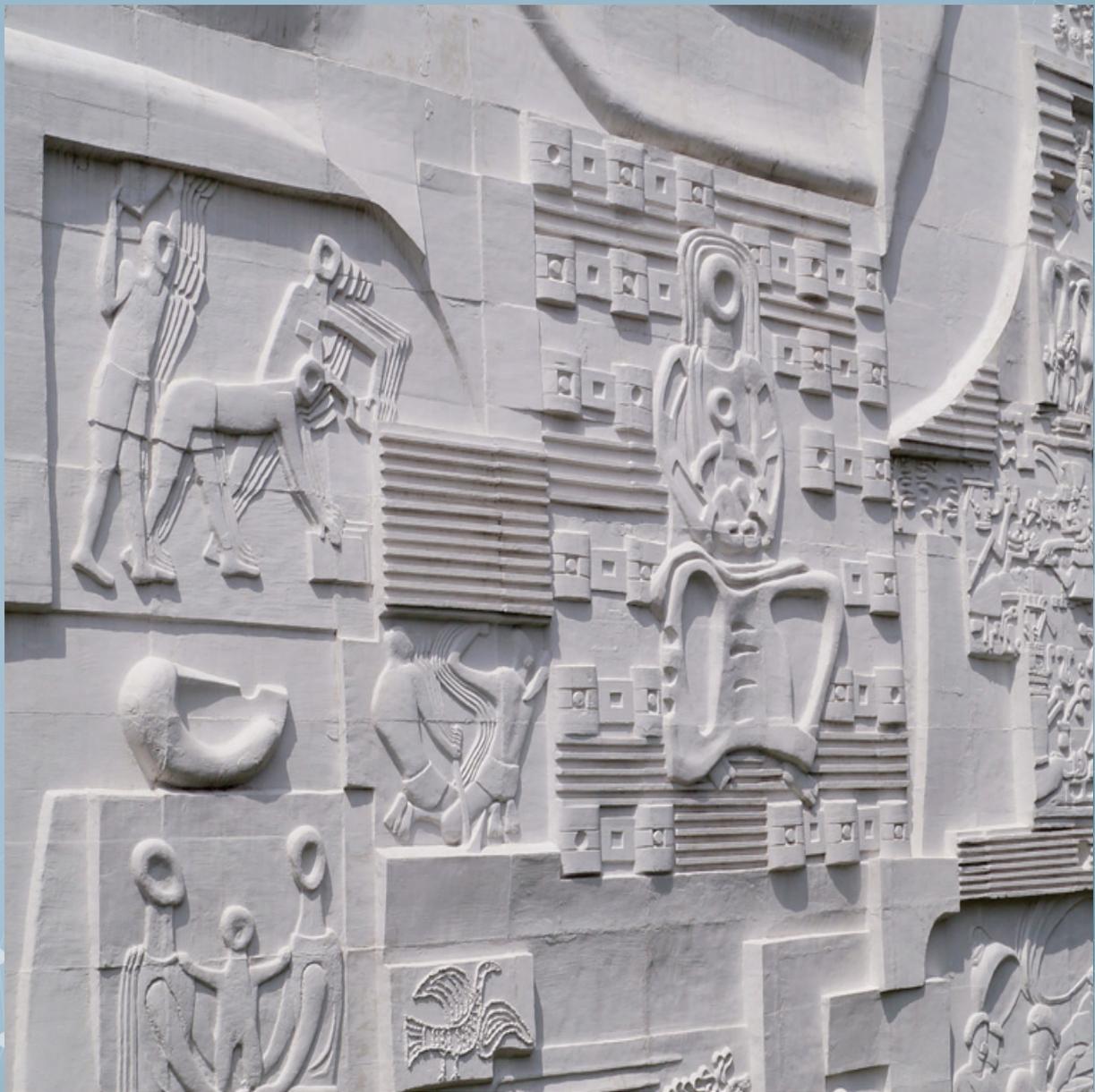


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

Manuel Velasco Suárez



Revista de Enfermería Neurológica



ISSN - 1870-6592 • Indexado en: Base de datos CUIDEN (Granada, España)

mayo - agosto 2016

Vol. 15 **N.2**

Revista de Enfermería Neurológica

Presidente emérito	Dr. Julio Sotelo Morales
Fundadora de la revista	Lic. Hortensia Loza Vidal
Directora Ejecutiva	MRN Rocio Valdez Labastida
Editora	MCE. Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar
Editores asociados	Dra. Teresa Corona Vázquez
Consejo editorial	Dr. Miguel Ángel Celis López Dr. Pablo León Ortiz Dra. Ma. Lucinda Aguirre Cruz
Tecnología de la información	MTI. Manuel Iván Castro Méndez Ing. Laura Elena Granados Valdez LIE. Elemetry Eunice Espinoza Ramírez
Traductores	José David López García
Asesor externo	Alejandro Machorro Nieves
Diseño y formación editorial	Lic. Lizeth Pliego Delgado

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Revista de Enfermería Neurológica (México) 2015

Presenta material científico que deriva de la investigación relacionada con las neurociencias en enfermería. Esta revista inicia su publicación en enero del año 2002. Publicación cuatrimestral. Editada por la Subdirección de Enfermería. Los manuscritos para publicación, correspondencia relativa al material editorial y cartas al editor, se enviarán a la coordinación de investigación en enfermería a la MCE. Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, con domicilio en: Av. Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama, 14269, Tlalpan, México, Distrito Federal; Teléfono (55) 5606 3822 Ext. 1062, 1063, 2099 y 5031. Planta Baja Edificio de Investigación sociomédica, laboratorio de investigación en enfermería. Todos los artículos recibidos son propiedad de la Revista de Enfermería Neurológica; no significa compromiso de esta para con los productos del titular por escrito. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2004-05117043800-102, ISSN 1870-6592, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor, Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2014-120917534200-203 para Enfermería Neurológica en Línea ISSN L "En trámite". Todos los derechos reservados 2014. Esta página puede ser reproducida con fines no lucrativos, siempre y cuando no se mutile, se cite la fuente completa y su dirección electrónica <http://www.revenferneuroenlinea.org.mx/>. De otra forma requiere permiso previo por escrito de la institución. coord.invenf@innn.edu.mx; revenf.neurol@gmail.com; revenf.neurol@revenferneuroenlinea.org.mx

Diseñada, producida e impresa en México por Concepto28. Tels.: (55) 3116 9084 y (55) 1014 3955 correos electrónicos: ricardo.garcia@concepto28.com y alejandro.machorro@concepto28.com
Indizada en CUIDEN, LILACS Y BVS Enfermería Regional



Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Comité Institucional

EEN. Alejandro Belmont Molina
MHEO. Alejandra Ibarra Rangel
MCE. Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar
MEE. Araceli Sánchez Ramos
MRN. Irene Quiza Tomich
MRN. Rocio Valdez Labastida

Nacional externo

Dra. Laura Morán Peña
Presidenta de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería ALADEFE
Dr. Juan Pineda Olvera
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM
Dra. Susana González Velázquez
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM
Dra. Silvia Crespo Knopfler
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM
Mtra. Sylvia Claudine Ramírez Sánchez
Instituto Mexicano del Seguro Social Siglo XXI
MEE. Rosa A. Zárate Grajales
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM
Dr. Luis Manuel Fernández Hernández
Universidad Tecnológica Nezahualcóyotl
Mtro. Héctor Nebot García
Academia Nacional Mexicana de Bioética A. C.
Mtro. Gerardo Pluma Bautista
Universidad Tecnológica Nezahualcóyotl
Dra. Sofía Echeverría Rivera
Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Dra. Martha Landeros López

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Dra. María Candelaria Betancourt Esparza

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Dra. Alejandra Hernández Castañón

Universidad Autónoma de Querétaro

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Universidad Autónoma de Nuevo León

Dr. Erick Alberto Landeros Olvera

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Puebla

Mtra. Adela Alba Leonel

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM

Dra. María Luisa Leal García

Universidad de Querétaro

Dra. Ma. Belén Fernández Fuentes

Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivonomía

Dra. Martha Ranauro García

Universidad de San Luis Potosí

Mtra. Beatríz Carmona Mejía

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Dr. Ariel Alejandro Rodríguez García

Universidad Nacional Autónoma de México

Dra. María Teresa Rojas Rodríguez

Universidad Nacional del Estado de México

Dra. Gandhi Ponce Gómez

Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Ernesto Roldan Gómez

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Panamericana

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Comité Internacional

Dr. Oscar Alberto Beltrán Salazar

Universidad de Antioquia Colombia

Dra. Ana Luísa Petersen Cogo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Epartamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Umpiérrez

Dra. Maria Helena Palucci Marziale

Prof. Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo Centro Colaborador OMS para OMS Desenvolvimento de Pesquisa em Enfermagem Coordenadora

Dra. Sandra Valenzuela Suazo

Universidad de Concepción Chile

Dra. Edith Rivas Riveros

Universidad Andrés Bello, Chile

Dr. Augusto Ferreira Umpiérrez

Prof. Titular Investigador Departamento de Áreas Clínicas, Director Revista Enfermería: Cuidados Humanizados Universidad Católica del Uruguay Montevideo, Uruguay

Ma. José López Montesinos

Directora del Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia España

Isabel Amélia Costa Mendes

Professor Titular Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo Director, WHO Collaborating Centre for Nursing Research Development, Brazil

Monica Isabel Hanna Lavalle

Universidad de Cordova Colombia

Mag. Rossana Tessa

Profesor adjunto/ Facultad de Enfermería. Universidad Católica del Uruguay

Dra. María Clara Quintero Laverde

Universidad de la Sabana, Colombia

Dra. Rafaela Camacho Bejarano

Universidad de Huelva, España

Mtra. Anabel Sarduy Lugo

Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador

Mtra. Mirelys Sarduy Lugo

Sociedad Cubana de Enfermería en Villa Clara Cuba

Contenidos

LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LA VOLUNTAD ANTICIPADA: REFLEXIONES PARA UNA MUERTE DIGNA	Ensayo	64 - 69
CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOEFICIENCIA PARA EL USO DEL CONDÓN EN ADOLESCENTES MEXICANOS	Artículo original	70 - 79
EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA ESTRUCTURACIÓN Y REGISTRO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	Artículo original	80 - 85
LIDERAZGO EN ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE SUS SEGUIDORES	Artículo original	86 - 91
EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA DE UNA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA	Artículo original	92 - 97
LA GLOBALIZACIÓN Y SU IMPACTO EN ENFERMERÍA	Artículo original	98 - 103

Contenidos

64 - 69

Test

**AWARENESS OBJECTION AMONG HEALTH PERSONNEL
IN THE FACE OF THE PATIENT'S ANTICIPATED WILL:
REFLECTIONS ON A DIGNIFIED DEATH**

70 - 79

Original article

**CONSTRUCTION AND VALIDATION OF THE SELF-EFFICACY
SCALE TO THE USE OF CONDOM IN MEXICAN ADOLESCENTS**

80 - 85

Original article

**EFFECT OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION ON NURSING
DIAGNOSIS' CONFORMATION AND RECORDING**

86 - 91

Original article

CARE OF THE PERSONA WITH MOTOR DISABILITIES

92 - 97

Original article

**EVALUATION OF CONTINUING EDUCATION PROGRAM OF
PSYCHIATRIC CLINIC**

98 - 103

Original article

**QUALITY OF WORKING LIFE IN THE NURSING STAFF: A
REVIEW SYSTEMATIC IN THE CURRENT LITERATURA**

Editorial

PROFESIONALIZACIÓN Y EL CUIDADO A ENFERMOS CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS

La profesión de Enfermería en los últimos años ha sido una de las disciplinas de mayor desarrollo, el proceso de profesionalización es sin duda uno de los datos más tangibles de la transformación y grado de alcance de la enfermería actual, sin embargo, el mayor reflejo del desarrollo del profesional de la salud así como de las instituciones debe soportarse en el tipo y calidad de Atención que se otorga, así la tecnología de punta y el conocimiento científico avanzado se convierten en una herramienta más que debe sustentarse en la práctica clínica diaria a través de los recursos humanos que la aplican, de tal manera que es tan importante la vanguardia tecnológica como la suficiencia y profesionalismo del personal que lo aplica.

El Sistema Nacional de Salud, clasifico por niveles de atención y determino en gran medida la formación, competencias y número de trabajadores para cada institución, sin embargo, esto resulta paradójico cuando se analizan cuidados y actividades específicas determinadas por las características de los usuarios, es decir las personas con daño neurológico en la mayoría de los casos presenta secuelas que lo hacen

dependiente total del profesional de salud, en este sentido el índice enfermera-paciente propuesto por la Dirección de Enfermería de la Secretaria de Salud para pacientes neurológicos hoy es insuficiente. El planteamiento del número de pacientes por enfermera desde nuestra perspectiva debe basarse en el análisis de información que contemple el diagnóstico situacional del Recurso Humano en Salud, índice de ocupación hospitalaria, características clínicas de pacientes, nivel académico del personal de enfermería, tipos de procedimientos a ejecutarse, infraestructura y tecnología hospitalaria, condiciones laborales (días de descanso obligatorio) así como implementación de proyectos específicos de desarrollo profesional, enseñanza e investigación.

La profesionalización de personal de enfermería es una estrategia en materia de salud que permite no solo el desarrollo profesional, sino la oportunidad de disminuir riesgos en la atención y favorecer la calidad, eficiencia, eficacia y seguridad en la atención, representa uno de los mayores avances en la profesión abriendo una serie de acciones de enseñanza e investigación.

MRN ROCIO VALDEZ LABASTIDA



LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LA VOLUNTAD ANTICIPADA: REFLEXIONES PARA UNA MUERTE DIGNA

AWARENESS OBJECTION AMONG HEALTH PERSONNEL IN THE FACE OF THE PATIENT'S ANTICIPATED WILL: REFLECTIONS ON A DIGNIFIED DEATH

Autores:

Dra. Elliug Osuna Suárez
Médica Cirujana y Lic. en Derecho, por la UNAM. Profesora de Asignatura B de la ENEO de la UNAM

Dra. Lasty Balseiro Almario
Profesora de Carrera Titular B de la ENEO de la UNAM. Adscrita a la Unidad de Investigación

Palabras clave: Adolescentes, autoeficacia, condón

Key words: Adolescents, self-efficacy, condom



RESUMEN

El presente ensayo tiene por objeto motivar en los profesionales de la salud a la reflexión sobre la Objeción de Conciencia ante la Voluntad Anticipada de los pacientes. Para ello, se han desarrollado los siguientes apartados: en un primer lugar se analizan los conceptos de la Objeción de Conciencia y de Voluntad Anticipada, así como los antecedentes de la Objeción de Conciencia, los valores éticos derivados de la autonomía de la conciencia individual, los aspectos legales de la Objeción de Conciencia y la muerte digna. Con todos estos antecedentes, se analizan en un segundo momento, los derechos humanos fundamentales, la objeción y los conflictos, la toma de decisiones en la práctica médica y en la enfermería, especialmente en el contexto de los enfermos terminales, el estado de coma de los pacientes o un estado de sufrimiento irreversible. Finaliza este ensayo con las reflexiones entre la vida y la muerte y la posibilidad de intervenir con métodos y tecnologías avanzadas para prolongar o terminar la vida. En la práctica de la enfermería son necesarias estas reflexiones en apego irrestricto al respeto y la protección de los derechos de la dignidad humana de los pacientes.

Palabras clave. Conciencia, Objeción, Paciente, Personal de Salud, Voluntad.

ABSTRACT

The present study aims to motivate health personnel to reflecting on the Awareness Objection in the face of the patient's Anticipated Will. The issue is addressed analyzing, in a first moment, the concepts of Awareness Objection and

Anticipated Will, the background of Awareness Objection, the ethical values derived from the autonomy of the individual awareness, the legal aspects related to the Awareness Objection, and a dignified death. In a second moment, aspects such as the fundamental human rights, the objection and conflict, the decision making in medical and nursing practice – particularly within the contexts of terminal patients who, among other, could be in coma or an irreversible suffering state, are analyzed. The study concludes with reflections on life and death, and the possibility to intervene with advanced methods and technologies in order to prolong or terminate life. In the practice of nursing, all of these reflections are necessary under the consideration of strict respect and protection to the rights and dignity of the patients.

Key words: Awareness; Objection; Patient; Health personnel; Will.



INTRODUCCIÓN

Para Talavera P.¹ la Objeción de Conciencia (OC) es la negativa de un individuo a someterse, por razones morales, a una conducta que en principio le sería jurídicamente exigible, bien porque la obligación proviene de una ley general o bien porque se deriva de un contrato o de una resolución judicial o administrativa. Según Beca J. P. y Astete C.² la OC en el ámbito de la salud se ha definido como la negativa de los profesionales de la salud a cooperar o a ejecutar materialmente alguna intervención concreta que entra en colisión con sus imperativos de conciencia.

En cuanto a la Voluntad Anticipada (VA) Ávila J.A.³ sostiene que son el conjunto de preferencias que una persona tiene respecto del cuidado futuro de su salud, de su cuerpo y de su vida, y como ésta decide cuando está en pleno uso de sus facultades mentales, en anticipación, a la posibilidad de que en algún momento en el futuro, se encuentre incapacitada para expresar sus preferencias y tomar decisiones por sí misma.

Por lo anterior, la objeción surge cuando al querer cumplir un mandato, la conciencia se opone, por encontrar hechos contrarios a la moral o a los valores previos. Así, por ejemplo, si un acto médico es contrario a un valor moral, surge la negativa a llevarlos a cabo o de participar en ellos. De igual forma, la VA es la manifestación de voluntad de una persona con capacidad de ejercicio sobre su decisión de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal, y por razones médicas sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona.

- Antecedentes de la Objeción de Conciencia

Según Franca O.⁴, la OC surgió por causas religiosas y militares. Como ejemplo, la respuesta del Apóstol Pedro -el primer papa- a las autoridades judías de Jerusalén de no acatar la prohibición de hablar públicamente de Jesucristo porque era su deber

“obedecer a Dios antes que a los hombres”. Así, Pedro pone su decisión por encima del derecho positivo. De igual forma, durante la segunda Guerra Mundial el presidente norteamericano Franklin D. Roosevelt aprobó que quienes rechazaran participar en servicios militares por causa religiosa o de conciencia, fuesen designados a trabajos civiles. Posteriormente, la ONU en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, reconoció el derecho de toda persona a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.

En el caso de México, de acuerdo a la Asamblea Legislativa del Distrito Federal⁵, sólo 11 estados tienen la Ley de Voluntad Anticipada en su legislación. Éstos son: Aguascalientes, Chihuahua, Coahuila, Colima, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit y San Luis Potosí. En la Ciudad de México existe la Ley de Voluntad Anticipada desde el 7 de enero de 2008, reformada el 27 de agosto de 2012.

Entonces, la voluntad es una capacidad humana, necesaria para llevar a cabo todos los actos. Esto significa que es la expresión de necesidades y decisiones de una persona y para que sea válida jurídicamente debe ser expresada libremente por una persona mayor de edad y con pleno uso de sus facultades mentales. Es decir, sin influencia ni presión de ningún tipo por parte de otra persona. En caso de menores o personas incapaces, puede ser expresada por sus padres o un tutor legal.

- Valores éticos

Según De los Santos L. G. (6) el fundamento para la desobediencia al Derecho es la escisión entre la legalidad y la moralidad. Los motivos deben ser exclusivamente ético-morales y basados en la autonomía de la conciencia individual. Los conceptos de valor o moral, entendidos como preceptos personales basados en la libertad de creencias, son tomadas en cuenta, siempre que respete el bien común y no se lesionen los derechos de terceros. Así, las instituciones aunque no tienen



conciencia moral, si presentaran una ideología, estatutos o códigos de ética que determinan su forma de trabajo. En el caso de instituciones de salud, son *protocolos*, que sin criterios normativos forman una responsabilidad moral que responde a criterios interdisciplinarios consensuados previamente.

- Aspectos legales de la Objeción de Conciencia

Según Martínez N. E.⁷, la libertad de pensamiento y de conciencia está protegida por convenios y pactos internacionales de derechos humanos, tanto en el ámbito global como en el nacional. En Europa por ejemplo, el Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950 en su artículo 9 declara que toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. El artículo 2 de este Convenio, dice que a nadie se le puede negar el derecho a la instrucción y que el Estado respetará los derechos de los padres a la educación y la enseñanza conforme a sus convicciones religiosas y filosóficas.

Según Allier J.⁸ en el Sistema Interamericano, la Convención Americana sobre Derechos Humanos Pacto de San José, OEA- consagra la libertad religiosa, de pensamiento y de conciencia. México firmó también este pacto en 1980 y lo ratificó en 1981. La ONU en sus dos instrumentos sobre derechos humanos -el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales- aprobados en 1996, también son vinculantes para México.

En México, únicamente Jalisco y la Ciudad de México han modificado la legislación para el reconocimiento de la OC como un derecho del personal del sistema de salud. La Ley Estatal de Salud del Estado de Jalisco reconoce este derecho desde el 7 de octubre de 2004. La Ciudad de México, reconoció la OC en 2004 y la ratificó en 2009. De hecho, la Secretaría de Salud aprobó las reformas a la NOM-046-SSA2-2005 el 27 de febrero de 2009 reconociendo el derecho a la OC en médicos y enfermeras para la práctica del aborto. Por ello, la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, es un documento con

validez legal, el cual, reconoce el derecho de la Objeción de Conciencia el personal de salud para abstenerse desde el 2008 de intervenir en la atención de pacientes terminales.

LA TESIS: MUERTE DIGNA Y DERECHOS HUMANOS A LOS PACIENTES

El final de la vida – la muerte-, para Méndez E.⁹, depende de la manera en que se comprende el valor de la vida. Es una experiencia individual que está acorde a la visión personal de sí mismo (de la vida y la muerte digna) vinculadas con la enfermedad. Actualmente además con gran medicalización e institucionalización, la ciencia y la tecnología han desarrollado técnicas y métodos para curar y tratar enfermedades y la posibilidad de alargar la vida. Esto hace pensar que ha cambiado el paradigma en la atención a la enfermedad terminal y la manera en que las personas viven su fin.

Ahora, más que una muerte digna, médicos y enfermeras buscan proporcionar al individuo, una vida digna hasta el último momento, permitiendo que las personas vivan según su condición de seres humanos hasta su muerte, sin que alguien más tome las decisiones por ellos. Esto implica ejercer el respeto a la autonomía de la voluntad sobre el tipo de atención médica que el paciente desea recibir y hasta que momento desea recibirla.

En el caso de los Derechos humanos, Según Agulles P.¹⁰, estos son derechos que le corresponden al hombre como persona y son lógicas y ontológicamente anteriores al Estado. Hacen referencia a las exigencias fundamentales de la persona, enraizadas en el mismo ser del hombre, que deben ser reconocidas, valoradas y defendidas jurídicamente. Su origen no está en la sociedad sino en el individuo mismo, como un ser-hombre.

Tratándose la OC como un derecho fundamental y esencial de la persona humana, ningún Estado está en condiciones de otorgarlo ni derogarlo, pero sí tiene el deber de reconocerlo, protegerlo, tutelar y regularlo. Asimismo, está el derecho de



los enfermos a rechazar los tratamientos que prolonguen su vida, y obliguen a los familiares y a los médicos a respetar su decisión y salvaguardar en todo momento su autonomía, sus derechos humanos y su dignidad como persona enferma. Por ello, el documento de la VA otorga facilidad de ejercicio de la autonomía en el ámbito de los servicios de salud, dando al enfermo terminal la seguridad jurídica de que su decisión de una vida digna será respetada hasta el último momento. En estos casos, las Enfermeras y médicos deben también defender siempre este derecho de los pacientes a una muerte digna.

- Objeción y conflictos

Para Sierra B. S.¹¹ no siempre es posible obtener la armonía entre los elementos personales de la relación jurídica médico-paciente y la posibilidad de una confrontación de derechos: el derecho a la protección de la salud, el derecho al libre ejercicio profesional y la autonomía del paciente. Así, el paciente puede llegar a objetar todos y cada uno de los tratamientos propuestos, ya sea por falta de confianza al personal médico o por sus propias convicciones. Por su parte, el médico puede también objetar las medidas demandadas por el paciente cuando el acto solicitado no sea acorde a su ética médica.

Lo anterior significa que una "objeción del paciente", permite plasmar su aceptación o rechazo al tratamiento otorgando o no su "consentimiento informado". Ahora, en el segundo caso, tratándose de la VA, surgen dilemas cuando el paciente ha expresado su derecho a rechazar un tratamiento terapéutico al final de su enfermedad, para únicamente recibir, *cuidados paliativos*.

Entonces, ¿se trata de una *eutanasia pasiva*, es decir, omisión de acciones médicas y terapéuticas, o de un *suicidio asistido médicamente*? Ambos supuestos están expresamente prohibidos en la legislación¹². De aquí surge el término eutanasia que se deriva en *ortotanasia* cuando se da el cuidado evitando la utilización de tratamientos y/o procedimientos médicos, que al tornarse desproporcionados e inútiles, constituyen la *distanasia*.

- Toma de decisiones

La práctica médica y de enfermería se caracteriza por la toma de decisiones y la ejecución de acciones profesionales diversas basadas en una apreciación de aspectos científicos y técnicos y de los valores involucrados. Esto significa que, de manera anticipada, en el contexto de una enfermedad terminal, un paciente en estado de coma o en estado de sufrimiento irreversible, puede expresar su decisión cuando está en pleno uso de sus facultades mentales sobre cómo ha de disponerse de sus bienes más preciados: su salud, su cuerpo y su vida en el momento cercano a la muerte y en el que ya no sea capaz de decidir por sí mismo.

CONCLUSIONES

La reflexión en torno a la vida y la muerte, son inherentes a la existencia de la persona humana y le han acompañado a lo largo de su historia; pero el tiempo ha ido cambiando la forma de conceptualizarlos debido a los conocimientos y a la posibilidad de intervenir mediante el uso de métodos y tecnologías cada más avanzados. De hecho, la interculturalidad y la multidiversidad de personas y tecnologías, también han determinado como han de ser éstos sucesos.

Ante éstas circunstancias, el ser humano tiene la necesidad de establecer normas y valores que le permitan elegir y establecer conductas que le lleven a un estado de bienestar individual y colectivo y que garantice su supervivencia, estableciendo aquellas que son comunes a todos y que se han llamado derechos humanos fundamentales. Aunque México es un Estado que ha reconocido plenamente los derechos fundamentales, protege los derechos humanos, se ha encontrado con un conflicto entre la Ley y la conciencia cuando se trata de los derechos de los pacientes y la obligación de los servicios de salud de velar por el bienestar de las personas.

Así, cuando en el ámbito clínico se tiene la posibilidad de alargar la vida o bien, prolongar la llegada de la muerte, surge la situación de mantener en todo

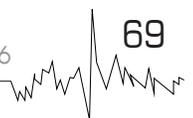


momento el respeto y la protección a los derechos y a la dignidad humana y por supuesto, el respeto a la autonomía de la voluntad del paciente. Para ello, se ideó que la voluntad de la persona pueda manifestarse de manera anticipada en un documento previo a su incapacidad, conteniendo las estipulaciones de una persona competente acerca de los tratamientos que desea o no recibir si llegase a presentar un estado de incapacidad.

Entonces, queda para el personal de salud, especialmente en los médicos y enfermeras la enorme responsabilidad de la reflexión sobre el respeto a la VA y la dignidad de la persona hasta el final de su vida, o la prevalencia de su conciencia moral y sus valores personales y profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Talavera P. Objeción de conciencia y voluntades anticipadas. Facultad de Derecho. Universidad de Valencia. Madrid, 2010: 1-8. Disponible en <http://publicaciones.san.gva.es/cas/prof/bioetica/bioetica/docs/Prof.PedroTalaveraFernandez.pdf>. Consultada 10 de septiembre de 2016.
2. Beca I. J. P. y Astete A. C. Objeción de conciencia en la práctica médica. Centro de Bioética. Facultad de Medicina. Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo; Médica de Chile. Santiago de Chile, 2015: 143: 493-498.
3. Ávila J.A. ¿Qué es la voluntad anticipada? Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Ciudad de México, 2013: 1. Disponible en: <http://www.innsz.mx/openams/contenido/investigacion/comiteEtica/voluntadanticipada.html>. Consultada 10 de septiembre de 2016.
4. Franca O. La objeción de conciencia: Tres visiones sobre el tema. Prensa Médica Latinoamericana. Archivos de Medicina Interna. Uruguay, 2013; 35(2): 62-68. Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext HYPERLINK "http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2013000200007"&HYPERLINK "http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2013000200007" Consultada el 2 de octubre de 2016.
5. Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Instituto de Investigación Parlamentaria. Asamblea Legislativa VI Legislatura. México, 2012: 1-12. Disponible en <http://www.aldf.gob.mx/archivo-edfcbf4442b58c1cf761114a6a224fb1.pdf>. Consultada el 25 de octubre de 2016.
6. De los Santos L. G. La objeción de conciencia: Fundamentos y justificación. Centro de Bioética Juan Pablo II. Septiembre – Diciembre. Habana de Cuba, 2010: 10(3): 1-4. Disponible en http://www.cbioetica.org/suplement/103_sup.pdf. Consultada el 20 de septiembre de 2016.
7. Martínez N. E. Artículo 10-BIS a la Ley General de Salud. Sistema de Información Legislativa de la Secretaría de Gobernación. Grupo Parlamentario del PES. Ciudad de México, 2015: 1-5. Disponible en http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2015/11/asun_3295635_20151104_1446657855.pdf. Consultada el 25 de octubre de 2016.
8. Allier J. Improcedencia de la objeción de conciencia planteada por un juzgador. Instituto de la Judicatura Federal. Enero, Ciudad México, 2012: 33: 11 - 21 Disponible en: <http://www.ijf.gob.mx/publicaciones/revista/33/02%20JAIME%20ALLIER%20CAMPUZANO.pdf>. Consultada el 10 de septiembre de 2016.
9. Mendoza F. Voluntades anticipadas: reflexiones bioéticas sobre el final de la vida. Conbioética s/n. Secretaría de Salud. México, 2015: 1-11. Disponible en: conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/voluntades_anticipadas.pdf. Consultada el 10 de septiembre de 2016.
10. Agulles P. S. La objeción de conciencia farmacéutica en España. Edizioni Universidad Santa Croce, Roma 2006: 1 - 519. Disponible en <http://bibliotecanica.net/docsal/btcalx.pdf>. Consultada el 12 de septiembre de 2016.
11. Sierra B. S. Objeción de conciencia en el ámbito médico-sanitario en México. Jurídica. Universidad Latina de América. Septiembre – Diciembre. México, 2011: 132: 1-6. Disponible en <file:///C:/Users/HP/Downloads/4710-6072-1-PB.pdf> Consultada el 10 de septiembre de 2016.
12. Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Código Penal para el Distrito Federal, Artículos 143 bis y 158 bis. México, 2016:33, 35. Disponible en: <http://aldf.gob.mx>. Consultado el día 1 de mayo del 2016



CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA EL USO DEL CONDÓN EN ADOLESCENTES MEXICANOS

CONSTRUCTION AND
VALIDATION OF THE
SELF-EFFICACY SCALE TO
THE USE OF CONDOM IN
MEXICAN ADOLESCENTS

Recibido enero 2016
Aceptado abril 2016

Correspondencia:

Landeros Olvera Erick
E_mail: erick_landeross@hotmail.com
nursingresearch@outlook.com

Autores:

Carrera Huerta Saudi

*Pasantes de la Licenciatura en Enfermería Benemérita
Universidad Autónoma de Puebla (BUAP)*

Soto Carrasco Ana Amelia

*Pasantes de la Licenciatura en Enfermería Benemérita
Universidad Autónoma de Puebla (BUAP)*

Muñoz Muñoz Vivian Paola

*Pasantes de la Licenciatura en Enfermería Benemérita
Universidad Autónoma de Puebla (BUAP)*

Sánchez Salinas Reina

*Pasantes de la Licenciatura en Enfermería Benemérita
Universidad Autónoma de Puebla (BUAP)*

Osorio Ramírez Jenny Lizbet

*Pasantes de la Licenciatura en Enfermería Benemérita
Universidad Autónoma de Puebla (BUAP)*

Abeille Mora Erika

*Pasantes de la Licenciatura en Enfermería Benemérita
Universidad Autónoma de Puebla (BUAP)*

Landeros Olvera Erick

*Doctor en Ciencias de Enfermería. Docente-Investigador de la
BUAP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (BUAP)*

Palabras clave: Adolescentes, autoeficacia, condón

Key words: Adolescents, self-efficacy, condom



RESUMEN

Introducción: Entre los adolescentes, las infecciones de transmisión sexual y embarazos, pueden ser combatidos a través del uso del condón. Es importante no solo educar, si no determinar la habilidad para su uso. Es aquí donde cobra importancia la autoeficacia, elemento cognitivo que determina la confianza que el adolescente tiene para usar correctamente el condón. En México y Latinoamérica, no se ha evidenciado la construcción y validación de un instrumento exclusivo para el uso del condón en adolescentes en el idioma español y que sea culturalmente factible.

Objetivo: Construir y validar un instrumento que evalúe la autoeficacia del uso del condón en adolescentes.

Metodología: Diseño de proceso de alcance transversal. La muestra estuvo conformada por 130 adolescentes.

Resultados: El análisis estadístico incluyó la técnica de jueces con un Índice de Validez de Contenido de 8.64. Alfa de Cronbach de .086, KMO=.795, Esfericidad de Bartlett $p<.05$. En análisis factorial fue exploratorio, los primeros 5 ítems explicaron más del 70% de la varianza y al rotar los factores se evidenciaron 4 grupos. La versión final del instrumento consta de 17 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert representado por caritas, que corresponden a 1=Nunca, hasta 5=Siempre.

Conclusión: Se obtuvo un instrumento creado en el contexto cultural del territorio mexicano que mide la Autoeficacia del Uso del Condón en los Adolescentes, sin embargo, se requiere poner a prueba el instrumento en otros contextos culturales del territorio mexicano para probar su validez externa.

Palabras clave. Adolescentes, autoeficacia, condón.

ABSTRACT

Introduction: Among adolescents sexual transmitted infections and pregnancies can be combated through the use of condoms. It is important not just educate, but determine the skills for the use of condom. Here is where self-efficacy grows in importance, since it's a cognitive element to determine the confidence the adolescent has to use the condom correctly. In Mexico and Latin-America there is no evidence on the construction and validation of an instrument exclusively on the use of condoms in adolescents in Spanish and culturally feasible.

Objective: Construct and validate an instrument to evaluate the adolescents' self-efficacy in the use of condom.

Method: Design in process to transversal scope. One hundred thirty adolescents were included in the sample.

Results: The statistical analysis included the judges' technique with a content validity index of 8.64. Cronbach Alpha .86, KMO=.795, Bartlett Sphericity $p<.05$. The factor analysis was exploratory, and the first 5 items explained more than 70% of variance and when factors rotate 4 groups were evident. The instrument final version consists of 17 items with a Likert-type response format represented by small faces and corresponding to 1=never, to 5=always.

Conclusion: An instrument created within the Mexican territory cultural context was obtained. It measures the adolescents' self-efficacy to the use of condom; however, it is necessary to test the instrument in other cultural context different from the Mexican context to prove its external validity.

Key words. Adolescents, self-efficacy, condom.



INTRODUCCIÓN

El mayor reto de salud en los adolescentes en este siglo responde a tres problemáticas específicas: VIH/SIDA; infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados que conllevan a abortos y muertes perinatales. Estos problemas en conjunto representan un reto de sanidad pública.

A nivel mundial, cada día 7,100 personas contraen VIH/SIDA y aproximadamente 34 millones anualmente. América Latina se encuentra en tercer lugar con alrededor de 1.5 millones de personas con VIH. De los cuales 68 000 son adultos jóvenes; siendo 34 680 mujeres y el resto son hombres; quienes durante su adolescencia comenzaron su vida sexual activa y adquirieron el virus.¹

En México durante el año 2010 se estimó la ocurrencia de 10,000 nuevas infecciones por VIH, el 50% se produjeron en personas entre los 10 y 24 años de edad, siendo la sexual la vía de transmisión más importante en 96.1% en hombres y 93.5% en mujeres.²

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)³, 7.1% de los adolescentes tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años y con base al registro nacional de casos de SIDA de un total de 153, 109, el 82% son hombres y el 18% mujeres.

En el mismo orden de ideas, las ITS representan un problema serio de salud pública en adolescentes mexicanos; el periodo del 2005 al 2010 la candidiasis urogenital y el VPH han sido las infecciones de mayor incidencia en jóvenes de 15 a 24 años de edad con un total de 785.25 por cada 100,000 habitantes a nivel nacional.⁴ Según cifras reportadas por la ENSANUT,³ se encontró una proporción mayor del porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que han iniciado vida sexual, dado que la cifra actual alcanza 23%, cuando en 2006 se reportó para esto mismo 15%, de los cuales el 2.3% reportó actividad sexual protegida. Estos datos permiten ver una proporción importante

de adolescentes mexicanos que están llevando a cabo prácticas sexuales no protegidas que ponen en riesgo su salud. Cabe mencionar que en la adolescencia se despierta el interés por el cuerpo y la sexualidad consolidándose las actitudes y comportamientos que incidirán en la adopción o no de prácticas sexuales más seguras.⁵

En lo que respecta al embarazo no deseado, abortos y muerte perinatal, representa un reto constante en los países en vías de desarrollo por el impacto a los indicadores de salud y sociales. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.

Cabe mencionar que los embarazos no deseados es otro de los problemas por practicar relaciones sexuales sin protección, de ahí el hecho que la tasa de fecundidad aumentó de 30 a 37 embarazos por cada 1000 mujeres de 12 a 19 años que iniciaron vida sexual activa, de lo que va del 2005 al 2012 y como consecuencia también conlleva abortos clandestinos y muertes perinatales³. Con respecto a los abortos, Juárez et al.⁶, mencionan que en México ocurren aproximadamente un millón de abortos al año. La tasa anual de abortos inducidos en nuestro país es de 38 abortos por cada mil mujeres siendo el grupo de edad prevalente, adolescentes de 15 a 19 años. Sin embargo no se encuentran datos que indiquen el número de abortos practicados (clandestinos) en adolescentes actualizado, podemos suponer que aunque no se tenga el dato, representa un problema grave de salud pública a pesar de que en la Capital de México ésta práctica sea legal. Con respecto a las defunciones perinatales durante el año 2012 fueron de 18,151 muertes. Datos que representan 63% del total, considerando que uno de los primeros factores de riesgo para ello, son las adolescentes embarazadas³.

Los tres problemas en cuestión pueden ser combatidos con educación para la salud sexual, fortaleciendo los



valores y la convicción de la abstinencia sexual en la adolescencia. Sin embargo, las prácticas sexuales en adolescentes es una realidad que el sistema de salud debe reconocer y atender. Es aquí donde es importante desarrollar y aplicar programas de promoción y prevención en salud sexual. Uno de los métodos más seguros es a través del uso del condón que representa prácticas sexuales que disminuyen los riesgos. A pesar de que se conoce y se difunde el uso del condón, las estrategias no han sido efectivas dado los indicadores epidemiológicos previamente mencionados. Se requiere fortalecer esta práctica a través de teoría cognitiva e indicadores empíricos que muestren el grado de conocimiento o seguridad de utilizar correctamente un condón.

Una de las teorías que mejor resultado han tenido es la Cognitiva social de Albert Bandura (1986)⁷ que utiliza la autoeficacia (AE) para conocer las creencias de cada individuo en realizar conductas de forma exitosa. La AE puede ser especializada o direccionada; por ejemplo, para el uso del condón AE se define como la confianza en sus capacidades para utilizar el condón de forma correcta en cada relación sexual. Teóricamente, esto predice la acción y constituye una herramienta de protección, dado que existe una correlación alta en lo que un individuo cree que puede realizar con lo que realmente ejecuta. En otras palabras, a mayor AE, mayor protección.

Diversos instrumentos han sido construidos para medir la autoeficacia (AE) en el uso del condón de manera general. Los cuales han sido aplicados en población de adolescentes^{5,8} y adultos jóvenes principalmente^{8,9,10,11,12} con validaciones internas y estructura factorial aceptables^{5,9,10}. Asimismo los tipos de estudios que utilizaron estos instrumentos han sido descriptivos¹¹, transversales^{8,10,12} y correlacionales¹². Se han adaptado al español algunos instrumentos, que entre sus dimensiones se encuentra autoeficacia para el uso del condón en adolescentes⁵, adolescentes y adultos¹⁰ comportamientos del uso del condón en adultos jóvenes universitarios⁹. Sin embargo, en México y Latinoamérica, no se ha evidenciado la construcción y validación de un instrumento exclusivo para el

uso del condón en adolescentes en el idioma español y que sea culturalmente factible.

Por lo tanto el objetivo de este estudio es construir y validar un instrumento que evalúe la autoeficacia del uso del condón exclusivamente en adolescentes que pudiera servir en proyectos futuros para fortalecer las intervenciones del sistema de salud.

METODOLOGÍA

Se realizó un diseño de proceso de alcance transversal¹³ para construir y validar un instrumento que mida empíricamente la autoeficacia del uso del condón en adolescentes mexicanos.

La población estuvo conformada por adolescentes estudiantes del nivel medio superior. El muestreo se realizó por conveniencia en una preparatoria pública, sin embargo la selección de los participantes fue aleatoria al interior de los grupos por medio de las listas de asistencia. El tamaño de la muestra se estimó mediante una potencia de 90% y nivel de significancia de 0.5, con la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{z^2 (p) (q)}{d^2}$$

Donde: n = tamaño de la muestra finita

z₂ = 1.96 (z= confiabilidad de 90%)

p= probabilidad de éxito

q= probabilidad de fracaso

d₂= error máximo permitido (0.05)

Quedando así un resultado con un muestra de 119 participantes. Para amortiguar el efecto de atrición se aumentó un 10% el tamaño de la muestra quedando una n= 130 para la muestra final.

Criterios de selección: Se incluyeron adolescentes que se encontraban cursando el último año del nivel medio superior, igual o menor de 19 años de edad, que han iniciado vida sexual y que el padre o tutor haya firmado previamente el consentimiento informado para la aplicación del instrumento. Se



excluyeron a todos aquellos adolescentes que no se encontraban presentes en el día y momento de la aplicación del instrumento de acuerdo a la lista presentada por el docente. Se eliminaron a los estudiantes que ya no desearon participar.

Procedimientos

1. Construcción semántica de los reactivos que constituyen el instrumento. Con base al concepto de autoeficacia los reactivos puntualizan solo en el uso del condón, no se enfatizó en otros elementos que no tuvieran relación con tipos de condón, lugares para comprar el condón, número de parejas sexuales, entre otras.

2. Validación del instrumento por técnica de jueces. Los jueces fueron invitados de un programa doctoral, tanto a Doctorados en Ciencias de Enfermería y estudiantes de cuarto año. El análisis estadístico de las respuestas de los jueces se llevó de acuerdo a Kaltz y colaboradores.¹⁴ Los resultados de ésta validación proporcionaron las herramientas necesarias para la construcción de la segunda versión del instrumento de acuerdo a las observaciones y cambios sugeridos por los jueces.

3. Prueba piloto. El instrumento fue aplicado a una muestra de 30 adolescentes estudiantes del último año del nivel medio superior de una escuela pública de la ciudad de Puebla, México. El objetivo es que con los resultados de la prueba piloto se construya la tercera versión del instrumento.

4. Aplicación de la versión final del instrumento y análisis estadístico del instrumento. Previo consentimiento informado, el instrumento fue sometido a un análisis de confiabilidad de alfa de Cronbach y análisis factorial por técnica Varimax. Para el tratamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21.

Consideraciones Éticas

La recolección de los datos se llevó a cabo de acuerdo con las disposiciones de la Ley General de

Salud en Materia de Investigación¹⁵. Título Quinto "investigación para la salud" del Capítulo Único. El estudio se considera de riesgo mínimo dado que no se manipuló física ni emocionalmente a los participantes. Del mismo modo se les proporcionó un consentimiento informado una semana antes de contestar el instrumento, el cual fue firmado por los que tenían mayoría de edad y por su padre o tutor en aquellos menores de edad considerando el asentimiento de los menores. Durante la obtención de los datos se respetó la confiabilidad de la información de cada participante, para cumplir con lo estipulado en el Título Quinto Capítulo Único Fracción IV. En el mismo instrumento se preguntó si habían iniciado vida sexual, las respuestas negativas, fueron instrumentos que se excluyeron y no fueron evidenciados ante el grupo de adolescentes, conservando la confidencialidad. De igual manera los datos fueron manejados únicamente por el grupo de investigadores, dichos instrumentos fueron resguardados en un sobre después de ser contestados por los participantes.

Resultados

1. Bajo una revisión y análisis del concepto de autoeficacia, los investigadores construyeron 14 ítems, cuya redacción semántica enfatizaba únicamente en la autoeficacia para el uso del condón. La escala cuenta con un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van desde 1) Nunca, 2) Casi nunca, 3) Algunas veces, 4) Casi siempre, hasta 5) Siempre. El valor mínimo es de 14 puntos y el máximo es de 70 puntos. No se establecieron puntos de corte o transformaciones de los datos en índices de cero a cien, se determinó que entre más alto sea el puntaje, más alto es la autoeficacia para en el uso del condón. Así mismo no se establecieron las dimensiones para agrupar a priori los ítems.



2. Una vez construida la primera versión, se realizó una validación por diez jueces cuyos resultados fueron los siguientes:

Tabla 1. Resultados de la Validación de Jueces

Rubro	Resultado	Interpretación
Índice de validez por ítem	1.9	Aceptable
Criterio de validez	0.1357= 13.5% de posibilidad de error	Aceptable
Índice de validez de contenido	8.64, cifra cercana a la unidad	Aceptable

Así mismo los jueces sugirieron modificaciones a la redacción de algunos ítems para conservar la dirección hacia el concepto de autoeficacia.

Con base a las correcciones sugeridas por los jueces, se realizó una segunda versión del instrumento, anexando tres ítems a los ya establecidos.

Los jueces sugirieron agregar una escala análoga visual con imágenes animadas que relacionaban la expresión con la escala tipo Likert originalmente propuesta. El propósito es que el instrumento fuera visualmente más atractivo para los adolescentes para ser contestado.

3. Para la prueba piloto, se aplicó la segunda versión del instrumento a un total de 30 adolescentes en un rango de edad de 16 a 19 años de edad,

Moda igual a 17 años; predominó el género masculino en un 57.7%.

Con esta prueba se consideraron dos cambios sustanciales: a) cambios en la redacción de algunos ítems del instrumento, remplazando palabras por algunas otras de uso más común entre los adolescentes sugeridas por ellos mismos; b) se eliminó de la escala de caritas, las opciones de frecuencia (entre siempre y nunca). De tal manera que se creó una versión final del instrumento con 17 ítems para la obtención final de los datos.

4. La versión final del instrumento, se aplicó a 130 adolescentes, con un promedio de 17 ± 1.3 años de edad, moda igual a 17, predominó el sexo masculino con 52%. El análisis estadístico inicial se resume en la siguiente tabla.

Tabla 2. Resultados estadístico preliminares.

Rubro	Resultado	Interpretación
Coefficiente de confiabilidad	.086	Aceptable
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).	.795	Aceptable
Prueba de esfericidad de Bartlett.	p= .000	Aceptable



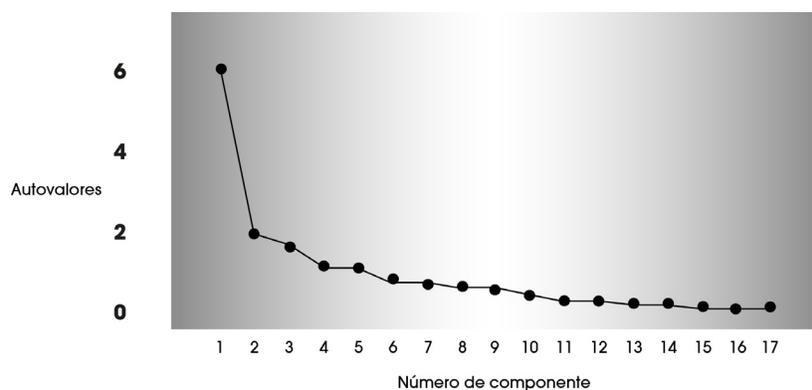
Una vez obtenidos los resultados KMO y la esfericidad de Bartlett, se procedió a realizar una rotación de factores con técnica varimax de forma exploratoria. El propósito fue agrupar los ítems de acuerdo al porcentaje de la variación explicada de cada uno de los ítems, se observó que los primeros 5 ítems explican más del 70% de la varianza, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 3. Porcentaje de la varianza explicada por ítem

Autovalores iniciales			
Número de ítem	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6.069	35.698	35.698
2	1.965	11.562	47.259
3	1.644	9.672	56.932
4	1.151	6.770	63.702
5	1.117	6.573	70.275

Para complementar la tabla anterior se muestra el gráfico de sedimentación

Gráfica 1. Sedimentación



Al realizar la rotación de factores se pudo identificar a los ítems de agrupamiento que pudieran sugerir subescalas al instrumento. El resultado presentó cuatro agrupaciones como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 4. Agrupación de ítems después de la rotación varimax

Número de reactivos	
1	1, 8, 9, 13, 14, 17
2	2, 3, 5, 6, 7, 12
3	4, 10, 11
4	15, 16

CONCLUSIÓN

El objetivo de este estudio fue construir y validar un instrumento que evalúe la autoeficacia del uso del condón exclusivamente en adolescentes; dado que no hay instrumentos similares en población latinoamericana, se realiza la discusión puntualizando algunas situaciones del método y del análisis estadístico.

Para la construcción del instrumento, en cada uno de los ítems se enfatizó la "habilidad para hacer o llevar a cabo cierta acción con éxito", se destacó la confianza que el adolescente cree poseer para llevar a cabo el uso correcto del condón. Con esta premisa en la construcción de los ítems, se acercó cada uno de ellos al concepto teórico. Sin embargo después de realizar la validación de jueces y la prueba piloto, en la redacción de los ítems se consideraron cambios cualitativos que mejoraron la validez de constructo.

Con respecto a la validación de jueces, el análisis estadístico resultó ser aceptable y el índice de validez por ítem y de contenido resultaron aceptables, a pesar del 13% de posibilidad de error de acuerdo al criterio de validez; sin embargo es menor a un 20% como sería lo permitido en un error tipo Beta (poder estadístico de .80) si el instrumento fuera aplicado a la población adolescente en otros contextos. Estos resultados más la confiabilidad de alfa de Cronbach en la prueba final, denotó una correlación entre los ítems, permitiendo suponer que el instrumento mide lo que dice medir.

Otro de los cambios al instrumento original, consistió en eliminar de la escala de caritas, las opciones de frecuencia (entre siempre y nunca) ya que logramos detectar que formaban parte de las opciones de respuesta y desviaban la atención de las imágenes animadas, las cuales resultaron útiles para identificar la respuesta con su nivel de confianza, dada la expresión de cada carita. Sin embargo en la hoja preliminar al instrumento en donde van las instrucciones, no se excluyeron las opciones de respuesta con relación a las caritas.

Los instrumentos encontrados en la literatura, resultaron ser muy generales con respecto a la medición del concepto y dirigidos a adultos, por ejemplo, "puedo evitar situaciones que puedan llevar al sexo no seguro (tener dos o más parejas sexuales, prostitución, influjo del alcohol u otras drogas", "Puedo hablar con mi pareja sobre usar un condón ante de ponerme muy elevado". A pesar de que se mide la autoeficacia para el uso del condón, por un lado, no está dirigido a la habilidad o técnica para su uso correcto, se hace referencia más a situaciones de riesgo, que son más comunes en adultos, que a las situaciones a las que se enfrenta un adolescente que inicia vida sexual activa. Por otro lado, están escritos en inglés y la traducción no es culturalmente factible para el contexto mexicano. Ante esta situación, para poder llegar al lenguaje de cada adolescente, en nuestro instrumento, algunos ítems cambiaron sus expresiones para poder ser más "amigable" o "comprensible" para el adolescente. Por esta razón es que de la prueba piloto, se consideraron todas las observaciones que los adolescentes comentaron y que en conjunto con las observaciones previas de los jueces, permitieron construir ítems que consideramos adecuados para el adolescente mexicano, por ejemplo: *-Aunque sea solo para meter la "puntita", me colocaría el condón (o se colocaría a mi pareja); -Puedo negarme a tener un "faje" sin usar condón-*. Estas son algunas de las expresiones que no se encontraron en ninguno de los instrumentos validados en otros contextos culturales.

En análisis factorial fue exploratorio, dado que es un instrumento de reciente creación, únicamente se pretendió observar su comportamiento en la variabilidad. El porcentaje de varianza de los primeros cinco ítems fue mayor del esperado en comparación con otros análisis factoriales publicados (más del 70%), lo que permite confirmar que el concepto está siendo medido. Al realizar la rotación de factores, el modelo mostró cuatro posibles dimensiones, que para esta primera aplicación del instrumento no consideramos asignarles un nombre, dado que requiere de ser aplicado a una muestra mayor para obtener una mejor rotación de factores.



Como producto final se obtuvo un instrumento creado exclusivamente en el contexto cultural del territorio mexicano que mide la Autoeficacia del Uso del Condón en los Adolescentes, sin embargo, se requiere poner a prueba el instrumento en otros contextos culturales del territorio mexicano para probar su validez externa. Asimismo, obtener una muestra mayor para aumentar la potencia estadística y una variabilidad suficiente para rotar los ítems y asignarles un nombre con el apoyo de la literatura. Así mismo, el instrumento podría someterse a un diseño test, re-test con la finalidad de conocer su consistencia interna bajo un diseño experimental que manipule la autoeficacia de uso correcto del condón a través de una intervención educativa planificada y controlada con grupos paralelos.

Este instrumento puede representar una herramienta única para probar que las intervenciones educativas de enfermería tienen impacto en la confianza de los adolescentes al aumentar su autoeficacia, será un predictor positivo para el uso del condón cuando se inicie una vida sexual e incluso si ya se tiene; así, de forma indirecta, es posible que se impacte en la reducción de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Conclusión. La construcción del instrumento denominado "*Autoeficacia en el Uso del Condón en Adolescentes Mexicanos*", resultó ser válida en la muestra seleccionada. De manera preliminar se puede concluir que el instrumento mide el concepto que dice medir y es adecuado para adolescentes y culturalmente específico para el contexto mexicano.

Agradecimientos:

*A los estudiantes del programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Universidad de Guanajuato Campus Celaya- Salvatierra.
A los estudiantes de las preparatorias BUAP.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas sobre SIDA (ONUSIDA) (Internet) 2013. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/documents/2013/>
2. Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH y el SIDA (CENSIDA) (Internet) 2013. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/Censidainforma>
3. Secretaría de Salud: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANut) (Internet) 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (Internet) 2010. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>
5. López F, Moral, J. Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Sal Pub Mex*. 2004; 43(5): 421-432.
6. Juárez F y Singh S. Incidencia del aborto inducido por edad y estado, México, 2009: nuevas estimaciones usando una metodología modificada. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*. 2009; número especial de 2013: pp. 25-35.
7. Bandura, A. *Social Foundations of Thought & Action. A Social Cognitive Theory*. 1th ed. New Jersey; 1986. 390 p.
8. Jiménez, M. Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. México. 2010; 15(1):107-129.
9. Piña, J., Robles, S., Rivera, B. Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes de dos centros universitarios de México. *Rev Pan Sal Pub*. 2007; 22(5): 295-303.
10. Hernández, A., López, M., Adaptación Transcultural de la escala para medir autoeficacia en el uso del condón masculino. *Index de Enfermería*. España. 2011; 20 (3):194-198.
11. Uribe, A., Orcasita, L. Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud. *Avances en Enfermería*. Colombia. 2011; Vol. XXIX (2): 271-284.
12. Ylvarez, C., Villarruel, A., Zhou, Y., & Gallegos, E. Predictors of condom use among mexican adolescents. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*. 2010; 24(3): 187-196.
13. Feinstein A. R. *Clinical epidemiology the architecture of clinical research*. 1th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders. 1985
14. Carolyn Feher Waltz, Ora Lea Strickland, Elizabeth R. Lenz. *Measurement in Nursing and Health Research*. 3th ed. Springer. 2005
15. Ley General de la Salud en Materia de Investigación para la salud 1987. (Internet) 2015. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unicidades/cal/nom/compi/rlgsmis.html>.



Instrumento de Autoeficacia en el Uso del Condón
en Adolescentes Mexicanos

(Carrera-Huerta S.; Soto-Carrasco AA; Muñoz-Muñoz VP; Sánchez-Salinas R; Osorio-Ramírez JL; Abeille-Mora E; Landeros-Olvera E.2015)

Nº	Afirmaciones					
1	Guardo/guardaría mis condones en un lugar fresco y libre de humedad.					
2	Olvido/olvidaría revisar la fecha de caducidad en el empaque del condón.					
3	Tengo/tendría la habilidad de abrir correctamente la bolsa del condón.					
4	Tengo/tendría la habilidad de observar si el condón no está roto, cuarteado, chicloso o seco.					
5	Antes de la penetración, me coloco/colocaría el condón (o se lo coloco a mi pareja).					
6	Aunque sea solo para meter la "punfita", me coloco/colocaría el condón (o se lo coloco/colocaría a mi pareja).					
7	Antes de tener sexo oral, me coloco/colocaría el condón (o se lo coloco a mi pareja).					
8	Tengo/tendría la habilidad de localizar la punta del condón y deslizarlo correctamente.					
9	Tengo/tendría la habilidad de colocar el condón con el pene erecto.					
10	Tengo/tendría la habilidad de sujetar el condón de la base para retirarlo mientras el pene aún está erecto, con la mano cubierta por papel, la sábana o una prenda.					
11	Tengo/tendría la habilidad de retirarme o retirar el condón a mi pareja evitando la salida del semen (espermatozoides), sin que mi mano toque el condón directamente.					
12	Tengo/tendría la habilidad de hacer un nudo al condón antes de tirarlo al bote de la basura.					
13	Estoy seguro(a) que en cada relación sexual voy a utilizar un nuevo condón.					
14	Tengo/tendría la habilidad de mantenerme o mantener en mi pareja puesto el condón mientras que los genitales se rozan o haya penetración.					
15	Puedo/podría negarme a mantener una relación sexual con mi pareja en caso de que no quiera que usemos el condón.					
16	Puedo/podría negarme a tener un "faje" sin usar condón.					
17	De acuerdo a los conocimientos que tengo en este momento, tengo la habilidad de usar el condón correctamente.					



EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA ESTRUCTURACIÓN Y REGISTRO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

EFFECT OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION ON NURSING DIAGNOSIS' CONFORMATION AND RECORDING

Recibido febrero 2016
Aceptado abril 2016

Correspondencia:

Marcio Jiménez Gutiérrez
Sección Veredas número 2
interior 401 Colonia Infonavit
Delegación Iztacalco C.P. 08900
Tel: (s): 56 49 21 71 / 044 55 20 86 54 40
E-mail: el_megaov@hotmail.com

Autores:

Marcio Jiménez Gutiérrez
Hospital General de Zona No. 47, "Vicente Guerrero", IMSS

Javier Ricardo López Herrera
UMAE Hospital de Especialidades CMN La Raza, IMSS

Guillermina Romero Quechol
Unidad de Investigación Epidemiológica en Salud, IMSS

Marilin Martínez Olivares
UMAE Hospital de Especialidades CMN La Raza, IMSS

Marisela Bermúdez Martínez
Hospital General de Zona No. 47, "Vicente Guerrero", IMSS

Gabriela Adriana Cruz Ojeda
Hospital General de Zona No. 47, "Vicente Guerrero", IMSS

Carolina Consejo Y Chapela
Hospital General de Zona No. 30, "Iztacalco", IMSS

Ana María Gordillo Ávila
Hospital General de Zona No. 30, "Iztacalco", IMSS

Palabras clave: diagnóstico de enfermería, proceso enfermero, intervención educativa.

Keywords: nursing diagnosis, nursing process, educational intervention



RESUMEN

Introducción: Se define como diagnóstico de enfermería al juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona. Mediante ellos se identifican necesidades y constituyen la base de las intervenciones proporcionadas.

Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención educativa en la estructuración y registro de diagnósticos de enfermería.

Material y Métodos: Diseño Cuasi Experimental. Se diseñó una intervención educativa basada en la corriente educativa constructivista que se aplicó al grupo experimental (GE) del Hospital A en contraste con el grupo control (GC) del Hospital B quienes no recibieron la intervención. Para medir el nivel de conocimientos se usó un instrumento validado por expertos 2/3 con alfa de Cronbach 0.845; para medir la estructuración y registro de diagnósticos se empleó el instrumento "Quality of Nursing Diagnosis" (QOD) previamente validado. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba t de Student.

Resultados: Después de la intervención en el GE existieron cambios significativos en la estructuración y registro de diagnósticos ($p < 0.004$). En el GC no existieron cambios significativos.

Conclusiones: La aplicación de intervenciones educativas incrementa el nivel de conocimientos y tiene un efecto positivo en la estructuración y registro de diagnósticos enfermeros.

Palabras clave: diagnóstico de enfermería, proceso enfermero, intervención educativa.

ABSTRACT

Introduction: Nursing diagnosis is defined as a clinical judgment about individual experiences/responses. Through nursing diagnosis are identified necessities and they provide the basis for nursing interventions.

Objective: To evaluate the effect of an educational intervention on nursing diagnosis' conformation and recording.

Methodology: Quasi experimental design. It was designed an educational intervention program based on constructivism theory knowledge that was received by nurses from experimental group (EG) in the Hospital A, versus nurses from control group (CG) in the Hospital B who didn't received the educational program. To evaluate knowledge it was used an instrument validated by experts and that showed a reliability of 0.845 with Cronbach's alpha. To measure nursing diagnosis' conformation and recording it was used the instrument "Quality of Nursing Diagnosis" (QOD) previously validated. For the statistical analysis it was used Student's t test.

Results: After the intervention on EG we found significant changes on nursing diagnosis' structuring and recording ($p < 0.004$). There were not significant changes on CG.

Conclusions: Educational programs improve nursing diagnosis knowledge and have a positive effect on nursing diagnosis' conformation and recording.

Key words: nursing diagnosis, nursing process, educational intervention.



INTRODUCCIÓN

La necesidad de comunicación entre enfermeras y la estandarización del lenguaje enfermero es una necesidad a nivel mundial que permite a las enfermeras analizar problemas de salud de los cuales son responsables¹.

Para poder otorgar atención, la enfermera cuenta con un método propio que es el Proceso Enfermero (PE), análogo del método científico simplificado que se caracteriza por la sistematización lógica y la integración de toda experiencia y competencias: conocimientos, habilidades, actitudes y valores². En nuestro país se define al PE como la herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas y cuyo objetivo principal es atender las respuestas humanas individuales o grupales, reales o potenciales³.

El PE es el método dinámico e interrelacionado que requiere que la enfermera demuestre pensamiento crítico, lectura crítica y habilidades profesionales de comunicación⁴ dicho método tiene como finalidad llevar a un nivel óptimo las respuestas humanas y se encuentra estructurado en cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación⁵.

La etapa diagnóstica es la segunda fase del PE que consiste en el análisis e interpretación de los datos recogidos en la etapa de valoración. Este análisis preciso y contextualizado permite a la enfermera identificar los problemas que son de su competencia⁶. Un diagnóstico de enfermería se define como un juicio clínico sobre las experiencias/respuestas humanas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud y procesos vitales reales o potenciales⁴.

La introducción de juicios clínicos estandarizados de enfermería proporcionados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA por sus siglas en inglés) es relativamente reciente dentro de las instituciones de salud nacionales, teniendo implicaciones e impacto en los registros

clínicos que se elaboran y la atención proporcionada. Desde esta perspectiva, la elaboración y registro de los juicios clínicos constituyen un área de oportunidad susceptible de ser mejorada.

Ante este panorama se requiere la implementación de intervenciones educativas que incrementen el nivel de conocimientos y mejoren los registros de los juicios clínicos de manera significativa. La educación, definida como una actividad emprendida o iniciada por uno o más agentes tiene objetivo de producir cambios en el conocimiento, las habilidades y las actitudes de los individuos, grupos o comunidades⁷. El constructivismo como corriente pedagógica sostiene que el conocimiento no es una reproducción de la realidad sino una construcción ejecutada por el ser humano a partir de aspectos cognitivos y sociales del comportamiento⁸.

La implementación de intervenciones educativas con fundamento en una corriente pedagógica para el personal de salud tiene como propósito de incrementar el nivel de conocimientos para la praxis en beneficio de los usuarios de servicios de salud.

El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de una intervención educativa en la estructuración y registro de diagnósticos de enfermería.

METODOLOGÍA

Estudio Cuasi Experimental, llevado a cabo en dos unidades de segundo nivel de características similares del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el primer semestre del 2014. Se obtuvo una muestra a conveniencia, no probabilística de 43 enfermeras generales, 23 correspondientes al grupo experimental (GE) del Hospital A y 20 al grupo de control (GC) del Hospital B.

El estudio representó un riesgo mínimo para las enfermeras unidades de análisis y se apegó a los lineamientos de la Ley General de Salud y la Declaración de Helsinki. Se respetó el anonimato,



autonomía y privacidad de los individuos que participaron mediante el Consentimiento Informado, la accesibilidad a la información relacionada con la investigación, así como la libertad de participar, permanecer y desertar el estudio en cualquier momento^{9,10}.

Para evaluar el nivel de conocimientos se elaboró un instrumento autoadministrado de 34 ítems validado en la segunda ronda por consenso de expertos 2/3 cuyo perfil académico fue de licenciatura en enfermería, grado de maestría, experiencia docente mínima de 5 años relacionada con Proceso de Enfermería, ocupando cargos como Coordinadores de Enseñanza en unidades hospitalarias y de escuelas de enfermería; dicho instrumento presentó una confiabilidad interna de 0.863 al aplicar la prueba estadística alfa de Cronbach. Los criterios para evaluar el nivel de conocimientos fueron: a) Malo de 0 - 12 puntos, b) Regular de 13 - 18 puntos y c) Bueno de 19 - 23 puntos.

Con el fin de medir la estructura y registro de diagnósticos de enfermería se empleó un instrumento previamente validado por Florin y colaboradores 11 demostrando un valor de Kappa de Cohen de 0.93 para confiabilidad interobservador y Alfa de Cronbach de 0.863 para confiabilidad interna, que tiene por nombre Quality of Nursing Diagnosis (QOD); se encuentra conformado por 4 componentes (problema, etiología, signos y síntomas, criterios generales) subdivididas en 14 criterios dicotómicos a los que se da un puntaje. Los criterios para evaluar estructura y registro del enunciado diagnóstico de enfermería fueron: a) Malo de 0 - 7 puntos, b) Regular de 8 - 11 puntos y c) Bueno de 9 - 12 puntos.

La intervención educativa fue diseñada de la siguiente manera: se programó para impartirse en un tiempo en 16 horas, basada en la corriente educativa constructivista que abordó los siguientes temas: Enfermería Basada en Evidencia, Proceso de Enfermería, Pensamiento Crítico, Diagnósticos de Enfermería y Discusión de casos clínicos.

Para conformar los grupos de estudio se escogieron dos unidades hospitalarias de segundo nivel, de la misma delegación institucional y con características similares entre ellas. El GE que recibió la intervención educativa, realizando mediciones pre y post intervención para medir el nivel de conocimientos y la estructura y registro de diagnósticos de enfermería. El GC el cual no recibió la intervención educativa y al que se realizaron las mediciones mencionadas al mismo tiempo que en el GE.

Para el análisis de datos se utilizó en programa estadístico IBM SPSS versión 21, análisis univariado, bivariado y prueba t de Student para comparación de grupos.

RESULTADOS

Respecto a las características sociodemográficas como sexo, edad y antigüedad laboral existió similitud en ambos grupos.

Respecto a la medición basal, el nivel de conocimientos de las enfermeras del GE fue evaluado como regular en un 57% mientras que las enfermeras del GC tuvieron un nivel de conocimientos bueno en un 55% (Figura 1).

En la medición basal de estructura y registro de diagnósticos de enfermería entre el GE y GC, este fue evaluado como bueno en un 39% en el GE así como el de las enfermeras del GC en un 40% (Figura 2).

Al aplicar la prueba t de Student pre intervención, los grupos fueron similares en relación a la manera en cómo estructuran los diagnósticos de enfermería; el GE incrementó las medias en su puntaje y existió significancia estadística post intervención; en el GC no se encontraron cambios significativos al realizar mediciones a la par con el GE; y al hacer comparaciones entre las enfermeras del GE y GC se encontró significancia estadística (Cuadro 1).

Respecto a la comparación de grupos con relación al nivel de conocimientos que tienen sobre diagnósticos



de enfermería, el GE incrementó las medias en su puntaje y existió significancia estadística al comparar al mismo GE pre y post intervención; en el GC no se encontraron cambios significativos al realizar mediciones a la par con el GE; al hacer comparaciones entre las enfermeras del GE y GC post intervención no se encontró significancia estadística (Cuadro 2).

CONCLUSIONES

Diversos autores han implementado estrategias educativas para mejorar los conocimientos de la etapa diagnóstica del proceso de enfermería y otras etapas derivadas del mismo^{11,12,13}.

Florin y colaboradores¹¹ encontraron que existen problemas en la redacción de diagnósticos de enfermería en su muestra estudiada, lo cual coincide con los resultados de nuestro estudio previamente mostrados, pues menos del 50% de los grupos experimental y control obtuvieron una calificación buena con los diagnósticos redactados, lo que podría tener implicaciones severas en la inadecuada identificación de necesidades del paciente. Collins¹² probó la efectividad de una intervención educativa de 12 horas para mejorar diagnósticos de enfermería; Collins concluye que su intervención educativa relacionada con el pensamiento crítico y razonamiento clínico es efectiva para mejorar diagnósticos enfermeros, de la misma manera que la intervención educativa que nosotros diseñamos e implementamos. Por último, de acuerdo con González-Mejorada y colaboradores¹³ afirman que es prioritario en nuestro país el desarrollo de intervenciones educativas que potencialicen la práctica enfermera reflexiva en la etapa diagnóstica de enfermería.

La intervención educativa implementada no solo tiene un efecto positivo en el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre la etapa diagnóstica, sino que mejora la estructuración y registro de juicios clínicos que elaboran. Una de las limitaciones del presente estudio fue el muestreo no probabilístico que se empleó.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lunney M. The need for international nursing diagnosis research and theoretical framework. *Int J Nurs Terminol Classif* 2008; 19: 28-34.
2. Rodríguez-Sánchez BA. Proceso enfermero. 2ª ed. México: Ediciones Cuellar; 2003.
3. Secretaría de Salud. NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: URL: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013
4. Herdman TH. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. España: Elsevier; 2012.
5. Morán-Aguilar V, Mendoza-Robles AL. Marco de referencia. En: Aguilar V, Mendoza-Robles AL. Proceso de enfermería uso de lenguajes NANDA, NIC y NOC modelos referenciales. 3ª ed. México: Trillas; 2010. p. 75.
6. Gispert C. Nuevo manual de la enfermería. España: Grupo Oceano; 2008.
7. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. Andragogía el aprendizaje de los adultos. México: Oxford University Press Mexico; 2001.
8. Ferrero-Gravé R. Estrategias didácticas para desarrollar el aprendizaje significativo en el aula. México: Trillas; 2003.
9. Reglamento de la Ley General de Investigación en materia de Investigación para la Salud. Disponible en: URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compj/rlgsmis.html>
10. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: URL: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
11. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfords M. Quality of nursing diagnoses: evaluation of an educational intervention. *Int J Nurs Terminol Classif* 2005; 16(2): 33-43.
12. Collins A. Effect of continuing nursing education on nurses' attitude toward and accuracy of nursing diagnosis. *Int J Nurs Terminol Classif* 2013; 24: 122-128.
13. González-Mejorada S, Romero-Quechol G, Romero-Ojeda M. Conocimiento sobre la diferencia entre el diagnóstico enfermero y el problema interdependiente. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2013; 21: 63-67.



ANEXOS

Figura 1.. Nivel de Conocimientos basal en GE y GC

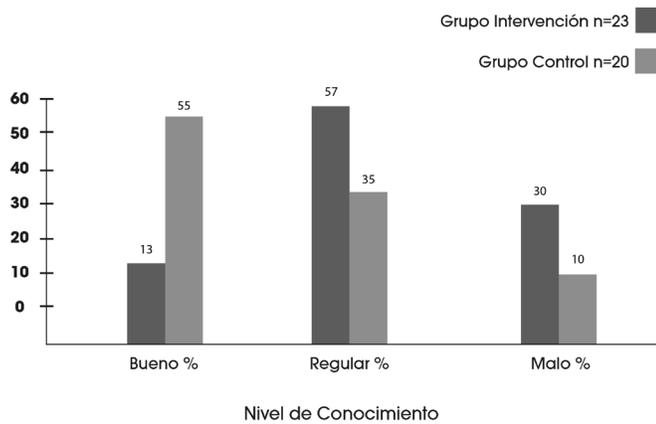
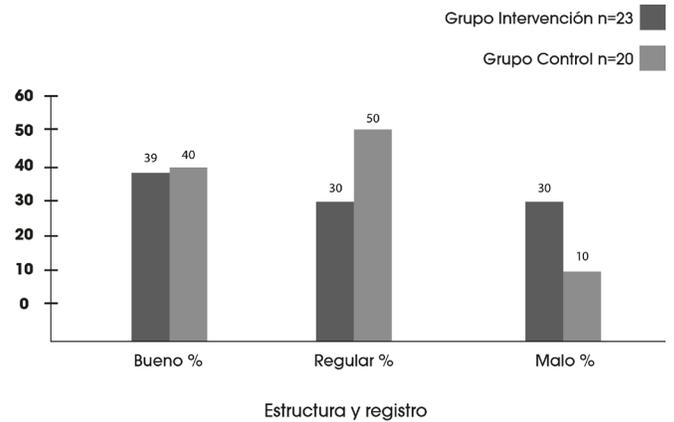


Figura 2.. Estructura y registro del Diagnóstico basal en GE y GC



Fuente: Cuestionario Efecto de una Intervención Educativa en la Estructura y Registro de Diagnósticos de Enfermería.

Cuadro I: Efecto atribuible a la Intervención educativa en la Estructura y registro de Diagnósticos de Enfermería

	Intervención	Control	Diferencia	P*
Etapa 1 media	9	11	2	P=0.123
(DE)	(5)	(3)		
Etapa 2 Media	12	10	2	P=0.020
(DE)	(2)	(4)		
Diferencia	3	1		
P*	p=0.004	P=0.461		

* prueba t de Student ($p < 0.05$)

Fuente: Cuestionario Efecto de una Intervención Educativa en la Estructura y Registro de Diagnósticos de Enfermería.

Cuadro II: Efecto atribuible a la Intervención educativa en el Nivel de Conocimientos

	Intervención	Control	Diferencia	P*
Etapa 1 media	15	18	3	P=0.003
(DE)	(4)	(4)		
Etapa 2 Media	19	18	1	P=0.389
(DE)	(3)	(4)		
Diferencia	4	0		
P*	p=0.001	P=0.821		

* prueba t de Student ($p < 0.05$)

Fuente: Cuestionario Efecto de una Intervención Educativa en la Estructura y Registro de Diagnósticos de Enfermería.

LIDERAZGO EN ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE SUS SEGUIDORES

CARE OF THE PERSON WITH
MOTOR DISABILITIES

Recibido enero 2016
Aceptado abril 2016

Correspondencia:

Albatros 300 Interior 3-C
Colonias las Gaviotas. C.P.78340
Tel: 444 100 0215 cel. 4441264874
E-mail: tlaurasoledad@yahoo.com

Autores:

Torres- Flores Soledad
*Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Unidad de Posgrado e Investigación*

Rodríguez Padilla Ma. Elsa
*Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Unidad de Posgrado e Investigación*

Andrade Cepeda Guadalupe
*Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Unidad de Posgrado e Investigación*

Palabras clave: perfil de liderazgo en enfermería; liderazgo de Rango Total en enfermería

Key words: Profile of leadership in nursing; full-range leadership in nursing



RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil de liderazgo de los directivos en enfermería desde la perspectiva de sus seguidores.

Material y Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, se realizó a 27 directivos de enfermería, se aplicó el cuestionario Multifactor Leadership Questionary (MLQ) del liderazgo de Rango Total, que mide 3 perfiles de liderazgo: Transformacional, Transaccional y Laissiez- Faire y las variables de resultado: esfuerzo extra, efectividad y satisfacción.

Resultados: En el perfil de liderazgo en Laissiez faire, calificó 67% la jefa de enfermeras, 43%, las supervisoras, en liderazgo transaccional, correspondió 42% para los jefes de servicio y la combinación de perfiles de liderazgo transaccional y Laissiez faire, la obtuvieron 54.4% en los tres niveles directivos, de las variable de resultado: solo en efectividad se ubicaron la jefe y jefes de servicio. Conclusiones: por perfiles de liderazgo que predominaron de Laissiez faire y transformacional, se puede considerar que son líderes visionarios que también actúan de manera situacional en algunas circunstancias a fin obtener de sus seguidores los mejores resultados, por lo tanto medir el liderazgo de rango total da un panorama general de acuerdo a cada situación.

Palabras clave: perfil de liderazgo en enfermería; liderazgo de Rango Total en enfermería.

ABSTRACT

Objective: To analyze the profile of leadership of managers in nursing from the perspective of their followers.

Material and Methods: quantitative study, descriptive and cross-sectional, was performed in 27 directors of nursing, the questionnaire was applied (MLQ Multifactor Leadership Questionary) of the leadership of Total Range, which measures 3 transformational leadership: profiles, transactional and Laissiez- faire and the outcome variables: extra effort, effectiveness and satisfaction.

Results: In the profile of leadership in Laissiez faire, described 67% the head nurse, 43%, supervisors, in transactional leadership, was 42% for the heads of service and the combination of profiles of transactional leadership and Laissiez faire, obtained 54.4% in the three levels of management, of the outcome variable: only in effectiveness was placed the head and heads of service. Conclusions: by profile leadership that predominated of Laissiez faire and transformational, can be considered that are visionary leaders who also act of situational manner in some circumstances to obtain their followers the best results, therefore measure the leadership of total range gives an overview according to each situation.

Keywords: Profile of leadership in nursing; full-range leadership in nursing.



INTRODUCCIÓN

Las organizaciones en la actualidad se desenvuelven en ambientes de gran turbulencia y dinamismo; por lo que es necesario adaptarlas y transformarlas de acuerdo con las exigencias y contingencias del medio ambiente cambiante.¹

Una de estas organizaciones son las instituciones de salud que adoptan una estructura formal diseñada para que en la división del trabajo y la especialización sea responsable de un aspecto particular en el funcionamiento del hospital, para lo cual las tareas se subdividen en departamentos. Por lo que respecta al departamento de enfermería, la organización de su servicio en las instituciones de salud, resulta ser un elemento indispensable para que se garantice una óptima y continua atención a los usuarios.²

Lo anterior debido a que el departamento de enfermería labora los 365 días del año las 24 horas del día, que para cubrir administrativamente un día laboral se distribuye en tres turnos; matutino, vespertino y nocturno, su estructura organizacional está diseñada jerárquicamente y bien definida para precisar los puestos, las obligaciones y la responsabilidad de cada integrante; en la cúspide de la misma se encuentra el jefe de enfermería que como directivo desempeña funciones de planeación, organización, dirección y control, el liderazgo por lo tanto forma parte de su labor y a su vez el equipo de gestión, le corresponden funciones como el dirigir y coordinar las unidades y servicios así como evaluar las actividades de enfermería.³

Es de importancia para enfermería analizar el liderazgo, porque como es bien sabido, en una institución de salud, el personal de enfermería representa más del 50% del total de su plantilla, y al conformar la mayor parte del recurso humano, su papel en el sistema de salud es definitivo, pues liderea cambios esenciales al interior de la organización e influye en la definición y ejecución de objetivos organizacionales al ser un gran conocedor de las necesidades individuales y colectivas de salud.⁴

OBJETIVO



Analizar el perfil de liderazgo de los directivos en enfermería desde la perspectiva del personal a su cargo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, de 117 elementos de enfermería de un Hospital Privado en San Luis Potosí, la población de estudio se conformó con 27 directivos de enfermería (Jefa de Enfermeras, supervisores de enfermería, jefes de servicio) y los que se nominaron como seguidores fue el personal operativo de los diferentes servicios con 90. El liderazgo se midió de acuerdo a la teoría de Rango Total, propuesta por Bass y Avolio, en la que estructura el cuestionario "Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ)" Versión visto por otros.⁵ Estructurado en nueve dimensiones, para determinar 3 perfiles de liderazgo: transformacional, *transaccional* y *Laissiez-faire*, y tres variables de resultado: esfuerzo extra, efectividad y satisfacción, que representan la influencia del líder sobre sus seguidores,⁶ contenidas en 75 ítems, medido con una escala ordinal tipo Likert, con 5 opciones de respuesta (0 nunca; 1 rara vez, 2 a veces, 3 a menudo, 4 siempre).

Para el procesamiento y análisis de los datos se apoyó en paquete estadístico SPSS v 20, se utilizó estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas. Para obtener los perfiles de liderazgo, se sumaron las 12 dimensiones y se determinaron los rangos de ponderación, bajo, medio y alto, de igual manera para las tres variables de resultado: esfuerzo extra, efectividad y satisfacción.

El estudio se realizó conforme a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación.⁷ Se contó con la aprobación de



los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, y del comité de ética de la institución en donde se realizó el estudio se solicitó autorización de los participantes a través de la firma del consentimiento informado y en todo momento se respetó la dignidad, privacidad, bienestar y los derechos de los participantes.

RESULTADOS

De la población de estudio 96.3% fueron mujeres, 77.8% cuenta con nivel académico de Licenciatura en Enfermería, el turno con el mayor número de encuestados fue el vespertino con 27.8%, el servicio de hospitalización ubicó el mayor número de participantes con 26.7%.

En cuanto al perfil de liderazgo se encontró que la jefa de enfermeras se situó en el perfil transformacional en nivel medio, de igual manera para el perfil transaccional y alto para el perfil *Laissiez-faire*. (Cuadro 1). En las supervisoras y Jefes de Servicio se encontró perfil de liderazgo medio para el liderazgo transformacional y para perfil transaccional y alto para perfil de liderazgo *Laissiez-faire* (Cuadro 2). En las variables de resultado, en esfuerzo extra y satisfacción, la jefa de enfermeras obtuvo puntajes altos, Las supervisoras de enfermería alcanzaron en efectividad y satisfacción puntaje alto; en jefes de servicio lograron los más altos puntajes la satisfacción y esfuerzo extra (Cuadro 4).

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación permitieron identificar el perfil de liderazgo visto desde la perspectiva del personal operativo, de acuerdo a la teoría del rango total de liderazgo, la cual permite tener una medición de liderazgo mucho más amplia, de tal modo que en este estudio se identificó que aunque predominó el perfil de liderazgo *Laissiez faire* en los tres niveles

investigados: jefe, supervisores y jefes de servicio y que en las variables de resultado se encontró en la jefa de enfermeras un nivel alto de esfuerzo extra y satisfacción que sugieren que las acciones del líder provocan mayor participación de los seguidores en cuanto a empuje en su trabajo cotidiano, estimula a participar activamente en cuanto se necesite de su colaboración, esto sería un factor a favor del perfil de liderazgo *Laissiez faire*, de manera que cuando la jefe requiere el esfuerzo su equipo atiende. En los supervisores y jefes de piso se encontró de igual manera que predominaba la variable satisfacción; que según Bass y Avolio indica que las acciones del líder provocan gratificación en el grupo de trabajo, los seguidores se sienten muy bien con las decisiones del líder y se crea un clima organizacional sano para el buen desarrollo de las actividades. La otra dimensión de la teoría de rango total que resultó en nivel medio en los tres niveles fue la del perfil transaccional, resultados que coinciden con los del Roza, Abaunza; Berdecía^{8,9} de manera que se da evidencia que el departamento de enfermería cuenta con líderes que inspiran y facilitan el cambio ya que el líder transaccional es aquel que motiva a los seguidores para un mejor rendimiento en el servicio, se distingue porque motiva a trabajar por metas trascendentales y despierta altos niveles de necesidades de actualización, más bien que por un auto interés inmediato. Con estos hallazgos se puede decir que el departamento de enfermería cuenta con líderes que facilitaran el cambio hacia una administración de enfermería que debe estar acorde con los nuevos tiempos, donde se requiere mayor evidencia de impacto en la calidad del cuidado, en donde los líderes tienen un papel preponderante para poder guiar al personal operativo al logro de los objetivos institucionales, para supervisar y prevenir cualquier error.

En suma se puede decir que el perfil de liderazgo identificado va dirigido hacia una administración



de manera eficiente y eficaz y que puede asumir las exigencias de cualquier situación en particular.

CONCLUSIONES

El estudio cumplió con el objetivo analizar el perfil de liderazgo de los directivos de enfermería a fin de contar con un diagnóstico preciso que sirva como referente para la toma de decisiones y como evidencia para estudios posteriores.

Sera necesario equilibrar el estilo de liderazgo y direccionarlo hacia las capacidades transformacionales. Se recomienda la capacitación continua de los directivos en temas relacionados con el liderazgo, a fin de mejorar el proceso de liderazgo y la formación del líder en enfermería y disminuir el perfil de *Laissiez faire* y conducirlo hacia el perfil transformacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar Luzón, M. C.; Calvo-Salguero, A.; García-Hita, M. A. valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería. *Salud pública de México*, 2007; 49(6): 401-407.
2. Vargas L. C. Organización de los servicios de Enfermería y sus niveles Jerárquicos. Subdirección General Médica del IMSS, disponible en: <http://bvs.insp.mx/articulos/2/10/05092001.pdf>.
3. Rodríguez Marín, J. Estrés, Enfermedad y Hospitalización. Escuela Andaluza de Salud Pública. Monografías (17); 1997 p. 17- 25.
4. Telaranta, S. Opiniones sobre Gestión y Liderazgo en Enfermería. *Enfermería Global*; 2007; 1(1): 1-14. Disponible en: http://www.scielo.php?pid=50717-9553301400020005scscript=sci_arttext.
5. Avolio B.J., Bass, B. M. Cuestionario de Liderazgo Multifactorial. *Revista de Psicología del Trabajo y Organizacional*; 1999 72, 441-462 Impreso en Gran Bretaña.
6. Avolio, Bass. Re-examining the components of transformacional and transaccional Leadership using the Multifactor Leadership Questionnaire *Journal of Occupational and Organizational Psychology*; 1999 72, 441-462.
7. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud. (En línea). México: Cámara de Diputados H. congreso de la Unión; 1984 [consultado el 05-07-14] URL disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
8. Milena R. Abaunza M. Liderazgo transaccional y transformacional. *av. enferm*; 2010 jul-dic, 28(2) 62-72. Disponible en: <http://www.indexf.com/rae/282/062072.php>.
9. Berdecia CZ, González JR. Estilos de Liderazgo para el Éxito Organizacional: Estudio de Casos Múltiple en Empresas Puertorriqueñas *Rev. De Estudios Avanzados de Liderazgo*; 2013, 1(2) 2166-2320.

ANEXOS

Cuadro I: Perfil de liderazgo que ejerce la jefa de Enfermería. n= 6

Perfil/Tipo de liderazgo	Transformación		Transaccional		Laissiez- faire	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	0	0	0	0	0	0
Medio	4	67	3	50	2	33
Alto	2	33	3	50	4	67

Fuente: Multifactor Leadership Questionary (MLQ) " Visto por otro" 2015.



Cuadro 2: Perfil de liderazgo que ejercen las supervisoras de Enfermería. n= 21

Perfil/Tipo de liderazgo	Transformación		Transaccional		Laissez- faire	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	2	9.2	3	14.4	4	19
Medio	14	66.6	9	42.8	8	38
Alto	5	23.8	9	42.8	9	43

Fuente: Multifactor Leadership Questionary (MLQ) " Visto por otro" 2015.

Cuadro 3: Perfil de liderazgo que ejercen los jefes de servicio. N=90

Perfil/Tipo de liderazgo	Transformación		Transaccional		Laissez- faire	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	6	6.8	5	5.6	8	9
Medio	49	54.4	36	40	33	36.6
Alto	35	38.8	49	54.4	49	54.4

Fuente: Multifactor Leadership Questionary (MLQ) " Visto por otro" 2015.

Cuadro 4: Variables de resultado de los directivos de Enfermería. n= 117

Directivo de Enfermería/Niveles	Variables de resultado					
	Esfuerzo Extra		Efectividad		Satisfacción	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Jefa de Enfermeras						
Bajo	1	16.7	1	16.7	1	16.7
Medio	1	16.7	3	50.0	1	16.7
Alto	4	67.0	2	33.0	4	67.0
Total	6	100	6	100	6	100
Supervisora de Enfermería						
Bajo	6	28.5	4	19.0	1	4.8
Medio	9	43.0	8	38.0	10	47.6
Alto	6	28.5	9	43.0	10	47.6
Total	21	100	21	100	21	100
Jefe de Servicio						
Bajo	13	14.6	13	14.5	4	4.6
Medio	33	36.6	41	45.5	33	36.6
Alto	44	48.8	36	40.0	53	58.8
Total	90	100	90	100	90	100

Fuente: Multifactor Leadership Questionary (MLQ) " Visto por otro" 2015.



EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA DE UNA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

EVALUATION OF CONTINUING
EDUCATION PROGRAM OF
PSYCHIATRIC CLINIC

Recibido enero 2016
Aceptado abril 2016

Autores:

Claudia Medina-Vázquez

*Maestra en Administración de la Atención de Enfermería
Facultad de Enfermería y Nutrición, UASLP.*

Martha Landeros-López

Doctora en Enfermería

Felipa Loredo-Torres

Maestra en Administración de la Atención de Enfermería

María Mercedes Pérez-Betancourt

*Maestra en Educación, Maestra en Epidemiología y
Administración en Salud*

Sofía Cheverría-Rivera

Maestra en Administración de la Atención de Enfermería

Palabras clave: Evaluación de programas; Educación continua; Capacitación en servicio; Personal de salud, Indicadores.

Key words: Program evaluation, Continuing Education, Inservice Training, Health Staff, Indicators.



RESUMEN

Introducción: La evaluación adquiere importancia cuando se requiere identificar áreas de oportunidad y mejora en los programas de educación continua.

Objetivo: Evaluar el Programa de educación continua en una Clínica Psiquiátrica.

Material y métodos: Estudio enmarcado en evaluación de programas, realizado en una Clínica Psiquiátrica en San Luis Potosí durante 2015. Fue aplicado el instrumento elaborado por el Consejo Nacional de Evaluación "Evaluación de consistencia y resultados", que mide criterios basados en documentos y evidencias, y otorga un nivel de cumplimiento desde 0 a 4 (mayor nivel). El análisis fue mediante Programa estadístico para ciencias sociales (SPSS) versión 18, obteniendo estadística descriptiva. Se clasificó como investigación sin riesgo y fue aprobada por Comité de Ética e Investigación con registro CPDENP-CEI-1515.

Resultados: El promedio general de cumplimiento fue 2.3; por dimensión las que obtuvieron nivel más alto fueron "operación del programa" y "percepción de la población atendida"; en tanto que el más bajo fue contar con "medición de resultados" o impacto del programa.

Conclusiones: La mayoría de las dimensiones evaluadas tuvieron nivel medio de cumplimiento y están en vías de alcanzar el máximo, bajo esta perspectiva, el estudio permitió identificar áreas de oportunidad y potenciales de mejora.

Palabras clave: Evaluación de programas; Educación continua; Capacitación en servicio; Personal de salud, Indicadores. (Fuente: <http://decs.bvs.br>).

ABSTRACT

Introduction: The evaluation acquire importance when is necessary to identify improvement and opportunity areas.

Objective: To evaluate the continua education program in a Psychiatric clinic.

Material and methods: This study is focused in the evaluation programs, was made in a Psychiatric Clinic in San Luis Potosi, City in 2015. The tool applied was made by the National Evaluation Council "Consistent evaluation and outcomes", which measures standards based in documents and evidence, and gives a fulfilment from 0 to 4 (highest level). The analysis was made through the Social Science Statistics Program (SPSS v. 18), getting a descriptive statistic. Was classified as a non-risk research and was approved by the Bioethics and Research Committee with CPDENP-CIS-1515 registration.

Results: The general average of the fulfilment was 2.3, related to dimension the ones who got the highest level were "program operation" and "the perception of population attended", in so far as the lowest level was to have with "results measurement" or impact of the program.

Conclusions: The most of the dimensions evaluated got a medium level of fulfilment and are in ways to get the maximum level, under this perspective, the study let to identify the potential improve and opportunity areas.

Key words: Program evaluation, Continuing Education, Inservice Training, Health Staff, Indicators. (<http://decs.bvs.br>).



INTRODUCCIÓN

La educación continua es un medio que desarrolla las competencias del personal para que pueda ser más productivo, creativo e innovador, y favorece alcanzar el nivel de desempeño de las personas y el que la organización propone, de forma que permita el logro y mejora de los objetivos organizacionales.¹ El desarrollo de los programas de Educación continua requieren tener un sustento en su elaboración de tal forma que cumpla con un diseño y una consistencia que orienten los resultados que se desean obtener.²

En las instituciones, los programas de educación continua tienen que ser evaluados para la identificación de áreas de oportunidad en su diseño y su operación.³ La aplicación de una metodología evaluativa detecta aspectos de mejora para el desarrollo de un programa (avances, logros, problemas y obstáculos) y permite modificarlos positivamente.³ Un estudio señaló que mediante modificaciones en la normatividad interna de la operación de su programas le permitió una mejora más eficiente.⁴

Actualmente, la evaluación se ha vuelto imprescindible, razón por lo que la Clínica Psiquiátrica en función de incidir en la mejora de la calidad de los programas, requiere información que retroalimente el diseño, gestión y resultados sobre su programa de Educación continua para un mejor desempeño.

Conforme la relevancia de analizar sistemáticamente el diseño y desempeño global de programas, así como proveer información sobre áreas de oportunidad, este estudio tuvo como objetivo general evaluar el Programa de educación continua en una Clínica Psiquiátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio enmarcado en la evaluación de programas con diseño descriptivo y transversal, realizado en una Clínica Psiquiátrica en San Luis Potosí durante 2015. El Instrumento que se utilizó fue diseñado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval)³ denominado "Evaluación de consistencia y resultados" utilizado en otros estudios de evaluación de programas.^{4,5}

El cuestionario de 32 preguntas se divide en seis dimensiones: diseño (nueve ítems), planeación y orientación a resultados (seis ítems), cobertura y focalización (un ítem), operación (10 ítems), percepción de la población atendida (un ítem); y medición de resultados (cinco ítems). La evaluación se centró en el número y análisis de evidencias y documentaciones presentadas por el Área de capacitación, conforme dimensión e ítem, a continuación se otorgó un nivel de cumplimiento según el instrumento que va de 0 (sin evidencia) hasta 4 (máximo cumplimiento). La prueba piloto se realizó en una institución con características semejantes a la estudiada.

La unidad de análisis fue el Programa y los documentos que apoyan su implementación, por lo que no representó riesgo para la institución, ni sus integrantes. La investigación fue aprobada por Comité de Ética e Investigación de la institución de estudio bajo el registro CPDENP- CEI—15 15.

En el análisis de la información fue utilizado el paquete SPSS versión 18, se obtuvo estadística descriptiva, como medidas de tendencia central (medias), y para las variables categoriales se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas.



RESULTADOS

De manera global en el Programa de educación continua de la Clínica Psiquiátrica el 50% de ítems evaluados tuvieron nivel 4 de cumplimiento, el 28% no alcanzaron nivel, 22% niveles intermedios, y promedió un nivel de cumplimiento de 2.4. (Cuadro I).

En cuanto al "diseño" el máximo cumplimiento fue en que hay identificación y diagnóstico del problema por el cual se crea el programa, también definición de la población potencial en el documento, aunque hay ausencia de matrices de indicadores de resultado. Sobre la dimensión "planeación estratégica" el programa cuenta con planes de trabajo para alcanzar objetivos y existen documentos para generar información, aunque faltan evaluaciones externas que orienten la planeación.

En cuanto a la "operación" del programa, esta dimensión obtuvo el mayor nivel de cumplimiento aún cuando tiene el mayor número de ítems, incluye tener sistematizadas demandas y verificación de trámites de solicitud de apoyo, procesos y mecanismos de selección y verificación de beneficiarios de apoyo, seguimiento de actividades y procesos de ejecución, entre otros.

La dimensión con un solo indicador fue "cobertura y focalización", con un nivel de cumplimiento 2 al tener documentada la estrategia de cobertura del programa. Dos de las dimensiones que contaron con un solo indicador fueron los de "percepción de la población atendida", en esta se obtuvo un nivel de cumplimiento 4 al contar con instrumentos para medir el grado de satisfacción del personal que recibe la educación continua. Sobre la "medición de resultados", esta dimensión obtuvo incumplimiento casi total al no contar con evaluaciones externas y de impacto del programa, solo contó con evidencia documentada de resultados de medición de indicadores de fin y de propósito.

(Cuadro II)

DISCUSIÓN

La evaluación mostró resultados que de manera global son semejantes con otros estudios^{4,5} en los que también fue aplicado el mismo instrumento. A este respecto, Coneval recomienda la metodología que utiliza un marco lógico para conseguir la congruencia interna del programa, que contribuya al fin y propósito para lo que fue creado.² Sin embargo, se plantea que los ejecutores de programas en salud no disponen de directrices claras de actuación, sobre el diseño, implementación y evaluación de programas, lo que dificulta un desempeño óptimo del mismo.⁶

Aunque la evaluación mostró cumplimiento en varios niveles de la mayoría de ítems, al no documentar una matriz de indicadores de resultado, repercutió en incumplimiento de cuatro de las seis dimensiones, hallazgo coincidente con un estudio⁷ sobre 233 programas federales (falla en diseño de objetivos y construcción de indicadores).

La falta de una estrategia de cobertura coincidió con un estudio.⁸ Sin embargo el cumplimiento en la dimensión "operación" puede explicarse por el apego a las reglas de operación marcadas por la Secretaría de Salud en materia de capacitación. Así también hubo coincidencia con otros estudios^{4,5} al evidenciar instrumentos útiles y veraces para la medición de la percepción de población atendida. La "medición de resultados" fue la dimensión más débil debido a la falta de promoción de evaluaciones externas, este hecho, es similar al de otros estudios.^{5,9}

Se concluye en este análisis que el Programa de educación continua tiene potencial de mejora en las dimensiones de diseño, planeación y cobertura; fortalezas en las dimensiones de operación y percepción de la población atendida; y debilidad en la dimensión de medición de resultados.



ANEXOS

Cuadro 1: Nivel de cumplimiento promedio por dimensión según la evaluación del Programa de educación continua. n= 32

Dimensión	Nivel de cumplimiento*
Diseño	2
Planeación y orientación a resultados	2
Cobertura	2
Operación	4
Percepción de la población	4
Medición de resultados	0.4
Total	2.4

Fuente: Instrumento de "Evaluación de consistencia y resultado" Coneval.

*Promedio. Rango de 0 (sin cumplimiento) 4 (mayor nivel de cumplimiento).

Cuadro 2: Distribución del nivel de cumplimiento por dimensión según la evaluación del Programa de educación continua. n= 32

Dimensión	Nivel de cumplimiento										T.I.*
	0		1		2		3		4		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Diseño	3	33.3	1	11	1	11	1	11	3	33.3	9
Planeación y orientación a resultados	2	33.3	1	16.6	0	0	1	16.6	2	33.3	6
Cobertura					1	100					1
Operación									10	100	10
Percepción de la población									1	100	1
Medición de resultados	4	80	1	20							5
Total	9		3		2		2		16		32

Fuente: Fuente: Instrumento de "Evaluación de consistencia y resultado" Coneval.

*T.I: Total de indicadores



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chiavenato I. *Gestión del Talento Humano*. 3ª ed. México: Mc Graw Hill; 2009
2. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (sede web) Coneval; 2011 (acceso el 1 junio del 2015). Modelo de Términos de Referencia para la Evaluación de Consistencia y Resultados. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/EVALUACIONES/NORMATIVIDAD/TER_REF_2011/TDR_ECR.pdf
3. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012. Caravanas de la Salud. (Sede web) México: CONEVAL; 2012. (Acceso el 15 de febrero del 2016). Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/Evaluaciones_Programas/Evaluacion_Consistencia/ECR_2011-2012.aspx
4. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe final de la evaluación de consistencia y resultados del programa de apoyo a la capacitación. México. 2008. Disponible en: http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/evaluaciones_externas/internas/evaluaciones3/pdf/evaluacion_final_pac_marzo_2008.pdf
5. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Capacitación y formación de los recursos humanos en salud. (Internet) México: CONEVAL; 2014. (Acceso el 15 de febrero del 2016). Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2014_2015/ISSTE/E016/E016_FMyE.pdf
6. Chacón S, Sanduvete S, Portell M, Anguera MT. Reporting a program evaluation: Needs, program plan, intervention, and decisions. *IJCHP (revista en línea)* 2013 (acceso el 1 Febrero del 2016); 13,58- 66. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-international-journal-of-clinical-and-355-articulo-reporting-program-evaluation-needs-program-90184976>
7. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Diagnóstico de matrices de indicadores para resultado. Principales hallazgos. (Internet) México: CONEVAL; 2014. (Acceso el 15 de febrero del 2016). Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/Diagnostico_MIR_2014.pdf
8. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de la evaluación específica de desempeño. Formación y desarrollo profesional de recursos humanos especializados para la salud. (Internet) México: CONEVAL; 2010. (Acceso el 15 de febrero del 2016). Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/EVALUACIONES/especificas_desempeno/dependencias/SSA/SALUD1B.pdf
9. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de la evaluación específica de desempeño. Programa del Sistema Nacional de Formación Continua y superación profesional de maestros de educación básica en servicio. (Internet) México: CONEVAL; 2013. (Acceso el 15 de febrero del 2016). Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Especificas_Desempeno2012/SEP/11_S127/11_S127_Completo.pdf



LA GLOBALIZACIÓN Y SU IMPACTO EN ENFERMERÍA

QUALITY OF WORKING LIFE IN THE
NURSING STAFF:
A REVIEW SYSTEMATIC IN
THE CURRENT LITERATURA

Recibido Junio
Aceptado Julio 2016

Correspondencia:

Dra. Guadalupe Marcela Torres Escutia
Canal de Ruppel Mz. 35 Lt. 19
Col. Insurgentes, Del. Iztapalapa,
C.P. 09750.

Autores:

Dra. Guadalupe Marcela Torres Escutia
Doctora en Ciencias de la Educación por el Colegio de Estudios de Posgrado de la Ciudad de México. Maestra en Estudios Políticos y Sociales por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM. Licenciada en Ciencias Políticas y Administración Pública por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM. Profesora de Ciencias Sociales en la Carrera de enfermería en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de los módulos de: Enfermería Médico Quirúrgica I y II, Enfermería en el Proceso Reproductivo, Ecología Humana, Enfermería Comunitaria del 2005 al 2016.

Ing. Luis Antonio Rey Noeller Sandoval
Investigador y consultor independiente de minipymes y OSC's. Instructor y Diseñador de cursos certificado SEP/Conocer. Ex directivo de empresas Carrefour, IBM, American y Luqiid Gas.

Palabras clave: Globalización, Enfermería, salud y competencia.

Key words: Globalization, Nursing, Health and competition.



RESUMEN

El siguiente trabajo tiene como finalidad reflexionar acerca del impacto que tiene el proceso de globalización en el personal de enfermería, concluyendo con la importancia que tiene el espíritu de emprendedor y la perspectiva de género.

Palabras claves: Globalización, Enfermería, salud y competencia.

Si bien la globalización surge de la dinámica del comercio y el mercado internacional que afecta directamente a las relaciones políticas y culturales así como en materia de tecnología donde el concepto vinculado a las TIC's (Tecnologías de la Información y Comunicación) y que impulsan un impresionante intercambio de información por medio del internet y los teléfonos móviles, herramientas dinámicas que transforman tiempo y espacio, y que impactan los procesos económicos, políticos, sociales, culturales, emocionales y espirituales; por esta situación los sistemas de salud no están al margen del ritmo de cambio y transformación que caracterizan el actual proceso de globalización.¹

Dentro del modelo de "economía globalizada" el análisis y comparación de datos estadísticos permite revisar los procesos de participación e inserción productiva tanto de manera cuantitativa como cualitativa, así en términos estadísticos los indicadores per cápita y deciles de desarrollo humano, y en términos cualitativos las especialidades que exigen la evolución social, ambos transforman la perspectiva tradicional de problemas en áreas de oportunidad, y en un modelo de mejora continua.

En México desde el gobierno de Carlos Salinas de Gortari se impulsó el Proceso de Reforma del Estado, que entre otras cosas implicó la reducción del "tamaño del Estado", que no ha sido otra cosa, más que la venta de las empresas públicas, junto con la puesta en marcha de un proyecto político privatizador o neoliberal en donde impera la idea de que el acceso a los

ABSTRACT

The following paper aims to reflect on the impact of the globalization process nurses, concluding with the importance of the spirit of entrepreneurship and gender.

Keywords: Globalization, Nursing, Health and competition.

servicios-beneficios sociales deben corresponder a una contraprestación por parte del individuo, sea ésta la realización de un trabajo o directamente pagando el servicio y por otro lado el hecho de que el gobierno no asigne mayor recurso o incluso lo reduzca, impacta en los centros hospitalarios y deja sin opciones al sistema, en una situación de bancarrota donde uno de los grandes beneficiados en este proceso son los laboratorios farmacéuticos, quienes aprovechan el contexto del libre mercado para visualizar a la enfermedad como una industria de inversión y no como una industria de la salud, en el caso de la población tenemos aquellos que reciben un pésimo servicio por lo saturado que está el sistema hospitalario: el escaso personal, la falta de medicamento y por el otro lado la población marginada que no tiene acceso a los servicios de salud, aspectos que se ven inmersos en la lógica del libre mercado.

Por esto es importante destacar a la Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; esta percepción es importante porque creemos que el ser humano está involucrado en diversos ámbitos, que precisamente están vinculados a un concepto integral y ecológico que se tienen que considerar para lograr un equilibrio y es donde intervienen las diversas disciplinas para comprender el proceso salud-enfermedad en el individuo, como son: espiritual (humanismo), mental (psicología), cultural (antropología), social (sociología), laboral



(economía), entre otros.

Con la inquietud de enmarcar en un enfoque total el proceso salud enfermedad se hace necesario abordarlo desde el proceso de globalización que es una herramienta que nos hace considerar que hoy se vive en una aldea global y ahora lo que ocurra en el lugar más aislado, causa eco en todas las regiones del mundo.

Los acelerados cambios mundiales, nacionales, y locales determinan problemas para la salud importantes generando retos y al mismo tiempo ofrecen respuestas sociales efectivas para solucionarlos.

Villalobos señala que se ha ido construyendo toda una cultura de las competencias en educación a partir de la Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI de la UNESCO y del Proyecto de Turing. Esto tiene un fuerte impulso en el ámbito laboral y ha permeado lo que se conoce como el modelo de Educación Permanente. "Ésta busca formar a la persona para ofrecer respuestas que abarquen capacidades, aptitudes, talentos adecuados a los tiempos y exigencias de hoy, en el ámbito eminentemente empresarial."²

De acuerdo a esto, se requiere formar a estudiantes en habilidades del pensamiento de orden superior e inferior, flexibles que les permita adaptarse al medio social y con conocimientos básicos generales que les permitan ser aplicados en cualquier tipo de trabajo.

En un universo de cambios acelerados y complejos los profesionales de enfermería están enfrentándose a desarrollar estrategias teórico-prácticas para entender e intervenir en los problemas de la salud.

Sin embargo, aunque existen estudios que muestran la imprescindible participación de los profesionales de enfermería, no se cuenta con la plataforma necesaria para incurrir en los tan conocidos problemas de salud existentes. Además se afirma que los profesionales de enfermería tienen la capacidad de definir e identificar y tratar las demandas de salud de

la sociedad con intervenciones efectivas en los escenarios de primer, segundo y tercer nivel de atención. Sin embargo, estos se ven limitados por las determinaciones de los actores políticos involucrados en la atención de la salud que no conocen la trascendencia de la misma, por ello es importante identificarlos para establecer la influencia que tienen para impulsar cambios en el ámbito de la Enfermería.

Los procesos económicos obliga a los gobiernos a vincular diversas temáticas como es el caso del trabajo, la educación y la salud, al respecto en octubre de 1998 en París la UNESCO organizó la Conferencia Mundial sobre Educación Superior donde se integraron las declaraciones y planes de acción producidos por las conferencias regionales que se habían realizado en el pasado y sirvieron de preparación, surgiendo como resultado una declaración mundial que marcarían las directrices, recomendaciones y transformaciones en el mundo sobre este tema.³

Debido a la influencia de lo anterior ya desde 2004 se profesionaliza la enfermería en México, que implica contribuir a dar un servicio de calidad permanentes, y es cuando las instituciones del sistema nacional de salud empezaron a contratar enfermeras con grado de licenciatura; esto ha implicado que con salario o plazas que en el pasado se contrataba a enfermeras técnicas, ahora se contrata a licenciadas, estas últimas empiezan en el nivel más bajo del escalafón y en ese sentido las enfermeras técnicas han dejado de ser una opción de contratación, están desempleadas.

Al respecto, Vega en una nota periodística señala que José Arturo Ruiz, investigador del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), dice que el 52 % de las enfermeras técnicas están desempleada o no trabajan en el área para la que estudiaron, situación a la que se le ha denominado "desperdicio laboral", ellas ocupan el segundo sitio en esta categoría después de los químicos fármaco-biólogos; a nivel licenciatura el desperdicio laboral es del 38%.⁴



A pesar de esta situación, existe un importante déficit de personal de enfermería especializada en el sector salud, situación que impacta principalmente en hospitales de especialidad, como es el caso del hospital de Ciudad Victoria, Tamaulipas, o como el de Tláhuac, en el Distrito Federal, que no pueden operar a toda su capacidad por falta de ese recurso humano; es decir el sistema educativo forma enfermeras técnicas que no son contratadas, y por otro lado, aunque la matrícula de las licenciadas en enfermería que están egresando ha venido creciendo de manera importante, su número no es suficiente en términos per cápita para satisfacer la demanda del país.⁵

Al respecto el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece que la labor del desarrollo y del crecimiento corresponde a: los actores, los sectores y todas las personas del país, además resalta el impulso que tiene que la sociedad se organice y contribuyan con su parte; para ello se establecen varias metas nacionales: un México en Paz, un México Incluyente, un México con Educación de Calidad, un México Próspero y un México con Responsabilidad Global.

La meta correspondiente a la Educación con Calidad señala que se necesita fortalecer el capital humano formar mujeres y hombres comprometidos con una sociedad más justa y más próspera que puedan tener las herramientas que potencialicen sus habilidades para interactuar con el sector empresarial y el social; es decir se debe establecer los vínculos efectivos entre escuela y trabajo; además de crear nuevas modalidades para que en el caso de enfermería, se generen nuevas formas de proporcionar el servicio.⁶

Como se puede observar existe un problema muy fuerte en la formación de capital humanos; la profesión de Enfermería es contemplada como parte del sistema de Educativo, por lo que las políticas al respecto tienen injerencia sobre la formación de las enfermeras.

La Organización Mundial de la Salud establece que la enfermería abarca la atención autónoma

a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias, además influye en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal; es decir ellas son las protagonistas en los sistemas de salud ya que se les identifica como un grupo que tendrá cada vez mayor importancia en los temas de epidemiología y la población en general; son grupos vinculados fuertemente al desarrollo humano, porque los indicadores de salud son indicadores que son tomados en cuenta para tener la garantía de los avances de los países de primer mundo.

La profesión de Enfermería se desarrolla en tres niveles académicos: medio superior, licenciatura y posgrado; existe una extensa clasificación de las actividades que se realizan en Enfermería como son: la Asistencia Médica, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Médico, Enfermería Administrativa y Docencia, Enfermería Básica, Enfermería en Salud Pública/Atención Primaria, Enfermería Familiar, Enfermería General, Enfermería Homeópata, Enfermería Industrial, Enfermería Militar, Enfermería Pediátrica, Enfermería y Obstetricia, Enfermería Materno Infantil, Enfermería Médico Quirúrgica, Enfermería Militar y Enfermería en salud Mental/Psiquiátrica, Enfermería en el área de cuidados intensivos, Enfermería cardiovascular, Enfermería perinatal, Enfermería del Adulto en Plenitud, Enfermería en rehabilitación/Cultura física y deporte, Enfermería oncológica, Enfermería en otorinolaringología.⁷

Según datos del Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2013, publicado por el INEGI señala que para el 2012, se contabilizaron dentro de las actividades vinculadas a Enfermería 326, 121 personal que realiza trabajo social, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, administrativas y otro personal dedicado a dicha actividad dentro del sector salud; Enfermeras dedicadas a otras labores se tiene registradas 31,844; Enfermeras especializadas se tiene un número de 29,382; las Enfermeras Generales, el sector salud tiene contabilizadas a 124,883; Enfermeras Auxiliares se tiene 90,824; es decir hay un total de



603,053 enfermeras trabajando en los diversos espacios de acuerdo a datos arrojados por la Secretaría de Salud.⁸

De acuerdo a información de Juana Jiménez Sánchez quien es Directora de Enfermería y Coordinadora General de la Comisión Permanente de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en 2012 señaló que en el nivel licenciatura y técnico, cada año egresan en promedio 17,320 y 33,704 respectivamente, lo que genera una cifra anual aproximada de 51,024 egresos, además aproximadamente existen 723 escuelas de enfermería las cuales se clasifican en públicas o privadas, de estas 135 forman licenciadas y 588 técnicas⁹ como se puede observar el personal técnico casi dobla en cifras al personal de licenciatura y no va a ser contratado, e incluso el de licenciatura es subcontratado.

Como se puede observar estos procesos están obligando que el profesional de enfermería se adapte y enfrente a lo inmediato que es el desempleo o subemplearse, aspectos que demandan una modificación en la forma de pensar y de actuar.

En este sentido las y los enfermeros tienen que experimentar procesos radicales que causan ansiedad, conflicto y temor; es decir estos procesos implican pasar de estructuras rígidas de autoridad a procesos democratizadores; del individualismo al trabajo en equipo; de esperar la indicación del mando inmediato a la agilidad e inmediatez que implica la toma de decisiones; de esperar a que una institución te contrate a crear tu propio espacio laboral.

Estos procesos impulsan a asumir la responsabilidad que conlleva una acertada o errónea toma de decisiones; aprender a correr el riesgo del éxito y el fracaso; precisamente construir las líneas de la propia existencia o depositarlas a alguien ajeno a las aspiraciones de desarrollo del individuo; en este sentido las personas que han estudiado

enfermería deben de empoderarse para hacer uso de herramientas que le permitan construir espacios laborales y de desarrollo.

Mujeres y hombres experimentan fuertes contradicciones, por ejemplo el grueso de las mujeres heredamos cargas culturales impresionantes como son: la obediencia al otro, el condicionamiento para la limpieza de los espacios y cuidado a los demás miembros de la familia, es decir la sociedad nos asigna los roles de madre-esposa; estos elementos impactan fuertemente en las enfermeras que refuerzan los aspectos de tipo cultural a la profesión, dándose lo que se ha llamado como la doble o triple jornada laboral pues son formadas bajo el marco de modelos educativos tradicional en donde se les fomenta la sumisión dependencia y respeto sin cuestionamiento a las jerarquías. En el caso de los hombres culturalmente se espera que sean fuertes, independientes, agresivos, activos, resistentes, que soporten el dolor y que sean ellos los violentos¹⁰; elementos que si se transformaran podrían generar nuevas relaciones de equidad, de respeto y podrían potencializar los trabajos con las propias compañeras.

Por todos estos aspectos es necesario potencializar al egresado de enfermería para que puedan desarrollar dos aspectos:

1. El espíritu de emprendedor para poder combatir el desempleo y fortalecer el desarrollo humano.
2. La perspectiva de género para construir liderazgos diferentes que desemboquen en el empoderamiento del personal que egresa de la carrera de enfermería.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pacileo G. Globalización y tendencias actuales de la Salud Mundial en Globalización y Salud. Madrid: Ed. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública 2005.(consultado 1 de mayo de 2015) P. 27-29 Disponible en: www.nodo50.org/fadsp/pdf/globalizacion%20y%20salud.pdf
2. Villalobos Pérez, M. Evaluación de Aprendizaje basado en competencias. México: Ed. Minos: 2005, p. 22
3. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Los dos primeros años del Decenio de las Naciones Unidas de la Educación para el Desarrollo Sostenible (2005-2014) París, Francia: 2007. (Consultado: 22 de marzo 2015) Disponible en: unesdoc.unesco.org/images/0015/001540/154093s.pdf
4. Vega Margarita. Pega desempleo a las Enfermeras. Alerta especialista sobre bajos salarios. Llamam a revisar la formación de personal con nivel técnico. Periódico Reforma. 6 de enero 2012. Disponible en: panoramalaboral-conampros.blogspot.com/2012/.../panorama-laboral-06-01-2012.html
5. Alatorre, A. Hospitales de especialidad sufren crisis de enfermeras. Portal de la Secretaria de Salud. 05 de enero del 2013.(consultado 7 de abril de 2015) Disponible en: <https://noticias.terra.com.mx/mexico/hospitales-de-especialidad-sufren-crisis-de-enfermeras,e3e26342dab0c310VgnVCM20000099c-ceb0aRCRD.html>
6. Secretaría de Gobernación Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México 2013. Disponible en: pnd.gob.mx/
7. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) Catálogo de Codificación de Carreras, censo de población y vivienda México 2005. (consultado 14 de noviembre 2015) pp. 28-29,74-75 Disponible en: www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/enoe/.../carreras.pdf
8. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos mexicanos. México; 2015. (consultado 16 de mayo de 2015) disponible en: http://www3.inegi.org.mx/sistemas/componentes/previsualizador/vista.aspx?arch=/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/aegeum/2015/702825077280.pdf&tipo=1
9. Jiménez, Sánchez Juana. Formación de Recursos Humanos en Enfermería. La Calidad de la Atención a la Salud en México. México: SEP; 2012. (consultado: 27 de agosto de 2015) pp191 Disponible en: www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/.../dgr-editorial_01M.pdf
10. Lagarde y de los Ríos, M. Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, Monjas, Presas, Putas y Locas. 2da. ed. México: UNAM; 2011.

FE DE ERRATAS

En la edición anterior Volumen.15. No.1 enero - abril 2016 de la Revista de Enfermería Neurológica ha aparecido un error en los autores en el siguiente artículo: " La subjetividad del fenómeno, efectos adversos alrededor de los cuidados de enfermería".

ERROR: Página 10, En el Párrafo de autores.

DICE: Solis Matamoros Elizabeth, Amador Meneses Sandra, Aizpuru-Sulis Libe, Camarillo Sánchez Karla P., Reyes López Magali, Liliana Mendoza Martínez, Landeros Olvera Erick.

DEBE DECIR: Solis Matamoros Elizabeth, Amador Meneses Sandra, Aizpuru-Sulis Libe, Camarillo Sánchez Karla P., Reyes López Magali, Mendoza Martínez Liliana, Najera Gutiérrez Gudelia, Landeros-Olvera Erick.

