antebrazo al igual que a nivel de arteria subclavia derecha e izquierda.

En la segunda etapa del proceso se desprenden los diagnósticos de enfermería reales, conforme los requisitos alterados y los factores de riesgo que el paciente presenta, así como la realización de intervenciones de enfermería dirigidas a la pronta recuperación o a mantener su estado de salud-enfermedad en su estancia. Con base en las problemáticas encontradas y los factores de riesgo detectados, se implementaron cuidados con el fin de mantener el estado de salud-enfermedad para corregir y mejorar su estado.⁸

En la ejecución se realizaron acciones de enfermería para la mejoría de la paciente, como son: administración de medicamentos, cuidados a sonda nasogástrica (SNG), sonda Foley, cuidados para prevenir úlceras por presión, monitorización hemodinámica, aspiración de secreciones por tubo endotraqueal-boca, control de líquidos y glucemias, entre otros. En la evaluación se analizaron los datos sobre cómo el paciente respondió al tratamiento y los cuidados que se le brindaron.⁹

Planes estandarizados

Indicios: FR: 28x', SPO₂ 89%, ventilador, abundantes secreciones en boca y cánula, endotraqueal fétidas, acidosis metabólica, contusión pulmonar bilateral y miocárdica, trauma cerrado de tórax, 4 hemotórax derecho con pleurostomía, campos pulmonares con sibilancias, SNG, cánula de Guedel, presión inspiratoria de 12, Peep 6, FIO₂ 100%, VC. 455 mL, VM 8.1, PH7.01, PaO₂ 27.4, PaCO₂ 73.4, HCO₃ 18.2, lactato 6.4, postparo PH7.16, PaO₂ 47.6, PaCO₂ 57.8, HCO₃ 20.5, lactato 7, Ramsay de 6.

Código: 00030

Etiqueta diagnóstica: deterioro del intercambio de gases r/c ventilación perfusión, cambios en la membrana alvéolo-capilar m/p gasometría arterial anormal, pH arterial anormal, respiración anormal asistencia de (ventilación mecánica)

Dominio:

3

Clase:

4

Eliminación e intercambio

Función respiratoria

Resultados esperados NOC: 0415 estado respiratorio

0402 estado respiratorio: intercambio gaseoso

0410 estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias

0403 estado respiratorio: ventilación

Indicadores

*1 Deterioro grave, 2 deterioro sustancial, 3 deterioro moderado, 4 desviación leve y 5 sin desviación.

Aumentar a:

| Código | Intervenciones NIC | Sistema de enfermería: TC | Fundamentación científica |
|--------|--------------------|---------------------------|---------------------------|
|--------|--------------------|---------------------------|---------------------------|

3160 Aspiración de las vías aéreas

- Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal
- Auscultar los sonidos antes y después de la aspiración
- Disponer precauciones universales: guantes, gafas, y máscara, si es el caso. Hiperoxigenar con oxígeno al 100% mediante la utilización del ventilador o bolsa de resucitación manual
- Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, tubo de traqueotomía o vía aérea del paciente
- Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración, si se utiliza un sistema de aspiración traqueal cerrado
- Observar el estado de oxígeno del paciente (niveles de SaO₂ y SvO₂) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco), inmediatamente antes, durante y después de la succión
- Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal. Anotar el tipo y la cantidad de secreciones obtenidas

Las vías aéreas son las responsables de la mayor parte de las resistencias al flujo aéreo. Las lesiones obstructivas a nivel de las vías altas repercutirán de forma ostensible en la ventilación pulmonar. La aspiración endotraqueal es una técnica que permite remover secreciones acumuladas en la vía aérea que no pueden ser eliminadas efectivamente por otros medios.

Se procede a aspirar a través del tubo endotraqueal y por vía orofaríngea con el fin de remover secreciones contenidas.

Antes, durante y después del proceso de aspiración es recomendable colocarle oxígeno al paciente al 100% ya que el proceso de extubación produce gran ansiedad en el paciente elevando su consumo de O₂, por lo que se corre el riesgo de hipoxemia y efectos cardiovasculares indeseables.

Manejo de las vías aéreas artificiales

- Disponer una vía aérea orofaríngea o una cánula de Guedel para impedir morder el tubo endotraqueal, si procede
- Proporcionar una humidificación de 100% al gas/aire inspirado
- Proporcionar una hidratación sistémica adecuada mediante la administración oral o intravenosa de líquidos
- Mantener el inflado del globo del tubo endotraqueal/cánula o traqueotomía mediante una técnica mínimamente oclusiva o una técnica de fugas mínima
- Cambiar las cintas/sujeción del globo endotraqueal cada 24 horas, inspeccionar la piel y la mucosa bucal, mover el tubo ET al otro lado de la boca
- Aflojar los soportes comerciales del tubo endotraqueal al menos una vez al día y proporcionar cuidados a la piel
- Auscultar si hay sonidos pulmonares bilaterales. Al igual que de crepitaciones y roncus
- Marcar la referencia en centímetros en el tubo endotraqueal para comprobar posibles desplazamientos
- Observar si hay descenso del volumen exhalado y aumento de la presión inspiratoria en los pacientes que reciben ventilación mecánica
- Iniciar la aspiración endotraqueal si está indicado
- Instituir medidas que impidan la desintubación accidental: fijar las vías aéreas con cinta/cuerda; administrar sedación y relajantes musculares, si procede, y disponer sujeción en los brazos, si procede
- Proporcionar cuidados bucales y aspirar orofaríngea, si procede. Realizar fisioterapia torácica, si procede

El circuito cerrado puede incrementar la resistencia y el volumen enviado por el ventilador; también es posible que la succión sea interpretada como un esfuerzo inspiratorio del paciente y si el ventilador se encuentra en el modo asistido ciclará a la fase inspiratoria.

La presencia del catéter en la faringe seguramente producirá náuseas; si se produjera el vómito debe colocarse al paciente en decúbito lateral y aspirar rápidamente la orofaringe con el fin de evitar broncoaspiración.

Una vez ubicado el catéter en la laringe es posible que se produzcan tos, broncoespasmo o laringoespasmo como parte del mecanismo de defensa contra un cuerpo extraño, también pueden producirse sangramientos a nivel de la mucosa nasal o faríngea.

3180 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva

- Consultar con otros cuidados para la selección de ventilación (modo inicial habitualmente de control de volumen con frecuencia respiratoria, niveles de FIO₂ y volumen corriente diana especificado)

Durante la aspiración endotraqueal las arritmias cardíacas ocurren normalmente por hipoxemia; sin embargo, también la estimulación mecánica de la vía aérea puede causarlas; adicionalmente, la estimulación vagal puede causar bradicardia y asístole; las taquicardias se asocian más a hipoxemia y agitación del paciente.

Continúa de... **Planes estandarizados**

- Controlar las actividades que aumentan el consumo de O₂ (fiebre, escalofríos, convulsiones, dolor o actividades básicas de enfermería) que puedan sustituir los ajustes del soporte del ventilador y causar una desaturación de O₂
- Proporcionar cuidados para aliviar el estrés del paciente (posición, limpieza traqueobronqueal, terapia broncodilatadora, sedación y/o analgesia)

La ventilación mecánica es un procedimiento de respiración artificial que sustituye o ayuda temporalmente a la función ventilatoria de los músculos inspiratorios. No es una terapia, es una intervención de apoyo, una prótesis externa y temporal que ventila al paciente mientras se corrige el problema.

3300 Cuidados del drenaje torácico

- Asegurarse de que todas las conexiones de los tubos estén firmemente fijadas
- Observar periódicamente la corriente salida del tubo torácico y las fugas de aire
- Monitorizar la permeabilidad del tubo torácico
- Observar y registrar el volumen, tono, color y la consistencia del drenaje del pulmón
- Observar si hay signos de infección
- Limpiar la zona alrededor del sitio de inserción del tubo
- Asegurarse de que el pleurovac del tubo torácico se mantiene en una posición vertical.

La programación de los diferentes parámetros de ventilación mecánica tiene la función, junto a la de oxigenar y de ventilar, la de proteger a los pacientes de la posible lesión asociada, que supone la propia ventilación en el parénquima pulmonar, y favorecer la recuperación o reparación del órgano disfuncionante por la que se indicó: cerebro, corazón o pulmón.

Resultados esperados NOC: 0406 perfusión tisular cerebral

0416 perfusión tisular celular

AUMENTA A:

Sistema de enfermería: TC
Fundamentación científica

| Código | Intervenciones NIC Intervenciones | |
|--------|--|---|
| 2540 | <p>Manejo del edema cerebral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguir de cerca el estado neurológico y compararlo con valores guía • Monitorizar los signos vitales • Monitorizar niveles de PaO₂, PCO₂, pH y bicarbonato • Suministrar sedación. Observar los cambios del paciente en las respuestas a los estímulos • Colocar la cama con el cabecero levantado a 30° o más • Evitar el uso del PEEP • Administrar agentes bloqueadores neuromusculares, según proceda • Restringir la administración de líquidos • Evitar la administración de líquidos hipotónicos iv • Evitar maniobras de valsalva <p>Mejora de la perfusión cerebral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos y mantener dichos parámetros dentro del margen debido • Inducir la hipertensión con la expansión del volumen o con agentes inotrópicos o vasoconstrictores, según prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicos y mantener/mejorar la presión de perfusión cerebral (PPC). • Administrar expansores de volumen para mantener los parámetros hemodinámicos, según prescripción • Monitorizar los tiempos de protrombina (PT) y tromboplastina parcial (PPT) • Mantener el nivel de hematocrito alrededor de 33% para la terapia de hemodilución hipervolémica • Mantener el nivel de glucosa en suero dentro del margen normal. • Administrar y vigilar los efectos de los diuréticos de asa y corticosteroides • Administrar bloqueadores de canal de calcio según prescripción • Observar si hay signos de hemorragia (búsqueda de sangre en heces y drenajes nasogástricos) • Controlar la PAM, monitorizar la PVC | <p>El edema vasogénico es el más frecuente; se produce, entre otras lesiones, en traumatismos, inflamaciones, alrededor de tumores y de hemorragias y se observa principalmente en la sustancia blanca.</p> <p>En parte se trata de un edema común y en parte, de un edema inflamatorio con aumento de permeabilidad vascular por alteración endotelial. El líquido se acumula principalmente en el espacio intersticial y, en menor grado, en los astrocitos.</p> <p>El edema cerebral puede conducir a herniaciones de la masa encefálica y además, a detención del flujo sanguíneo con muerte cerebral. Las herniaciones pueden ser causa de muerte.</p> <p>Una posición adecuada disminuirá el riesgo del incremento de la PIC. El furosemida es un diurético y la metilprednisolona un desinflamatorio, uno disminuye el edema y el otro no deja que se acumulen líquidos que favorezcan al edema.</p> <p>Deben utilizarse soluciones isotónicas, como cristaloides se empleará SSF y como coloide puede emplearse sero-albúmina al 5%. No se aconsejan soluciones glucosadas excepto si hay hipoglucemia.</p> |

| Ejecución | | Evaluación |
|-----------|----------------------|---------------------------------------|
| Fecha | Resultados obtenidos | Evaluación de todo el plan de cuidado |
| Ejecución | | Evaluación |
| Fecha | Resultados obtenidos | Evaluación de todo el plan de cuidado |

MARCO TEÓRICO

Teoría de enfermería del déficit de autocuidado de Orem

Dorothea E. Orem es una de las teóricas de enfermería más destacada de Norteamérica y siempre trabajó para mejorar la formación en enfermería.³ El objetivo de la enfermería, para ella, era ayudar al individuo a mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la vida y recuperarse de la enfermedad, logrando afrontar las consecuencias de la misma.⁴

Epidemiología del traumatismo craneoencefálico

En México, el trauma craneoencefálico (TCE) en el año 2005 fue la cuarta causa de muerte después de las enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades cardiacas y el cáncer. La OMS prevé que para el 2020, esta patología será uno de los diez principales problemas de salud en los países desarrollados.^{5,6,7}

DISCUSIÓN

Con la utilización del Proceso de Atención de Enfermería podemos reconocer que el seguimiento fue útil para estructurar el pensamiento crítico enfermero, así como los aspectos físico, biológico, psicológico, emocional y espiritual del paciente. Durante el seguimiento del caso clínico, el paciente se fue deteriorando de forma gradual por su misma condición patológica, agregándosele diversas complicaciones; se brindó la opción de enseñarle a los familiares los cuidados que deberían tener cuando se diera de alta, fracasando días después tras su deceso.

De tal forma, se puede determinar que el plan de cuidados fue benéfico en ciertos momentos de la evolución del paciente, mejorando el estado de salud-enfermedad; en otras

ocasiones había retroceso; sin embargo, las complicaciones fueron mermando el estado de salud y así mismo el avance del tratamiento tanto médico como enfermero.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Noguera Ortiz, NY. Proceso de atención de enfermería: una herramienta para la garantía del cuidado. *Revista de enfermería* 2008 septiembre (acceso 26 de septiembre 2010); 11 (4):31-35. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol110408/Procesosdeatenciondeenfermeria.htm>
2. El estudio de casos como técnica didáctica. En línea: http://www.ulavirtual.cl/ulavirtual/SITIO%20WEB%20CRA/recursos_ensenanza/estrategiasytecnicasdidacticas/estudio_de_casos_como_tecnica_didactica.pdf, consultado el día 15 de noviembre del 2010.
3. Rojas GA, Sandra PP, Lluch BA, Maritza CA. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, versión impresa ISSN 0864-0319. Ciudad de la Habana 2009; 25 (3-4).
4. Cabrera E. Ética del modelo de Dorothea Orem, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCM-H) Facultad de Ciencias Médicas. En línea en: http://Victor/subir/rhab/rhcm_vol_6num_3/rhcm13307.htm (1 of 11)10/07/2007 10:59:13, consultado el día 15 de noviembre del 2010.
5. En línea: http://www.sen.es/pdf/2010/guttman_2010.pdf, consultado el día 20 de noviembre del 2010.
6. Uscanga CD, Castillo LJA, Arroyo G. Hallazgos por tomografía computada en pacientes con trauma craneoencefálico, su relación con la evolución clínica y cálculo del edema cerebral. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría* 2005; 38 (1): 11-19.
7. Martínez GJ. Traumatismo craneoencefálico. *Arch Invest Pediatr Méx* 2005; 8 (1): 19-26.
8. Velásquez JC, Romero JD, Archila PE. *Medicina interna en urgencias*. Edit. Médica Celsus, Colombia 2005.
9. Fortuna CJA, Rivera MJR, Roldan GAM. Protocolo de atención del paciente grave "Normas, procedimientos y guías del diagnóstico y tratamiento". Edit. Médica Panamericana, México 2008.
10. Carrillo ER, García GM, Martínez HL. Disfunción ventricular izquierda secundaria a hemorragia subaracnoidea. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva* 2010; XXIV (4): 196-200.
11. Huerta MLF, Wilkins GA, Silva RR. Hemorragia subaracnoidea en el Servicio de Admisión Continua del Centro Médico Nacional Siglo XXI Than G. *Med Int Mex* 2010; 26 (3): 237-242.
12. Guzmán F. Fisiopatología del trauma craneoencefálico. *Colombia Médica* 2008; 39 (Supl 3).

Proceso de atención enfermero a persona con insuficiencia renal crónica

Sarely Trujano Trujano, Sara Santiago García***

RESUMEN

El proceso de atención en enfermería (PAE) tiene como finalidad brindar atención integral y especializada a cada agente de cuidado, impulsando y conservando la salud del usuario cuando lo requiera. Este PAE se realizó en el Hospital "Lic. Adolfo López Mateos" y se utilizó la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem. Se trata de Jesús (nombre ficticio), masculino de 66 años con un padecimiento de insuficiencia renal crónica y peritonitis bacteriana; HAS (hipertensión arterial sistémica), DM T2 (diabetes mellitus tipo 2) descontroladas debido a una falta de adhesión al plan terapéutico.

Palabras clave: Proceso de atención enfermero, Teoría Dorothea Orem.

Nursing process person with chronic renal failure

ABSTRACT

The completion of the Nursing Care Process is designed to provide comprehensive care to each agent specialized care by developing and maintaining the health of the user when required. The Nursing Care Process (SAP) at the Hospital "Lic. Adolfo López Mateos", was applied using Dorothea Orem's theory in conjunction with his theory of self-care deficit. This is Jesus, 66 years old male with chronic renal disease, bacterial peritonitis, HAS (hypertension), T2 DM (diabetes mellitus type 2) uncontrolled due to a lack of adherence to therapeutic plan.

Key words: Nursing process, Dorothea Orem Theory.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, la enfermería ha suscitado un interés tal entre los profesionales que los ha llevado a demostrar, mediante argumentos de corte científico, su consolidación como una ciencia joven. Algunas de las principales preocupaciones de esta ciencia son la promoción, la prevención y la recuperación del estado de salud del agente de cuidado, así como la disminución de riesgos por medio de la educación para la salud.

El PAE tiene como objetivo la interacción entre la teoría y la práctica clínica; es un método sistemático, racional y flexible de aplicación en la práctica clínica que nos permite brindar cuidados integrales para satisfacer, mejorar e implementar hábitos en la salud acorde a las respuestas humanas. Los conocimientos del PAE son considerados fundamentales en la práctica y la teoría profesional de enfermería mostrando del conocimiento en la práctica cotidiana, permitiendo su aplicación, ejecución y evaluación basada en una fundamentación científica.

**Alumna del 8vo semestre de Licenciatura en Enfermería, FES Zaragoza.*

*** Asesora Metodológica, Profesora Académica de la Licenciatura en Enfermería de FES Zaragoza.*

Correspondencia: Sarely Trujano Trujano. Universidad Nacional de México UNAM. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza Lic. Enfermería. E-mail: sare12_roriz@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

Ofrecer un cuidado integral fundado en la comunicación y la empatía entre el enfermero y el agente de cuidado, permitirá que el profesional desarrolle habilidades, conocimientos y experiencia para identificar alteraciones del proceso salud-enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Este PAE está dirigido a un agente de cuidado que llamaremos Jesús (nombre ficticio); paciente masculino de 64 años. Jesús arribó al Servicio de Urgencias de Adultos con diagnóstico médico de peritonitis bacteriana, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II descontroladas, con signos vitales de 37.5 °C, frecuencia respiratoria 20 x', frecuencia cardíaca 69 x' y tensión arterial 162/86 mmHg. Se le planteó la posibilidad de elaborar su caso clínico con fines académicos (paciente con enfermedades crónicas degenerativas descontroladas), se le explicó que éste le permitirá participar en su propio cuidado y se le ofreció atención individualizada. Se requirió de la autorización a través de un consentimiento informado reiterando que la información se usará para fines académicos.

Los datos contribuyeron para la realización del diagnóstico de enfermería real y de riesgo, se inició la jerarquización priorizando las necesidades, utilizando como herramienta principal la Teoría de Dorothea Orem. La etapa de planeación tuvo como finalidad llevar a cabo intervenciones de enfermería de manera integral y especializada. Se ejecutaron las intervenciones de enfermería de forma racional, lógica y sistemática. Posteriormente se evaluaron de manera individualizada para determinar el impacto de las intervenciones de enfermería, reconociendo la evolución o disminución de los problemas en su nivel óptimo de salud.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como disminución grave de la masa de nefronas en un lapso duradero que culmina en uremia.

Cuando existe un funcionamiento renal de 100-80%, no existe sintomatología; sin embargo, hay que valorar la administración de antiinflamatorios no esteroideos. Cuando es de 50-20%, existe aumento de creatinina sérica de 1.8-14.4 mg/dL y los síntomas aparentes son nicturia y malestar leve; sin embargo, cuando se ha llegado a una función renal de < 10%, los síntomas son los siguientes: Cansancio, letargo, náuseas, anorexia y pigmentación pardusca.¹

Peritonitis

La peritonitis es una de las principales complicaciones de los pacientes con diálisis peritoneal automatizada (DPA). La

infección tiene un gran impacto en el pronóstico a largo plazo, disminuyendo el tiempo de vida útil de la membrana peritoneal. En todo paciente con diálisis que presenta líquido peritoneal turbio se debe sospechar que presenta peritonitis (Evidencia).¹

Hipertensión arterial sistémica

La prevalencia de HAS en México es de 30.7% en adultos mayores de 20 años, y sólo el 14.6% logran su control tensional.³ La hipertensión, según el reporte de la OMS, aumenta el riesgo cardiovascular cuando hay daño a un órgano blanco, y la presencia de este órgano dañado va a influir en el método y el tratamiento.

Diabetes mellitus tipo dos (T2)

El término diabetes proviene de la expresión griega “fluir a través de” (como sería orinar excesivamente) y mellitus significa “similar a la miel”.¹

Tipo 2 se conoce al adulto insulino dependiente. Es ocasionada por resistencia a la acción de la insulina y por falla de las células B. Estos dos trastornos suceden simultáneamente y manifiestan de manera variable en cada persona que la padece.¹

Requisitos de desviación de la salud

Se trata de Jesús, masculino de 66 años, con escolaridad de preparatoria, pensionado. Con antecedentes heredofamiliares: Padre finado por insuficiencia renal crónica y madre sin antecedentes de enfermedades crónicas-degenerativas, antecedentes personales no patológicos, originario del estado de Oaxaca y residente del D.F., casado, creyente, habita en casa propia en compañía de su esposa, cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios, toxicomanías negadas. Antecedentes personales patológicos alérgicos negados, quirúrgicos [proctomía abierta, colocación de catéter Tenckhoff en región abdominal, diabetes mellitus con antigüedad de 25 años, en tratamiento con actual con glargina (insulina de acción prolongada)] 5 UI por la mañana. HAS diagnosticada desde hace 8 años, tratamiento actual con amlodipino una tableta vía oral por la noche. Insuficiencia renal crónica, desde hace dos años; inició el tratamiento hace un año tres meses actualmente, tratada con diálisis peritoneal automatizada a través de la maquina cicladora (home choice); eritropoyetina tres ampulas, tres veces por semana, calcitrol una tableta VO cada 24 horas, ácido fólico una tableta VO cada 24 horas, fumarato ferroso una tableta VO cada 24 horas.

DISCUSIÓN

Los estudiantes de la Licenciatura de Enfermería desarrollaron algunas habilidades durante el proceso de atención

Cuadro I. Plan estandarizado.

Requisito alterado: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento humano y bienestar
Indicios: El día 27/10/10 leucocitosis (11.2), neutrófilos (9.55), linfocitos (9.70), líquido dializante a su egreso turbio, febrícula durante el turno vespertino

| | | |
|--|---|---------------------------|
| Código: 00004 | Dominio: 11 Seguridad y protección | Clase: 2 Lesión física |
| Diagnóstico: Infección (peritonitis) r/c enfermedad crónica (insuficiencia renal crónica), alteración de las defensas primarias (rotura de la piel), por instalación de catéter Tenckhoff m/p temperatura por encima y por debajo de los límites | | |

Resultados esperados NOC: Limitar la infección evitando que se propague a otros órganos

| Indicadores | Puntuación Diana | | | | | |
|------------------------------|------------------|-------------|---|---|---|---|
| | Mantener a: | Aumentar a: | | | | |
| 070307 fiebre | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 070333 dolor | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 070326 aumento de leucocitos | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Intervenciones NIC:

Sistema de enfermería: TC

| Código | Intervenciones | Fundamentación científica |
|--------|---|---|
| 3660 | Protección contra las infecciones | Cuando los gérmenes logran traspasar las primeras barreras defensivas del organismo (piel y mucosas) y se alojan en tejidos considerados normalmente como estériles, tiene lugar la infección. Dependiendo de la virulencia del inóculo, así como de la inmunocompetencia del paciente, las defensas inmunológicas locales pueden ser superadas, produciéndose entonces la irrupción de los gérmenes al torrente circulatorio y el establecimiento de una bacteremia. Las defensas del hospedero contra la infección son de tres órdenes: |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones • Vigilar el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciados Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo • Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor externo o drenaje en la piel y las membranas mucosas • Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica • Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente • Llevar en práctica precauciones universales • Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas IV y el catéter Tenckhoff | <ol style="list-style-type: none"> 1. Las barreras mecánicas 2. Las defensas celulares 3. Las defensas humorales |

Evaluación

| Resultados obtenidos | Evaluación de todo el plan de cuidado |
|--|---|
| La infección se mantuvo, no aumentó pero tampoco disminuyó debido a que llevaba un día con antibiótico. Siguiendo con su esquema de antibiótico. Al final del turno se observó parte del catéter Tenckhoff, limpio y sin datos aparentes de infección. El líquido dializante durante el turno siguió turbio. | Concorde a los objetivos esperados, se logra limitar las infecciones en el paciente y se mantiene estable. Las intervenciones fueron las idóneas. |

Puntuación diana: 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido, y 5. No comprometido. De acuerdo a la teoría de sistemas de D. Orem, el agente de cuidado está en estado compensatorio totalmente (TC).

de enfermería: investigación, búsqueda de bibliografía actualizada y válida. También desarrollaron conocimientos acerca de la metodología del enfermero, enriquecidos con distintos puntos de vista del padecimiento del agente de cuidado (*Cuadro I*).

Posteriormente, en la evaluación del plan estandarizado sobre el agente de cuidado, no se pudo valorar totalmente debido a la corta estancia en el Servicio de Urgencias. Después fue hospitalizado en medicina interna para ser valorado por médicos especialistas en nefrología y así poder descartar patologías secundarias; sin embargo, durante ese tiempo se trató de mantener el estado de salud actual.

Por otro lado, nuestra opinión coincide con el Instituto de Salud del Estado de México: la población geriátrica es susceptible de padecer enfermedades crónico-degenerativas y sus correspondientes complicaciones, por tal motivo es necesario que la población brinde la importancia necesaria al cuidado de su salud, sobre todo si tienen antecedentes hereditarios.¹⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. Murtagh J. Práctica general de medicina. 3ra ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
2. Barrera P, Zambrano P, Contreras A, Dreves P. Complicaciones infecciosas en diálisis peritoneal crónica Rama Nefrología Pediátrica - Sociedad Chilena de Pediatría. Rev Chil Pediatr 2008; 79 (5): 522-536.
3. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero "fomentar el cuidado en colaboración". 5ta ed. Editorial Manson; 2005.

2 Op. Cit. Murtagh J. 2007.

4. Taylor SG, Orem DE. Teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ta ed. España: Elsevier; 2007: 267-295.
5. Lépor ILR. Farmacología clínica de bolsillo. Buenos Aires: Editorial Laboratorios Schering-Plough; 2003.
6. NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2005-2006, Elsevier.
7. NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2009-2011, Elsevier.
8. Dochterman MJ, Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ta ed. España: Mosby & Elsevier; 2005.
9. Dochterman MJ, Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ta ed. España: Mosby & Elsevier; 2005.
10. <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=27>.

Síndrome de Burnout en el personal docente de enfermería

Ihosvany Basset Machado, Rafael Antonio Estévez Ramos**

RESUMEN

El síndrome de Burnout ha sido definido como una respuesta a la estresante situación laboral crónica que se produce, principalmente, en el marco del mercado laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios, no escapando de esta situación aquellos profesionales de la salud y, en específico, el personal docente que prepara continuamente a las futuras generaciones de la salud en escenarios educativos. El objetivo de estas profesiones es cuidar los intereses o satisfacer las necesidades del estudiante en cualquiera de los niveles docentes; también se caracterizan por el contacto directo con los alumnos. El presente artículo tiene como objetivo realizar una investigación documental acerca del índice del síndrome de Burnout en el personal docente. Se utilizó, para el conocimiento del mismo, la revisión de artículos relacionados con el tema.

Palabras claves: Burnout, síndrome, docente, enfermería.

Burnout syndrome among nursing teaching personnel

ABSTRACT

The syndrome of Burnout has been defined as a response to the stressful chronic labor situation that takes place, mainly, within the framework of the labor market of the professions that are centered in the benefit of services, not saving of this situation those professionals of the specific health and in the educational personnel who prepares continuously to the future generations of the health in educative scenes. The objective of these professions is to take care of the interests or to satisfy the necessities with the student in anyone of the educational levels, characterizing itself by the direct bonding with the students. The present article must like objective make a documentary investigation about the index of the syndrome of Burnout in the educational personnel. The article revision was used for the knowledge of the himself related to the subject.

Key words: Burnout, syndrome, educational, nursing.

Introducción

El síndrome de Burnout se presenta con relativa frecuencia en el personal que labora en instituciones educativas o de salud como una respuesta psicoso-

cial afectiva por encontrarse emocionalmente agotado; se manifiesta por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja.

Diversos autores han documentado que este síndrome afecta más a aquellas profesiones que requieren un contacto directo

* *Doctor en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Valle de Chalco, Secretaría de Salud. Instituto de Salud del Estado de México.*

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Dirección Adjunta de Desarrollo Científico. Dirección de Planeación de Ciencia CONACyT.

Correspondencia: Dr. en C. S. Ihosvany Basset Machado. Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Valle de Chalco, Secretaría de Salud. Instituto de Salud del Estado de México. Tel: 30 92 17 63. Ext: 205, Cel. 55 23 30 73 0958 60 19 07. E-mail: ibassetcuba@hotmail.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

con las personas y con una filosofía humanística del trabajo, es decir, aquellas que necesitan altas dosis de entrega e implicación. Así, son muchos los profesionales potencialmente afectados por el síndrome (docentes, enfermeros, médicos, trabajadores sociales, profesores, policías, entre otras profesiones u oficios), principalmente aquéllos cuyo trabajo tiene repercusión directa sobre la vida de otras personas; entre éstos se encuentra el personal docente, por ser una de las profesiones que exige entrega, idealismo y servicio a los demás; se cimienta sobre una personalidad perfeccionista, o con un alto grado de autoexigencia, comprometiéndose en el trabajo de la enseñanza; esto puede causarle diversos síntomas como: falta de ilusión, desmotivación por el trabajo, agotamiento físico y psíquico, bajo rendimiento laboral, frustración, etcétera (Maslach, 1998).

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana, hasta tal punto que puede considerarse como el malestar de nuestra civilización; afecta tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva. En el contexto de la salud laboral surge el desarrollo de un nuevo proceso: el síndrome de Burnout (Gil-Monte, 1997).

Para otros autores, el síndrome de Burnout se refiere a un proceso en el que los profesionales están agotados de su trabajo, en respuesta a las experiencias de estrés y tensión en el mismo. Los problemas que pueden ser solventados no llevan al Burnout, de hecho el estrés controlado puede tener efectos positivos, estimulando al individuo a superarse, lo que culminaría en una experiencia gratificante y en competencia profesional. Precisamente, el Burnout comienza cuando el individuo se siente más indefenso para cambiar la situación. Otros factores sobre los que existe más controversia son los diferentes turnos de trabajo que implican en algunos profesionistas, trabajar en otras instituciones; frente a este escenario existe mayor compromiso. De la misma manera, los horarios laborales, el salario, la categoría profesional y la sobrecarga laboral son algunos de estos factores que pueden estar implicados en desarrollar mayor riesgo de presentar estrés o el propio síndrome.

Además, siguiendo la bibliografía existente, se detectan una serie de áreas de trabajo con mayor incidencia del síndrome, como es el caso de las instituciones educativas y hospitalarias.

Al considerar los factores institucionales, diferentes autores destacan positivamente el soporte social como el principal medio para contrarrestar los efectos del Burnout. Por el contrario, se han identificado numerosos factores estresantes crónicos del entorno laboral implicados en su producción, como los estudiantes difíciles que presentan seguidamente su propio inconformismo; el poco tiempo de atención por estudiantes y la mala calidad de las relaciones del equipo de docentes o docente/estudiante (Atance, 1997).

El personal que labora en las instituciones de educación no escapa de la posibilidad de presentar este tipo de síndrome; el estrés ocasionado por la atención diferente y particularizada que se debe brindar a una gran cantidad de estudiantes suele ser de mayor complejidad, aunado a la escasez de recursos materiales para ofrecer la atención requerida, así como los factores externos al medio laboral que incide en los profesionales que se dedican a esta ocupación: la docencia. De primera instancia y para poder desarrollar el artículo de revisión, sólo se abordaron algunos estudios realizados en este medio profesional para los efectos de la investigación directamente y así poder tener un acercamiento a este síndrome en el personal docente.

En la década de los setenta, a consecuencia de los estudios que se realizaron sobre el estrés, se presenta el concepto Burnout en las primeras investigaciones de Freudenberg (1974). Aunque antes de finalizar esta década son muchas las referencias sobre este tema en diversas profesiones asistenciales, entre ellas la de los docentes Keavney y Sinclair (1978) y Kyriacou y Sutcliffe (1977), no será hasta los ochenta cuando se produzca un aumento considerable de las investigaciones sobre Burnout.

El concepto de estrés ha sido muy polémico dentro de la psicología, tanto en su definición como en sus modelos teóricos explicativos (Sandín, 2003). Sin embargo, el término Burnout ha sido delimitado y aceptado por la comunidad científica casi en su totalidad desde la conceptualización establecida por Maslach (Maslach, 1982, 1999) en la que define el Burnout como una respuesta del estrés crónico formada por tres factores fundamentales: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

Los primeros detonantes que comenzaron a señalar la importancia del estrés y Burnout en la profesión docente fueron los datos que las diferentes administraciones de educación tenían sobre las bajas laborales de los profesores y su evolución a través de los años. Estos resultados señalaban un aumento anual de las bajas de tipo psiquiátrico que no se encontraban en otras profesiones y que tenían como consecuencia un incremento del absentismo laboral, un enorme gasto en sustituciones y un bajo rendimiento en el trabajo (García-Calleja, 1991).

Al respecto, se hace mención de algunas de las características que se pueden dar de una manera generalizada en las investigaciones sobre el estrés y Burnout:

1. La utilización de estrategias correlacionales y ausencia de las experimentales.
2. El análisis de numerosas variables sociodemográficas, de la personalidad y de la organización, buscando correlaciones de éstas con el Burnout.

3. Los estudios epidemiológicos son meramente descriptivos del número de bajas, tipo, duración, etcétera, durante un determinado número de cursos académicos.
4. El elevado número de resultados contradictorios exige plantear la posibilidad de que los procedimientos metodológicos utilizados sean muy flexibles y que la fiabilidad y validez de estas investigaciones puedan verse afectadas por las dificultades de definir muchos de los términos utilizados.

Existen estudios descriptivos con diseños correlacionales que estudian la relación entre el estrés, Burnout y otras variables fundamentalmente sociodemográficas que se repiten en casi todos los países. En Alemania, Knight-Wegenstein (1973) realizó uno de los estudios pioneros en el ámbito de la educación en el que obtuvo que un 87.6% de los 9,129 profesores estudiados aparecieran como afectados por un elevado grado de tensión en el trabajo.

En Alemania, Kohnen y Barth (1990) realizaron un estudio en una población de 122 docentes, en el cual se refiere que sólo el 28% comunicaba síntomas mínimos sobre Burnout frente a un 43% con síntomas moderados y un 28.7% con síntomas más severos. Se destacan también aquéllas realizadas por Esteve (1994) en España; Pines, Arosen y Kafry (1981) en Estados Unidos; Borg y Falzon (1989) en Malta; Brenner (1982) en Suecia, Kyriacou (1980), Capel (1987), Chakravorty (1989) en Inglaterra y Temml (1994) en Austria.

Para la investigación es importante analizar los estudios que buscan una relación entre las bajas laborales, el estrés y Burnout. Chakravorty (1989) realizó una investigación sobre el tema donde hace referencia que un 77% de las bajas de larga duración era debido a trastornos mentales en una muestra de 1,500 docentes con baja laboral.

En otros estudios, relacionan puntuaciones de medidas en el síndrome de Burnout (siendo la más utilizada el MBI) siempre con variables sociodemográficas (sexo, edad, etcétera) en diferentes profesiones, realizando estudios comparativos directamente con docentes (de Heus y Diekstra, 1999; Travers y Cooper, 1997). Las profesiones más estudiadas en este campo han sido el personal profesional y no profesional de enfermería: médicos, trabajadoras sociales, rehabilitadores físicos, trabajadores de la salud mental, entre otros. En todos estos estudios se expresa que la profesión más afectada por el síndrome de Burnout es el personal docente, que en su gran mayoría está relacionado directamente con el trabajo en escenarios hospitalarios y con la profesión docente en áreas de educación (escuelas).

Se revisaron algunas investigaciones que estuvieran relacionadas con las consecuencias, variables asociadas y causas del estrés y el Burnout. En docentes se analizaron modelos teóricos y explicativos de los más citados en la literatura

científica sobre este tema, así como los diversos sistemas de evaluación y medidas de estrés y Burnout más utilizados, recopilando los diferentes tipos de técnicas de intervención empleadas para tener conocimiento sobre las principales medidas que deberían aportar las instituciones educativas para paliar sus efectos organizativos en el estrés y el Burnout a nivel individual y grupal, así como su prevención.

CAUSAS Y VARIABLES RELACIONADAS CON EL ESTRÉS Y EL BURNOUT EN PROFESORES

Las variables son un tema de gran interés, ya que éstas están directamente relacionadas con la etiología de este fenómeno: hoy en día el estrés y Burnout en docentes.

En este sentido, se describen las más estudiadas y las principales conclusiones a las que se han llegado. Distinguiéndose entre las variables personales sociodemográficas, como la edad, el sexo y las variables personales relacionadas con la personalidad y actitud del sujeto en estudio.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Son muchos los estudios (Byrne, 1991; Maslach y Jackson, 1981; Schaw e Iwanicki, 1982) donde su atención central es el análisis de las variables demográficas y la relación existente entre el estrés y el Burnout. En la gran mayoría de estos estudios se puede observar, mediante el análisis, bajos índices de porcentajes significativos de varianza en diversas subescalas que evalúan el Burnout. Sin embargo, en una parte importante de las variables se observan resultados que pudieran ser, bajo el análisis, contradictorios, y esta contradicción está presente entre los diferentes estudios epidemiológicos correlacionales con Burnout. Se puede encontrar que, por ejemplo, las investigaciones en pocas ocasiones son longitudinales o experimentales.

Sexo

Maslach (1982) afirma que las mujeres pueden experimentar de forma más intensa el cansancio emocional en comparación con los hombres, pero Schwab e Iwanicki (1982) y Gil-Monte y Peiró (1997) encuentran mayor varianza en la despersonalización; de acuerdo con el resultado final del estudio, los hombres son los que tienen mayor sentimiento negativo hacia los alumnos. Estos primeros resultados se contradicen con los estudios de Maslach y Jackson (1981), donde exponen diferencias en un mayor grado de cansancio emocional y menor realización personal en mujeres. Sin embargo, otros autores como Abraham (1984) y Maslach (1999) centran su atención en el doble rol que ejercen las mujeres en el trabajo y en la casa como fuente de estrés.

Pero sin tener dudas al respecto, continúan siendo mayoría los autores que no encuentran demostración suficiente de diferencias significativas con la variable en cuestión: sexo (Byrne, 1999; Schwab e Iwanicki, 1982).

Edad

También se localizaron resultados contradictorios en esta variable, ya que la relación establecida entre la edad y el Burnout ha sido un tanto lineal (Seltzer y Numerof, 1988) como curvilínea; en el estudio de Golembiewski, Munzenriper, Stevenson (1986) y Whitehead (1986) también se encontró ausencia de relación (Hock, 1988). Estos resultados deberían ser matizados ya que la relación que se establece entre el síndrome de Burnout y la edad se asocia al tiempo de experiencia en la profesión, la maduración propia por la edad del individuo y con la pérdida de una visión irreal de la vida en general. Se pone de ejemplo en estos estudios que los docentes más jóvenes presentan niveles superiores al estrés; esto puede entenderse, precisamente, por la falta de experiencia laboral en este medio, además de estar en edades relativamente homólogas a la de los estudiantes. Otro ejemplo que los autores Yagil (1998), Crane e Iwanicki (1986), y Schwab e Iwanicki (1982) refieren es que los docentes más jóvenes experimentan niveles superiores de estrés, mayores niveles de cansancio emocional y fatiga. Malik, Mueller y Meinke (1991) no refieren diferencias significativas respecto a la edad. Sin embargo, Van Ginkel (1987) y Borg y Falzon (1989) refieren que aquellos docentes más experimentados, que llevaban más de veinte años en la profesión, tenían una respuesta de estrés mayor que la de sus compañeros con menos antigüedad.

Tipo de centro educativo

Los centros en donde se desarrolla la función docente tienen grandes implicaciones en la percepción de estrés por parte de los docentes. Si diferenciamos éstos por encontrarse en núcleos urbanos, rurales o por ser centros denominados suburbanos (tradicionalmente denominados marginales), todas las investigaciones apuntan en la misma dirección: existen mayores índices de Burnout en los centros suburbanos que en los dos anteriores (Byrne, 1999; Leithwood, Jantzi y Steinbach, 2001; Valero, 1997). Parece ser que el comportamiento de los alumnos sería el factor principal, ya que se trata de personas que frecuentemente pertenecen a minorías marginadas y a familias disfuncionales.

Nivel impartido

Se ha podido experimentar que, según vayamos avanzando en los ciclos o grados educativos, el índice de Burnout

se puede incrementar. Al respecto, los docentes de nivel de secundaria básica son los más afectados (según Beer y Beer, 1992; Burke y Greenglass 1989), específicamente cuando nos referimos a las subescalas de despersonalización y realización personal (Anderson e Iwanicki, 1984). Gold y Grant (1993) explicaron estos resultados en secundaria, dado que los estudiantes presentan un menor grado de interés y motivación. Otros autores como Doménech (1995) y Ortiz (1995) señalaron un mayor nivel de Burnout en los primeros ciclos educativos. En un estudio minucioso en este tipo de investigaciones, se corroboró que el grupo más afectado es el de nivel de secundaria. Diversos autores (Anderson e Iwanicki, 1984; Beer y Beer, 1992) concuerdan en los problemas de conducta de jóvenes y adolescentes, y es donde se plantea el gran dilema de la educación obligatoria con sus respectivos límites de edad, el fallo de los sistemas de disciplina y los enfrentamientos de los alumnos con los docentes de este nivel educativo; además, tomando en cuenta todas aquellas implicaciones jurídicas que pueden conllevar según se encuentre el escenario.

Estado civil y las relaciones familiares

El estado civil y las relaciones familiares han sido de las características más estudiadas. Los docentes que presentan un estado civil de soltería, experimentan mayor grado de Burnout que los casados (Golembiewskiet et al., 1986), de manera que presentan un mayor cansancio emocional y despersonalización en el trato; sin embargo, estas condiciones no siempre se reproducen de modo exacto, ya que existen estudios donde los resultados son distintos. Durán, Extremera y Rey (2001) refieren que la paternidad puede funcionar como un factor protector ante el síndrome de Burnout, ya que se relaciona con la maduración que acompaña el ser padre, con una mayor experiencia en resolver problemas en los que pueden estar involucrados los hijos, así como el apoyo emocional recibido por parte de la familia. Desde este punto de vista, los autores consideran que llevar a casa aspectos relacionados con el trabajo puede ser negativo para las relaciones interpersonales del docente dentro del seno familiar y también una considerable fuente de estrés. Por otro lado, Cooke y Rousseau (1984) señalan que en algunos casos esta situación puede tener un impacto positivo y propicio, y puede, incluso, propiciar una oportunidad para recibir apoyo, un consejo o también puede ser una forma de desahogarse, en la cual la familia podría incluir ideas que tal vez no se le habían ocurrido al docente; finalmente, sentirá el apoyo directo de la familia y, por ende, satisfacción en la toma de decisiones que repercutirá en el buen desempeño profesional de este docente.

VARIABLES DE PERSONALIDAD

Cuando nos referimos a personalidad, nos enfrentamos a diversos tipos y variables con características indistintas del personal docente relacionadas con el estrés y el síndrome de Burnout.

Respecto a las variables estudiadas, el patrón de conducta tipo A (PCTA) tradicionalmente ha sido asociado al Burnout como modulador o facilitador de la experiencia de estrés. En el ámbito educativo, el síndrome ha estado asociado con la aparición de trastornos neuróticos y somáticos causados por el estrés que no presentan docentes ajenos a este tipo de conducta, obteniéndose una correlación significativa entre el Burnout y el PCTA. Sin embargo, no encontraban relaciones significativas entre este patrón de conducta y la experiencia de estrés. Por otro lado, recientes investigaciones señalan una elevada relación entre el PCTA, el Burnout y los problemas de salud mental de docentes con baja laboral de tipo psiquiátrico en comparación con docentes sin baja laboral, señalando a este patrón de conducta como un factor de riesgo de padecer este tipo de baja (Moriana, 2002).

La autoestima del docente es otra de las características asociadas o relacionadas con el síndrome de Burnout. En la mayoría de estudios aparece una correlación significativa entre docentes que presentaron baja autoestima y, por ende, mayores niveles del síndrome pudiendo llegar a la conclusión, en este aspecto, de que a medida que la autoestima disminuye en el docente, avanza el síndrome de Burnout. Cuando hacemos referencia al locus de control, gran parte de las investigaciones científicas apuntan a que los docentes con más locus de control externo tienen mayor tendencia de padecer síndrome de Burnout; indicando incluso una correlación de significancia entre las escalas de Burnout MBI y el locus de control (McIntyre, 1981).

En las investigaciones que se han realizado, la autoconciencia, el autocontrol y la autoeficacia ha dado en sus resultados que a mayor autoconciencia, mayor nivel de autocontrol y autoeficacia; esto supone un factor protector ante el síndrome. Ahora bien, cuando existen niveles altos del síndrome de Burnout, éstos se correlacionan con puntuaciones bajas en estas variables. Pines (1993) hace referencia a que sólo por el hecho de que las personas estén muy motivadas y con alta autoeficacia corren el riesgo de padecer Burnout, experimentando sólo estrés aquellas que se encuentran poco motivadas y con baja autoeficacia, fatiga e insatisfacción.

Las variables como el neuroticismo, la falta de empatía y los pensamientos irracionales también han sido relacionadas por algunos autores con el aumento de los índices de estrés y Burnout en los docentes.

CICLOS DE ESTRÉS DEL DOCENTE

Los docentes enfrentan características propias de la institución con la gran diversidad de actividades a lo largo del semestre o del ciclo académico; es importante señalar que durante el transcurso del ciclo, el docente enfrenta momentos en los que se puede encontrar más estresado. La incorporación al trabajo después de las vacaciones, los periodos de exámenes, etcétera, hacen del trabajo docente una situación dinámica en la que no siempre se realiza el mismo trabajo y en las que la época del curso puede predeterminar momentos vivenciados de forma muy dispar entre los docentes. En este sentido, en un estudio realizado en Estados Unidos de Norte América, en Nueva York en 1980, se hace referencia que la primera semana del curso escolar es la más estresante del año (Travers y Cooper, 1994).

¿CUÁLES SERÍAN LAS CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS Y EL BURNOUT EN LOS DOCENTES?

Matud y García (2002) señalan que la insatisfacción con el rol laboral y la presión en el trabajo correlacionan con la sintomatología de tipo somático, depresiva, de ansiedad e insomnio. Calvete y Villa (2000) presentan coeficientes de correlación significativos entre el cansancio emocional y síntomas de depresión, somatización, ansiedad, dificultades cognitivas y sensibilidad interpersonal. Pines et al. (1981) señalan que las consecuencias que afectan al profesor que padece Burnout a nivel psicológico son numerosas: falta de autorrealización, baja autoestima, aislamiento, tendencia a la autculpa, actitudes negativas hacia uno mismo y hacia los demás, sentimientos de inferioridad y de incompetencia, pérdida de ideales, irritabilidad y hasta casos más extremos de intentos de suicidio, cuadros depresivos graves, ansiedad generalizada, fobia social y agorafobia.

Se hace mención que, como consecuencia del estrés y Burnout, la insatisfacción laboral es alta, citada por un alto número de autores (Kyriacou y Sutcliffe, 1978; Travers y Cooper, 1997); las consecuencias que el estrés y el Burnout tienen sobre la familia han sido poco estudiadas en la literatura, convencidos de que debe ser un campo de estudio que se debe explotar por la significancia que puede arrojar. Se describen profesores que llegan tensos a casa, agotados física y psicológicamente, con cuadros de irritación, cansados de escuchar y hablar sobre problemas de otras personas. Estas condiciones no propician en absoluto un clima ideal para una adecuada vida familiar y de pareja. La vida de la pareja sufre un enorme deterioro, siendo la responsable de un importante número de divorcios dentro de este tipo de profesiones (Cooke y Rousseau, 1984).

INTERVENCIÓN, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DEL BURNOUT EN PROFESORES

Teniendo en cuenta el entorno laboral, las intervenciones en el síndrome de Burnout se deberán trabajar a nivel de organización, a nivel interpersonal (entre nuestros compañeros) y a nivel individual. Todos ellos deberán ser programados por la empresa ya que son de tipo organizacional; algunas técnicas que se pueden utilizar, como el trabajo con técnicas de reestructuración cognitiva, consistirían en tomar las situaciones problemáticas y volver a evaluarlas y reestructurarlas para que dejen de ser problemáticas.

También es útil que nos adiestremos en técnicas de autorregulación o de control, de gestión del tiempo, de delegación, desarrollo en habilidades sociales, asertividad y de entrenamiento en solución de problemas. Y todo esto, para conseguir que podamos mantener la motivación y el sentido que le dábamos a nuestro trabajo.

El aprendizaje de técnicas de relajación, yoga o cualquier otra técnica que nos permita estar en unas buenas condiciones para poder afrontar mecanismos estresantes. Algunos autores sugieren que de este modo será difícil que presentemos algún síntoma del Burnout, ansiedad o de estrés en el trabajo.

La intervención se debe realizar cuando el síndrome de estar quemado hace estragos en las personas. Muchas veces, los primeros en darse cuenta de la presencia del Burnout son las personas que nos rodean; es muy difícil que si estamos afectados por este síndrome, nos demos cuenta de ello, sobre todo cuando ya está muy avanzado. Es bueno en estos momentos que recibamos el apoyo de nuestros compañeros (apoyo social). Una buena calidad de relaciones interpersonales en el trabajo modera el nivel de Burnout, juega un importante papel en la satisfacción laboral y aumenta la calidad de vida en el trabajo. La comunicación tiene un papel muy importante (Gold, 1984).

Como el Burnout afecta a muchas áreas de la vida, se debe utilizar un modelo de intervención de varios componentes integrados, de forma que se complementen unos a otros. A nivel individual, se trata de mejorar los recursos de protección o de resistencia para afrontar de forma más eficiente los estresores típicos de la función laboral y potenciar la percepción de control, la autoeficacia personal y la autoestima. Normalmente se han utilizado intervenciones de tipo cognitivo-conductual, como, por ejemplo, las del afrontamiento del estrés, reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva y ensayo conductual. Desde la perspectiva cognitiva es esencial hacer frente a las cogniciones erróneas o desadaptativas, como expectativas irreales y falsas esperanzas. Las medidas de prevención se pueden clasificar en **tres apartados** según sea la forma de aplicación: estrategias de

intervenciones individuales, grupales y organizacionales. Esta situación implica una baja actuación por parte de los poderes públicos en la prevención de este fenómeno. De manera mayoritaria está considerada como la actuación más importante según la literatura sobre el tema. Siguiendo las líneas de actuación propuestas por Kelchtermans y Strittmatter (1999) para la prevención del Burnout en docentes, es necesario una actuación de base, desde la administración pública centrada en el reconocimiento público de la labor docente, la vuelta a una imagen positiva del profesor, el balance entre las políticas educativas y la realidad, así como la autonomía de los centros. Otros aspectos destacados son la provisión de recursos personales y materiales para poder adaptarse a los cambios que generan las necesidades sociales y políticas, analizar la carrera profesional y vida laboral del docente (remuneración económica, posibilidad de promoción, etcétera) y revisar las funciones de la escuela y de los docentes. También destacan la participación de éstos en las decisiones de los centros y en las políticas educativas, potenciar el trabajo en grupo, así como mantener adecuadas relaciones interpersonales entre los compañeros y crear servicios de apoyo y asesoramiento a la plantilla docente.

CONCLUSIONES

Luego de revisar algunas publicaciones o trabajos de investigación sobre el estrés y Burnout en el personal docente podemos constatar las múltiples contradicciones que surgen en algunos de los temas más estudiados, principalmente lo relacionado con las causas.

Existen limitaciones sobre la metodología ya que se puede observar la falta de acuerdos entre los diferentes autores. Se observan dificultades en poder manipular las variables dentro de un contexto educativo; el control de factores ambientales está propiciando que la mayoría de investigaciones sea de corte correlacional.

Los estudios pilotos deben potenciarse en los centros en donde se pueda posibilitar la variación de algunas características donde se arroja más información sobre los efectos de las variables del contexto que permitan integrar y asumir estrategias de tipo experimental en la investigación.

Dentro de las causas que afectan el malestar docente se destacan las siguientes variables: la sobrecarga laboral, el comportamiento de los alumnos en los escenarios escolares, los conflictos interpersonales con otros docentes, superiores y problemas derivados de las políticas educativas.

Es recomendable que las investigaciones se encaminen a estudiar a profundidad las variables de la personalidad, lo anterior por la razón de que se deben incluir marcadores que señalen de manera predictiva la vulnerabilidad del docente a padecer estrés y, por ende, a desarrollar Burnout o, en su

defecto, patologías psicológicas características de cuadros que están relacionados con la ansiedad y la depresión, pudiendo convertirse en líneas de investigaciones a futuro, permitiéndonos conocer de manera más exacta y amplia el deterioro progresivo que puede sufrir el personal docente en su centro de trabajo y, en específico, en el puesto que desarrolla laboralmente.

Se debe enfatizar en la importancia que tiene el detectar de forma inmediata los estados iniciales del estrés y Burnout, ya que éstos pueden estar relacionados con el absentismo, bajas de tipo laboral por situaciones psiquiátricas, estados de conductas inadecuadas, despersonalización en el trato con los estudiantes, apatía, cansancio laboral, etcétera.

De manera final, se recomienda enfatizar específicamente en la detección precoz de los estados iniciales de estrés y Burnout que están íntimamente relacionados con el absentismo, bajas laborales de tipo psiquiátrico. Esto potenciaría una mejor salud mental del docente y una disminución del gasto personal y económico que en la actualidad padece gran parte de las instituciones de educación en el país.

En las diversas investigaciones realizadas y revisadas sobre el tema, siempre hacemos referencia a Maslach, teniendo la percepción que la definición sobre evaluación, modelo teórico y evolución del Burnout que ha aportado, es actualmente la más aceptada por la mayoría de investigadores, según la literatura. Esto posibilita una mejor delimitación conceptual de nuestro objeto de estudio y una mejora en los planteamientos metodológicos aplicados, no permitiendo, así, asumir un modelo de intervención válido, los programas de intervención, la inconsistencia de los resultados de las investigaciones, la gran variabilidad de técnicas empleadas y la poca sistematicidad aplicada. Esto parece indicar que la prevención y las estrategias de elección son las que reciben más apoyo de los principales autores.

Creo que lo que está de una forma u otra haciendo inviable a la educación son las políticas educativas, legislaciones, presupuestos destinados a educación de forma indistinta y el desgaste por la saturación de actividades que cada día nos alejan más del objetivo de vincular al docente con el alumnado.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson MB, Iwanicki EF. Teacher motivation and its relationship to teacher Burnout. *Educ Adm Q* 1984; 20: 94-132.
- Atance JC. "Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en el personal sanitario". *Rev Esp Salud Pública* 1997. Disponible en: www.msc.es/epidemiologia/199703/Burnout.html
- Beer y Beer J. Burnout and stress, depression, and self-esteem of teachers. *Psychol Rep* 1992; 71: 1331-1336.
- Brenner, S.O. (1982). Work, health, and well-being for Swedish elementary school teacher. *Stress Research Reports*, nº 158. Stockholm: Laboratory for Clinical Stress Research.
- Burke RJ, Greenglass ER. The client's role in psychological Burnout in teachers and administrators. *Psychol Rep* 1989; 64: 1299-1306.
- Byrne BM. Burnout: Investigating the impact of background variables for elementary, intermediate, secondary and university educators. *Teaching and teacher education. An International Journal of Research* 1991; 7: 197-209.
- Byrne BM. The nomological network of teacher Burnout: A literature review and empirically validated model. In: Vandenberghe R, Huberman AM (Eds). *Understanding and preventing teacher Burnout*. Nueva York: Cambridge University Press 1999: 15-37.
- Calvete E, Villa A. Burnout y síntomas psicológicos: modelo de medida y relaciones estructurales. *Ansiedad y Estrés* 2000; 6: 117-130.
- Capel SA. The incidence of and influences on stress and Burnout in secondary school teacher. *Br J Educ Psychol* 1987; 57: 279-288.
- Chakravorty B. Mental health among school teachers. In: Cole M, Walker S (Eds). *Teaching and stress*. Philadelphia: Open University Press 1989: 69-82.
- Cooke RA, Rousseau DM. Stress and strain from family roles and work role expectation. *J Appl Psychol* 1984; 69: 252-260.
- Crane SJ, Iwanicki EF. Perceived role conflict. Role ambiguity and Burnout among special education teachers. *Remedial and Special Education* 1986; 7: 24-31.
- De Heus, P. y Diekstra, R.F.W. (1999). Do teachers burn out more easily? A comparison of teacher with other social professions on work stress and burnout symptoms. En R. Vandenberghe y A.M. Huberman (Eds.), *Understanding and preventing teacher burnout* (pp. 269-284). Nueva York: Cambridge University Press.
- Doménech B. Introducción al síndrome "Burnout" en profesores y maestros y su abordaje terapéutico. *Psicología Educativa* 1995; 1: 63-78.
- Durán MA, Extremera N, Rey L. Burnout en profesionales de la enseñanza: un estudio en educación primaria, secundaria y superior. *Psicología del Trabajo y las Organizaciones* 2001; 17: 45-62.
- Esteve (Ed.). *Profesores en conflicto*. Madrid, Narcea: 23-35.
- Esteve JM. *El malestar docente*. 3ª ed. Barcelona: Paidós, 1994.
- Freudenberger HJ, Richelson G. *Burnout: The high cost of high achievement*. Nueva York: Anchor Press, 1980.
- García-Calleja M. Bajas por enfermedad. Una investigación crítica. *Cuadernos de Pedagogía* 1991; 251: 80-83.
- Gil-Monte PR. "Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)". Monográfico, *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2000.
- Gil-Monte P, Peiró JM. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis, 1997.
- Gold Y. The factorial validity of the Maslach: Burnout Inventory in a sample of California elementary and junior high school classroom teachers. *Educ Psychol Meas* 1984; 44: 1009.
- Gold, Y. y Grant, R.A. (1993). Teachers managing stress and preventing burnout: The professional health solution. Londres: Falmer, 1993.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R.F. y Stevenson, J. *Stress in organizations*. Nueva York: Praeger (1986).
- Hock RR. Professional Burnout among public school teachers. *Public Pers Manage* 1988; 17: 167-189.
- Keavney G, Sinclair KE. Teacher concerns and teacher anxiety: A neglected topic of classroom research. *Rev Educ Res* 1978; 48: 273-290.
- Kelchtermans G, Strittmatter A. Beyond individual Burnout: A perspective for improved schools. *Guideline for the prevention of Burnout*. In: Vandenberghe R, Huberman AM (Eds). *Understanding and preventing teacher Burnout*. Nueva York: Cambridge University Press, 1999: 304-315.
- Knight-Wegenstein AG. *Die arbeitszeit der Lehrer in der Bundesrepublik Deutschland*. Zürich: Autor 1973.
- Kohnen R, Barth AR. Burnout bei Grund-und-Hauptschullehrern-ein gesundheitliches Risiko? *Lehrerjournal Grundschulmagazin* 1990; 10: 41-44.
- Kyriacou C. Stress, health and schoolteachers: A comparison with other professions. *Cambridge Journal of Education* 1980; 10: 154-158.
- Kyriacou C. Teacher stress and Burnout: An international review. *Educational Research* 1987; 29: 146-152.

32. Kyriacou C. Antiestrés para profesores. Barcelona. Ediciones Octaedro, 2003.
33. Kyriacou C, Sutcliffe J. Teacher stress: A review. *Educational Review* 1977; 29: 299-306.
34. Kyriacou C, Sutcliffe J. A model of teacher stress. *Educ Stud* 1978; 4: 1-6.
35. Leithwood KA, Jantzi D, Steinbach R. Maintaining emotional balance. *Educational Horizons* 2001; 79: 73-82.
36. Malik JL, Mueller RO, Meinke DL. The effects of teaching experience and grade level taught on teacher stress: A LISREL analysis. *Teaching & Teacher Education* 1991; 7: 57-62.
37. Maslach C. Burnout: the cost of caring. Englewood Cliffs NJ. Prentice Hall, 1982.
38. Maslach C. Progress in understanding teacher Burnout. In: Vandenberghe R, Huberman AM (Eds). *Understanding and preventing teacher Burnout*. Nueva York: Cambridge University Press 1999: 211-222.
39. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior* 1981; 2: 99-113.
40. Matud MP, García MA, Matud MJ. Estrés laboral y salud en el profesorado: un análisis diferencial en función del género y del tipo de enseñanza. *Int J Clin Health Psychol (Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud)* 2002; 2: 451-465.
41. McIntyre TC. Faculty development for prior learning programs: The essential ingredients. *New Directions for Experiential Learning* 1981; 14: 121-132.
42. Moriana. Estudio epidemiológico de la salud mental del profesorado. Córdoba: Servicio de Publicaciones Universidad de Córdoba, 2002.
43. Ortiz VM. Los riesgos de enseñar: la ansiedad de los profesores. Salamanca, Amarú, 1995.
44. Pines AM, Arosen E, Kafry D. Burnout: from tedium to personal growth. Nueva York: Free Press, 1981.
45. Pines AM. Burnout: "An existential perspective". In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (Eds). *Professional Burnout: Recent development in theory and research*. Londres: Taylor & Francis, 1993: 33-51.
46. Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Int J Clin Health Psychol (Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud)* 2003; 3: 141-157.
47. Schwab RL, Iwanicki EF. Perceived role conflict, role ambiguity, and teacher Burnout. *Educ Adm Q* 1982; 18: 60-74.
48. Schwab RL, Iwanicki EF. Who are our burned out teachers? *Educational Research Quarterly* 1982; 7: 5-16.
49. Seltzer J, Numerof RE. Supervisory leadership and subordinate Burnout. *Acad Manage J* 1988; 31: 439-446.
50. Temml Ch. Stre Bim Lehrberuf. Eineösterreichweitestudie 1993. Wien: GÖD. Tomashevskaja, L.I. (1978). Influence of the working environment and scope of work on the heart-blood circulation system. Kiew: Health, 1994.
51. Travers CT, Cooper CL. Psychophysiological responses to teacher stress: A move towards more objective methodologies. *Eur Rev Appl Psychol* 1994; 44: 137-146.
52. Travers CT, Cooper CL. El estrés de los profesores. La presión en la actividad docente. Barcelona: Paidós, 1997.
53. Valero L. Comportamientos bajo presión: El Burnout en los educadores. En: Hombrados MI (Ed). *Estrés y Salud*. Valencia: Promolibro, 1997: 213-237.
54. Van Ginkel AJH. Demotivatiebijleraren. Lisse: Swets y Zeitlinger, 1987.
55. Whitehead JT. Job Burnout and job satisfaction among probation managers. *J Crim Justice* 1986; 14: 25-35.
56. Yagil D. If anything can go wrong it will: occupational stress among inexperienced teachers. *Int J Stress Manag* 1998; 5: 179-188.

Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero

*Fernando Trejo Martínez**

RESUMEN

La teoría de rango medio, propuesta por la Dra. Mishel, evalúa cuáles son las reacciones que las personas tienen ante la enfermedad, ya sea la propia o la de un ser querido, para lo cual conceptualiza el nivel de incertidumbre ante la enfermedad; por ejemplo, la incapacidad de la persona de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto no puede predecir los resultados; este fenómeno es motivado por la falta de información y/o conocimiento. Si el evento es evaluado de forma efectiva, entonces ocurrirá la adaptación. La dificultad de la adaptación dependerá de la habilidad de las estrategias recopiladas para manipular la incertidumbre en la dirección deseada, ya sea para mantenerla, si se valora como oportunidad, o para reproducirla, si se valora como un peligro. Así mismo, la teoría puede ser utilizada en una amplia gama de posibilidades, ya que tanto la persona enferma, como sus familiares, se enfrentan a situaciones estresantes generadoras de incertidumbre. Es por esto que el profesional de enfermería, al conocer la teoría, puede guiar u orientar a la persona para que enfoque su evaluación como una oportunidad, y dirija sus estrategias a lograr la adaptación.

Palabras clave: Cuidado enfermero, incertidumbre ante la enfermedad, Merle Mishel.

Uncertainty in illness. Application nurse care theory

ABSTRACT

The middle-range theory proposed by Dr. Mishel, which are evaluated reactions taking people to the disease, either their own or a loved one, for which conceptualizes the level of uncertainty in illness as: the inability of the person to determine the significance of the facts related to the disease, being unable to give definite values to objects or events and therefore can not predict the outcome, a phenomenon caused by a lack of information and / or knowledge. So that if the event is effectively evaluated, then the adjustment will occur. The difficulty of adaptation depends on the ability of strategies compiled to handle uncertainty in the desired direction, either to keep it, if we evaluate it as an opportunity, or to play, if we evaluate as a danger. Also the theory can be used in a wide range of possibilities, since both the sick person, and their families face stressful situations that generate uncertainty, which is why the nurse, knowing the theory can guide the person to focus their evaluation as an opportunity, and direct their strategies to achieve adaptation.

Key words: Care nurse, uncertainty in illness, Merle Mishel.

**Maestría en Enfermería en Educación.*

*Correspondencia: Fernando Trejo Martínez
Insurgentes Sur Núm. 3877. Col. La Fama, 14269, México, D.F. Delegación Tlalpan, E-mail: fertre001@yahoo.com*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

LA TEORÍA DE LA INCERTIDUMBRE: MERLE MISHEL

La teoría de la incertidumbre explica cómo las personas procesan cognitivamente los estímulos relacionados con la enfermedad¹ y construyen un significado en estos eventos. Antes de empezar a describir la teoría, es necesario definir qué es la incertidumbre.²

El Diccionario Enciclopédico Norma define la palabra “incertidumbre” como: *tener duda sobre algo; falta de seguridad*.³ El Diccionario de la Real Academia Española la define como: *la falta de certidumbre*.⁴ De acuerdo con Abbagnano, la certidumbre tiene dos significados: por un lado, *seguridad subjetiva de la verdad de un conocimiento* y, por el otro, *es la garantía que un conocimiento ofrece sobre su verdad*.⁵

Una síntesis de las tres definiciones de la palabra “incertidumbre” puede ser: tener duda sobre la garantía subjetiva que un conocimiento ofrece de su verdad.

Por su parte, Mishel relaciona la incertidumbre con la teoría enfermera y nos ofrece la siguiente definición: *la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad*.¹ Esto se relaciona con lo mencionado por Calvo en el texto *La ciencia y el imaginario social*, en donde comenta que “Tanto en la práctica científica como en la vida cotidiana, los conocimientos, las creencias y las teorías que ya sustentamos juegan un papel fundamental en la determinación de lo que percibimos. Es necesario el saber previo para poder interpretar los hechos que se van presentando. El reconocimiento o la interpretación preliminar de algo suponen su inserción en un marco conceptual preexistente, en un cuerpo de información relevante; si falta ese marco, el observador se encuentra en un callejón sin salida.”⁶

Esta reflexión hace referencia a los dos primeros elementos de la teoría de Mishel debido a que la persona tiene un marco conceptual sobre la enfermedad, o sea, un significado e imaginario que le da pauta para percibir de cierta manera la enfermedad y, a su vez, elementos para poder evaluar dicho proceso; esto origina que pueda emitir dos respuestas (según Mishel): la oportunidad y la amenaza. Como se puede observar, lo mencionado por Calvo sintetiza conceptualmente la teoría de la incertidumbre. A continuación presentamos la teoría propuesta por la Dra. Mishel.

El marco estructural de la teoría se compone de tres elementos principales:

1. Antecedentes de incertidumbre
2. El proceso de valoración
3. Enfrentamiento de la enfermedad

1. Antecedentes de incertidumbre: Se refiere al marco de estímulos; a la forma, composición y estructura de los estímulos que la persona percibe. El marco de estímulos tiene, a su vez, tres componentes:

- El patrón de síntomas
- La familiaridad con el evento
- Congruencia con el evento

Estos tres elementos proveen los estímulos que son estructurados por la persona en un esquema que crea menos incertidumbre.

El patrón de síntomas: Se refiere al grado en el cual los síntomas se presentan con suficiente consistencia para percibir que tienen un patrón o configuración. Basados en este patrón, el significado de los síntomas puede ser determinado.

La familiaridad con el evento: Es el grado en el cual la situación es habitual, receptiva o contiene claves reconocidas. Cuando los eventos se reconocen como familiares, se pueden asociar con eventos de la memoria y su significado puede ser determinado.

La congruencia con el evento: Se refiere a la consistencia entre los eventos relacionados con la enfermedad, e implica confiabilidad y estabilidad de los eventos, facilitando así su interpretación y comprensión.

Estos componentes del marco de estímulos están inversamente relacionados con la incertidumbre; ellos reducen la incertidumbre.

A su vez, estos elementos del marco de estímulos están influenciados por dos variables.

- A. La capacidad cognitiva
- B. Proveedores de estructura

A. Capacidad cognitiva: Son las habilidades de procesamiento de la información de la persona; sólo una capacidad limitada de información puede ser procesada en un determinado momento; la sobrecarga de información ocurre cuando esta capacidad es excedida y la limitación de la capacidad cognitiva reducirá la habilidad para percibir el patrón de síntomas, la familiaridad con el evento y la congruencia con el mismo, lo cual favorece la aparición de la incertidumbre.

B. Proveedores de estructura: Son los recursos disponibles para ayudar a la persona en la interpretación del marco de estímulos, éstos reducen el estado de incertidumbre, tanto directa como indirectamente. La reducción de la incertidumbre ocurre indirectamente cuando los proveedores de estructura ayudan a la persona a determinar el patrón de los síntomas,

la familiaridad con los eventos y la congruencia de experiencias. Los proveedores de estructura son autoridades confiables por su nivel educativo y apoyo social.

Los estímulos son procesados por el personal para construir un esquema cognitivo para los eventos de enfermedad; en la experiencia de la enfermedad la incertidumbre tiene cuatro formas:

1. **Ambigüedad**, relacionada con el estado de enfermedad.
2. **Complejidad**, con relación al tratamiento y sistema de cuidado.
3. **Falta de información**, acerca del diagnóstico y la seriedad de la enfermedad.
4. **Falta de predicción**, sobre el curso de la enfermedad y el pronóstico.

2. El proceso de valoración: Cuando existe la incertidumbre, las tareas preceptuales de reconocimiento y clasificación no se han complementado y la formación del esquema cognitivo está impedida para el reconocimiento y la clasificación de los eventos relacionados con la enfermedad que ocurrirán; los estímulos deben ser específicos, familiares, consistentes, completos, claros y limitados en número. Además, deben corresponder con un marco de referencia existente, congruentes con las expectativas de la persona en un contexto físico y temporal; cuando los estímulos no tienen estas características, ocurren errores en el procesamiento cognitivo y la incertidumbre es el estado cognitivo predominante. El estado de incertidumbre debe ser el resultado de la naturaleza de los estímulos; cuando un evento se percibe como incierto, opera una de las siguientes tres situaciones:

- a) El evento no es reconocido.
- b) El evento es reconocido, pero no clasificado.
- c) El evento es reconocido, pero clasificado incorrectamente.

La experiencia de la incertidumbre es neutral, no es una experiencia deseada ni evitada hasta que no es valorada; la valoración de la incertidumbre comprende dos procesos principales:

- **La inferencia:** Se construye a partir de las disposiciones de la personalidad y de las creencias generales acerca de uno mismo y de la relación que tiene uno con el ambiente. Entre tales recursos destacan: los aprendidos, sentido de destreza o dominio y capa-

cidad de controlar. Estas disposiciones se refieren a las creencias que ellos tienen, las destrezas y el comportamiento para enfrentar en forma efectiva los eventos importantes de la vida, y se hacen efectivas al momento de valorar la incertidumbre; sin embargo, para que sean operativos los recursos aprendidos y la sensación de dominio, los eventos deben estar representados objetivamente y corresponder a experiencias pasadas.

Tratándose de alguna enfermedad, los eventos inciertos carecen de claridad y predicción necesarias para una representación objetiva y no pueden corresponder al aprendizaje pasado. Así, los eventos valorados por estas disposiciones de la personalidad pueden ser vistos como una dificultad para manejarlos. Por cierto, hasta peligrosa.

- **La ilusión:** Se define como la creencia construida sin incertidumbre y ésta puede ser vista con una luz particular con énfasis en los aspectos positivos.

El autoengrandecimiento de las ilusiones no puede ser construido sin incertidumbre, una vez que una situación es claramente cierta, es difícil o imposible redefinirla.

La construcción de la ilusión refleja apoyo para la anulación y negación. En estas situaciones, el mantenimiento de la ilusión es valioso para proteger a las personas, en los estados iniciales de la amenaza y cuando deben asimilar información que es difícil de aceptar.

3. **Enfrentamiento de la enfermedad:** Basado en la valoración; la incertidumbre puede ser vista como un peligro o una oportunidad:

- **Incertidumbre, peligro y enfrentamiento:** Cuando la incertidumbre está considerada como un peligro, la posibilidad de un resultado perjudicial está determinada por la inferencia; una valoración peligrosa ocurre cuando la precisión predictiva de la inferencia es desconocida. La incertidumbre puede asociarse con una visión pesimista y una evaluación negativa del futuro, se asocia con altos niveles de ansiedad y depresión, y pueden influir en la pérdida o ausencia de la credibilidad en las autoridades y falta de cuidado durante el diagnóstico y el tratamiento.

- **Enfrentamiento con una valoración de peligro:** Los métodos de enfrentamiento se dirigen a reducir la incertidumbre, si es posible, y a manejar las emociones generadas por esta evaluación de peligro. Existen dos estrategias de enfrentamiento:

- I. **La movilización**, que contiene tres estrategias de acción.
- **Directa**, es la estrategia menos empleada para reducir la incertidumbre.
 - **Vigilancia**, se refiere a estar a pie de cama de los enfermos, ya que el estar con ellos y observarlos disminuye el estrés del familiar derivado de los síntomas presentados por los enfermos. Está relacionada sólo a los familiares de los enfermos, principalmente niños hospitalizados o enfermos crónicos.
 - **Búsqueda de información**, se considera primaria para reducir la incertidumbre. La información se utiliza para formular tablas de predicciones y probabilidades de tiempo con el fin de formar un marco conceptual que permita organizar las experiencias relacionadas con la enfermedad.

Las personas significativas también ayudan a la reducción de la incertidumbre al proveer información de expertos o interpretación de los eventos. También puede reducir la incertidumbre al estar en contacto con otras personas que se han enfrentado a la misma situación; por ejemplo, los grupos de apoyo o asociaciones de enfermos.

II. El manejo del efecto, que contiene tres métodos

- De fe
- De desapego
- Soporte cognitivo

Los estudios de manejo del efecto no han sido estudiados individualmente sino que se han considerado como un todo, y existe la posibilidad de que estas estrategias se utilicen para manejar la incertidumbre, aunque existen estudios que han demostrado que las personas enfermas crónicas preferían estas estrategias para controlar las emociones negativas.¹

- **Incertidumbre, oportunidad y enfrentamiento:** Cuando la incertidumbre es considerada una oportunidad, la posibilidad de resultados positivos ocurre en respuesta a la valoración; esta posibilidad puede resultar de la inferencia o la ilusión, pero surge en mayor medida del proceso de la ilusión. La naturaleza amorfa y vaga de una situación de incertidumbre permite que ésta sea modificada por las personas en una situación positiva. Bajo la perspectiva de la incertidumbre, una nueva estructura de ilusión puede desarrollarse, lo cual presagia resultados positivos. Ver la incertidumbre como una oportunidad requiere preocuparse más

por lo positivo que por lo negativo. Una valoración de oportunidad ocurre cuando existe una alta probabilidad de certidumbre negativa, entendiendo ésta como una situación de enfermedad con una trayectoria de descenso.

Ahora bien, en 1990 Mishel reconceptualizó su teoría, en virtud de un análisis de las experiencias de personas cuando la enfermedad se hace crónica,⁷ debido a que “las reacciones de las personas ante la incertidumbre cambiaban a lo largo del tiempo”.⁸ Esta aseveración fundamenta la aplicación de la teoría dirigida a personas con alteraciones neurológicas, y cuidadores de los mismos; además le proporciona al profesional de enfermería una visión a futuro de que las personas no están en un dimensión estática: la incertidumbre se verá modificada de acuerdo a cómo evolucione la enfermedad y puede que los significados de la misma estén en constante reevaluación. A razón de esto es que se debe realizar un plan de cuidados previendo estas circunstancias, y realizando un acompañamiento, identificando cuando la evaluación se está enfocando hacia un peligro en lugar de oportunidad, además de fortalecer con acciones encaminadas a lograr siempre la adaptación de cualquier adversidad o evento que genere una nueva incertidumbre al núcleo familiar del enfermo. La teoría de la incertidumbre ante la enfermedad brinda al profesional un sinnúmero de posibilidades de acción y ofrece la libertad de generar una gama de intervenciones enfocadas a la disminución del estrés provocado por la enfermedad, prestando atención a la multiplicidad de dimensiones que un individuo posee; esto suscita que las intervenciones tengan un carácter humanista, lo cual es parte de la esencia de nuestra profesión.

CONCLUSIONES

Las teorías de enfermería son una herramienta que brinda sustento teórico al profesional de enfermería para desarrollar sus intervenciones y también son una guía en el quehacer cotidiano para desempeñarse con conocimiento, ética y humanismo en el cuidado de las personas. Estas teorías generan, sobre todo, que el profesional de enfermería entienda que interactúa con un ser humano que es indivisible y que posee una gama de dimensiones que necesitan ser abordadas mediante un cuidado holístico. La incertidumbre provocada por la enfermedad puede hacer que las personas evalúen inadecuadamente una situación estresante; la aplicación de la teoría de Mishel conducirá al profesional en la identificación de los primeros datos de incertidumbre para realizar un plan de cuidados enfocados a eliminar esta situación y, posteriormente, lograr que la persona o familiar afronten y se adapten a la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mishel M. Uncertainty in illness. *J Nurs Scholarsh* 1988; 20 (4): 225-231.
2. Torres A, Sanhueza O. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre ante la enfermedad. *Ciencia y Enfermería* 2006; XII (1): 9-17.
3. Diccionario Enciclopédico Ilustrado Norma. Editorial Norma S.A. Colombia 2001: 807.
4. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, consultado en <http://buscon.rae.es/draeI/>
5. Abbagnano N. Diccionario de Filosofía. 4ta ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2008: 164-165.
6. Díaz E. La ciencia y el imaginario social. Argentina: Biblos; 1996.
7. Aimar A. El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas. *Index Enfer* 2009; 18. Consultado en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962009000200009> el 24 de marzo 2012.
8. Marriner-Tomey A, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 5ta ed. Madrid: Mosby; 2003.

Reflexiones sobre la despenalización del aborto en México

*Fernando Trejo Martínez **

RESUMEN

Hace aproximadamente cinco años, se aprobó por la Asamblea de Representantes del Distrito Federal la despenalización del aborto en el D. F. Esta situación hace reflexionar acerca de la condición moral y ética de los representantes que elegimos para que salvaguardaran nuestros intereses en la Cámara de Diputados. ¿A quién le preguntaron si estábamos de acuerdo con la modificación del Código Penal? ¿Cómo influirá en la práctica de enfermería esta nueva ley que obliga a las enfermeras a participar en actos contrarios a sus creencias y principios? ¿Dónde quedó el respeto al derecho de objeción de conciencia de los profesionales de salud? Son preguntas que quedarán por resolverse. Lo que sí es necesario hacer es un análisis de la situación desde el punto de vista ético-legal, y las implicaciones que acarrea para la práctica profesional. El presente ensayo hace una reflexión sobre los aspectos éticos y morales que se deben de cuestionar las enfermeras cuando les toque enfrentar alguna situación como la que se está tratando; así mismo, se realizará un resumen de las leyes, tanto nacionales como internacionales que protegen al no nacido y que fueron pasadas por alto para aprobar el decreto que despenaliza al aborto en el Distrito Federal.

Palabras clave: Aspectos éticos, moral persona, respeto, aborto.

Reflections on the decriminalization of abortion in Mexico

ABSTRACT

About five years ago, was approved by the Representatives Assembly of the Federal District, the legalization of abortion in D. F. This situation does reflect on the moral and ethical representatives who chose to have safeguarded our interests in the House of Representatives, because who asked if we agreed with the amendment of the penal code? How to influence nursing practice this new law requiring nurses to participate in acts contrary to their beliefs and principles? What happened to respect the right of conscientious objection by health professionals? This are questions that remain to be resolved. What if you need to do is analyze the situation from the standpoint of legal ethics, and carries implications for professional practice. This paper will make a beginning of reflection on the ethical and moral question that must be nurses when they touch face a situation such as being treated, and it will be a summary of the laws, both national and international protect the unborn and that were overlooked in order to pass the decree decriminalizing abortion in Mexico City.

Key words: Ethical, moral person, respect, abortion.

** Maestría en Enfermería en Educación.*

*Correspondencia: Fernando Trejo Martínez. Insurgentes Sur Núm. 3877, Col. La Fama, 14269, Delegación Tlalpan, México, D.F.
E-mail: fertre001@yahoo.com*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

Análisis de la situación

Uno de los principios fundamentales de enfermería es preservar la vida; por lo tanto, diversas teorías destacan también, en sus postulados, la relación interpersonal y el respeto a la persona,^{1,2} fundamentando con esto los principios de la ética personalista, que promueve el reconocimiento de la persona y los derechos de la misma por el solo hecho de serlo.³⁻⁵

Pero ¿desde cuándo se es persona?, es una pregunta que requiere un minucioso análisis ontológico,⁶ y que de haber podido resolverla nuestros representantes ante el congreso, no hubieran aprobado el decreto para despenalizar el aborto. Lo cierto es que desde hace mucho tiempo este debate se ha dado entre los defensores de la vida del ser humano y los defensores de los derechos humanos, contra los que promueven, desde el aborto, la investigación con embriones humanos y los que protegen los intereses de las industrias farmacéuticas de anticonceptivos y abortivos;⁷ sin embargo, resulta fácil (para alguien que ha consultado a diversos autores que defienden la postura de que la vida comienza desde el mismo instante de la fecundación) tomar partido por la defensa de la vida del embrión humano y su respeto como persona desde el principio del embarazo, y mucho antes de nacer.⁸

El debate sobre la corporeidad del embrión humano ha existido desde los inicios de la historia;⁹ desde Aristóteles, hasta nuestros días se ha discutido, sobre desde cuándo el embrión puede considerarse humano,¹⁰ dilema ontológico que no se ha podido resolver hasta nuestros días y que se ha tomado como pretexto de los defensores de la experimentación con embriones humanos;¹¹ sin embargo, éste no fue el debate sobre la despenalización del aborto en el D. F., más bien fue promover el aborto desde la perspectiva de la clandestinidad del mismo, lo que provocaba muertes por prácticas antisanitarias y con escasos conocimientos de quienes los practicaban; también se exageró sobre el número de muertes provocadas por la práctica del aborto, apelando, además, a grupos pro defensa de la mujer, que sin conocimiento de causa, y manipulados por ciertos grupos parlamentarios,¹² con ciertos fines netamente partidistas y sensacionalistas, apelaron sobre el bien de la mujer sin tomar en cuenta al embrión, faltando al elemental principio de la ética y bioética que es la del respeto a la vida, no importando en qué estadio o periodo se encuentre.¹³

Antes de continuar, es conveniente definir qué es la objeción de conciencia: “el rechazo de someterse a una norma, una disposición de ley que se considera injusta, en cuanto que se opone a la ley natural, es decir, fundamental en la vida humana, y percibida como tal en la conciencia”,¹⁴ por

principio de cuentas, los profesionales de enfermería están formados con una gran carga de teorías y modelos que les fomentan el respeto al ser humano; por lo tanto, a la vida como a la preservación de la salud.

Determinación del problema

La participación de la enfermera en actos que no son acordes a sus premisas éticas, juramentos y creencias, al ser obligadas a participar en la realización de un aborto, y que no tienen derecho a la objeción de conciencia. A continuación se enumeraran los códigos y leyes que la enfermera estará violando cuando se le obligue a participar en esta situación. Si bien el Código Ético para Enfermeras dictado por el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A.C. dice en el capítulo segundo, de los deberes y responsabilidades de las enfermeras para con las personas,

Artículo 2° Respeta la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado. **Artículo 3°** Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo 4° Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud. **Artículo 5°** Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo 6° Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo 7° Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo 8° Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo 14° Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo 17° Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de conciencia.

Capítulo quinto. De los deberes de las enfermeras para con su profesión

Artículo 23° Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

DEL DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
4. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la Profesión de Enfermería

1. Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de enfermería es universal.
2. Son inherentes a la enfermería el respeto de los *derechos humanos*, incluido el derecho a la vida, a la dignidad y a ser tratado con respeto.
3. En los cuidados de enfermería no se hará distinción alguna fundada en consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.

Del Código Civil

Art. 22: Entra bajo la protección de la ley el concebido y no nacido. Lo denomina individuo, como en la Constitución.
Art. 1314: El concebido y no nacido tiene derecho a heredar.
Arts. 1638 y 1643: Los no nacidos detienen y modifican las obligaciones alimentarias hasta su nacimiento. **Art. 1648:** Los concebidos suspenden la partición de la herencia. **Art. 2357:** Los no nacidos pueden recibir donaciones.

Del Derecho Constitucional

Art. 1º: Todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución. **Art. 14:** Nadie podrá ser privado de la vida. **Art. 16:** Nadie puede ser molestado en su persona, familia... sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento. Ninguna ley o autoridad puede decretar la muerte de un individuo mas que en casos establecidos en el Art. 22 de la Constitución.
Art. 22 (4º párrafo): Queda también prohibida la pena de muerte por delitos políticos, y en cuanto a los demás, sólo podrá imponerse: al traidor a la Patria en guerra extranjera, al parricida, al homicida con alevosía, premeditación o ven-

taja, al incendiario, al plagiarlo, al salteador de caminos, al pirata y a los reos de delitos graves del orden militar.

Tratados internacionales

Se convierten en derecho interno vigente y se encuentran sobre las leyes locales y federales. **Declaración de Ginebra de 1924.** Firmado en New York, 9 Dic. 1948 y ratificada en Diario Oficial el 11 Oct. 1948. Sobre prevención y castigo de genocidio. Art. II inciso d): Medidas destinadas a impedir los nacimientos en el seno de un grupo (nacional, étnico, racial o religioso).

Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948. Art. 3º, pertinente al derecho a la vida. Art 6. "Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica."

Declaración de los Derechos del Niño, 1959: Considerando que el niño, por su falta de madurez física o mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto **antes** como después del nacimiento.

Principio 4: El niño gozará de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal.

Convención Americana sobre los Derechos Humanos, 1981

Art. 4º Derecho a la vida. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

LEY GENERAL DE SALUD

Reglamento en Materia de Investigación para la Salud

Art. 40. Especifica algunos términos, para los efectos de este reglamento, se entiende por:

Embarazo: Periodo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos. **Embrión:** El producto de la concepción desde la fecundación del óvulo hasta el final de la décimo segunda semana de la gestación. **Feto:** El producto de la concepción desde el principio de la decimotercera semana de la gestación hasta su expulsión o extracción. Los siguientes artículos de la Ley General de Salud de acuerdo a los términos antes mencionados notifican el siguiente informe.

Art. 42: En investigaciones de riesgo certificar que las mujeres no estén embarazadas.

Art. 43: El consentimiento informado se podrá dispensar cuando exista un riesgo inminente para la salud o la vida del embrión o feto.

Art. 45: Las investigaciones sin beneficio terapéutico no deberán representar un riesgo mayor al mínimo para el embrión o feto.

Art. 46: Investigación no relacionada con el embarazo, pero con beneficio terapéutico para la mujer, no deberán exponer al embrión o feto.

Art. 47: Las investigaciones en mujeres embarazadas con beneficio terapéutico relacionado con el embarazo se permiten cuando estén encaminadas a incrementar la viabilidad de feto.

Art. 52: Los fetos serán sujetos de investigación solamente si las técnicas y medios utilizados proporcionan la máxima seguridad para ellos y la embarazada.

Éstos son los artículos y apartados de las diferentes leyes, reglamentos y códigos que las enfermeras tienen que faltar y omitir cuando se vean en la necesidad de participar en la realización de un aborto en los hospitales del Departamento del Distrito Federal. Si bien la modificación de ley que fue reformada la protege legalmente, moral y éticamente qué pasará con la conciencia y el actuar con apego a la ética personalista, resultará en un cargo de conciencia por colaborar en la consecución de un daño a un inocente, y sin derecho de tener la objeción de conciencia, ya que sí sería sancionada por este hecho.

Identificar los valores involucrados

Persona humana. Es el primer y más primordial valor que se ve involucrado, ya que la falta de respeto por la persona y la ignorancia de cuándo el embrión es persona hace que no se tenga un criterio ético para el respeto a la persona y por lo tanto apoyar una ley que es, como ya lo analizamos antes, anticonstitucional.

Dignidad de la persona humana. El optar por velar por los intereses de las mujeres, ignorando la dignidad del embrión humano es faltar a uno de los valores principales de la ética: el respeto a la dignidad de la persona.

Prudencia. Con la despenalización del aborto se omite la prudencia, ya que no existe el entendimiento que dirija el acto.

Fortaleza. Igual que la prudencia se omite ya que no existe voluntad por hacer el bien; al contrario, se realiza un mal.

Templanza. No se actuó con ella ya que se voto visceralmente y con prejuicios partidistas y populistas.

Justicia. Fue uno de los valores en los que menos se reflexionó, ya que no existe justicia para alguien que no tiene voz como el embrión.

La acción humana. A quien realice o colabore para quitar la vida a un ser humano, antes de nacer, para eliminarlo con

el fin del bienestar de la mujer que lo solicite. Desde luego que este acto no es ético, ni el fin ni las circunstancias.

Fin del ser humano. Si lo que busca todo ser humano es la felicidad y el bienestar, el quitar la vida a un inocente no tiene nada que ver con la felicidad, ni de la persona que lo realiza ni a quien se lo realizan.

Libertad. Al embrión no se le da la oportunidad de elegir, por lo tanto no se respeta su libertad; así mismo, no se respeta la libertad de elección de las personas involucradas cuando una mujer solicite un aborto.

Jerarquización de valores

1° Ante todo la persona, ya que siendo persona de ella emanan todos los valores y principios.

2° La dignidad de la persona. Está inmersa en el respeto a la persona, ya que todo ser humano merece ser tratado dignamente por el solo hecho de ser persona.

3° El fin de la persona. El acto no es bueno porque el fin no lo es, ya que se optó por la muerte del embrión.

4° Libertad. Porque el respeto a la persona da la elección de escoger entre dos bienes, pero en este caso se ignoró la libertad del embrión, si bien se respetó la libertad de quien elige el aborto; este fin no se justifica.

5° Justicia. Este valor hace referencia a dar a cada quien lo que le corresponde; sin embargo, al embrión no se le respetó, desde el hecho de que decidieron por él.

6° Prudencia. El entendimiento no estuvo dirigido a hacer el bien.

7° Fortaleza. No existe ya que no se hace fuerte para actuar con voluntad de hacer un bien, para el no nacido.

8° Templanza. Se actuó visceralmente y sin prejuicios en contra del más débil.

COTEJAR CON LOS PRINCIPIOS DE LA ÉTICA PERSONALISTA Y LOS PRINCIPIOS FORMALES

Principios de la ética personalista

El valor de la corporeidad. Al votar a favor de la abolición de la pena del aborto, se le está ignorando como persona, y se le deja de lado su corporeidad, ya que se le da un valor como persona sólo hasta las doce semanas de gestación; no se toma en cuenta que el embrión es persona desde su fecundación, así que se ignora su corporeidad y se cosifica restándole valor.

Defensa de la vida física. No existe ningún respeto por la vida, antes de las doce semanas, lo que conlleva a decidir por la vida del embrión antes de esta fecha, y por lo tanto no se respeta el fundamental principio de la ética personalista.

Respeto a la libertad con responsabilidad. No existe respeto de la libre elección del bien o del mal por parte del embrión, y tampoco existe libertad de actuación del personal que tiene que atender las solicitudes de las mujeres por el aborto.

Principio terapéutico. Este principio no es aplicado ya que se está actuando para producir un mal al embrión, si bien la solicitante es la madre de éste, y aparentemente el acto será terapéutico para ella, no se toma en cuenta ni la dignidad ni la corporeidad del embrión, por lo tanto se falta a este principio.

Principio de solidaridad/subsidiaridad. La práctica del aborto no es solidaria ya que sólo se persigue un “bien particular”, el de subsidiaridad; está ignorada ya que no se le brindó ningún apoyo al más débil, en este caso el embrión.

PRINCIPIOS FORMALES

Sindéresis. No se evita el mal y el “bien” sólo se hace con la mujer solicitante del aborto; el equipo de salud está obligado a actuar en contra del embrión.

Integridad. El bien de la mujer no justifica la muerte del embrión.

Antrópico. Por medio de este principio, todo lo que cambió la Asamblea Legislativa es ilegal.

Universalidad. El principio más universal es el respeto a la vida y en este caso no se respeta.

Virtud. El bien del embrión es obligatorio, pero la despenalización del aborto hace legal el mal del mismo.

Indisponibilidad. Para los legisladores, se puede disponer de la vida del embrión.

No permisivismo. Un claro ejemplo de este principio es la despenalización del aborto, ya que es malo prohibir lo bueno, no se respeta la dignidad ni la vida del embrión, sólo se le hace el “bien” a la madre de éste.

Mal menor. Se realiza el aborto como un mal menor, ya que la madre lo solicita; sin embargo, esta acción es contraria a este principio.

Totalidad. El embrión es un ser humano desde su concepción y no desde la semana doce de gestación; es un todo desde que es fecundado.

Valoración moral

Acto. Éste se realiza sin tomar en cuenta la corporeidad del embrión, así como su dignidad de ser una persona desde que se realiza la fecundación; el aborto se realiza estando consciente de que se actúa contrario a la ética y bioética, por lo tanto es moralmente malo.

Fines. El fin es sólo uno: acabar con la vida del embrión, para resguardar el bienestar materno, el fin no justifica los medios.

Circunstancias. Aunque los argumentos de la madre puedan ser válidos para no querer tener a su hijo, las circunstancias son éticamente malas, sea cual sea el motivo de abortar.

Valores y principios. Todos los valores y principios que intervienen en el acto del aborto, son pasados por alto, si no se respeta el principio fundamental de la bioética personalista, que es el respeto a la vida.

Identificar las posibilidades. Sólo existe una posibilidad, que de ahí se puede desglosar el respeto a todos los valores y principios, y es el respeto a la vida; los legisladores deben de hacerse conscientes de que optaron por legalizar un asesinato. La única posibilidad es que la Suprema Corte de Justicia revoque la ley. También se podría optar por orientar a las mujeres que solicitan el aborto, que sería la adopción de esos bebés y darles la posibilidad de vivir.

Optar por lo válido. Lo válido en este caso es abocarse a los principios de la ética personalista, respetando la vida y la dignidad del embrión humano, reconociendo su corporeidad y su esencia, desde el momento mismo de la fecundación; este reconocimiento revocaría todas las reformas que hasta ahora se hicieron en la Asamblea Legislativa del D. F., ya que a su vez reconocerían todas las leyes, que han violado con la reforma del Código Penal acerca del aborto.

Tomar una decisión. Lo válido es el respeto a la vida, la persona y su dignidad; por lo tanto, el aborto es moralmente malo; sin embargo, los profesionales de enfermería y el personal sanitario obligado a realizarlo, está en una encrucijada, ya que si bien deben respetar sus principios y convicciones, a su vez corren el riesgo de ser sancionados por las autoridades si se niegan a cooperar con la asistencia del aborto.

CONCLUSIONES

Es imperativo reflexionar ampliamente sobre la decisión de los legisladores acerca de la despenalización del aborto en el D. F., ya que como se ha analizado anteriormente, violan un sinnúmero de leyes tanto nacionales como internacionales, además de faltar a los más fundamentales principios de la bioética, como son el respeto a la vida y la dignidad de la persona. ¿Dónde quedó el deber moral de los diputados, que aprueban una reforma de ley anticonstitucional, pero sobre todo que atenta contra lo más excelso que tiene el ser humano que es la vida, esto sin tomar en cuenta que resultan afectados un gran número de profesionales, entre ellos de enfermería, obligándolas a participar de un acto sin tomar en cuenta sus creencias y su formación profesional que está encaminada a proteger la vida y preservar la salud? En todo caso, si se decide por la no procreación existe un sinnúmero de métodos para lograrlo, y si bien la decisión es únicamente responsabilidad de quien decide practicarse el aborto, esa

misma decisión pudo haberla tomado desde antes de la concepción, situación que fundamentaría tomar acciones de educación y prevención antes de la curación (aborto), como es lo clásico en nuestro actual sistema de salud. En esta situación, el papel educador de los profesionales de enfermería sería la piedra angular para lograrlo. Tomando en cuenta que lo anterior no atenta contra las creencias ni la bioética en que son formados los profesionales de enfermería y se respetaría el primer y más excelso derecho que tiene la persona a ser reconocido como humano y su derecho, por ende, a la vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kerouac S et al. El pensamiento enfermero.
2. Marriner TA, Raile AM. Modelos y teorías de enfermería.
3. Martínez MP. Análisis sobre el comienzo de la vida. Cuadernos de Bioética 200/2ª, 3ª. p 281.
4. Guerra LR. Hacia una ontología del embrión humano. Ponencia del Tercer Congreso Internacional de la Federación Internacional de los Centros e Instituciones de Bioética de Inspiración Personalista. 29 de septiembre del 2005, México, D.F. p 2.
5. Andorno R. La dimensión biológica de la personalidad humana: El debate sobre el estatuto del embrión. Cuadernos de Bioética. 2004/1ª p 31.
6. Guerra L. Op. cit. p 1.
7. Op. Cit. Andorno: 30.
8. Serra A. El embrión humano: ¿Una "masa de células" disponibles o un "ser humano"? Medicina y Ética 2002/2. p 125.
9. ÍBIDEM p:31.
10. Martínez. Op. cit. p. 278.
11. Serra. Op. cit. p. 126.
12. Publicaciones del 20 y 22 de abril de 2007. <http://www.eluniversal.com.mx>
13. Bellver CV. ¿Existe una ética universal? Bioética y Derechos. Cuadernos de Bioética 2004/3ª p. 438.
14. Cfr. Melgar RJ. Objeción de conciencia y farmacia. "Cuadernos de Bioética" 14 (1993), p. 37.