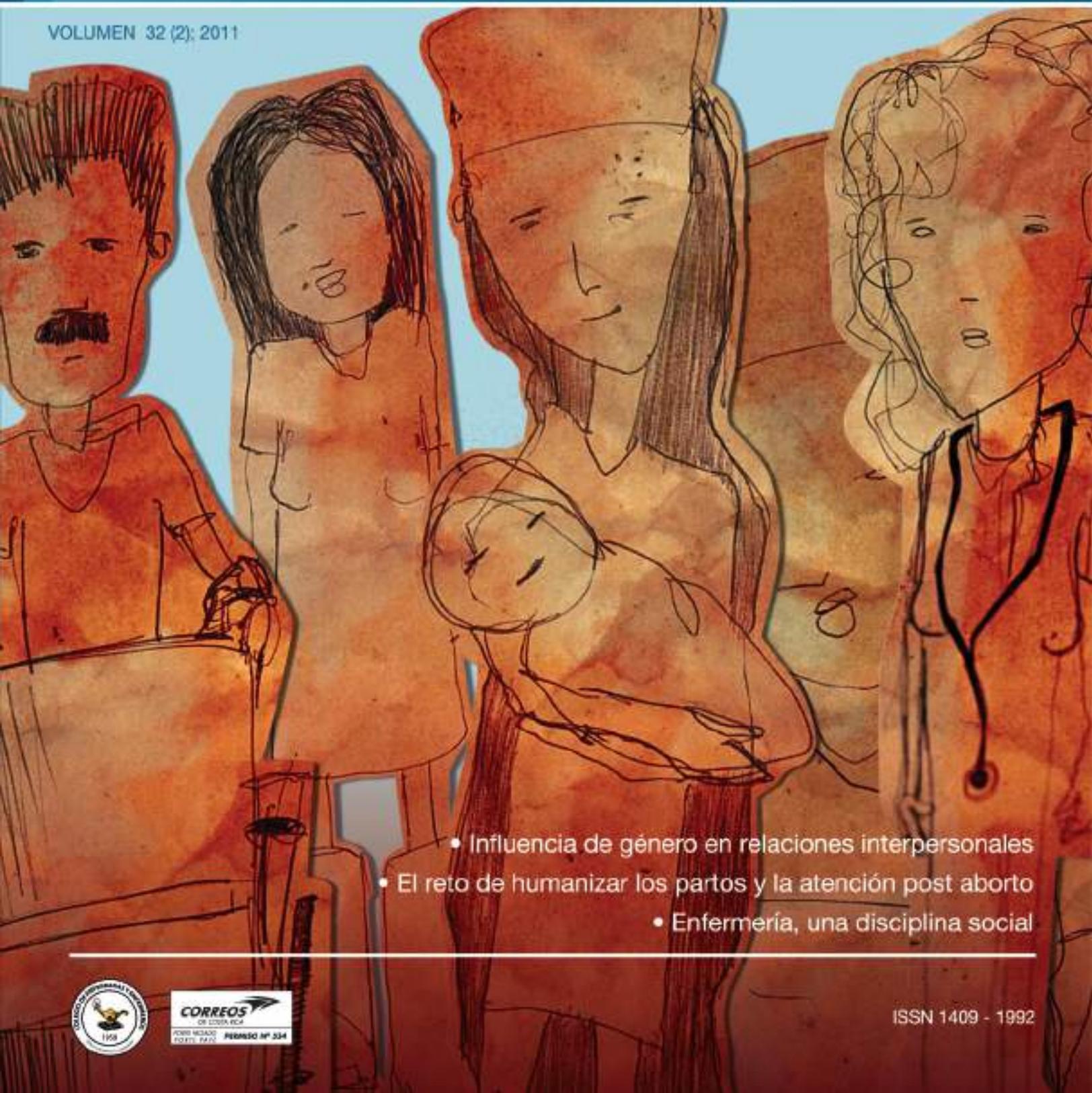




# Enfermería en Costa Rica

Desde 1978, Decana en Centro América

VOLUMEN 32 (2); 2011



- Influencia de género en relaciones interpersonales
- El reto de humanizar los partos y la atención post aborto
- Enfermería, una disciplina social



ISSN 1409 - 1992



# Enfermería en Costa Rica

Desde 1978, Decana en Centro América

**ENFERMERÍA EN COSTA RICA**, es una revista de carácter científico que se publica semestralmente, ISSN 1409 - 1992. Desde 1978, la revista se distribuye gratuitamente entre los colegiados y en las principales universidades. Sin ánimo de lucro, la revista representa los esfuerzos de las y los profesionales en enfermería por contribuir al desarrollo de la ciencia.

**Enfermería en Costa Rica** es producida por el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica con el trabajo del comité editorial de la revista. La línea editorial, prioriza artículos de investigaciones fenomenológicas, críticas y postestructuralistas.

**Director de la revista:** Allan Rodríguez Artavia.

**Coordinador editorial:** Xabier Irigibel Uriz.

**Secretaría de la revista:** Sharon Sossa Mora.

**Comité científico:** Mary Meza Benavides, Teresita Cordero Cordero, Ligia Rojas Valenciano, Zeidy Vargas Bermúdez.

Presidenta del colegio: Marlen Calvo Solano.

Fiscal: Agnes Lilliette Gutiérrez Rojas.

Tesorero: Guillermo Arroyo Sánchez.

Vocal I: Hilda María Ramírez Fernández.

Vocal II: Manuel Monge Blanco.

Vocal III: Pamela Morales Espinoza.

Vocal IV: Karla Patiño Martínez.

Secretaría: Adriana Jiménez Castro.

**Los lineamientos** de la revista, la información para las/los autoras/es y la plantilla para el envío de los artículos están disponibles en la versión online de la revista, accesible desde [www.enfermeria.cr/revista](http://www.enfermeria.cr/revista)

**Los derechos** relativos a la autoría y divulgación de esta obra, están protegidos por una licencia de Creative Commons Costa Rica. El comité editorial de la revista, permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la obra sólo para fines no comerciales. Del mismo modo, permite distribuir obras derivadas sólo bajo una licencia idéntica a la que regula su obra. Si tiene alguna duda en relación a los derechos y la licencia que los protege, puede comunicarse con el Comité Editorial de la Revista o bien visitar la página de Creative Commons.



**El Comité Editorial** informa que la revista ha sido producida total o parcialmente con software libre y que los artículos publicados respetan las diferentes diversidades socio culturales, bien sean por cuestiones de género, raza, identidades sexuales o de cualquier otro ámbito.

**Tiraje:** 5000 ejemplares.

**Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica.**

Teléfono: 22579522 Fax: 22579854 Apartado postal: 5085-1000 San José, Costa Rica. Correo electrónico: [colegio@enfermeria.cr](mailto:colegio@enfermeria.cr) [www.enfermeria.cr](http://www.enfermeria.cr)

Esta publicación ha sido posible gracias al diseño gráfico de:

 **Todo Comunicación & Desarrollo Visual** | [www.masquetodo.com](http://www.masquetodo.com)



---

## EDITORIAL

### **La enfermería costarricense: Una mirada estratégica**

The Costa Rican Nursing: A Strategic Look

*Marlen Calvo Solano*

50

---

## ARTÍCULOS ORIGINALES

### **Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en seis grupos poblacionales de una empresa transnacional en el periodo 2005-2008.**

Analysis of lifestyles, work environment, and protective and risk factors in six population groups of a transnational corporation in the period 2005-2008.

*Mary Meza Benavides, Grettel Miranda Villalobos, Natalia Núñez Agüero, Uvania Orozco Rivera, Sharon Quiel Castro, Gabriela Zúñiga Arguedas*

51

### **Influencia de género en relaciones interpersonales de estudiantes de primer ingreso: Universidad de Costa Rica.**

The influence of gender on interpersonal relationships in first year students: University of Costa Rica.

*Vivian Vilchez Barboza, Noé Ramírez Elizondo*

59

### **Prácticas en la atención de la salud que favorecen el derecho humano a la protección de la maternidad.**

Health care practices that enhance the human right of maternity protection in a health facility

*Manuel Antonio Serrano Ramírez*

67

### **Análisis de la intervención que realiza la (el) enfermera(o) profesional a la paciente post aborto.**

Analysis of the nursing intervention to post-abortion patients.

*Luis Alonso Miranda Vega, Ana Yéssika Gamboa Cháves, Limberg Eladio Vargas Araya*

75

---

## REFLEXIONES

### **Enfermería: una disciplina social**

Nursing, a social discipline.

*Vivian Vilchez Barboza, Olivia Sanhueza Alvarado*

81

### **Enfermería basada en la evidencia, una ruta hacia la aplicación en la práctica profesional.**

Evidence-Based Nursing, A Route To Its Application Into Practice.

*Noe Ramírez Elizondo*

89

## **La Enfermería Costarricense: Una Mirada Estratégica**

Msc. Marlen Calvo Solano.

Presidenta del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica.

Máster en Salud Pública.

Correo para correspondencia: mcalvos03@yahoo.com

El sector salud costarricense, atraviesa por un momento de reflexión histórica ante el reto de transformaciones sustanciales en el entorno social, económico y político de la Costa Rica de hoy. Esto mismo está ocurriendo en el resto del orbe

La enfermería costarricense, al igual que otras disciplinas del área de la salud, enfrenta la imperiosa necesidad de un cambio sustantivo en el modelo de gestión para afrontar los retos de esta cambiante sociedad moderna. La gestión debe facilitar la visibilidad del conocimiento y del proceso del cuidado de enfermería, así como el impacto en el bienestar de las personas, familias y comunidades, y al mismo tiempo, debe ser autónoma. La conquista de la autonomía de la enfermería en el ámbito público y privado es un deber y un derecho que nos asegura el reconocimiento de una práctica profesional. Esta autonomía, se logra fortaleciendo un cuerpo de conocimientos, la aplicación del método científico y la postulación de modelos y teorías que orienten el quehacer y fundamenten la profesión.

La enfermería costarricense, debe replantear una mirada estratégica hacia el modelo de enfermería que se requiere en los próximos años, un nuevo modelo gerencial con una formación integral, científico humanista y con profunda visión ética de la vida humana, así también la inserción de una identidad firme de enfermería.

Por otro lado la prestación de los cuidados de salud, representa una demanda presupuestaria importante y creciente, impulsados por la misma población y de costos relacionados con nuevas tecnologías y terapias que elevan los gastos, así como cambios significativos en el patrón socio demográfico y epidemiológico del país.

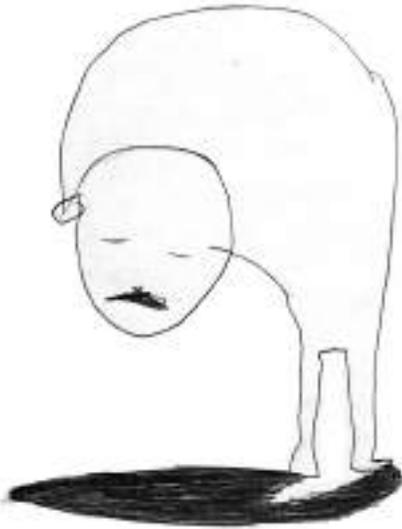
Lo anterior replantea a las autoridades de enfermería el cambio paradigmático, de un liderazgo autónomo, con compromiso y responsabilidad, la promoción desde los diferentes niveles de atención y establecimientos de salud, el pensamiento de enfermería, la utilización de los modelos de enfermería, la aplicación del proceso de enfermería, y, la formulación y aplicación de indicadores cuantitativos, cualitativos y normas estandarizadas de enfermería. Asimismo se debe contemplar la demostración, por medio de indicadores cuantitativos, del impacto en el costo beneficio de los excelentes programas de prevención, promoción y rehabilitación que formula e implementa enfermería en los diferentes niveles y establecimientos de salud de todo el país.

Así también se hace necesario incidir en el escenario político, de forma que las autoridades de enfermería puedan unirse en una sola voz, plantear las negociaciones que se requieren para defender los derechos propios de su marco jurídico, participar en la toma de decisiones y lograr su empoderamiento, reconocimiento y la legitimación política, legal, social y económica. Por lo tanto, se hace prioritario, contar de forma urgente con un diagnóstico nacional actualizado de los recursos humanos en enfermería.

En abril del 2011, el Colegio de Enfermeras y Enfermeros, de Costa Rica oficializó la Política Nacional de Enfermería, la cual permitió formular el Plan Nacional de Enfermería. Este Plan debe ser el eje indiscutible para la plataforma del cambio cualitativo que la enfermería costarricense como profesión, requiere.

Es por ello prioritario para la enfermería en general cumplir con los lineamientos que expone este Plan Nacional de Enfermería que será el norte de la enfermería en Costa Rica, para que las voces de todos los profesionales, se incluyan en el análisis, la defensa, la investigación y en la prestación y la reestructuración de los servicios de salud.

La enfermería en Costa Rica tiene pruebas fidedignas para demostrar que se dispone de las herramientas necesarias no solo para continuar su desarrollo dentro de esta sociedad dinámica y cambiante sino también para hacerle frente de forma clara y visionaria a los nuevos desafíos de la modernidad.



► **Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo** en seis grupos poblacionales de una empresa transnacional en el periodo 2005-2008.

Mary Meza Benavides\*, Grettel Miranda Villalobos\*\*, Natalia Núñez Agüero\*\*, Uvania Orozco Rivera\*\*, Sharon Quiel Castro\*\*, Gabriela Zúñiga Arguedas\*\*

#### RESUMEN

Los estilos de vida de las poblaciones adultas en el ámbito laboral ejercen una influencia directa en el proceso salud enfermedad de las mismas. Esta investigación, se desarrolló con el objetivo de establecer un análisis sobre los estilos de vida, el ambiente laboral y los factores protectores y de riesgo, entre seis diferentes grupos de trabajadores y trabajadoras de una empresa transnacional en Costa Rica. Se implementó una metodología cuantitativa de tipo descriptiva con la modalidad de estudio de caso colectivo. Cada uno de los estudios de caso fue trabajado en diferente tiempo, de manera que para el año 2005 se estudiaron dos casos, en 2006 y 2007 un caso cada año y para el 2008 dos casos. Se tiene como resultado que la población estudiada no cuenta con estilos de vida saludable; y se concluye que el ambiente laboral puede ejercer una influencia tanto positiva como negativa para la salud.

**Palabras Clave:** Estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo, enfermería, salud.

#### ABSTRACT

Analysis of lifestyles, work environment, and protective and risk factors in six population groups of a transnational corporation in the period 2005-2008.

The lifestyles of the adult population in the work environment have a direct influence on their health-illness process. The research was developed with the purpose of establish a comparative analysis of life styles, work environment, and protective and risk factors among six different groups of workers a transnational company in Costa Rica. The research methodology used was quantitative descriptive with collective study case modality. Each of the study cases were studied in a different time, so two cases were studied in 2005, one case per year in 2006 and 2007, and two cases in 2008. The study findings show that the studied population doesn't have healthy lifestyle. It is conclude that work environment can have a positive or negative influence on health.

**Key Words:** Lifestyles, work environment, protective and risk factors, nursing, health.

\*MSc. en Ciencias de Enfermería. Docente de la escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica.

\*\* Licdas en Enfermería. UCR

Recibido: 12/03/2012

Aceptado: 25/04/2012

Dirección para Correspondencia:

Marymeza@yahoo.com

Enfermería en Costa Rica 2011; 32 (2): 51-58.

## Introducción

Los estilos de vida en poblaciones adultas son sumamente importantes de destacar, especialmente cuando se trata de personas socialmente activas y que juegan un papel importante dentro de la productividad de una compañía y por ende de un país. La empresa en la que se realizó la investigación es una empresa transnacional especializada en mensajería, sin embargo desempeña labores de transporte de una gran diversidad de productos (alimentos, electrodomésticos, logística, etc.); su función básicamente radica en importar o exportar los productos del país, realizar todos las gestiones asociadas a los mismos, y finalmente colocarlos en el mercado comercial o más específicamente entregarlos a clientes que solicitan al por menor o al detalle. Para la realización de todos estos procesos la empresa cuenta con una gama muy diversa de población laboral, desde personal muy calificado hasta poblaciones con un bajo nivel de escolaridad.

Según la Organización Panamericana de la Salud (1998) todas las empresas deben contar con una estrategia de acción ambiental que ayude a disminuir los impactos de los procesos de producción sobre la salud de las personas, lo anterior se conoce como APA (Plan de Atención Primaria Ambiental), la compañía en la cual se realizó la investigación especialmente por la naturaleza de su industria, no genera desechos tóxicos de tipo material, pues sus labores no comprenden la transformación de la materia; aunque sí contribuye al deterioro ambiental con la emanación de gases, por parte de la flotilla vehicular de la empresa, a pesar de que esta cuenta con los requisitos que estipula la revisión técnica vehicular establecida por el país; sin embargo con el afán por establecer una relación amigable con el ambiente cuenta con una serie de programas de reciclaje y reutilización de los diferentes desechos (plástico, madera, papel y aluminio), además forma parte del programa GOGREEN, y actualmente se capacita para obtener la certificación ISO 14000 para con ello adquirir mayor responsabilidad en lo que respecta a la protección del medio ambiente.

Con respecto a la investigación en estilos de vida, se tiene que los profesionales en enfermería de la Universidad de Costa Rica se han destacado en este tipo de trabajo: la mayoría de las investigaciones han sido propuestas por estudiantes para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. En la modalidad de programas para la promoción de los estilos de vida saludable, son muchos los estudios y diferentes los ámbitos laborales en los que se han realizado las investigaciones, lo que más se ha destacado de estos trabajos de investigación, es la deficiencia en el autocuidado de las poblaciones en los medios laborales, las principales características son: un inadecuado manejo nutricional (malos hábitos alimenticios) y el sedentarismo, los cuales son factores que a posteriori van a ir en detrimento de la calidad de vida de las poblaciones en medios laborales, especialmente favoreciendo la aparición de enfermedades de tipo

crónicas. (Cárdenas & Cascante (1996), Pérez & Sanabria (2003), Gonzáles, López & Zamora (2004), Álvarez, Lara & Navarro (2005), Meléndez, & Sibaja (2005). Otros autores y autoras que pertenecen a la misma institución, también han realizado sus aportes sobre el tema, dando a conocer resultados que se equiparan a los anteriormente mencionados, aunque en otras modalidades de investigación ((Miranda & Sirias (2004), Umaña (2005,) Hines & Retana (2006), Cordero, Rojas & Salas (2007), Alfaro, Carrillo & Espinoza (2007)).

Por otra parte en el ámbito internacional Sanabria, Gonzáles & Urrego (2007) realizaron una investigación con profesionales de la salud de Colombia, en donde se evidencia que a pesar de ser los y las profesionales en salud quienes más conocen y dominan la materia sobre estilos de vida saludable, no los aplican en su vida, lo cual va en detrimento de su calidad de vida. Otro estudio en este país, es el realizado por Martínez & Saldarriaga (2008), en él, asocian el sedentarismo a las ausencias laborales y les atribuyen un costo muy importante dentro de la producción y los costes empresariales y sociales. El sedentarismo también lo asocian con un aumento en las enfermedades a nivel respiratorio, osteomuscular y problemas asociados con traumas en el lugar de trabajo, los cuales posteriormente, van a ir aumentando el tiempo de las discapacidades.

Otro estudio es el de Rinat, Sabal, Hernández, Romero & Atalah (2008) quienes trabajaron con empleados y empleadas de empresas públicas y privadas en dos regiones de Chile; uno de los datos más relevantes que estos investigadores (as) encontraron fue la alta incidencia de problemas y alteraciones nutricionales que devenían de los estilos propios de vida que exigía cada ambiente laboral; esto lo asociaron fuertemente con la incidencia de problemas de sobrepeso y obesidad. Además Gisbert (2007) en Barcelona, nos da evidencia de cómo al cambiar las dinámicas de producción y de trabajo las enfermedades no transmisibles cada vez se van apoderando de la salud de las personas y las prácticas cotidianas que realizan, convierten sus estilos de vida en muy poco saludables. Finalmente Norton (2009) realiza un estudio en la población estadounidense, en donde se evidencia que cada vez son menos las personas que tienen estilos de vida saludable, este asegura que a raíz de los malos estilos de vida que llevan los estadounidenses (especialmente malos hábitos alimenticios) se han aumentado las tasas de obesidad, diabetes Mellitus tipo II y la incidencia de enfermedades cardiovasculares.

## Marco Referencial

La edad adulta es una de las etapas del ciclo vital de todos los seres humanos caracterizada por una serie de cambios, en donde el pensamiento que se tenga acerca de este período de la vida, depende de cada sociedad y está ligada a los roles que se ejercen dentro de su cultura, las responsabilidades que se adquieren, la libertad en la

toma de decisiones y la madurez cognoscitiva-social que asumen las y los individuos con la experiencia. Al mismo tiempo se puede hacer una clasificación de la adultez, en una etapa temprana y otra intermedia, que están determinadas por las características sociales-personales que experimenta cada individuo. Cabe mencionar que durante la etapa de la adultez temprana, la mayoría de personas se “encuentran en la cima de la salud, fuerza, energía y resistencia. También están en el máximo de su funcionamiento sensorial y motor” (Papalia, E. Diane. Wendkos, Olds & Duskin Ruth (2004, 507).

No obstante para mantener e incluso mejorar dichas condiciones, resulta indispensable que la persona asuma la responsabilidad de su salud, manteniendo un estilo de vida adecuado a sus necesidades, donde el estilo de vida se utiliza para definir la manera en que las personas se desarrollan, según su modo de vida y las conductas individuales. Por lo tanto se podría definir como un conjunto de comportamientos que practica habitualmente una persona en forma consciente y voluntaria, que en algunos casos resulta beneficioso para la salud, pero en otras situaciones resulta en factores de riesgo que llegan a afectar e influir tanto a corto como a largo plazo en la salud de los individuos. Por lo tanto se puede decir que el estilo de vida está determinado, adoptado y aprendido a través del proceso de socialización de cada ser humano, siendo los padres de familia y otros familiares, amigos, la escuela, los medios de comunicación, la cultura, el lugar de residencia, las costumbres y creencias, quienes se han encargado de enseñar estas conductas, por lo que el comportamiento está arraigado en los grupos sociales, influido por las diferencias sociales y dependiente de los recursos disponibles, ya que su naturaleza es primordialmente social. (Martínez, 1998).

Cabe destacar que dentro de los estilos de vida existe la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, resaltando el hecho de que es un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludable, comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biológicos, psicosociales y espirituales y así mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. Dentro de los factores protectores se puede mencionar el tener un sentido de vida, objetivos y plan de acción (proyecto de vida), mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad, mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender, brindar afecto y mantener la integración social y familiar, tener satisfacción con la vida, la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación, capacidad de autocuidado, seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes,

ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio, accesibilidad a información y la realización de actividad física, una alimentación adecuada y saludable, conductas sexuales sanas y satisfactorias, comunicación y participación a nivel familiar y social, accesibilidad a programas de bienestar, culturales, recreativos, de salud y educación, entre otros, así como la seguridad económica (Potter & Griffin Perry, 2001, pp. 672-673).

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludable es el compromiso tanto individual como social, con el convencimiento de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona por lo que estos aspectos anteriormente mencionados deben tomarse en cuenta si se busca tener una buena calidad de vida (Monés, 2004). Por esto, es un punto fundamental en la etapa adulta la búsqueda o por lo menos, el sentimiento de querer mantener las mejores condiciones de salud posibles, y aunque siempre ha existido la necesidad de mantener una buena salud, el concepto ha sufrido una serie de transformaciones y modificaciones, de acuerdo al contexto histórico ha pasado de ser concebido únicamente como la ausencia de enfermedad a ser entendido como el estado de completo bienestar físico, psíquico, social, económico y emocional. Sin embargo dichas definiciones no toman en consideración, que la conceptualización de la salud es un proceso dinámico y subjetivo que abarca diferentes momentos o dimensiones que lo construyen; esas dimensiones introducen a las personas en diversos procesos adaptativos, los cuales determinan sus condiciones de vida y salud. (Martínez, 1998).

Martínez (1998, pp.87) además explica que el proceso biológico involucra: “la concepción, embriogénesis, gestación, nacimiento, crecimiento y desarrollo” es decir, que está íntimamente relacionado con el desarrollo físico de la persona, que este proceso se dé de una manera adecuada e ininterrumpida, sería lo ideal para todo individuo. Para el autor, el aspecto ecológico son las “relaciones con otras especies y con el medio ambiente” (Martínez, 1998, p.88); es la manera en que se interactúa con el entorno, se puede ejemplificar con los fenómenos de calentamiento global, contaminación de los ríos, el manejo de los desechos tóxicos, la contaminación acústica, entre otros poco favorables y el reciclaje, los biocombustibles, utilización de plantas medicinales, entre otros factores que más bien buscan la protección de nuestro medio, para fomentar el bienestar propio. Con respecto a la dimensión psicológica, Martínez indica que corresponde a: “los grupos familiares, las diversas formas de organización y acción política y cultural, los sistemas de educación formal e informal y los ordenamientos sociales”, como se observa esta dimensión va dirigida a la dimensión social e interpersonal de cada individuo, lo cual es de suma importancia, ya que este ámbito orienta las políticas sociales que busquen la mejora de la población y la atención personalizada de todos sus miembros (Martínez, 1998, p.88).

Por último el momento económico referido a: *“la producción de bienes y servicios mediante el trabajo la producción, distribución y consumo de bienes y servicios”*, aspecto muy influyente en la accesibilidad de recurso como las medicinas, servicios médicos, lugares de recreación, entretenimiento y demás, que tienen un gran peso en la condición de salud de cada persona y que por tanto, las interacciones que se puedan dar a nivel de estas cuatro esferas o dimensiones de reproducción social, son las que encaminan el desarrollo de la persona adulta, su estilo y calidad de vida y su salud (Martínez, 1998, p.88).

## Materiales y Métodos

La investigación se basa en un estudio descriptivo que busca detallar las características de cada grupo de trabajadores y trabajadoras de la muestra, su ambiente de trabajo y los estilos de vida con el propósito de obtener un perfil para cada grupo. Además se plantea un análisis comparativo entre los seis grupos para obtener las principales diferencias y coincidencias en cuanto a estos perfiles. Se trabajó con la modalidad de estudio de caso, donde cada grupo es analizado a profundidad por lo que constituye un caso. Se recurrió al estudio de caso colectivo, ya que se estudian varios casos con el fin de investigar un fenómeno o población. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

En esta investigación se tomaron en cuenta seis unidades de análisis o casos, los que cuentan con una serie de variables para cada caso o grupo de estudio. Por el tipo de datos corresponde a estudios de caso múltiples, recolectados en forma transversal con análisis cuantitativo. En cuanto a la temporalidad, se tiene que cada uno de los estudios de caso fue estudiado en diferente tiempo, de manera que para el año 2005 se estudiaron dos casos, en 2006 y 2007 un caso cada año y para el 2008 dos casos.

Estos estudios se realizaron en la práctica del módulo de Intervención de Enfermería con la Adulthood Sana, la cual fue realizada en el periodo que va del 2005 al 2008 por ocho grupos de estudiantes de cuarto año de la carrera de enfermería de la Universidad de Costa Rica. Cada grupo realizó un diagnóstico sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en diferentes poblaciones de la empresa estudiada. Se establecieron criterios de inclusión para los estudios de caso (grupos) y se procedió a organizar los datos de manera que se unieran resultados que se referían a un mismo grupo de trabajadores y trabajadoras. El principal criterio de inclusión fue que la metodología de trabajo para cada grupo fuera semejante, considerando la utilización de los mismos métodos y técnicas de recolección y análisis de datos.

## Población y Muestra

Cabe señalar que la muestra se definió para cada área de la empresa en que se realizó el estudio y no del total

de empleados de toda la empresa. De los casos estudiados, se tiene que cuatro grupos fueron de la sede central de la compañía y dos de una sede externa. La selección de la muestra al interior de cada grupo se dispuso al azar, sin embargo no se establecieron parámetros de selección ya que por la dinámica de la organización del trabajo, los instrumentos para recoger los datos fueron entregados a los supervisores de cada área quienes posteriormente se encargaron de recogerlos. La muestra se seleccionó considerando un porcentaje mayor al 30% de la población de cada área.

Del área de Bodega, que fue estudiada en el 2005, la población total fue de 137 personas de las cuales se obtuvo una muestra de 50 individuos; la población absoluta del área de Transportes, también estudiada en el 2005, fue de 105 y se tomó una muestra de 45 personas. En el área Administrativa de la Sede Central, la población total fue de 283 en el año 2006 en que fue estudiada y la muestra fue de 90 sujetos. Para el año 2007 el área de Etiquetado en la sede central, la población era de 150 trabajadores y trabajadoras y la muestra con la que se trabajó fue de 76 individuos. En total, considerando todos los grupos, la muestra de trabajadores y trabajadoras correspondió a 261.

En la sede externa, se estudió el área Administrativa en el 2008, se tomó una muestra de 29 sujetos de un total de 90 personas; para finalizar en el área de Etiquetado, en el 2008, la población fue de 50 personas y la muestra que se obtuvo fue de 25 individuos, para un total de 54 personas. En general la muestra para toda la empresa estuvo constituida por 315 sujetos.

## Instrumentos y sistema de variables

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de los datos en cada grupo fueron dos, el primero fue elaborado por Guiselle Pérez & Gabriela Sanabria (2003) y se aplicó con los dos grupos del 2005, el segundo correspondió al instrumento elaborado por Alejandra Umaña (2005) y fue aplicado al resto de los grupos, ambos instrumentos contienen variables semejantes. Para el análisis comparativo de todos los grupos se depuraron las variables de cada instrumento y se homologaron en una matriz que permitieron establecer los criterios para interpretar y comparar los datos, ésta constituyó la lógica que vinculó los casos.

Para la descripción y comparación de las variables de investigación se utilizaron cinco dimensiones, de las cuales cada variable contempló la definición instrumental y su respectivo indicador. Se trabajó con las siguientes dimensiones y variables: a) Demográfica y antecedentes patológicos, las variables que conformaron esta dimensión fueron: sexo, edad, antecedentes patológicos personales. b) Dimensión económica: ingreso económico y condiciones de la vivienda son las variables que componen esta dimensión. c) Ecológica, representada por la va-

riable condición laboral. d) Conciencia y conducta compuesta por las siguientes variables: hábitos alimenticios, patrón de sueño, sexualidad, satisfacción personal, relaciones interpersonales, deporte, recreación y consumo de drogas. e) Dimensión biológica, que incluyó variables sobre el control ginecológico o urológico.

## Resultados

Entre las características sociodemográficas por destacar se encuentra que la mayor parte de la muestra correspondió al sexo masculino. Sin embargo, a diferencia de los otros grupos, en el Administrativo (2006) y Etiquetado (2007), en su mayoría estuvieron conformados por mujeres, por lo tanto es solamente en estos dos sectores donde la variable sexo cambia. Respecto a la variable edad se tiene que la población se encuentra en su mayoría en el rango de edad de 18 a 31 años, mientras que en Transporte (2005) y Administrativo (2008) a diferencia de los grupos anteriores, el rango de edad en el que se encuentran la mayor parte de la población es de 32 a 50 años; un bajo porcentaje de la toda la población tiene 51 años o más.

En cuanto al ingreso económico, en los grupos Administrativo (2008) y Bodegas (2008), las personas manifestaron sentirse satisfechas con su ingreso. A diferencia de los grupos Administrativo (2006) y Etiquetado (2007) quienes en su mayoría expresaron sentirse insatisfechos con el ingreso económico. Sobre la condición de la vivienda, la mayoría de trabajadores y trabajadoras de todos los grupos encuestados poseen vivienda propia y manifiestan que ésta se encuentra en adecuadas condiciones.

Con respecto a los antecedentes patológicos se tiene que las patologías que presentan mayor incidencia en la población total, en orden descendente, son: el asma, la obesidad, las alergias, la diabetes Mellitus y la hipertensión arterial. Otras enfermedades como el cáncer y los trastornos mentales se hallaron en menor porcentaje, dentro de la población total. Así pues, se tiene que el asma se presenta en un 9.8% de la población total, además se encontró que esta patología se presenta en su mayoría en los grupos de Bodegas (2005) y Transportes (2005), con porcentajes del 10% y el 11.1% respectivamente. En Etiquetado (2007) el porcentaje llega al 18.4%.

La obesidad muestra una ocurrencia en el total de la población de 8.8%, presentándose en su mayoría en los grupos de Etiquetado (2007) con 15.7%, Administrativos (2006) con 8.8%, Bodegas (2005) con 8%; Bodegas (2008) con 8% y Transportes (2005) con 4.4%. Sobre esta enfermedad se considera la interrelación entre factores genéticos y estilo de vida, por lo que se califica como un factor de riesgo en la población adulta de sufrir otras patologías del tipo hipertensión arterial, diabetes Mellitus y cardiopatías. Se destaca la importancia de relacionar las condiciones laborales como sedentarismo, alteración de los tiempos de alimentación y de las características en

cuanto al consumo de alimentos en cada grupo, con la presencia de la obesidad

Las alergias presentan una ocurrencia en el total de la población de 7.9%, donde la mayoría se concentran en los grupos de Bodegas (2005) con 24%, Administrativos (2006) con 11.1% y Transportes (2005) con 6.6%. La ocurrencia de esta enfermedad aumenta con la exposición ambiental a alérgenos como polvo, moho o productos contaminantes, por lo que se puede establecer, que las condiciones laborales ejercen un papel importante en la presencia de esta patología en los grupos estudiados.

Sobre la presencia de la diabetes Mellitus en la población total ésta correspondió al 7.3%, siendo el grupo de Etiquetado (2007) el de mayor afectación con un 23.6%, Bodegas (2008) con un 8%, Bodegas (2005) con un 4% y Administrativos (2006) con 1.1%. El origen de este padecimiento se relaciona con la obesidad, los estilos de vida no saludable como: inadecuados hábitos alimenticios, falta de ejercicio físico y la presencia de factores genéticos que predispongan al individuo a padecer este trastorno metabólico. Así mismo, la Hipertensión arterial muestra una presencia total en la población de 7.6%, donde el de nuevo el grupo de Etiquetado (2007) tiene el mayor porcentaje con un 22.3%, Transportes (2005) con un 6.6% y Bodegas (2005 y 2008) con un 4%. Este padecimiento al igual que los mencionados anteriormente es de una etiología multifactorial que está estrechamente relacionada con los estilos o modos de vida que posea el individuo, entre los que se pueden identificar como factores de riesgo el tabaquismo, la inactividad física, la diabetes Mellitus, y la obesidad.

En síntesis encontramos una distribución homogénea de las enfermedades en los diferentes grupos de trabajo, sin embargo se destacan algunas patologías importantes como la obesidad, la Diabetes Mellitus y la hipertensión en grupos como Etiquetado, Bodegas y Transporte. En estos grupos sobresale en relación a estilos de vida, el asma y las alergias las cuales están más relacionadas con las condiciones laborales. Estos tres grupos representan a los que tienen el mayor porcentaje de problemas de salud.

Al explorar sobre los estilos de vida, encontramos que la mayor parte de los y las participantes en la investigación, expresaron tener horarios regulares de alimentación. Así mismo, se tiene que dentro de los alimentos de mayor consumo para todos los grupos estudiados, se encuentran las harinas, los alimentos de origen animal y las grasas; además se encontró un consumo disminuido de frutas, verduras y leguminosas en la mayoría de la población. Lo anterior, podría estar relacionado a la falta de tiempo, de recursos económicos y la influencia social que favorece la adopción de conductas poco saludables y se convierte en un evidente factor de riesgo para esta población (Potter y Perry, 2001).

Con respecto a la ingesta de sustancias nocivas (alcohol y cigarrillos), el grupo que demostró ingerir mayoritariamente alcohol es el de Bodegas (2005) con un 56%, seguido por el grupo Administrativo (2006) con un 53,3%, además del grupo de Transportes (2005) con un 48,8%; el grupo de Etiquetado (2007) presentó un porcentaje de 46%, posteriormente el grupo de Bodegas (2008) un 44% y en último lugar el área de Administrativos (2008) con un 41,3%. En lo concerniente al consumo de tabaco se evidencia que el grupo Administrativo (2006) es el que cuenta con la mayor incidencia en el consumo de esta sustancia, con un porcentaje de 80%, seguido de cerca por el grupo de Bodegas (2008) con un 76%, con cifras menores se encuentra el grupo de Etiquetado (2007) con un 32,8%, el grupo de administrativos (2008) un 24,1%, Transportes (2005) 13,3% y finalmente el grupo de Bodegas (2005) con un 12%. Ambas prácticas se consideran factores de riesgo para la población y les expone a la probabilidad de desarrollar enfermedades que afecten su sistema respiratorio y cardiovascular. Cabe señalar que el hábito del fumado y el consumo de bebidas alcohólicas son frecuentes en este grupo laboral; los factores que favorecen estas prácticas deben ser estudiados más ampliamente, así como los daños que puede estar causando en la salud.

El patrón de sueño es considerado como uno de los factores más importantes para el mantenimiento de la salud. Está compuesto por las horas que se logra descansar de una manera continua sin interrupción del descanso, lo cual ayuda a regenerar y restaurar al organismo del trabajo realizado durante el día, dentro de los datos de esta investigación, se evidencia que el grupo que refiere mayor afectación en su patrón de sueño es el Administrativo (2008) con un porcentaje de 86,2% de su población total, mientras que el grupo de Etiquetado (2007) lo manifiesta en un 51,3%. También se desprende que para el resto de los grupos, más de un 50% de la población afirmó tener afectación de las horas de sueño. Es importante tener en cuenta que el grado de estrés que deviene de la realización de diferentes ocupaciones podría estar asociada con la alteración del patrón de sueño e ir en detrimento de la calidad de vida de las personas trabajadoras y por ende verse reflejada en el ausentismo, incapacidades y otras alteraciones en la salud de los trabajadores de una empresa.

Respecto a la satisfacción personal (autopercepción) se encontró que, la mayoría de personas se encuentran satisfechas consigo mismas, lo que representa un factor protector en todos los grupos. No obstante el grupo de Transportes (2005) fue el que presentó el mayor porcentaje en cuanto a insatisfacción personal con un 18%, lo cual puede influir negativamente en el desempeño laboral y las relaciones interpersonales.

Siguiendo con aspectos interpersonales, se tiene que los grupos correspondientes a Administrativo (2006 y 2008) tuvieron los porcentajes más altos en cuanto a la

presencia de buenas relaciones interpersonales en el trabajo, en comparación de los demás grupos. En cuanto a las relaciones interpersonales familiares, en todos los grupos, la gran mayoría de participantes, afirmaron tener buenas relaciones con sus familiares, y en ninguno de los grupos existieron personas que afirmaran tener malas relaciones interpersonales familiares. La habilidad de interactuar de una manera eficaz con sus familiares, compañeros y compañeras de trabajo.

Por otro lado, la práctica de relaciones sexuales también es un aspecto que forma parte del estilo de vida de un gran porcentaje de personas que se encuentran en la etapa adulta. Por consiguiente, resulta de suma importancia que las mismas mantengan un control de su estado de salud sexual, el cual incluye la realización del auto examen de mamas y testicular, del PAP y el examen prostático. Un dato que se rescata de la variable de sexualidad, es que en cada uno de los grupos estudiados, más del 50% de las personas mantienen una vida sexual activa. Con respecto al control ginecológico o urológico, en los grupos correspondientes a Transportes (2005) y Administrativos (2006), no se consideró esta variable, sin embargo en todos los demás grupos sí se evaluó y se revela el preocupante dato de que la gran mayoría de personas no realizan este tipo de chequeo. Solamente un número pequeño de individuos en cada grupo (no superando las 15 personas en cada año estudiado), sí tienen el adecuado hábito de realizarse el control periódico; es este caso, se convierte en un factor de protección y prevención de problemas futuros, tales como el cáncer de útero, de próstata, de mamas, entre otros. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, como técnica de planificación familiar, se rescata que el grupo de Bodegas (2008) es el que presenta el mayor porcentaje de personas que los utilizan con un 68%, en comparación con todos los otros sectores laborales estudiados. Por otro lado el grupo de Etiquetado (2007) es el que presenta mayor porcentaje de personas que no los utilizan, lo que representa un 40% de dicha población. El uso de métodos anticonceptivos y el número de parejas sexuales son aspectos importantes a considerar dentro de la salud sexual, ya que el tener solo una pareja sexual se convierte en un factor protector de muchas enfermedades transmisibles, mientras exista fidelidad mutua y/o uso de preservativo. Además la planificación familiar forma parte importante del proyecto de vida de cada persona.

El grupo que presentó el porcentaje más alto de individuos que mantenían una vida sexual activa con una única pareja, en relación con los demás grupos estudiados fue el Administrativo (2008), no obstante la mayor parte de la población estudiada en los diferentes años también afirmó tener solo una pareja sexual. Tomando en cuenta únicamente a las personas que afirmaron tener más de una pareja sexual, los dos grupos de Bodegas estudiados, fueron los que presentaron los mayores porcentajes en comparación con los demás, tenencia que se considera factor de riesgo debido a su relación con las enfermeda-

des de transmisión sexual.

Por último, sobre el deporte y la recreación se evidencia que, más de la mitad de la población realiza algún tipo de actividad física, siendo el grupo de Bodegas (2005) el que obtiene el mayor porcentaje con un 78%, el segundo lugar lo ocupa Etiquetado (2007), con un 64.4%, Bodegas (2008), tiene un 60%, Administrativo (2006) obtiene un 56.6%, Transporte (2005) presentó un 55.5%, mientras que el grupo Administrativo (2008) obtiene el último lugar con respecto a la práctica de actividades físicas, pues, solamente el 44.8% del grupo realiza ejercicio. La práctica de actividad física, se convierte en un factor protector de la salud al proveer beneficios como la pérdida de grasa corporal, el mejoramiento de la circulación y la capacidad respiratoria. Sin embargo, las poblaciones donde no se tiene este hábito entre una de sus principales actividades, tal es el caso del grupo Administrativo (2008), pueden estar propensas a padecer de cansancio, incremento del peso corporal, hipertensión arterial, entre otras. Por ende, es necesario adoptar esta práctica como propia y constituir la en un hábito para cada individuo.

Con respecto a la recreación, solamente el grupo de transportadores (2005), menciona en su mayoría realizar actividades de recreación y entretenimiento, por lo tanto esto constituye un factor protector, puesto que, el entretenimiento es importante porque ayuda a mantener un equilibrio en la vida entre los deberes y ocupaciones y una salud física y mental. Los demás grupos estudiados, no se especifican la realización de actividades recreativas.

## Conclusiones

Los resultados de este estudio permitieron concluir que la mayor parte de la población está conformada por varones; este dato podría estar asociado al tipo de labor que se desempeña en estos espacios de trabajo y a los estereotipos populares asociados al género, ya que procesos productivos de tipo administrativo y etiquetado son asignados más a mujeres que a hombres. Sin embargo, cabe señalar que la diferenciación en estos procesos está dada por la calidad de las tareas y que en cada uno de ellos los factores de riesgo, aunque varían, siempre están presentes. Lo anterior nos llevó a considerar la importancia de estudiar más detalladamente el efecto de estos factores de riesgo, presentes en los diferentes procesos de trabajo y su relación con la salud, la adopción de hábitos saludables y la aparición de problemas de salud.

Uno de los hallazgos más relevantes en cuanto al estado de salud de los sujetos de estudio, es que el grupo con mayor variedad de enfermedades corresponde a Bodegas, seguido por el de Etiquetado, Transporte y Administrativo (2006); en ambos casos se presentan seis tipos de enfermedades distintas. Otro aspecto importante es que la población estudiada reflejó índices elevados de ingesta de sustancias nocivas, por lo que es necesario

propiciar su reducción y fomentar la práctica de estilos de vida saludable.

El grupo de Bodegas (2008) es el que presentó el mayor porcentaje de uso de métodos anticonceptivos y el grupo de Etiquetado (2007) el mayor porcentaje de personas que no los utilizan. Lo cual se considera un factor de riesgo para la salud sexual de la población.

Respecto de la actividad física como parte de un estilo de vida saludable, los porcentajes más bajos de se encuentran en el grupo Administrativo (2008), lo que evidencia la importancia de no disminuir los esfuerzos para fomentar esta práctica y constituir la en un hábito para cada individuo.

Por último, un aspecto por destacar es que, con respecto a los horarios laborales, se evidenció que la mayor parte de los grupos estudiados (a excepción del de Administrativos 2006) posee un horario de 9 a 12 horas diarias, por lo cual se recomienda estructurar los horarios de trabajo de forma tal que el tiempo laboral sea proporcional al tiempo de ocio y descanso.

## Agradecimientos

Se agradece la participación en este proceso investigativo, de los y las estudiantes de enfermería de la Universidad de Costa Rica, del Módulo IV, Intervención de Enfermería con la Adultez Sana del periodo 2005 al 2008, quienes con sus investigaciones en la empresa objeto de estudio, hicieron

## Bibliografía

Alfaro M., Carrillo A. & Espinoza M. (2007). Programa de intervención de enfermería para la promoción de estilos de vida saludables dirigido a los(as) trabajadores(as) de la Sucursal de Banco Nacional de Heredia, 2007. Tesis de Licenciatura. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Álvarez Q, Lara E; Navarro M, (2006). Estilos de vida saludable y no saludable que tienen los y las trabajadoras del núcleo de procesos artesanales del Instituto Nacional de Aprendizaje. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica* [en línea] Abril-Septiembre 2006, No.10 Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/estilos.pdf>> ISSN 1409-4568

Cárdenas Vásquez A. & Cascante Barrantes M. (1996). Programa de Capacitación al Personal de Enfermería de Medicina, Cirugía y sala de Operaciones para Promover Estilos de Vida Saludable. Hospital de la Anexión, Nicoya. Tesis de Licenciatura. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Cordero M., Rojas N. & Salas J. (2007). Programa Educativo de Enfermería sobre Estilos de Vida Saludable dirigido al Personal de Seguridad de la Universidad Nacional Heredia, Costa Rica, en el período de Marzo a Septiembre del 2007. Tesis de Licenciatura. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Gisbert, G (2007). Las enfermedades del "estilo de vida" en el trabajo: entre la vigilancia y las prácticas del cuidado de sí. *Athenea Digital*. (11). Obtenido el 10 de Julio del 2009, desde <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/viewFile/400/349>

González, Z, López T, Rodríguez R. & Zamora M. (2004). Programa de atención integral en enfermería para la promoción de estilos de vida saludable en el ambiente laboral. Centro de investigación en tecnología de alimentos. Facultad de Ciencias alimentarias de la Universidad de Costa Rica. 2004. Tesis de licenciatura. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Hernández, Fernández & Baptista (2006). Metodología de la investigación. Cuarta Edición. México: McGraw- Hill.

Hines Hedwards D. & Retana Vargas S. (2006). Consejerías en Enfermería para la Promoción de Estilos de Vida Saludable Dirigida al Personal Administrativo de Consejo Universitario. Tesis de Licenciatura. Universidad de Costa Rica. Sede Central Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Martínez Navarro, Fecol (1998). Los modelos explicativos del proceso de salud y enfermedad. Los determinantes sociales. Madrid: McGraw Hill.

Martínez, L & Saldarriaga, F (2008). Inactividad Física y Ausentismo en el Ámbito Laboral. Revista de salud pública (N# 2). Obtenido el 10 de Julio del 2009 desde://www.scielo.org.co/scielo.php? pid= S0124-00642008000200003&script=sci\_ar ttext

Meléndez, A & Sibaja, R. (2005). Programa de enfermería para la promoción de estilos de vida saludable dirigido a los y las docentes del Colegio Bilingüe de Palmares. Tesis de Licenciatura. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Miranda Lístalo & sirias Arrieta (2004). Caracterización de los estilos de vida de las y los profesionales en enfermería del Hospital Clínica Bíblica, en el 2004. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Monés, Jones (2004). ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? Consultado el 3 de mayo de 2009, desde [http://aecirujanos.es/revisiones\\_cirugia/2004/Agosto2.pdf](http://aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2004/Agosto2.pdf)

Norton, A (2009) Menos estadounidenses tienen estilo de vida saludable: estudio. The American Journal of Medicine. Obtenido

el 10 de Julio del 2009 desde: [tp://espanol.news.yahoo.com /s/reuters/090603/n\\_health/salud\\_vida\\_eeuu](http://espanol.news.yahoo.com /s/reuters/090603/n_health/salud_vida_eeuu)

Organización Panamericana de la Salud. (1998). Atención Primaria Ambiental. Washington, DC.

Papalia E. Diane, Wendkos, Olds & Duskin Ruth (2004). Desarrollo humano. Edad adulta temprana. Parte seis, capítulos 13 y 14 y Edad adulta intermedia. Parte siete, capítulos 15 y 16. Novena edición. México: McGraw Hill.

Pérez, V & Sanabria, V. (2003). Implementación de un programa de promoción de estilos de vida saludables, con el personal que labora en la Oficina de Recursos Humanos de la Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, durante los meses de abril a diciembre del 2003. Tesis de Licenciatura en Enfermería. San José, Costa Rica.

Potter Patricia & Griffin, Anne. (2001). Fundamentos de Enfermería. Quinta Edición, Editorial Elsevier. España.

Rinat, R, Sabal, J, Hernández, P, Romero, D & Atalah, E (2008). Estilos de vida y estado nutricional de trabajadores en empresas públicas y privadas de dos regiones de Chile. Revista Médica de Chile, nov/ vol. 11 Chile. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008001100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008001100006&script=sci_arttext)

Sanabria, Gonzáles & Urrego (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de salud colombianos. Estudio exploratorio. Revista médica Universidad de Granada (N#002) Obtenido el 10 de Junio del 2009 desde: [www.scielo.org.co/pdf/med/v15n2/v15n2a08.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/med/v15n2/v15n2a08.pdf)

Umaña, M. (2005). Relación de los estilos de vida y condición de salud de los y las profesionales en enfermería del hospital Guápiles durante el año 2005. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.



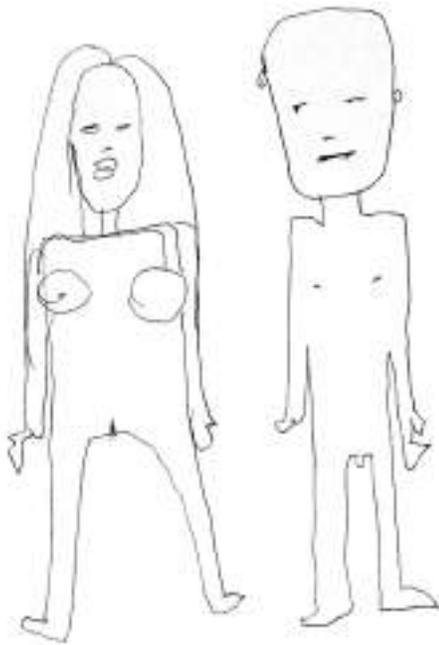
## El Colegio de Enfermeros y Enfermeras de Costa Rica

Informa

Que la premiación del "II Certámen Nacional de Artículos de Enfermería", quedó desierto por decisión del jurado.

Agradecemos a quienes con sus artículos contribuyeron al desarrollo de la ciencia de la enfermería.





## ► Influencia de género en relaciones interpersonales de estudiantes de primer ingreso: Universidad de Costa Rica

Vivian Vilchez Barboza\*, Noé Ramírez Elizondo\*\*

### RESUMEN

La Oficina de Bienestar y Salud, por medio del Área de Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica (UCR), realiza el Análisis de situación de salud de los estudiantes de primer ingreso, con el fin de conocer la condición de salud de dichos estudiantes. A partir de los resultados arrojados en ese estudio, este artículo se propone como objetivo analizar la influencia que tiene el ser hombre o mujer en las relaciones interpersonales en esta población. El año de estudio fue el 2011. Participaron 4243 estudiantes. Se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS, con estadísticos descriptivos y comparación de medias. Los resultados obtenidos muestran dependencia entre el sexo y las variables estudiadas. Esta relación fue analizada desde la promoción de la salud. Se concluye la necesidad de sistemas de salud que fomenten la participación ciudadana activa e insten al abordaje integral con fomento de habilidades psicosociales.

**Palabras Clave:** Relaciones interpersonales, identidad de género, estudiantes.

### ABSTRACT

The influence of gender on interpersonal relationships in first year students: University of Costa Rica.

The Health and Wellness Office by means of the Health Promotion Department of the University of Costa Rica conducts a health situation analysis in first year students with the purpose of knowing their health condition. The aim of the study is to analyze the influence that being a man or woman has on interpersonal relationships in this population in 2011, based on the results obtained in the study aforementioned. 4243 students participated in the study. The data were analyzed using SPSS, descriptive statistics and comparison of averages. The results show a relationship between sex and the other studied variables. This relation was analyzed from a health promotion perspective. It is concluded that health-care systems need to foment on the citizens an active participation and to insist in an integral health approach promoting at the same time psico-social skills.

**Key Words:** Interpersonal relationships, gender identity, students.

\*Enfermera, MSc. Ciencias de la Enfermería, Área de Promoción de la Salud, Oficina de Bienestar y Salud, Escuela de Enfermería Universidad de Costa Rica. Estudiante Doctorado en Enfermería Universidad de Concepción.

\*\*Enfermero, Máster. Ginecobstetricia, Docente Escuela de Enfermería Universidad de Costa Rica. Estudiante Doctorado en Enfermería Universidad de Concepción.

Recibido: 13/01/2012.  
Aceptado: 15/04/2012

Dirección para Correspondencia:  
neo.ramirez81@gmail.com

Enfermería en Costa Rica 2011; 32 (2): 59-66.

## Introducción

Dentro de la estructura de la Universidad de Costa Rica (UCR) se reconoce que, dentro del marco legal, la Oficina de Bienestar y Salud debe responder a los lineamientos del Consejo Universitario y más específicamente a la Política del “Sistema de Atención Integral en Salud para la comunidad universitaria (SAIS), la cual da los lineamientos generales de la intervención en el tema de la salud universitaria, política aprobada en noviembre 2003.

El Área de Promoción de la Salud constituye una de las diversas áreas que comprenden la Unidad de Promoción y Servicios de Salud, que, en conjunto con las Unidades de Programas Deportivos, Recreativos y Artísticos y la Unidad de Salud Ocupacional, conforman la Oficina de Bienestar y Salud. Dicha Área está constituida por profesionales de diversas disciplinas: Enfermera, Psicóloga, Médico, Nutricionista y Trabajadora Social. Además, y apuntando a la integralidad de la salud, también cuenta con especialistas en el campo artístico, el periodismo y la recreación. El objetivo general del Área es: Generar y coordinar programas, proyectos y actividades con el fin de lograr el desarrollo integral de las y los miembros de la comunidad universitaria en el campo de la salud.

El Área de Promoción de la Salud planifica su trabajo a través de diferentes ejes, entre ellos el Eje Análisis de la Situación de Salud de la Comunidad Universitaria, con el fin de conocer la condición de salud de los (as) estudiantes de primer ingreso y poder realizar un abordaje desde las necesidades presentadas. De acuerdo con los resultados obtenidos, un 72,54% de la población estudiantil de primer ingreso, prefiere informarse sobre temas de salud con el profesional en esta área; esto hace necesario la revisión del tema enfoque integral ya que involucra una visión de salud desde los determinantes sociales. En este sentido, se comprende que debido a la complejidad sobre la cual se desarrolla el proceso de salud, su intervención y el abordaje se debe dar desde el enfoque de la atención integral.

Guzmán (1998) particulariza sobre la atención integral en salud:

*“Abordaje de las diferentes necesidades y problemas de salud en individuos, familias o comunidades en una sociedad concreta, que define las condiciones de vida, perfilando un determinado nivel de salud en los grupos sociales que lo conforman” (Guzmán, 1998, p.44).*

Por tanto, ésta no depende solamente de la actuación de un profesional, sino que por el contrario, es indispensable la participación de diversas profesiones y más importante, la participación activa de los individuos, familias, grupos y comunidades, ya que ellos y ellas son los principales actores e involucrados en los procesos de atención y deben formar parte activa del desarrollo.

El análisis que realiza el Área de Promoción de la Salud incluye un apartado en Salud Mental que enfatiza las relaciones interpersonales de las cuales se derivó el estudio realizado. Se plantea como problema de investigación, ¿Cómo influye la condición de ser hombre o mujer en las relaciones interpersonales de los (as) estudiantes de primer ingreso de la Universidad de Costa Rica, en el año 2011? Y de objetivo general fue: Analizar la influencia que tiene el sexo en las relaciones interpersonales de los (as) estudiantes de primer ingreso de la Universidad de Costa Rica, en el año 2011.

Como hipótesis se formularon las siguientes:

- Hipótesis 1: El sexo de los y las estudiantes de primer ingreso de la UCR se relaciona con satisfacción en sus relaciones familiares.
- Hipótesis 2: La edad de los y las estudiantes de primer ingreso de la UCR se relaciona con la satisfacción con su forma de ser.
- Hipótesis 3: El sexo de los y las estudiantes de primer ingreso de la UCR se relaciona con la satisfacción para resolver sus conflictos.
- Hipótesis 4: El sexo de los y las estudiantes de primer ingreso de la UCR se relaciona con la satisfacción de la relación con sus amigos(as).
- Hipótesis 5: El sexo de los y las estudiantes de primer ingreso de la UCR se relaciona con la satisfacción con su forma de ser.
- Hipótesis 6: El sexo de los y las estudiantes de primer ingreso de la UCR se relaciona con la dificultad para relacionarse con los demás.
- Hipótesis 7: El sexo de los y las estudiantes de primer ingreso de la UCR se relaciona con la dificultad para comunicar lo que piensa y siente.
- Hipótesis 8: El sexo de los y las estudiantes de primer ingreso de la UCR se relaciona con la facilidad para enojarse.

El concepto de salud ha ido cambiando con el transcurrir del tiempo, actualmente se considera como “un recurso para la vida diaria; es un concepto positivo que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como en las capacidades físicas” (Colomer, 2001, p.384). Esta definición pone en un papel relevante a las líneas de acción de la promoción de la salud, las cuales tienen como base el desarrollar habilidades personales (estilos de vida: cultura de paz, alimentación, ejercicio, relaciones interpersonales, entre otras); basadas en cuatro estrategias fundamentales: concertación, comunicación, participación social y educación para la salud, enfatizando en los estilos de vida (Herrera, 2003). Tales habilidades incluyen el desarrollo de destrezas para la vida o destrezas

psicosociales que les facilitan a las personas enfrentarse con éxito a las exigencias y desafíos de la vida diaria. Las principales habilidades para la vida y las utilizadas por la OMS son las que propuso el autor Leonardo Mantilla (1999) son: conocimiento de sí mismo, empatía, comunicación efectiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, solución de problemas y conflictos.

Las relaciones interpersonales constituyen un eje primordial en el desarrollo de habilidades psicosociales en los (as) adolescentes, ya que esta destreza ayuda a relacionarse en forma positiva con las personas, con quienes se interactúa, a tener la habilidad necesaria para iniciar y mantener relaciones amistosas que son importantes para el bienestar mental y social, a conservar buenas relaciones con los miembros de la familia —una fuente importante de apoyo social—, y a ser capaces de terminar relaciones de manera constructiva (Mantilla, 1999).

Durante la adolescencia son concebidas como actos dirigidos hacia una interacción productiva tanto con el grupo de pares, como con los miembros de la familia, esperando que a través del vínculo se construyan mecanismos de crecimiento intelectual y emocional, siendo la familia el punto clave en el desarrollo de lo anteriormente descrito (Jiménez, Musitu y Murgui, 2005).

Por tanto, aquellas relaciones interpersonales que establezcan los (as) adolescentes con el grupo de pares u otras personas va a ser un reflejo importante de la socialización primaria y como se vincularon con los miembros de la familia.

El desarrollo de habilidades emocionales contribuye a forjar la competencia social, la cual incluye, según Bisquerra (2009) habilidades sociales básicas como respeto por los demás, comunicación receptiva y expresiva, el compartir emociones, comportamiento prosocial y cooperación, asertividad, prevención y solución de conflictos, capacidad para gestionar situaciones emocionales.

## Método

### Participantes

La población de primer ingreso estaba constituida por 7000 estudiantes (la mayoría mujeres) de la cual se obtuvo una muestra de 4438 (47,73% hombres y 52,27% mujeres), con edades entre los 16 y 33, la mayoría de 17 años (42,2%) seguido de 18 años (29%) (Media=3,34 años; S= 2,17), los (as) cuales fueron seleccionados (as) a partir de la comunicación en la página electrónica de la UCR, envío de mensajes de texto al teléfono celular e información en las sesiones de orientación vocacional y matrícula, donde se anunció la importancia de llenar el cuestionario vía electrónica y se brindó la información correspondiente sobre el llenado. Hubo representación de las distintas sedes regionales universitarias, teniendo mayor concentración de estudiantes en la Sede Rodrigo Facio (77,1%), seguida de la Sede de Occidente (7,5%).

### Instrumento

La recolección de datos se realizó por medio del “Cuestionario Análisis Situacional de Salud de los estudiantes de primer ingreso de la Universidad de Costa Rica” (OBS, Área de Promoción de la Salud, 2011), compuesto por 4 apartados: 1-Determinante biológico: antecedentes patológicos y condiciones generales de salud, 2-Dimensión económica: situación socioeconómica, 3-Dimensión de entorno: residencia y sede universitaria y 4-Dimensión conciencia y conducta: drogas, autoestima, relaciones interpersonales, sexualidad, nutrición, actividad física, tiempo libre y recreación.

### Procedimiento

Se definió la muestra de acuerdo con la participación voluntaria de los (as) estudiantes en el llenado del cuestionario automatizado, posteriormente se obtuvo el permiso de los directivos de la Oficina de Bienestar y Salud para utilizar los resultados. La aplicación del cuestionario fue individual y auto aplicado, con un tiempo promedio de 10 minutos.

Para una mejor comprensión de los resultados, analizados en este estudio se tomó el apartado de conciencia y conducta, específicamente el correspondiente a Salud Mental, y como foco de interés las relaciones interpersonales.

## Resultados y Discusión

Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 15.0 para Windows. Inicialmente se caracterizó la muestra a partir de estadísticos descriptivos y comparación de medias con la prueba T para muestras independientes.

Es importante aclarar que por condiciones del instrumento se pregunta sexo referido a hombre y mujer, sin embargo el análisis de los resultados pretende hacer énfasis en la definición de género, entendida como la construcción social que expresa lo masculino y lo femenino (Castañeda, 2007).

Para la Hipótesis 1: Las personas con quienes se forman redes de apoyo o se designan como confidentes y la importancia de las mismas va cambiando de acuerdo con el entorno relacionado con las etapas de la vida y el establecimiento de la identidad. Algunos estudios como el de Furman y Buhrmester (1992) han analizado la evolución de la red social de hombres y mujeres de 9, 12,15 y 19 años, observando cómo las principales fuentes de apoyo percibidas variaban en función de la edad. Lo que lleva a cuestionarse sobre la relación entre el sexo y las relaciones familiares. Del total de la muestra la mayoría de hombres (48,6%) se encontraban satisfechos con las relaciones con su familia, contrario a las mujeres (57,8%) donde en su mayoría no mostraban satisfacción. La muestra da

$\chi^2$  (8,33) y con una significancia ( $p=0,004$ ). Se rechaza la hipótesis nula de independencia entre las dos variables. Se apoya la hipótesis de trabajo con un 95% grado de confianza que sexo y satisfacción con las relaciones familiares se relacionan con una fuerza mediana negativa o inversa ( $\Phi -0,44$ ). Lo que indica que a mayor edad mejor relaciones familiares existen. Lo que es muy congruente porque conforme se da el crecimiento de edad se establecen mayores lazos familiares porque se ha alcanzado un grado de madurez que permite discernir entre los espacios familiares, laborales y sociales.

Si se parte del supuesto planteado por Musitu y Cava (2002) se entiende adolescencia como la contribución positiva al desarrollo adolescente, donde está implicado un proceso de negociación con sus padres, con objeto de ejercer un mayor control sobre su propia vida y no descrita solamente como una etapa de necesaria conflictividad, rebeldía y desajuste social. Sin embargo, no deja de ser una etapa difícil. Con ello concuerda Arnett (1999), citado por Musitu y Cava (2002, p.182) acerca de que el incremento en el número de conflictos con los padres, las mayores alteraciones en el estado de ánimo y la mayor implicación en conductas de riesgo son aspectos distintivos de la adolescencia.

Kraukof (1999) define que la última fase de la adolescencia abarca de los 17 a los 19 años, se comienza a evolucionar de un proyecto de vida complementario con el proyecto familiar a una forma de enfrentamiento personal y social propia.

Hipótesis 2: Cada individuo constituye un sistema inmerso dentro de micro y macro sistemas; como la unidad familiar, grupos colectivos y sociedades; que permiten a la persona ir desarrollando características propias y particulares según oriente su filosofía de vida; por tanto se destaca que la personalidad es un constructo cognitivo que ha sido organizado, elaborado y construido (Fierro y Cardenal, 1996), lo que para efectos del presente estudio representó un enfoque de interés al relacionar la edad de los (as) estudiantes con la satisfacción en su forma de ser, producto del proceso de identidad y auto reflexión.

Con respecto a la hipótesis, como no es direccional, porque las medias son diferentes a cero, expresadas en la hipótesis operacional, se utilizó t con dos colas. La diferencia observada en la muestra parece reflejar un contraste real en la población debido a la significancias ( $p=0,002$ ). Por lo tanto, se rechaza la Hipótesis Nula y se apoya la Hipótesis de trabajo. El significado de F (9,246) es mayor a 0,05, por lo tanto, para este caso la Prueba de Levene se han asumido varianzas iguales. Estos resultados orientan hacia la relación establecida entre cómo los individuos, conforme avanzan en años, van construyendo un conjunto de elementos que permean la identidad de su ser, y con base en el grupo de experiencias vividas en el transcurso del tiempo van introyectando habilidades psicosociales, que permiten inclusive conducir las accio-

nes hacia niveles de autorrealización personal.

Es así que dicho aprendizaje surge como producto de la interacción social de los individuos, como lo propone Esteban Agulló (1998), quien afirma que “La identidad, pues, sólo puede existir en y a través de las relaciones sociales, sólo a través de “procesos sociales de interacción” (p.156). Por tanto, la edad es proporcional a la experiencia en el transcurso del tiempo que vive cada ser humano, lo que a su vez brinda herramientas para que las personas consoliden cada vez más su identidad, y con esto se sientan más satisfechos (as) con su forma de ser.

*“El haber reformulado el problema de la identidad de uno mismo en términos de «qué quiero ser», nos permite ahora ver que este problema no se refiere a cualesquiera de las identidades cualitativas que tengamos, sino solamente a aquellas que dependen, o dependen en parte, de nuestra voluntad” (Tugenhat, 1996).*

Esta circunstancia implica a su vez reconocer nuestro ser, el carácter, fortalezas, debilidades, gustos y disgustos; facilita la comunicación efectiva, las relaciones interpersonales y la capacidad para desarrollar empatía hacia los demás, igualmente estimula la autoestima, confianza de sí mismo y la autoimagen (Mantilla, 1999).

Hipótesis 3: Con respecto a la satisfacción con la forma en la que se resuelven los conflictos, las mujeres (64,7%) se encontraban menos satisfechas con la forma en la que lo estaban haciendo, en relación con los hombres (49,7%) los cuales sí se encontraban satisfechos. Con  $\chi^2$  (42,8) y con una significancia ( $p=0,000$ ). Se rechaza la hipótesis nula de independencia entre las dos variables. Se apoya la hipótesis de trabajo con un 95% grado de confianza que sexo y satisfacción con la forma de resolver conflictos se relacionan. Con una fuerza de relación perfecta negativa o inversa ( $\Phi -1,00$ ).

El resultado obtenido se puede explicar desde la definición de cultura expresada por Vaca, Chaparro y Pérez (2006)

*“La cultura hace referencia a los modos tradicionales de pensamiento y comportamiento de una población o sociedad en particular, por lo tanto se puede decir que está compuesta por su idioma, costumbres, creencias religiosas, hábitos de trabajo, tabúes, preferencias gastronómicas, etc.”*

Por lo tanto, la cultura influye en la construcción de la identidad de un individuo y la dinámica social que establece, lo cual se manifiesta con la forma de percibir el mundo y de relacionarse con el entorno, además de las limitaciones y posibilidades colectivas y personales tanto de hombres como de mujeres (Vaca, Chaparro y Pérez; 2006).

Mantilla (1999) menciona que cuando no se resuelven los conflictos de manera constructiva pueden convertirse

en una fuente de malestar físico (trastornos psicósomáticos), mental (ansiedad y depresión) o problemas psicosociales adicionales (alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas).

Se analiza en forma conjunta la Hipótesis 4 y 6: En el proceso de socialización secundaria, las relaciones interpersonales de los (as) adolescentes con su grupo de pares se convierten en un mecanismo de consolidación de la identidad, que a su vez favorece la adopción de conductas provenientes de sus iguales, y de una u otra forma van aportando al concepto de sí mismo (a). Este constructo se ha considerado como un elemento dependiente del sexo (hombre o mujer) de cada individuo, que por tradición y bajo roles socialmente patriarcales asumen relaciones interpersonales diferentes para los hombres y las mujeres. Sin embargo, este proceso va más allá del sexo al que se pertenece y constituye todo un conglomerado de elementos que se asocian más a experiencias de vida y tipo de socialización que la persona haya vivido. Es con base en este argumento que fue necesario conocer si había alguna relación entre el ser hombre o mujer y qué tan bien se sentían los (as) adolescentes en las relaciones interpersonales con sus amigos (as) referente a la hipótesis 4, e igualmente si el sexo tenía relación con dificultad para relacionarse con los demás (Hipótesis 6).

Es así que, mayor cantidad de hombres (48,0%) que mujeres (52,0%) se encontraban satisfechos con sus amigos, y la insatisfacción fue más evidente en las mujeres (55,9%) que los hombres (44,1%). Se obtuvo 2 (1,97) y una significancia ( $p=0,16$ ), es así que se apoya la hipótesis nula de independencia entre las dos variables y se rechaza la hipótesis de trabajo con un 95% grado de confianza que sexo y satisfacción de la relación con sus amigos no se relacionan.

Se encuentran los resultados observados sobre la dificultad que poseían los (as) encuestados (as) para relacionarse con los (as) demás, donde mayor cantidad de mujeres (53,4%), que hombres (46,6%) mencionaron dificultad para relacionarse con los (as) demás.

En lo referente a la Hipótesis 6, se obtuvo 2 (0,37) y una significancia ( $p=0,53$ ), apoyándose la hipótesis nula de independencia entre las dos variables y rechazándose la hipótesis de trabajo con un 95% grado de confianza que sexo y dificultad para relacionarse con los demás no se relacionan. Con base al apoyo de la hipótesis operacional, es que se hace necesario explicitar como la satisfacción con las relaciones interpersonales con las amistades en la adolescencia va más allá del sexo al que se pertenece, y constituye todo un componente arraigado a la personalidad de los individuos, que al contar con bases adecuadas para interactuar con otros conducen relaciones satisfactorias y positivas, asociadas principalmente a la empatía con otros (as) más que al sexo; si se toma en cuenta que la empatía contribuye con la aceptación de las personas diferentes a nosotros, mejorando así las

relaciones sociales. Igualmente ésta ayuda con el fomento de comportamientos solidarios, a comprender que la diferencia es intrínseca a la existencia humana y un factor de crecimiento personal y social, por tanto ser más tolerante con los demás (Mantilla, 1999).

*“La empatía incluye tanto respuestas emocionales como vicarias o, lo que es lo mismo, capacidad para diferenciar entre los estados afectivos de los demás y la habilidad para tomar una perspectiva tanto cognitiva como afectiva respecto a los demás” (Garaigordobil y García, 2006, p. 180).*

Por otro lado, dentro de las habilidades psicosociales se debe hacer énfasis en la importancia del desarrollo de habilidades emocionales, las cuales facilitan el desarrollo personal y el vínculo social. Esto implica dominar las habilidades sociales básicas, capacidad para la comunicación efectiva, respeto, actitudes prosociales, asertividad, etc. (Bisquerria, 2009).

Hipótesis 5: Musito y Cava (2002) apoyan que la adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, en la que el individuo debe afrontar un gran número de cambios y desafíos evolutivos. Además hacen referencia a que en las últimas décadas, se está tratando de sustituir la concepción negativa de la adolescencia por otra más optimista, donde se resalte aspectos positivos de este periodo, mostrando a la adolescencia como un periodo de evolución durante el cual el individuo se enfrenta a un amplio rango de demandas, conflictos y oportunidades. Y por esta cantidad de cambios como lo es determinar la profesión a la que se van a dedicar la mayor parte de su vida lleva a cuestionarse si el sexo y la satisfacción con la forma de ser se relacionan.

La mayor cantidad hombres (48,1%), que mujeres (51,9%) se encontraban satisfechos con su forma de ser, y la insatisfacción fue más evidente en las mujeres (56,6%) que los hombres (43,4%). Con 2 (2,55) y con una significancia ( $p=0,11$ ). Se apoya la hipótesis nula de independencia entre las dos variables y se rechaza la hipótesis de trabajo con un 95% grado de confianza que sexo y satisfacción con forma de ser no se relacionan. Este resultado se puede explicar apoyado en las bases teóricas del desarrollo de la identidad, el cual plantea que cada persona independiente de ser hombre o mujer tiene diferentes formas de desarrollar su patrón de comportamiento, lo cual se entrelaza con la socialización primaria y secundaria.

Erickson fue uno de los primeros teóricos que analizó y describió la identidad personal desde las etapas del ciclo vital, enfatizando en la adolescencia, reforzado con la cita de Fierro (2006, p.23) *“la adolescencia es el momento evolutivo de la búsqueda y de la identidad del individuo”*. Pérez (2006) cita la definición en la que Erickson define la identidad como la autodefinición de la persona ante otras personas, ante la sociedad, la realidad y los valores.

Al prestar atención a las características específicas de la crisis adolescente y a los factores con los que se asocian, se encuentran las siguientes mencionadas por Fierro (2006): a) inicio abrupto de los cambios puberales, b) prolongación de la duración de la adolescencia, c) falta de sincronización en los varios procesos del desarrollo, unos más precoces, otros rezagados y d) presiones de la sociedad para que el adolescente se esfuerce por adquirir la madurez, la posición y la responsabilidad del adulto, mientras, por otro lado, a esos esfuerzos no les proporciona medios de efectivo logro.

Como se puede apreciar, las características fundamentan el resultado obtenido donde ser hombre o mujer no significa que exista una mejor satisfacción con la forma de ser.

Hipótesis 7: El no entenderse a través de la comunicación tanto verbal como no verbal conlleva a una serie de situaciones como: dificultad para solicitar ayuda, solucionar un conflicto o resolver situaciones de diferentes grados de complejidad, ya sea a nivel familiar, grupo de pares o comunidad en general, lo cual influye en el bienestar emocional de las personas. La historia de vida y los patrones de crianza del rol de género asignado socialmente a los hombres y mujeres influye en la manera de expresar sentimientos y pensamientos; de ahí la importancia de estudiar la relación entre sexo y dificultad para comunicarse. Los resultados sobre la dificultad que poseían los (as) encuestados (as) de comunicar lo que piensan y sienten se presentó más en mujeres (56,9%) que hombres (43,1%), ellas mencionaron dificultad para relacionarse con los (as) demás. Con  $\chi^2$  (8,69) y con una significancia ( $p=0,03$ ). Se rechaza la hipótesis nula de independencia entre las dos variables. Se apoya la hipótesis de trabajo con un 95% grado de confianza que sexo y dificultad para comunicar lo que piensa y siente. Con una fuerza de relación débil directa o positiva ( $\Phi$  0.04).

No es casual que se relacione comunicación con género, ya que la expresión de pensamientos y sentimientos responde a una dimensión sociocultural, que permite la generación de ideas y valores utilizados para percibir e interpretar las diferentes situaciones que se viven.

Como indica Moreno (2002), la comunicación interpersonal es un fenómeno social influido por los imaginarios sociales de las personas, a través de los cuales se crean la comprensión de cómo se van aprendiendo y construyendo individualmente. Se encuentran contenidos y formas de comunicación que contribuyen a mantener una desigualdad entre hombres y mujeres; por ejemplo, son sancionadas positivamente por muchos, incluso por aquellos y aquellas que padecen la injusticia, la desigualdad o el mal trato.

Una ilustración de lo mencionado lo constituye los diferentes mensajes publicitarios que presentan roles de género, no necesariamente los más adecuados para esta-

blecer relaciones interpersonales, como lo son el modelo de hombre solo preocupado por aspectos laborales y de relaciones sociales. Tímidamente se ha empezado a utilizar la figura masculina como un elemento de seducción. Y la mujer por su parte se le han asignado dos roles bien diferenciados: ama de casa u objeto sexual (Moral, 2000).

Mantilla (1999) refiere que hay habilidades sociales básicas y complejas y para poder aprender las complejas se tienen que saber las básicas; donde se encuentran las habilidades sociales: el tener una escucha activa hacia la persona, poder iniciar una conversación, lograr mantener esa conversación, formular preguntas, dar las gracias, presentarse y presentar a otras personas y poder hacer un cumplido. Las otras habilidades sociales son las avanzadas como el pedir ayuda, la participación, poder dar instrucciones, seguir instrucciones, disculparse y vencer a los demás.

También existen otras habilidades como: las relacionadas con los sentimientos, las alternativas a la agresión, habilidades para hacer frente al estrés y las de planificación. Todas estas se pueden desprender del grupo de las habilidades para la vida, donde las habilidades sociales son el subgrupo de ellas y tienen otros dos subgrupos que son las habilidades cognitivas y habilidades para controlar las emociones (Mantilla, 1999).

Hablamos de géneros para indicar los modos de comunicación culturalmente establecidos, reconocibles en el seno de determinadas comunidades sociales. Los géneros, según esta acepción, se entienden como sistemas de reglas a las cuales se hace referencia (implícita o explícita) para realizar procesos comunicativos, ya sea desde el punto de vista de la producción o de la recepción (Wolf, 2006).

Hipótesis 8: En el proceso de construcción de la identidad, la sociedad ha formulado papeles definidos según la condición de sexo, lo que en gran medida ha influenciado la capacidad de manifestar sentimientos y manejo de las tensiones y el estrés, derivadas de las emociones vividas, entendiéndose que éstas se forman a partir de experiencias repetitivas y organizadas alrededor de prototipos (Páez y Vergara, 1991), por lo que en la mayoría de los casos la capacidad de expresar sentimientos entre hombres y mujeres tiende a diferenciarse producto de la permisibilidad social hacia las mujeres de expresar sus sentimientos y la opresión hacia los hombres producto del machismo;

“podemos quizás pensar que en todas las etapas de desarrollo, las mujeres presentan de forma generalizada, una mayor atención a los sentimientos, lo cual, es pues de suma importancia tener presente estos aspectos diferenciales entre géneros a la hora de trabajar la Inteligencia Emocional” (Pérez y Castejón, s/a, p. 1315).

Tal razón hizo necesario indagar si había relación entre el sexo de los (as) estudiantes de primer ingreso con la fa-

ilidad de enojarse, producto del manejo de emociones, lo que resultó en que las mujeres (57,8%) se enojan con mayor facilidad que con los hombres (42,2%). Se obtuvo como resultados  $\chi^2$  (23,14) y con una significancia ( $p=0,00$ ). Se rechaza la hipótesis nula de independencia entre las dos variables. Se apoya la hipótesis de trabajo con un 95% grado de confianza que sexo y facilidad para enojarse se relacionan. Con una fuerza de relación débil directa o positiva ( $\Phi$  0.07).

Con base en estos resultados, se puede observar cómo sí existe una relación entre sexo y facilidad para enojarse, siendo esta última variable, una respuesta producto de un sentimiento, que muchas veces es prescrito para los individuos como derivación de las creencias que fundamentan la práctica humana y varían según la cultura de la vida colectiva (Carpio y otros, 2000), especialmente en el "mundo masculino", en el cual los mecanismos y las estrategias de poder patriarcal envuelven y orientan el proceso de construcción de las masculinidades, los cuales, a pesar de su heterogeneidad, deben acoplarse a los requerimientos de dominación y mandato que se traducen en una vivencia de contradicciones en la dinámica relacional (Palacio y Valencia, 2001).

Debido a las características de distribución por sexo de la muestra en estudio (52,73% mujeres y 47,73% hombres), se determinó la importancia de establecer relaciones con diversas variables de tipo nominal, lo que permitió de una u otra manera obtener resultados que vinculan la influencia del sexo sobre conductas humanas en adolescentes, específicamente en lo que a interacción con otras personas se refiere. Por tanto, es importante rescatar que al existir una dependencia entre el sexo de las personas encuestadas y la satisfacción con las relaciones familiares, la satisfacción con la forma de ser, la satisfacción para resolver conflictos, comunicar lo que piensa y siente, así como la facilidad para enojarse, condujo, en el presente estudio a elaborar un análisis conceptual cimentado en el conjunto de habilidades psicosociales y el manejo de la inteligencia emocional. Esto a su vez evidenció, cómo los modelos de socialización primaria de corte patriarcal fomentan de manera continua las conductas (en este caso en particular) de vínculo afectivo arraigadas en paradigmas machistas que determinan las formas de sentir, expresar y actuar.

## Bibliografía

- Agulló, E. (1998). La centralidad del trabajo en el proceso de construcción de la identidad de los jóvenes: una aproximación psicosocial. *Psicothema*. 10 (1). pp. 153-165
- Bisquerra, R. (2009). Competencias emocionales. Psicopedagogía de las emociones. Madrid: Síntesis.
- Carpio y otros. (2000). La naturaleza conductual de la comprensión. *Revista Sonorense de psicología*. 14 (1). pp.25-34
- Castañeda Abascal Ileana Elena. (2007) Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Rev Cubana Salud Pública*; 33(2)
- Colomer, C.; Álvarez, C. (2001). Promoción de la salud y cambio social. Barcelona - España: Editorial Masson. S.A.
- Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud .(1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ontario, Canadá.
- Delgado, Josefa (enero / junio 2001) El cuidado cotidiano y la salud de la familia. "Revista Fam. Saúde Desenv., Curitiba".3 (1), 21-25
- Equipo del Área de Promoción de la Salud (2006-2007) Plan Estratégico y Operativo. Oficina de Bienestar y Salud, Área de Promoción de la Salud, Sede Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica.
- Fierro, A y Cardenal, V. (1996). Dimensiones de personalidad y satisfacción personal. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 49 (1). pp. 65 – 81
- Fierro, A. (2006). La identidad personal. En Olvera, M (Comp.), *Antología de lecturas desarrollo de los adolescentes, tercera identidad y relaciones sociales*. Aguascalientes, México.
- Furman, W y Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of new Works of personal relationship. *Child development*. 63 (1). pp. 103-115.
- Garaigordobil, M y García, P. (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*. 18 (002). pp 180-186
- Guzmán, Ana y otros.(1998) Módulo 2 Atención Integral en Salud. San José, Costa Rica, CCSS, CENDEISS.
- Jiménez, T; Musitu, G y Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos director y mediadores. *Anuario de psicología*, 36 (2)
- Krauskopof Dina. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolesc. Salud*; 1(2): 23-31.
- Mantilla, L. (1999). Habilidades para la Vida: una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales. Ministerio de Salud y Fe y Alegría. Bogotá: Colombia.
- Moral Pérez. Estér. (2000). Los nuevos modelos de mujer y de hombre a través de la publicidad. *Comunicar*. 14. pp.208-217 Andalucía, España.
- Moreno Salvador (2002). Los imaginarios sociales en la comunicación interpersonal. *Revista Razón y Palabra*. 25. México.
- Musitu, G y Cava, M. (2002) El rol de apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*. (2). pp. 179-192.
- Páez y otros. (1992). Factores psicosociales y conocimiento prototípico de las emociones. Introducción a una defensa de la perspectiva de los prototipos para los conceptos emocionales. *Revista de Psicología Social*. 7 (1). pp. 63-73
- Páez, D y Vergara, A. (1991). Factores psicosociales en la construcción del conocimiento prototípico de las emociones. *Revista de psicología social*. 6 (1). Pp. 23-45
- Palacio, M y Valencia, A. (2001). La identidad masculina: un mundo de inclusiones y exclusiones. Centro editorial de la Universidad de Caldas: Colombia.
- Pérez, N y Castejón, J. (s/a). Diferencias en inteligencia emocional en estudiantes universitarios. Análisis en la función de la titulación y género. Extraído desde: <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/congreso/VIIIcongreso/pdfs/165.pdf>
- Sánchez, M y otros. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencia entre hombre y mujeres. *Psicothema*. 18(3), pp. 584-590.
- Tugendhat, E. (1996). Identidad personal, nacional y universal. Ideas y valores. 100. Extraído desde: <http://www.revistas.unal.edu>

co/index.php/idval/article/viewFile/8858/9502

Universidad De Costa Rica (UCR) - Consejo Universitario (2007) Políticas de la Universidad De Costa Rica para el año 2008. Aprobada en Sesión 5137. Gaceta Universitaria. San José, Costa Rica.

Vaca, P; Chaparro, B; Pérez, N. (2006) Social representations on

genre identity of a woman who uses violence in conflict resolution. *Psicol.* 18.

Wolf Mauro. (1984) Géneros y Televisión. *Análisis.* 9. pp. 189-198



El Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica

Anuncia la próxima apertura del

**III Certamen Nacional  
de Artículos Científicos  
en Enfermería**

A partir del mes de Agosto del 2012  
estará disponible la información completa  
en el sitio web de la revista  
[www.enfermeria.cr/revista](http://www.enfermeria.cr/revista)

Certamen en el que se entregará  
**1 millón de colones**  
al mejor artículo científico



## ► Prácticas en la atención de la salud que favorecen el derecho humano a la protección de la maternidad

Manuel Antonio Serrano Ramírez

### RESUMEN

Resumen. Documentos de carácter internacional, originados en el seno de organismos que velan por los derechos humanos han reconocido la necesidad de proteger la salud materna. Prevenir las muertes y morbilidades maternas es un asunto de justicia social y de derechos humanos. Partiendo de esta realidad social y política es que se plantea la necesidad de indagar sobre la protección a la maternidad como un derecho humano fundamental, visualizado en la programación y ejecución de prácticas en la atención de la salud de las mujeres embarazadas y sus familias, durante un periodo específico del mismo: la labor de parto. Se analiza la atención y el conjunto de cuidados que se ofrecen a las mujeres en un centro de salud durante la labor del parto y el parto mismo, visualizado éste como un proceso natural y humanizado.

**Palabras Clave:** Protección a la maternidad, derechos humanos, atención en salud.

### ABSTRACT

Health care practices that enhance the human right of maternity protection in a health facility.

International documents, originated within organizations that protect human rights have recognized the need to protect maternal health, promoting a global effort to reduce the number of deaths and illnesses associated with pregnancy and childbirth. Preventing maternal deaths and morbidities is a matter of social justice and human rights. In order to achieve maternity protection it is required that women's rights are fully guaranteed and respected. From this social and political reality raise the need to inquire about maternity protection as a fundamental human right displayed in the programming and implementation of practices in the health care of pregnant women and their families during a specified period of it: the labor, conceiving that labor as a time of vital importance to women, family and the new human being that will be released at the end of this process. We proceed to analyze the care process provided to women in a health center during the labor and delivery, viewing labor and delivery as a natural and humanized process.

**Key Words:** Maternity protection, human rights, health care.

MSc. enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal Hospital Maximiliano Peralta Jiménez, Cartago, Costa Rica.

Recibido: 13/01/2012.  
Aceptado: 14/02/2012.

Dirección para Correspondencia:  
enfermoserrano@hotmail.com

Enfermería en Costa Rica 2011; 32 (2): 19-26.

## Introducción

La labor de identificar y puntualizar los esquemas de protección social en salud para la población materna, es el objetivo de gran número de organizaciones que se involucran en la atención propia del embarazo y que visualizan su trabajo como una labor en pro de los Derechos Humanos de esta población, que involucra no solo a la mujer embarazada, sino también a su núcleo familiar en lo que se ha denominado la familia embarazada o gestante de un nuevo ser humano. (O.E.A.1948, O.N.U1948 y 1993, O.I.T. 2000, UNESCO 2003 y la O.M.S. 1943) Implementar, los esquemas de protección social dirigidos a garantizar el acceso a servicios de salud a la población materna son heterogéneos y han alcanzado diversos grados de éxito en el cumplimiento de sus objetivos a nivel mundial, la situación política y los determinantes sociales de salud son de vital importancia en el funcionamiento de los esquemas de protección social a la maternidad visualizada como un Derecho Humano de primer orden.

*“La disponibilidad de servicios integrales de salud reproductiva se mantiene como una meta no alcanzada en la mayor parte del mundo, y algunos países incluso han experimentado un estancamiento o un retroceso en sus indicadores de salud materna e infantil”* (OPS, 2008).

Esta realidad ha motivado a los encargados de la formulación de políticas y a las agencias internacionales de cooperación a concentrarse en la implementación de diversos esquemas de protección de la salud materna visualizada esta como un Derecho Humano derivado propiamente del derecho a la salud misma.

Una definición más integral de salud comprende el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad, entendiendo el embarazo como una circunstancia particular en la vida de las mujeres que implica la implementación de control y vigilancia en salud para el pleno desarrollo de las mismas como seres humanos y la nueva vida gestante dentro de su útero, así como de la convivencia familiar de la misma y la proyección que la maternidad tenga en la sociedad.

El derecho a la salud como medio para la protección a la maternidad, es un derecho que no sólo trata la atención de salud como asistencia médica, sino también con la composición de factores determinantes de la salud, el estilo de vida, el modo de vida, acceso al agua limpia potable, a condiciones sanitarias adecuadas, alimentos sanos, vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva en los escenarios de salud en los cuales se brinda atención a este grupo particular de seres humanos: las mujeres embarazadas. Se debe partir del hecho de que el embarazo en la mayoría de los

casos conlleva un proceso fisiológico que no tiene que ser considerado como enfermedad, más bien debe ser analizado desde la perspectiva de integralidad de la persona humana y correspondiente a su ciclo vital particular. Lo anterior exige compromiso del Estado con el cumplimiento de ciertos mínimos en los servicios relacionados con la prestación de servicios y atención a las mujeres embarazadas y sus familias como medio para ofrecerles protección. Según las conferencias mundiales sobre derechos humanos y específicos al referirse al derecho humano a la protección de la maternidad (Cuarta conferencia mundial sobre la mujer. Beijing1995 y la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, Johannesburgo, Sudáfrica, 2002), en la atención que recibe una mujer embarazada y su núcleo familiar, debería considerar aspectos como:

- Disponibilidad. Número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas encargados de la vigilancia y atención concreta a mujeres embarazadas para el fomento de su protección. Personal médico y profesional capacitado, así como los medicamentos esenciales

- Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones relacionadas:

- No discriminación. Los establecimientos, bienes y servicios de salud encargados de atención materna deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

- Accesibilidad física. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, los adolescentes, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA.

- Acceso a la información. Ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad; muy especialmente, la intimidad en la información referente a todos los aspectos sociales que conllevan la maternidad, en un ámbito familiar y social. El acceso a la información es pilar fundamental en el derecho humano a la protección de la maternidad, la información faculta a la mujer embarazada y a su familia para la prevención de ciertas anomalías que pondrían en riesgo su vida y la del futuro ser humano

- Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética

médica y culturalmente apropiados; es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida. Además, deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate, en el caso particular en razón social como el derecho humano a la protección de la maternidad

- **Calidad.** Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. Calidad que redundará en oportunidades para la madre, la familia y por supuesto para el recién nacido.

El parto es un proceso fisiológico y natural, el derecho a un parto seguro y decente debería ser reconocido como derecho universal de las mujeres y sus familias como medio favorecedor del derecho humano a la protección de la maternidad en cuanto a tal.

Los derechos de las mujeres y sus recién nacidos en el parto y nacimiento son intransmisibles, y no son secundarios a las exigencias del gobierno, del personal de salud, de las instituciones o de cualquier otra persona o institución. Madre, familia y recién nacido figuran en este proceso y los deseos y sentimientos de la madre deben estar en primer lugar. El parto no es seguro cuando los deseos de la madre toman un segundo lugar frente a las rutinas de quienes asisten el parto. La atención y cuidado integral de las mujeres y sus familias durante la labor de parto y el parto, así como la asistencia eficiente del recién nacido, constituyen intervenciones importantes que el equipo de salud puede realizar para consolidar una buena salud perinatal fundamentada en los derechos humanos y en tanto oportuno derecho humano a la protección de la maternidad. Los avances en Obstetricia y de los diferentes movimientos mundiales para humanizar el nacimiento, consideran necesario actualizar los estándares de atención y las prácticas que los diferentes estudios han demostrado seguras y eficaces, excluyendo las que, utilizadas de forma rutinaria producen mayores riesgos y complicaciones, así como las que han demostrado que no tienen ningún beneficio y que al aplicarlas, más bien producen mayores inconvenientes para las madres y los recién nacidos.

## Metodología

### Alcance de la Investigación

Se utilizó el método descriptivo orientando el conocimiento hacia las prácticas en salud que favorecen el derecho humano a la protección de la maternidad en mujeres

durante la labor de parto, considerando al equipo humano encargado de la atención de las mismas como el principal ente que provee esas prácticas, así como el medio ambiente en el que se desarrollaba esa atención. El estudio descriptivo de la situación planteada seleccionó una serie de cuestiones relacionadas directamente con el problema de investigación y se midió cada una de ellas independientemente, para así, y valga la redundancia, describir lo que se investiga. En relación con el tiempo, la investigación tomó una orientación transeccional o transversal ya que los datos fueron recogidos en momentos determinados, en un tiempo único, con el propósito de describir variables, y analizar su incidencia e interrelación. Fue como tomar una fotografía del fenómeno analizado en el propio momento que sucedió.

### Diseño de Investigación

Por el carácter propio de la investigación y los asuntos por analizar, el modelo por seguir fue de carácter cualitativo de investigación. Se utilizó la fenomenología como estrategia de investigación, ya que se aproxima a aquellas realidades de los hombres y las mujeres, que por su complejidad, son experiencias profundas y únicas, difíciles de ser narradas o descritas y que nunca llegarán a ser susceptibles de interpretarse a través de generalizaciones ni de elementos cuantificadores.

### Dimensiones del Estudio

**Dimensión A:** El derecho humano a la protección de la maternidad. Definición. Derecho humano fundamental proclamado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos que ratifica la importancia de acciones en pro y favorecimiento de la mujer en estado grávido y a su núcleo familiar a través de todo el proceso que conlleva la gestación

**Dimensión B:** Prácticas en atención de la salud a las mujeres y sus familias durante la labor de parto. Definición. Conjunto de acciones y procesos llevados a cabo por parte del personal de salud (médicos y enfermeros) durante la atención en salud a mujeres y sus familias durante la labor de parto

### Población y Muestra

La población fue constituida por el total de prácticas en atención de la salud que favorecen el derecho humano a la protección de la maternidad y ofrecidas a mujeres en trabajo de parto en el hospital Max Peralta Jiménez de la ciudad de Cartago, teniendo en consideración que dichas prácticas son brindadas por un grupo de profesionales que tienen a cargo la atención propia de la labor de parto. Por la naturaleza cualitativa de la investigación, el tamaño de la muestra se determinará al alcanzar el “punto de saturación”, que consiste en una conducta observable que se repite en un número determinado de ocasiones en la unidad elemental de observación, permitiendo obtener conclusiones prácticas, el número determinado de observaciones, consistió en un valor cuantitativo de

50 observaciones, distribuidas en un total de 16 días de observación y en diferentes momentos del día, en el mismo escenario y a la unidad elemental de observación.

#### Método de recolección de dato

- Observación no participante. Se contemplará lo que está sucediendo y se registrarán los hechos sobre el terreno. La observación no participante existirá cuando la interacción con el medio es mínima, utilizando estrategias no intrusivas en el flujo de los acontecimientos.

- Crónicas de flujo de comportamiento. Existirá con la currencia de una serie de actos humanos que se desarrollan de una manera sistemática y organizada de la unidad e análisis a considerar. El investigador aportará el conocimiento de forma integral y pormenorizada.

#### Métodos de Análisis de los Datos

Por la naturaleza cualitativa de la investigación, el análisis de los datos perseguirá el hallar su sentido, mediante la utilización de dos estrategias y técnicas:

- Inducción analítica. Se verificará los supuestos existentes y que sostienen el carácter teórico del estudio, identificando proposiciones universales y leyes causales en cuanto a la protección de la maternidad como un derecho humano fundamental.

- Análisis del progreso. Se analizarán los datos como un proceso continuo durante el progreso de la investigación. La recolección de los datos y el análisis de los mismos, serán adyacentes en una metodología de ir descubriendo la realidad en el progreso de la investigación.

#### Resultados de la Investigación

La calidad de la atención en salud y específicamente la que se desarrolla durante la atención a mujeres en labor de parto en conjunto con su grupo familiar tiene como tema central la comunicación humana. Si la comunicación en la relación prestador de atención/mujer y familia es deficiente, la posibilidad de conflictos es muy elevada y la confianza hacia el equipo de salud encargado de ofrecer cuidados decrece de manera considerable. Al entender este concepto la comunicación e información de las condiciones propias de la mujer durante la labor de parto se convierten en un punto de partida para establecer criterios de fortalecimiento del derecho humano a la protección de la maternidad, ya que a través de él se establece un mecanismo de confianza en el que la familia o allegados de la mujer participan de manera activa. Las observaciones propias a través de los instrumentos refieren un distanciamiento considerable entre el equipo de salud que ejerce cuidados a la mujer durante la labor de parto y la misma, y casi en su totalidad de su grupo familiar, aunque aparecen algunas excepciones, la regla en general es que las vías de comunicación son inexistentes. A la mujer no se le informa sobre su condición de salud de manera tal que logre entender su estado y participe de manera activa en el proceso que conlleva su parto, solo

se introducen algunos conceptos que por regla general facilitan la prestación de servicios de salud al equipo profesional encargado de brindarla.

*...Ana ( nombre ficticio, hecho real) de 17 años de edad se encuentra en franco trabajo de parto; se observa intranquila con fases obvias de dolor debido a las contracciones uterinas... se encuentra sola ya que a su madre se le ha negado estar con ella pues el lugar es pequeño y hay más mujeres en las mismas condiciones que Ana... voltea la mirada como buscando alguna persona en quien afirmarse... se acerca una enfermera para auscultar la frecuencia cardiaca del bebe de Ana... ella la toma del brazo y expresa... ayúdeme por favor... la enfermera reacciona y le dice... suélteme niña... ustedes agarran muy duro... se aleja rápidamente del lugar diciéndole...recuéstese de medio lado... respire profundo... así es esto niña...*

Las particularidades comunicacionales que forjan la actitud de tratamiento ideal y que evidentemente son ignoradas en el proceso de atención a la mujer durante la labor de parto a través de prácticas en atención de salud y que van en asociadas con el derecho humano a la protección de la maternidad son

- Trato amable y respetuoso, pues ya es suficiente carga para la mujer en labor de parto tener que afrontar su estado y la angustia acompañante como para soportar además la indiferencia en aspectos tan vitales como la comunicación; se considera además a la familia como un elemento suscrito a la mujer.

- Transparencia en el diálogo hacia la mujer en labor de parto y su familia.

- Escucha atenta y libre de la emisión de juicios de valor.

- Lenguaje claro, teniendo en cuenta durante la comunicación con la mujer en labor de parto tanto la carga emotiva de las palabras como la adecuación de la entonación, los silencios y las pausas discursivas y el lenguaje no verbal.

*...José y María (nombres ficticios, hecho real) están en labor de parto... recibieron la preparación durante el embarazo para afrontar este momento de la mejor manera... ella quiere que su hija nazca lo más natural posible... se encuentra en la sala de labor ligada a una cama ya que no le facilitan el levantarse... le han colocado un suero en su brazo derecho... y justo ahora es valorada para determinar su progreso en la labor... la enfermera afirma que deben acelerar la labor con "pitocin" ya que está lerda... mira como la enfermera inyecta en el suero colocado una sustancia que casi de manera inmediata incrementa el ritmo y la intensidad de las contracciones... además la enfermera le expresa que la va a revisar para ver cómo va la dilatación ... al hacer el procedimiento refiere que tiene cinco centímetros y va a romper la bolsa para ayudarla... la mujer ante todo este proceso que no tarda más*

*de cinco minutos no ha emitido palabra alguna... solo se muestra como espectadora... parece que no entiende lo que se le está realizando... hace exactamente todo lo que se le solicita... su esposo en sala de espera sólo pide a Dios que todo sea de la mejor manera y lo más rápido posible... le han informado que le avisaran sólo cuando la niña esté por nacer...y que por favor no pregunte nada hasta ese momento... espere y nosotros lo llamamos...*

La atención y las prácticas en salud dentro del contexto del cuidado humano a la mujer durante la labor de parto incluyen conocimiento, responsabilidad, valores, afecto; por lo tanto, el cuidado debe ser sentido, vivido y ejercido y ha de hacerse evidente en los actos profesionales que realizan los encargados de la atención, permitiéndoles construir una interacción humana solidaria, que favorece el desarrollo de las personas, aceptándolas tales como son, con todas sus características y respetando su dignidad humana, y sobre todo considerando que el momento del parto y el nacimiento, comparados con la duración del embarazo, es corto, pero tal vez sea el más impresionante y significativo de toda la gravidez, tanto para la futura madre, como para el hijo y la familia. De tal manera que, los profesionales en salud deben estar presentes y dar apoyo en la expresión de sentimientos positivos y negativos, como una conexión profunda entre estos y la parturienta.

Ahora son las 17 horas ya oscurece en la sala programada para la atención de mujeres en labor de parto. Juana (nombre ficticio hecho real) es una mujer indígena panameña que se encuentra en franco trabajo de parto, su mirada define y determina angustia y algo de desesperanza. Nadie en el lugar la orienta y guía para que pueda determinarse en el cuidado de su salud o realizar más acciones que podrían facilitar su evolución en labor de parto mismo; ella comprende el español de forma efectiva sin embargo el lenguaje que se utiliza más bien parece como el expresado a un niño... “Ustedes como no hablan tiran el chiquito en la cama” refiere una enfermera encargada de la atención de las mujeres en esa área. Ella se queda callada y se voltea hacia la pared como buscando en ella el apoyo humano que no encuentra en ese lugar...

Un aspecto importante para analizar y comprender la significancia que el nacimiento de un nuevo ser humano representa para la mujer embarazada y su familia durante la labor de parto es definitivamente la cultura, junto con las variables fisiológicas, anatómicas, psicológicas y sociales que el proceso encierra. Comprender esta dimensión tan importante del cuidado en salud, sensibilizaría de manera directa al personal de salud que orienta sus acciones a la atención directa de la población respetando la cultura propia de los pueblos y al ser humano en cuanto tal.

El nacimiento es el acontecimiento humano que más emociones despierta. A lo largo del tiempo la mujer se ha enfrentado a él con un desconocimiento prácticamente absoluto. La ignorancia, miedo, tabúes y supersticiones

han sido sus acompañantes. En cada grupo cultural, por tanto, se arrastran diversas visiones del proceso del embarazo y parto que deben ser considerados por el personal de salud que procede con cuidados y prácticas durante la evolución del trabajo de parto como tal.

Los grupos sociales y culturalmente organizados encuentran prácticas y valores que van a constituir el sistema de salud y la concepción de la misma y se establece la forma definitiva como se concibe la salud y el proceso de enfermedad. En consecuencia, el cuidado de la salud de una mujer embarazada y su familia, como fenómeno cultural, nace y se estructura a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas que conforman ese grupo social. Cabe destacar que en la realidad práctica de nuestro país y específicamente en la institución que se llevó a cabo el estudio, la población indígena y migrante constituyen un grupo considerable de mujeres en el proceso mismo de la maternidad y como demandantes de atención y prácticas en salud durante la labor de parto. El éxito de las intervenciones del personal de salud está dado por la congruencia y competencia de los expertos con la cosmovisión particular de la salud-enfermedad globalizada en la particularidad cultural. Es crucial por tanto, que los profesionales en salud comprendan las particularidades de los sujetos de cuidado bajo la teoría de la Diversidad y universalidad de los cuidados culturales, con el fin de que tomen en cuenta los valores, las creencias, los cuidados culturales y las formas de vida de la gente de culturas similares y diversas, para obtener resultados beneficiosos y satisfactorios en cuanto a la calidad asistencial global, percibida por la mujer en labor de parto y su familia, la cual tiene como propósito reconocer las formas en que las diferentes culturas cultivan la salud y el cuidado.

*...“A esta paciente hay que apurarla si no nunca va a salir” refiere una enfermera que recién inicia sus labores en la atención directa de las mujeres en la atención de parto... “Doctora, creo que voy progresando bien ya tengo siete y entré con cinco, ya casi ¿verdad?”. Casi al instante la enfermera realiza una revisión ginecológica para determinar la dilatación cervical de la mujer “Pongámosle candela” refiere la enfermera: “Por favor ayúdeme ya no aguanto” “Señora nosotros conocemos nuestro trabajo, esté tranquila”. “Páseme ya, por favor.” “No insista señora yo sé cuándo hacer lo que corresponde”. Casi en el acto la señora concibe a su hijo en la misma cama de la sala ante la mirada y presencia de cinco mujeres más y al menos siete personas presentes “Se lo dije doctora”. “Ya pasó todo señora, tranquila”.*

Las prácticas en salud moderna, dominadas por la perspectiva biológica, han pretendido convertir el proceso de embarazo y parto en un evento exclusivamente médico, y no la experiencia familiar y social que había sido desde tiempos pasados en la que la vivencia familiar sobresalía. La llegada de un nuevo ser humano puede ser a la misma vez un proceso de gran incomodidad y esfuerzo físico para la parturienta y una ocasión de gran júbilo para

la mujer y su familia. Ambas circunstancias llaman a la necesidad de que la mujer sea abordada en un ambiente que facilite su participación y en el cual su voz sea escuchada y potencialice las acciones de su desempeño en el trabajo de parto mismo, así entonces las consideraciones que ella determine para su atención sean consideradas en función de un consentimiento informado de manera plena y de carácter humano.

*“Ana!!! Ha sido una linda niña por la cual esperaba con ansias durante casi todo el embarazo.” La mujer fija su mirada en la niña y el padre acaricia su cabeza como deseando consolar su llanto. “Señora colóquese bien, me toca revisarla”. Se rompe abruptamente la escena familiar para dar paso al dolor, la revisión correspondiente al alumbramiento de la placenta parece ser francamente dolorosa para la paciente, “¿No hay nada para disminuir el dolor?, por favor doctora no aguanto”. La doctora con la totalidad de la mano introducida en la vagina de la mujer indica: “aguántese, sea valiente, ya casi termino”. La exploración a través de su mano y algunos instrumentos tardó casi media hora. La mujer luce pálida, ya casi no se queja como dejando todo en manos de la médico que revisa... lágrimas se desatan de sus ojos en este momento, le es imposible sostener más a su hijo.*

Se deben promover prácticas en salud durante la atención obstétrica de una manera crítica y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto. Según las Recomendaciones específicas de la OMS sobre el nacimiento del año 1985 y siguiendo sus premisas teóricas:

*“Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el personal de salud también debe prestar apoyo emocional.” OMS.1985*

Debe establecerse una afinidad entre el sueño y el parto: la madre necesita durante el parto, silencio, calor, seguridad y no sentirse observada ni manipulada de manera excesiva. El contacto piel con piel entre el recién nacido y su madre favorece el vínculo afectivo entre ambos. El primer contacto piel con piel entre la madre y su recién nacido, el intercambio de miradas y el hechizo entre ambos es el inicio del vínculo afectivo que mantendrá unida a la madre con su hijo. El entorno en estos momentos de inicio debe ser de silencio y sin interferencias para que madre y bebé puedan vivir plenamente el nacimiento del amor. El alumbramiento de la placenta se debe realizar previniendo y tratando una pérdida de sangre exagerada, sin perturbar el encuentro madre hijo que en el espacio de la primera hora habrá encontrado por sí mismo el pecho de la madre y comenzará a mamar sin dificultad para la succión, pues el estado de alerta del bebé es máximo en esa primera hora de vida.

Muchas de las maniobras que habitualmente constituyen la atención al parto con frecuencia se caracterizan por adoptar medios quirúrgicos y asépticos, éstos se implantaron originalmente para evitar infecciones peri-

natales o para facilitar el trabajo de los médicos y demás personal sanitario. Aun cuando no todas esas maniobras perturban la relación madre-hijo, con frecuencia sus efectos son negativos sobre la lactancia. En el caso observado la exacerbación de métodos quirúrgicos y de manipulación para la extracción de la placenta y la reparación del desgarro perineal, faculta la labor del personal de salud, pero desconoce en la mujer su derecho a ser tratada con dignidad y la interlocución con los tratantes es nuevamente nula.

*...“Señora, aquí es así, el dolor no se le quita hasta que puje el güila”. La mujer luce desesperada, atada a una cama grita, “Tengo demasiado dolor, no puedo más, sáquenmelo”. Ante este escenario se desarrolla la labor de parto de una mujer en el proceso de concebir a su hijo. La mujer es esquivada ante las personas a su alrededor, desconoce el grado de responsabilidad que tienen para con ella, incluso no conoce sus nombres, a todos los llama doctor, no acata ninguna disposición que se le brinda (“Señora no grite, estése quieta, todo lo que hace es contra su hijo, voy a pasar a su familiar para que sea testigo de lo que está haciendo y el ridículo que está haciendo, aquí todas las señoras tienen esos dolores ,y no se comportan como usted, usted no es digna de llamarse madre, las madres aguantamos todo”.*

La excelencia durante la ejecución de prácticas que favorecen a la protección de la maternidad en mujeres embarazadas durante la labor de parto, se apoya indudablemente en un ambiente físico que facilite dicho proceso por parte del personal de salud, consiste entonces en contar con un lugar de baja intervención, con un ambiente parecido a la habitación de un hogar. La mujer que desea un parto de baja intervención en la cual se proteja el derecho humano mismo necesita un entorno favorable, donde pueda expresarse libremente, sin las miradas excesivas de personal de salud y de las críticas de estos, sin limitar las intervenciones que como tales y bajo la responsabilidad deben ejercer en la labor de cuidado mismo y la vigilancia propia en la evolución natural de la labor de parto.

Es frecuente ver en nuestros hospitales, a mujeres en trabajo de parto sin apoyo y bajo un modelo de atención biológica y deshumanizado.

*“Los índices elevados de episiotomías y cesáreas son indicadores del elevado nivel de medicalización de la atención materna. Un modelo de atención altamente medicalizado se describe como aquel que promueve el uso de intervenciones innecesarias, descuida las necesidades emocionales de las embarazadas y contribuye al incremento del costo global de los servicios médicos” (Family Care International. 2002).*

Es entonces que bajo la premisa de la investigación de conocer cuáles prácticas en salud favorecen la protección de la maternidad como un derecho humano fundamental, que surge la necesidad de indagar al personal

de salud que de manera directa tienen la responsabilidad de atender y brindar cuidados en salud a las mujeres embarazadas durante la labor de parto, sobre aspectos generales de conocimiento que sobre el tema investigado tienen y relacionar ese conocimiento con la práctica misma. A saber, se realizaron una serie de entrevistas con preguntas directivas centradas en foco al personal encargado de la mencionada atención, en detalle, enfermeras y médicos ginecólogos y perinatólogos en tres esferas tendientes a conocer:

- la definición propia del concepto que para ellos y ellas tienen los derechos humanos,
- la definición misma del derecho humano a la protección de la maternidad como un derecho humano fundamental, y
- las prácticas que favorecerían dicho derecho

Cuando se definen las prácticas para favorecer la protección de la maternidad como un derecho humano, en la asistencia de una mujer embarazada en labor de parto como un nuevo concepto para nacer, estamos implícitamente planteando una deshumanización del nacimiento en la actualidad. El parto es un proceso humano, fisiológico, absolutamente natural. Pero se lo ha deshumanizado considerándolo más bien un acto médico es decir, medicalizándolo excesivamente. Se han impuesto como rutina una serie de acciones médicas que no siempre son necesarias. En el centro de la deshumanización se encuentra el desplazar a la mujer y su pareja de su lugar de protagonismo para centrar la atención en el profesional y las tecnologías médicas, esto podría explicar la discordancia entre lo que proclaman en sus respuestas el personal de salud y la práctica misma observada. La mujer que va a parir pasa a ser una paciente, aun cuando en la mayoría de los casos no haya ningún motivo para considerarla enferma. Muy por el contrario, ella está mostrando el más alto grado de salud y plenitud al ser capaz de engendrar y dar a luz un nuevo ser humano.

## Reflexiones Finales

La salud es un derecho humano, que está acreditado en numerosos tratados internacionales de derechos humanos; además en nuestra Constitución Política, teniendo entonces rango de derecho constitucional y por tanto, todos y todas tenemos derecho a su disfrute y pleno desarrollo a través de los diversos mecanismos para facilitar su atención por parte del Estado costarricense.

Pero para llegar a esta formulación de la salud como un derecho humano fundamental han sido necesarios muchos años de esfuerzos por parte de múltiples actores no solo del campo de la salud sino también del campo de los derechos humanos. El objetivo ha sido fundamentar un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí, la vida es el bien más preciado de todo ser humano, y por ello no sorprende que el derecho a existir sea el primero y

más básico de todos los derechos humanos reconocidos.

También se reconoce el derecho a un estándar de vida adecuado y con relación a estos dos derechos: el derecho a la vida y el derecho a un estándar de vida adecuado, la Comunidad Internacional ha distinguido la salud como un bien jurídico autónomo, es decir, que merece una protección independiente de la que posibilita la protección indirecta a través de otros derechos. La disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad son elementos interrelacionados y esenciales del derecho a la salud, y serán los criterios útiles para evaluar el respeto del derecho a la salud.

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud debe realizarse sin distinción alguna de raza, color, sexo, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. Este principio se aplica inmediatamente y a cada aspecto de la implementación del derecho a la salud desde políticas hasta programas. Atención especial debería darse a la protección del y acceso a la atención de mujeres, niños y grupos vulnerables de la discriminación, grupo prioritario para los intereses de la investigación las mujeres embarazadas y en proceso de labor de parto.

El derecho a la salud y en específico a la protección de la maternidad significa más que un conglomerado de servicios; se trata de potenciar a las personas y en caso particular a las mujeres embarazadas en labor de parto para que alcancen el más alto nivel posible de bienestar. La participación social y familiar en la toma de decisiones sobre políticas de salud que se aplican durante este periodo, sistemas de seguros para la salud y la organización y funcionamiento del sector de salud debe ser una parte integral de la realización de este derecho a la salud misma.

La gran mayoría de las mujeres sólo necesitan un cuidado básico durante el proceso que conlleva la labor de parto y el alumbramiento mismo. Los requisitos esenciales para la atención de cualquier parto son la limpieza y la asistencia de una persona calificada que asegure que el nacimiento pueda cursar en forma segura. Esta persona debe tener el conocimiento, la experiencia y el compromiso y además tener la capacidad de tratar a la mujer en un contexto familiar y de visualizar el proceso mismo como un fenómeno natural, partiendo de la vigilancia misma que su formación profesional le exige y del grado de responsabilidad que la institución en la que desempeña sus labores le recomienda.

Una persona calificada puede ser un médico/a especialista en obstetricia o en perinatología, una enfermera con especialidad en las mismas ramas o una enfermera que tenga la habilidad y destreza para acompañar el trabajo de parto de una mujer, reconocer una complicación, practicar una intervención esencial en forma inmediata e

iniciar el tratamiento en caso de ser necesario y de acuerdo con la evolución misma de la labor de parto, garantizando de esta manera la atención y facilitando el cuidado a partir de atención altamente calificada de la labor de parto de manera que se atiende el derecho humano de la protección de la maternidad.

La excesiva medicalización del parto ha llevado a desconocer o subestimar la importancia de los aspectos psicológicos, emocionales y la participación de la familia durante el proceso del parto el cual es tanto o más importantes que la ecografía, el monitoreo electrónico fetal, la inducción del trabajo de parto, y la cesárea misma. Los hallazgos de la investigación ratifican el manejo médico del parto que es una conducta muy frecuente en la práctica clínica; por otra parte, algunas intervenciones farmacológicas durante el trabajo de parto pueden afectar la relación madre/hijo al nacer. La oxitocina, exógeno utilizado en inducciones/aceleraciones muchas veces innecesarias, interfiere con procesos neurológicos que sustentan el comportamiento materno; el uso de sedantes potentes puede afectar la capacidad de adaptación extrauterina del recién nacido. La tendencia actual en la asistencia obstétrica se basa en dos principios éticos: respeto a la autonomía de la mujer en una experiencia de tanta significación emocional para ella y su familia y, no someter a la madre a un daño innecesario. El rol de los profesionales de la atención obstétrica (médicos y enfermeras) es actuar en resguardo del mejor interés de la madre y de su hijo, mediante la entrega de una información lo más completa posible, basada en la mejor evidencia disponible, que permita a la madre realizar decisiones plenamente informadas a lo largo del proceso reproductivo, auto cuidado durante el embarazo y protagonismo en el parto y postparto.

El deber de proteger el derecho a la integridad física, moral, social y espiritual de las mujeres embarazadas durante la labor de parto compromete al Estado costarricense a través de las instituciones encargadas de facilitar la atención y los cuidados a mujeres en este periodo de su vida. Los actores involucrados deben priorizar sus recursos y esfuerzos para abordar las necesidades particulares de las mismas, no solamente en la proyección de

equipo médico para la atención, sino también en la sensibilización de aspectos concernientes a la atención humanizada del parto. Asimismo, los componentes de esta filosofía deben ser llevados hasta su máxima expresión, entendiendo a la persona humana como el fin principal del quehacer de un profesional en el área de la salud y atendiéndola en un ambiente humano que propicie y facilite su desarrollo en un momento tan importante como la llegada de un nuevo ser humano al grupo familiar y al mundo.

## Bibliografía

- Family Care International. (2002). *Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Marco de acción sobre la base de los acuerdos y convenciones internacionales pertinentes, incluidas las conferencias de Beijing, Copenhague, el Cairo y Viena*. Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud. (1985). *Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto*. Fortaleza. Brasil.
- Organización de Estados Americanos. (1948). *Declaración Americana de los Deberes y Derechos del Hombre*. Bogotá. Colombia.
- Organización de las Naciones Unidas. (1993). *Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos*, Viena. Austria.
- Organización de las Naciones Unidas. (1996). *Informe de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer*. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Nueva York, Estados Unidos de América.
- Organización de las Naciones Unidas. (2002). *Informe de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible*, Johannesburgo, Sudáfrica.
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*: Organización de las Naciones Unidas. Estados Unidos de América.
- Organización Internacional del Trabajo. (2000). *Convenio 183 relativo a la revisión del Convenio sobre la protección de la maternidad*. Viena. Austria.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización mundial de la Salud*, Ginebra. Suiza.
- UNESCO. (2003). *Guía para derechos humanos instituciones, normas y procedimientos. Décimo aniversario de la conferencia mundial en derechos humanos*, Viena, Austria.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil: lecciones aprendidas de la Región de América Latina*. Washington,



## ► **Análisis de la intervención que realiza la (el) enfermera(o) profesional a la paciente post aborto**

Luis Alonso Miranda Vega\*, Ana Yéssika Gamboa Chaves\*\*, Limberg Eladio Vargas Araya\*\*\*

### RESUMEN

El aborto constituye una de las causas más importantes de mortalidad materna. Existe poca información sobre el abordaje integral que se da a las pacientes. Se estudiaron todas las pacientes que estuvieron internadas con este diagnóstico en el último trimestre del 2007. Se evidenciaron diferencias entre la opinión de las usuarias y el personal, un nivel bajo de información en las pacientes sobre las alertas de aborto, los procedimientos que se realizan y las consecuencias físicas y psicológicas. Entre los aspectos destacados está una insatisfacción en las usuarias de cómo se maneja la parte emocional. Se debe mejorar la información que se les da. El tratamiento es complejo pero hay tiempo para realizarlo: durante el internamiento, el control prenatal y las citas postaborto. Estos momentos constituyen escenarios invaluable para la mejor educación de las pacientes lo que les evita complicaciones físicas, duelos patológicos y futuros eventos similares.

**Palabras Clave:** Aborto, pérdida, duelo, Enfermería obstétrica.

### ABSTRACT

Analysis of the nursing intervention to post-abortion patients.

Abortion constitutes one of the most important causes of maternal death. There is still a lack of information about the care given to patients suffering this type of loss. The investigation was conducted with all of the patients that were diagnosed in the third trimester of 2007. The results showed different opinions between participants and nurses, patients have a low level of information regarding warning signs of abortion, procedures and physical and psychological consequences. Among the aspects that were studied it was noted that there was dissatisfaction among the participants related to in the way the emotional area was handled. Information needs to be improved in the different phases. It is known that the treatment is complicated but it can be done in the hospital, in prenatal control and in post-abortion appointments. These scenarios are valuable to improve patient education and avoid physical complications, pathological injuries, and similar events in the future.

**Key Words:** Abortion, Grief, Loss, Crisis, Nursing Midwifery.

\*MSc en Materno Infantil y Obstetricia.  
Dirección Regional del Ministerio de Salud  
de la Región Huetar Norte.

\*\* MSc en Oncología Pediátrica. Servicio de  
Oncología Hospital Nacional de Niños.

\*\*\*MSc en Materno Infantil y Obstetricia.  
Servicio de Sala de Partos del Hospital San  
Carlos.

Recibido: 3/10/2011  
Aceptado: 19/04/2012

Dirección para Correspondencia:  
lalonsomv@hotmail.com

Enfermería en Costa Rica 2011; 32 (2): 75-80

## Introducción

La definición de aborto se refiere a la “interrupción del embarazo antes que el feto sea viable, es decir, capaz de llevar una vida extrauterina independiente” (Pérez, 1994, p.779). Según la clasificación Internacional de Enfermedades, el aborto incluye cualquier interrupción del embarazo antes de las 28 semanas de gestación con feto muerto. Si la interrupción ocurre después de las 28 semanas de embarazo, el producto es un recién nacido vivo o muerto (Pérez, 1994). El aborto puede ser espontáneo o inducido antes de las 12 semanas de gestación (en Costa Rica esta práctica no es legal).

En el caso de los abortos espontáneos se ha notado una mayor incidencia de síntomas de estrés postraumático pero las mujeres se recuperan más rápidamente del evento debido a que ocurre de una forma involuntaria aunque son más significativos los sentimientos de pérdida (Nordal 2004, 2005, Nikcevic, Kiczmierecz y Nicolaidis, 2007). La forma en que responden las mujeres depende del número de hijos que tengan, del estatus marital, de la religión, del grado de escolaridad y del tipo de trabajo que desempeñan. Por ejemplo, en algunos estudios revisados se nota un mayor porcentaje de abortos espontáneos en mujeres casadas o en unión libre, un menor número de aborto inducido en este grupo, un menor número en mujeres con educación universitaria, y una mayor incidencia en las cristianas (Nordal, 2005).

Como la madre no tiene ocasión de despedirse es como si la pérdida no ocurriera y por tanto se puede complicar el proceso de duelo. Algunas de sus manifestaciones son sentimientos de tristeza, enfado, culpa, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, shock, anhelo, emancipación, alivio, inestabilidad, sensaciones físicas de vacío en el estómago, opresión en el pecho, opresión de la garganta, hipersensibilidad al ruido, sensación de despersonalización, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad de boca. En el área cognitiva se presenta incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia o alucinaciones. En la conductual, trastornos del sueño, trastornos alimentarios, conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitar recordatorios del fallecido, buscar y llamar en voz alta, suspirar, hiperactividad.

El profesional en enfermería debe asegurarse de brindar los cuidados que favorezcan la pronta recuperación y la prevención de complicaciones. Dentro de las posibles acciones se sugiere que, si todavía no se ha confirmado el diagnóstico, se brinde información relacionada con los procedimientos que se le practicarán con el fin de esclarecer su situación. Si el diagnóstico está confirmado, se debe esclarecer toda incertidumbre que la usuaria presente en relación con cuál va a ser el tratamiento por seguir para el correcto abordaje de su caso. También se debe vigilar la cantidad y características del sangrado transvaginal y reportar cualquier anomalía

así mismo como la obtención oportuna de los reportes de laboratorio. Si el abordaje requiere de la práctica de un Legrado Uterino Instrumental (LUI), se debe procurar el cumplimiento de todos los requisitos previos a dicho procedimiento.

Como pautas generales en el acompañamiento del proceso de duelo se requiere dar el tiempo necesario pues no hay calendario para la recuperación; respetar las diferencias de cada persona, identificar cuándo un duelo es anormal, dar apoyo continuado, identificar y reconocer los propios sentimientos, elaborar las propias pérdidas del pasado y del presente.

El aborto y sus consecuencias es una de las principales causas de mortalidad materna en el mundo. Por tal razón su abordaje no debe ser reducido a lo ginecológico sino tratarse de forma integrada comprendiendo lo orgánico, las necesidades físicas, la interacción de los procesos sociales, lo político, las ideologías predominantes, las formas de organización y los procesos que manifiestan los eventos emocionales y sociales y considerando las diferencias individuales.

Para el presente estudio, el equipo de trabajo se propuso hacer un análisis de la intervención que se realiza en las pacientes que afrontan una pérdida por aborto desde el punto de vista de la paciente y del profesional en Obstetricia, mediante la aplicación de cuestionarios. El escenario escogido fue el servicio de Obstetricia del Hospital San Carlos. Desde hace mucho tiempo sólo se registra el número de abortos en los centros hospitalarios, mas no se documenta el seguimiento y/o el tratamiento de esa paciente específica respecto al proceso de duelo.

Existen estudios interesantes en la literatura que dan información valiosa respecto al aborto pero existe también mucha dificultad para encontrar información concreta sobre el papel del enfermero (a) profesional como parte de esta situación tan compleja que se presenta en la práctica clínica. Los objetivos específicos buscaron identificar cuál fue la educación brindada por la enfermera jefe del servicio durante su hospitalización y determinar qué tipo de educación realiza a la paciente antes, durante y después de su proceso de aborto.

En Costa Rica en el I 2003 hubo 8967 abortos, de los cuales 391 se dieron en la Región Huetar Norte. Para el año 2006 se atendieron un total de 422 mujeres por esta causa; 24 mujeres más que el año 2005 que fueron 398 casos. Para el año 2007 se reportaron 446 abortos, según las estadísticas del principal centro hospitalario. El servicio de obstetricia del Hospital San Carlos tiene capacidad para 38 encamados, dispone solamente de un cubículo para albergar a 8 mujeres para la atención del aborto. Según el Departamento de Estadística, en el último trimestre del 2007 el número de pacientes internados general fue de 3270 (de octubre a diciembre) y los que corresponden al Servicio de Obstetricia fueron 1511

(46.2%).

El tipo de investigación es descriptiva observacional (Hernández, 2006) ya que comprende la descripción, el registro, análisis e interpretación de las respuestas tanto de las pacientes que sufrieron aborto como las respuestas de las enfermeras (os) profesionales. A su vez la investigación contempla estudio prospectivo y transversal (Babbie, 2000) ya que interesa la descripción o explicación del fenómeno en el punto y el momento específico del comportamiento de la variable y su seguimiento para así interpretar realidades del hecho.

Se contó con la aprobación del Comité de Bioética e Investigación del hospital y se firmó una hoja de consentimiento por parte de todas las pacientes incluidas en el trabajo. Además del cuestionario se realizó una visita domiciliar a las entrevistadas. La población está constituida por todas las pacientes que estuvieron internadas durante los meses octubre a diciembre del año 2007. El cuestionario para las obstetras (el total de las que laboraban en el hospital en ese momento eran 6 y 4 enfermeras profesionales que desempeñan el puesto) fue respondido posteriormente a los de las pacientes de forma anónima y privada.

Entre las limitaciones se deben citar las dificultades para tener un espacio privado y la diferencia de escolaridad y entorno cultural ya que algunas pacientes tuvieron problemas para expresarse. Además, en varias ocasiones el estado anímico de la usuaria no era el más adecuado.

## Resultados

### Información extraída del cuestionario de las pacientes

El total de pacientes encuestadas fue de 70. La edad promedio de las mismas fue 28.6 años; con una edad mínima de 15 y la edad máxima 44 años. Las semanas de gestación promedio de las 70 pacientes fue de 11 semanas (rango entre 3 y 19 semanas). Del total de las pacientes un 75% fueron primigestas. Un 15% sufrían un segundo evento, un 7% su tercero y un 3% el cuarto. La mayoría de las pacientes son provenientes de Ciudad Quesada. Otros lugares en orden de importancia son Aguas Zarcas y Río Cuarto.

- Duración del internamiento: los más prolongados fueron de 9 días, estos corresponden a un 21.4% de los casos. La mayoría de las pacientes estuvieron internadas tan solo 3 días (32.8%) y un 21.4% estuvo 4 días. Se obtuvo una estancia promedio de 8.7 días. Sobre el conocimiento de la paciente acerca el aborto al ingresar al hospital 44 (pacientes respondieron que no tenía ningún conocimiento (62.8%), 22 afirmaron tener conocimiento (31.4%) y 4 no respondieron (5.8%). La descripción de los síntomas que las pacientes consideraron como indicadores de una amenaza de aborto contemplaba sangrado 45.4%, muestras (10.2%), dolor (25%), todas las anteriores (12.5%), ninguno (6.8 %).

- Opinión de la paciente sobre la orientación recibida al ingresar al servicio de obstetricia: muy buena 18.5%, buena 31.4% y nula 50%. Opinión de la paciente sobre la información al recibir el diagnóstico por parte del médico o enfermera profesional: adecuada 31.4%, deficiente 44.2%, no entendió 10% y otros 14.2 %. Opinión de la paciente sobre la percepción del comportamiento de la enfermera profesional cuando le dieron el diagnóstico: indiferente ante la situación 71.4%, se identificó con su situación 38.5%.

- Educación por parte de la enfermera profesional acerca el tratamiento por seguir una vez que se confirmó el diagnóstico: adecuada 42.2%, escasa 31.4%, ninguna 41.4% y no respondió 2.8%. A 14% de las pacientes se les hizo un ultrasonido. Descripción del tratamiento suministrado durante el internamiento: legrado uterino instrumental 15%, suero 37%, prostaglandina 11%, antibiótico-terapia 4%, supositorios 6%, no respondió 5%, no sabe 1%, reposo 1%, ninguno 6%. Opinión de la paciente referente a la terminología utilizada por la enfermera al referirse a su situación: adecuada 38.5%, inadecuada 28.5%, inhumanos 5.7%, no entendió 4.2%, otros (groseros) 22.8%.

- Apoyo emocional percibido por la paciente de parte de la enfermera profesional antes de abortar: muy bueno 10%, bueno 22.8%, malo 10%, nulo 57.1%. Apoyo emocional percibido por la paciente de parte de la enfermera profesional durante al aborto: muy bueno 10%, bueno 31.4%, malo 11.4%, nulo 61.4%. Percepción por parte de la paciente del apoyo emocional recibido por parte de la enfermera profesional después del mismo: muy bueno 11%, bueno 20%, malo 13%, nulo 56%. Opinión de la paciente respecto a la orientación por parte de la enfermera profesional al momento del egreso: Muy buena 10.5%, buena 38.5%, nula 51%.

Anotaciones y sugerencias en general realizadas por las pacientes durante su internamiento: se debe dar más información 13.7%, se debe dar atención más humanitaria 31.5%, atender mejor el aspecto emocional 9.6%, no identificó a la(el) enfermera (o) profesional o jefe 4.1%, insatisfecha con la atención 6.8%, no respondió 34.3%.

### Información extraída del cuestionario de los profesionales

En total se entrevistaron 10 profesionales. Frecuencia con que la enfermera(o) profesional brinda atención a pacientes con diagnóstico de aborto: siempre 30%, casi siempre 70%. Opinión de las enfermeras(os) acerca los sentimientos que las pacientes presentan con mayor frecuencia durante el proceso: dolor emocional 15.4%, dolor físico 15.4%, angustia 0%, temor 15.4%, todos los anteriores 53.8%, ninguno 0%.

Frecuencia con la que la enfermera(o) profesional elaboran un plan específico para las pacientes con diagnóstico de aborto: sí 10%, no 20%, ocasionalmente 70%.

Opinión de la enfermera(o) hacia el aborto como la pérdida de un ser muy querido: Sí 90%, no 10%. Opinión de la enfermera(o) profesional referente a la atención de la usuaria basada en el proceso de duelo: Sí 50%, no 50%.

Presencia de la enfermera(o) profesional en el momento del aborto: sí 90%, no 10%. Opinión sobre la educación que brinda la enfermera(o) profesional a la paciente al ingresar al Servicio de Obstetricia: adecuada 38.55%, deficiente 31%, no existen recursos 7.4%, hay exceso de trabajo 23.1%. Opinión sobre la educación que brindan la enfermera(o) profesional a la paciente antes de producirse la pérdida: adecuada 45.4%, deficiente 27.3%, no existen recursos 0.1%, hay exceso de trabajo 18.2%. Opinión sobre la educación que brindan la enfermera(o) profesional a la paciente durante el evento: adecuada 50%, deficiente 33.4%, no existen recursos 8.3%, hay exceso de trabajo 8.3%. Opinión sobre la educación que brindan la enfermera(o) profesional a la paciente después del mismo: adecuada 54.5%, deficiente 36.4%, no existen recursos 0%, hay exceso de trabajo 9.1%. Concepto del apoyo emocional que brinda la enfermera(o) profesional a la paciente post-aborto: adecuada 54.5%, deficiente 27.3%, no existen recursos 0%, hay exceso de trabajo 18.2%. Opinión de la enfermera(o) profesional acerca de si la paciente puede tener un proceso de duelo: adecuado 12.5%, deficiente 87.5%, no existen recursos 0%, hay exceso de trabajo 0%. Opinión acerca el seguimiento al hogar: Se da seguimiento 20%, no se da 50%, ocasionalmente 30%. ¿Cómo considera la enfermera(o) profesional la educación que brinda al egreso de la paciente del centro hospitalario?: adecuada 3.6%, deficiente 45.5%, no existen recursos 0%, hay exceso de trabajo 9.1%.

## Discusión y Conclusiones

Información extraída del cuestionario de las pacientes

La mayoría de las pacientes atendidas en el período del estudio corresponde a mujeres jóvenes que sufrieron un aborto en el primer trimestre del embarazo y en su mayoría primigestas. La estancia promedio es de 8.7 días lo cual constituye un dato importante porque significa entre otras cosas que la evolución de un aborto requiere de etapas varias y complejas donde el manejo médico y emocional del personal tienen un papel preponderante. En la mayor parte de los casos las pacientes están en el servicio durante varios días lo que facilitaría las posibilidades de realizar las intervenciones necesarias.

Es notable que la mayoría de las pacientes no tiene una información adecuada antes de enfrentarse al aborto. En la práctica clínica, las enfermeras (os) profesionales pueden percibir la falta de información sobre los signos de alerta que justifican una consulta de urgencia. Esta educación debería llevarse a cabo como parte del control prenatal.

La mayoría del grupo identificó los síntomas de aborto,

principalmente el sangrado y los dolores como alertas. El sangrado es un síntoma evidente y las madres pueden saber en la mayor parte de los casos que se trata de algo grave. Los porcentajes de las mujeres que identificaron el dolor o los sangrados pequeños oscuros como alerta son menores. Se sabe que probablemente se presenten estos síntomas en todos los casos, pero algunos son mal interpretados o menospreciados por la paciente. La información al ingreso es sumamente importante para el buen curso de los eventos durante la hospitalización, especialmente tratándose de una situación donde confluyen aspectos médicos, emocionales, culturales, espirituales. Las pacientes consideraron esta información muy buena en un 18.5% y nula en un 50%.

El momento de dar el diagnóstico es una situación muy delicada ya que se confirma una pérdida, se inicia un duelo y se afrontan temores. La paciente está en crisis y por eso es muy importante la empatía de parte del equipo tratante. Ellas consideraron esta información adecuada en un 31.4%. Un 44.2 consideró deficiente la explicación al diagnóstico por el equipo. Sólo un 10% señala que no entendió. Se ha visto que muchas pacientes tienen preguntas sobre las causas del aborto, el cómo enfrentar la pérdida y el impacto en futuros embarazos (Nikcevic y otros, 2007).

Llama la atención que un 71.4% opinaron que las enfermeras profesionales tuvieron un comportamiento indiferente ante el diagnóstico. Cuando se han hecho estudios de seguimiento se ha visto que los niveles de ansiedad son menores en los grupo de mujeres que han recibido alguna intervención psicológica (Nikcevic y otros, 2007) y si se carece de este abordaje todavía es más importante las actitudes por parte del personal.

Una vez confirmado el diagnóstico el acompañamiento es importante para poder preparar a la paciente para los procedimientos posibles o tratamientos a los que será sometida. Sólo un 24.2% de las pacientes consideran la información recibida en este momento adecuada. Se observa que la mayoría (41.4%) opina que no les dieron educación respecto al tratamiento por seguir. La mayor parte de las pacientes describen la aplicación de solución intravenosa como tratamiento recibido. Llama la atención que solo 15 de ellas se llevaron a sala de operaciones para el legrado.

Las pacientes opinan que la enfermera usa términos adecuados en un 38.5% de los casos y un 5.7% menciona un trato inhumano y grosero (22.8%). Estos resultados contrastan con un (57.1%) por parte de las enfermeras profesionales que percibieron un adecuado apoyo emocional antes del proceso de aborto.

El aborto es una experiencia traumática desde el punto de vista físico y emocional. Por tanto no podemos limitarnos a brindar una atención solamente biológica porque el ámbito de alcance de un acontecimiento como este

es más amplio. La mayoría de las pacientes (61.4%) opinaron que no percibieron apoyo emocional por parte de la enfermera profesional durante el momento de abortar. Estudios realizados, demuestran que las intervenciones que se realicen durante un aborto son efectivas especialmente en lo que se refiere a duelo, sentimientos de culpa y preocupaciones ante futuros embarazos. Las pacientes también consideran estas intervenciones como útiles (Nikcevic y otros, 2007).

Si se toman en cuenta los días de estancia en el hospital se puede plantear la posibilidad de un desgaste físico, mental y emocional. Por esto es de suma importancia pensar en la necesidad del apoyo emocional en el momento posterior al aborto. Llama la atención que el mismo fue considerado por las pacientes como nulo en un 56% y tan solo un 20% fue valorado como bueno. La información al egreso es vital en lo que respecta a signos de alerta de probables complicaciones y respecto a la prevención de experiencias futuras entre otros. Las pacientes opinaron que la orientación de parte de enfermería al egreso fue nula en un 51%. La mayoría de las pacientes no opinó pero un 31% de ellas sugirió que se debe dar una atención más humanitaria por parte de personal de enfermería.

Información extraída del cuestionario de los profesionales en obstetricia

La mayoría de las enfermeras(os) considera que casi siempre brindan atención a pacientes con diagnóstico de aborto. La opinión de mayoría expresa que todas las pacientes experimentan sentimientos de temor, dolor emocional y físico. Esta respuesta evidencia que los profesionales reconocen que el aborto afecta de una manera profunda a las madres. Sin embargo, no todos logran demostrar que están capacitados haciendo abordajes integrales que permitan la identificación de la severidad con que estos sentimientos afectan a la paciente. Este análisis no se podría realizar en un solo momento e idealmente debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinario. El sistema de atención actual desgraciadamente no ha logrado integrar a un profesional en psicología en el abordaje que se brinda y tanto la educación como el apoyo emocional son recargos y obligaciones del personal de enfermería. Además, se confirma la necesidad de tener bien capacitado a los profesionales en el manejo de estas diversas manifestaciones de la angustia y el dolor. Los sentimientos de las pacientes dependen de un contexto socio-cultural, de la forma en que ha reaccionado a pérdidas previas, de las dificultades económicas, la estabilidad de la relación afectiva y de enfermedades mentales, entre otros (Nordal, 2005). La enfermera ocasionalmente elabora un plan específico para las pacientes que ingresan por aborto.

La mayoría de las enfermeras opina que el abortar es una pérdida de un ser muy querido. La percepción de

pérdida por parte de la enfermera también está determinada por factores culturales e históricos personales. Sólo un 50% de los profesionales en enfermería realizan una atención a la paciente con este diagnóstico basada en un proceso de duelo.

La mayoría ha presenciado un evento y piensa que la educación que brinda a la paciente al ingresar es de adecuada (38.5%), un 31% refieren que es deficiente. Lo anterior va en contraste con lo anotado por las pacientes, las cuales mencionan que esa educación es nula en un 50%. La mayoría de las enfermeras(os) opinaron que la educación que brindan es adecuada (45.4%) y deficiente en un (27.3%). Desde este momento el o la profesional puede comenzar a identificar signos de alerta sobre posibles riesgos durante o después del aborto que podrían complicar el bienestar emocional de la paciente y facilitar su manejo en el internamiento.

La enfermera durante el aborto tiene un papel preponderante en lo que respecta al acompañamiento y la guía adecuada para que la paciente pueda someterse a los procedimientos con mayor facilidad y aclarar las dudas que no haya expresado al personal médico. Las enfermeras(os) expresan que se debe brindar educación adecuadamente en un 54.5% y un 36.4% opina que educa de manera deficiente. La educación en esta fase es sumamente importante para que la paciente pueda identificar los signos de alerta ante potenciales complicaciones, adaptarse de mejor manera a su medio, decidir la forma en que va a planificar y orientar su duelo y conducta posterior. Es importante brindar de forma oportuna información que garantice un seguimiento a la paciente y que esta reconozca cuáles son las necesidades físicas y psicológicas que debe atender en este período de recuperación (Nikcevic y otros 2007).

Resalta la opinión de la mayoría de las profesionales en enfermería que considera el apoyo emocional que brinda como adecuado en un 54.5%. Otro porcentaje opina que es deficiente (27.3%). La mayoría de las enfermeras(os) opinaron que el proceso de duelo que experimenta la paciente post-aborto es deficiente o inadecuado.

Según la opinión de las(los) profesionales en enfermería, el seguimiento al hogar de las pacientes post aborto en su mayoría (50%) es nulo y en un 30% este seguimiento es ocasional. Esto puede constituir el punto de partida para posteriores decisiones a nivel institucional ya que se debe asegurar un adecuado seguimiento utilizando la red de servicios disponible. Los controles posteriores al aborto evitan complicaciones, exploran en las causas, analizan el ajuste emocional y el tiempo adecuado de un futuro embarazo. Si se invierte tiempo y recursos en esto no sólo se pueden evitar futuras pérdidas y disminuir la morbilidad en la madre (Nikcevic y otros, 2007).

La educación brindada por la enfermera(o) profesional al egresar la paciente del centro hospitalario es deficiente

(45.5%). Esto coincide con la opinión de las pacientes donde opinan que es nula (51%). Este punto es preocupante ya que este momento constituye una valiosa oportunidad que no se está aprovechando.

### Conclusiones

- Con este estudio se pudo demostrar que existe un nivel bajo de información en las pacientes sobre las alertas de aborto, sobre los procedimientos que se realizan y sobre las consecuencias físicas y psicológicas que se pueden afrontar.
- El abordaje que se da a las pacientes muestra déficit, especialmente en lo que respecta a los aspectos emocionales.
- La información técnica y el abordaje científico de los casos es el correcto a nivel profesional pero no satisface las necesidades emocionales de las pacientes.
- Se debe mejorar el nivel de información y constatar por métodos de evaluación el nivel de comprensión de las pacientes en las diferentes etapas del aborto (antes, durante, al egreso y en seguimiento).
- Es necesario un abordaje integral de estas pacientes con un mayor énfasis en el aspecto emocional.
- Se deben reforzar los conocimientos del personal sobre el proceso de duelo y muerte y cómo realizar intervenciones en crisis adecuadas en relación con el tema del aborto.
- Existe una evidente necesidad de orientar mejor y realizar un control postaborto más integral que incluya el se-

guimiento domiciliar de las afectadas.

### Bibliografía

- Diccionario de Medicina Océano Mosbi. (1996). Barcelona: Editorial Océano. 1504 p.
- Pérez Sánchez (1994). *Obstetricia*. 2° Ed. Chile: Editorial Mediterráneo.
- Relf M. (2006). Curso especial de personas con condición de vida limitada y su familia: Duelo Primera edición. . San José: Universidad Católica.
- (2006) Curso Especial de Cuidado de personas con condición de vida limitada y su familia: enfoque interdisciplinario de atención. Primera edición. San José: Universidad Católica.
- Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio, Pilar. (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana. 850 p.
- Nordal A, Poum T, Bödtker A et al. Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2 year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*. 2004; LXVI: 265-271.
- Nordal A, Moum T, Bödtker A et al. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow up study. *BMC Medicine*. 2005; III:1-14.
- Schwarcz, Ricardo. (1996). *Obstetricia*. 5 Edición. Buenos Aires: El Ateneo. 621p.
- Barrantes, Lauren, Fernández Maria del Carmen, Guzmán Maira et al.(2006). *Guía de Atención a las mujeres en el Post Aborto*.1 Edición. San José: CCSS. 40 p.
- Nickcevic A, Kiczmierczyk A and Nicolaidis K. The influence of medical and psychological intervention on women's distress after miscarriage. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007;283-290.
- Babbie, Earl. (2000). *Fundamentos de la Investigación Social*. México, Editorial Internacional Thomson. 477 p.



## ► Enfermería: una disciplina social

Vivian Vilchez Barboza\*, Olivia Sanhueza Alvarado\*\*

### RESUMEN

Enfermería como disciplina científica, integrada por ciencia y profesión, está compuesta por conocimientos que se aplican a partir de una forma particular de ver una situación y de la relación sujeto-objeto que permiten desarrollar su praxis. Esta condición lleva a reflexionar sobre los fundamentos que la respaldan como una disciplina social. Enfermería entrelaza pasado, presente y futuro. Históricamente se ha demarcado como una práctica caracterizada por la feminización de la profesión, la supeditación del desempeño a la enseñanza e indicación médica y anclaje por al modelo biomédico centrado en enfermedad. Para definir Enfermería como una disciplina social, algunos muros deben ser derribados: comunicar y divulgar; interrelación práctica y conocimientos; interrelación con otras disciplinas; necesidad de que el objeto central para la disciplina sea unificado, desde el conocimiento construido, ir más allá de la práctica y reflexionar sobre la palabra cuidado. Las investigaciones evidencian como preponderante las relaciones que establece Enfermería con las personas en todos los ámbitos de acción.

**Palabras Clave:** Enfermería, disciplina, disciplina social.

### ABSTRACT

Nursing, a social discipline.

Nursing as a scientific discipline, integrated by science and profession, is composed by knowledge that is applied from a particular situational perspective and the subject-object relationship, allowing for the development of the praxis. This leads to a reflection on the foundations that support nursing as a social discipline. Nursing interlaces past, present and future and it is marked by the feminization of the profession, the performance to education and medical indication and the biomedical model focused on disease. In order to define nursing as a social discipline, walls must be demolished: to communicate and to disclose; practice-knowledge interrelation; interrelation with other disciplines; the central object of the discipline needs to be unified from knowledge, to go beyond the practice and to reflect on the word care. Research results show how nursing establishes relationships with people in all scopes of action.

**Key Words:** Nursing-Social Discipline-Discipline.

\* Enfermera, MSc. Ciencias de la Enfermería, Área de Promoción de la Salud, Oficina de Bienestar y Salud, Escuela de Enfermería Universidad de Costa Rica. Estudiante Doctorado en Enfermería Universidad de Concepción.

\*\* Doctora en Enfermería, Departamento de Enfermería, Programa de Doctorado. Universidad de Concepción.

Recibido: 15 /01/2012

Aceptado: 18/03/2012

Dirección para correspondencia: vivian.vilchez@ucr.ac.cr

Enfermería en Costa Rica 2011; 32 (1): 81-88.

## Introducción

Este trabajo toma como punto de partida Enfermería como disciplina científica, la cual es el conjunto de conocimientos característicos que se desarrollan o deducen a partir de una forma particular de ver una situación determinada; desde esta perspectiva considera los conocimientos científicos y los fundamentos profesionales que incluyen aspectos éticos, bases filosóficas y bases históricas. El cuerpo de conocimientos que la respalda está constituido por las corrientes epistemológicas que establecen la relación sujeto – objeto la cual ha determinado que Enfermería cuente con dos premisas importantes: enfocar el desarrollo del conocimiento de la disciplina y trabajar en las ideas que están en proceso y en progreso, con el fin de ver el mundo a través de los ojos de la enfermera(o) y los usuarios(as) e integrarlo al trabajo conjunto con otras ciencias de la salud.

Como respuesta a lo anterior, Enfermería ha establecido una visión de mundo, la cual ha estado permeada por el Empirismo, donde se ubica el positivismo y más recientemente el paradigma Interpretativo, el cual se basa en voltear la mirada a las experiencias humanas y los significados que tienen para las personas esas experiencias. Y de este modo ha ubicado sus propios paradigmas: categorización, integración y transformación. Cada uno de ellos integrado por supuestos teóricos, donde se encuentran los metaparadigmas: Enfermería, Entorno, Persona, Salud y más recientemente Cuidado. Así mismo estableció fuentes del conocimiento, Carper (1998) patrón empírico, patrón estético, patrón personal y patrón ético. Posteriormente, Meleis (1987) establece los tipos de conocimiento presentes en Enfermería: conocimiento silencioso, conocimiento adquirido y el conocimiento construido.

De este modo, el desarrollo de este trabajo tiene por objetivo reflexionar sobre los fundamentos que respaldan la Enfermería como una disciplina social, que se está estableciendo como tal y que asume retos para enfrentar el contexto contemporáneo desde la educación, la globalización y la visión paradigmática distante al positivismo.

## Desarrollo

### Disciplina y Enfermería.

Para tratar de responder al objetivo planteado se toma como punto de partida la definición de disciplina la cual es entendida como: “El cuerpo de conocimiento que guía la práctica de enfermería” (Durán de Villalobos, 2000); más recientemente las autoras Banks; Despíns; Adams; McBroom & Tuandy (2008) lo vuelven a reafirmar: “El cuerpo único del conocimiento es la fundación de una disciplina y la importancia social es una característica que define” (p.67). También Cruz, Pérez, Jenaro, Flores y Segovia (2010) se refieren al respecto “Todas las profesiones tienen una función propia que constituye el punto de partida de su cuerpo de conocimientos que lo carac-

teriza como profesión” (p.270). De acuerdo con la autora María Mercedes Durán De Villalobos (2000) la disciplina está conformada por dos componentes:

1. La fundamentación profesional: son los conocimientos acerca de la orientación de los valores de la profesión, la naturaleza de la práctica clínica y de los fundamentos históricos y filosóficos de enfermería. Se interesa en las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos. En relación con este punto las autoras Banks; Despíns; Adams; McBroom & Tuandy (2008) citan:

*“El desarrollo y la utilización de una base de conocimiento fuerte para dirigir la práctica son esenciales para mantener una disciplina viable de la Enfermería, capaz de tratar las situaciones de salud actuales” (p.67).*

2. La ciencia de Enfermería se ha definido como un cuerpo de conocimientos científicos acumulativo y único derivado de las ciencias biológicas, humanísticas del comportamiento y otras que son pertinentes a enfermería, y de conocimiento conformado por las teorías propias de la enfermería. En concordancia con lo anterior, Agramonte del Sol & Leiva (2007)

*“La enfermería ha evolucionado como disciplina científica;...posee dos dimensiones: ciencia y aplicación de los descubrimientos científicos a los sistemas de cuidado. ... su práctica se basa fundamentalmente en su propio conjunto de conocimientos emanados de la ciencia” (p.1).*

De acuerdo con la definición planteada la disciplina constituye el cuerpo de conocimiento que le permite desarrollarse como Ciencia de Enfermería; lo cual es relativamente reciente. Aimar; Videla & Torres (2006), afirman: “Pensar a la enfermería como ciencia sólo ha ocurrido a partir de los últimos decenios del siglo pasado a través del estudio científico de los fenómenos que integran el cuidado de la salud humana”. (p.2) Barroso & Torres (2001) también concuerdan ciencia como un proceso estrenado no hace mucho tiempo por la Enfermería:

*“En comparación con otras ciencias en desarrollo, la enfermería se sitúa en las fases iniciales del desarrollo científico. Hasta finales de los años 50 del siglo XX era poco frecuente la utilización en la literatura del término ciencia de la enfermería” (p.11).*

No cabe la menor duda que trabajar la Ciencia en Enfermería es un tema fundamental para el desarrollo de la disciplina. López; Santos; Varez y otros (2006) se refiere al respecto:

*“La ciencia enfermera, por sí misma, presenta un elevado nivel de complejidad, ya que se consideran las diferentes respuestas del individuo, precisa de múltiples intervenciones adaptadas al individuo a través del abor-*

*daje holístico, y contempla todas las circunstancias y la interacción sería indistinguible” (p.1).*

Se conoce que Enfermería antes de la etapa profesional tuvo una etapa doméstica y una religiosa, donde a pesar de que la comenzaron a ejercer varones en los tiempos de las Cruzadas, se prosiguió con una feminización de la misma, donde los estereotipos femeninos se ponían de manifiesto en total plenitud.

*“La única actividad social de la mujeres eran los actos de caridad. No existía ningún tipo de titulación académica así como ninguna pauta de formación para el ejercicio de la enfermería. ...Su única misión era obedecer sin reparos las órdenes del médico...” (Narváez, Martínez & Pérez, 2010, p.301).*

Durán de Villalobos (2007) afirma que la historia de la Enfermería ha repercutido en su desarrollo como disciplina:

*“...durante las primeras décadas del siglo pasado, el conocimiento disciplinar de enfermería se basó en gran parte en el conocimiento médico y que aún, teniendo educación universitaria autónoma esta giró alrededor de las necesidades de llenar el régimen de prescripción médica del paciente.... (p.163).*

De acuerdo con lo tratado, es necesario remitirse a la epistemología, la cual es imprescindible para la existencia de la disciplina. Altisen (2001) la conceptualiza en los siguientes términos, “proviene del griego “episteme”, un saber organizado y fundamentado que alguien ha sido capaz de aprender”. Esta definición define la epistemología como la naturaleza del conocimiento el cual se pretende transmitir en la enseñanza de la Enfermería. Se construye y deconstruye de acuerdo con los contextos en los que se desarrolla y las investigaciones que van demostrando nuevas formas de saber, hacer y ser.

*“La enfermería desde sus inicios ha manifestado una búsqueda de identidad profesional a través de la educación, de ahí que ha logrado ascender en niveles académicos que van desde el nivel técnico hasta el doctorado” (Reséndiz & Jiménez, 2010, p.138).*

Sin embargo, está búsqueda de la identidad profesional aún en pleno siglo XXI continúa en cuestionamiento, principalmente su ser y su saber, para establecer un hacer de acuerdo con este replanteamiento. Y este punto es reforzado de la siguiente manera:

*“Tradicionalmente, la Enfermería se ha reducido a una pura vocación, infravalorando de este modo los conocimientos técnicos, psicológicos y humanísticos que requiere el óptimo ejercicio de dicha profesión” (Cruz; Pérez; Jenaro; Flores & Segovia; 2010, p.273).*

Ante esta situación, Enfermería ha visto la necesidad de detenerse a reflexionar en profundidad sobre su ser y

construir este conocimiento con base a esto. Las autoras Reséndiz-Dáttoly y Jiménez-Vázquez (2010) al respecto refieren:

*“... ¿Qué piensa y dice de ella misma? ¿Cómo es y cómo se reconoce? Ideas que al ser cuestionadas, analizadas y reflexionadas le dan un panorama acerca de lo que es su actuación. ... Al igual que cualquier otra actividad humana, el quehacer profesional de la enfermera es susceptible de pensarse y realizarse de varias formas, todas ellas determinadas por el contexto histórico, cultural, económico, político, científico y tecnológico del que surge” (p.138).*

Definitivamente, al hablar de epistemología, tiene que considerarse la identidad profesional que la delinea y una congruencia en los discursos que se manejan en Enfermería, como lo indica Monge, citada por Irigibel-Uriz (2010)

*“al analizar la construcción de la identidad de la enfermería y ante la distancia entre el discurso académico que visualiza el ejercicio de la profesión desde perspectivas que asumen al ser humano y su atención desde la integralidad, y la realidad fraccionaria y mecanicista del medio laboral, se pregunta ¿Cuál de las dos es la enfermería? y ¿dónde es que se aprehende la profesión?” (p.277).*

La epistemología como parte de la filosofía, está íntimamente relacionada con la versión del mundo y de la vida que se construye; porque la actividad filosófica es la que le confiere sentido a la disciplina. Es esencial para el profesional de Enfermería identificar los valores y el pensamiento que existe desde la disciplina en cada contexto donde actúa.

Cuando se habla de establecer una visión de mundo determinada, en este caso para Enfermería, se hace referencia al término paradigma, es decir, el establecimiento de una posición que rige el actuar. Kuhn (2006) lo define:

*“... los paradigmas no solo resuelven problemas que no se sabía cómo atacar, sino que prometen resolver otros muchos por vías similares y ponen a trabajar a los científicos de manera coherente sin necesidad de reglas explícitas” (p.14).*

La Enfermería se halla en un período crucial en el desarrollo del conocimiento enfermero, o, como diría Kuhn (2006), puede afirmarse con total certeza que la ciencia de Enfermería se halla inmersa en plena revolución científica, es decir, los cambios producidos en el contexto de salud, como por ejemplo la transición de época donde las enfermedades infectocontagiosas ocupaban un lugar importante, a la época donde fueron sustituidas por las enfermedades crónicas, trajo todo un cambio en el abordaje de la salud y por supuesto, un replanteamiento para la disciplina de Enfermería sobre su praxis en un nuevo contexto.

*“...las enfermeras están comenzando a ver el mundo de otra forma... Se han revelado desde muchas perspectivas teóricas las carencias que el actual modelo de organización y concepción de los servicios sanitarios ofrece para brindar unos cuidados humanizados, efectivos y centrados en la persona” (Morales, 2001, p.1).*

Enfermería ha tenido que reflexionar acerca de la manera de abordar la atención que brinda porque los avances tecnológicos, las condiciones económicas, sociales y culturales han hecho que las personas modifiquen sus estilos de vida y por lo tanto el proceso salud – enfermedad se viva diferente. Es por esta razón, que Enfermería tiene que retomar su quehacer y reorientar su marco conceptual, ya que no puede estar ajena a las circunstancias sociales y económicas de la sociedad actual, las cuales influyen en su concepción y la transforman.

Tal como lo menciona Sanabria; Otero & Urbina “Es evidente que la filosofía de la ciencia, dictada por Khun, ha servido de gran ayuda para comprender la evolución de la teoría de la enfermería mediante los modelos paradigmáticos de la ciencia” (2002, p.1).

Kerouac (1996) planteó tres paradigmas en Enfermería: categorización, integración y transformación, los cuales otorgan a Enfermería una orientación disciplinar y definen desde dónde está posicionado el profesional ejecutando sus acciones. Posición.

*“Las características de cada paradigma han influido en el desarrollo de la disciplina de Enfermería como en el resto de las disciplinas científicas, pues generan un conocimiento autónomo y mantienen una continuidad por encima de los cambios en la orientación del conocimiento en general que nos identifica dentro del equipo de salud” (Sanabria; Otero & Urbina; 2002, p.1).*

Es claro que esta evolución paradigmática va de la mano con los cambios del concepto de salud a través de los años, eso ha ido definiendo la práctica de la salud y su formación. Más recientemente, Laza & Cárdenas (2009) aseveran:

*“Cada cultura define su propia forma de comprender, adecuar y clasificar su mundo de acuerdo con su ideología, y esta define representaciones y creencias con las que se concretan formas de acción a nivel político, religioso, filosófico y en salud” (p.2).*

Los ajustes y reformas a la situación económica y social de la mayor parte de los países han imposibilitado el desarrollo óptimo de las condiciones de salud y los servicios que se brindan, basados en la patología. Es dentro de este contexto que se plantea la necesidad de avanzar hacia una nueva cultura de salud:

*“...que reconozca y valore los vacíos y aciertos anteriores y que pueda dar un salto epistemológico que posi-*

*bilite su reconceptualización, configure un nuevo campo disciplinar, que reoriente la transmisión de conocimientos y a la vez que redefine sus prácticas sociales” (Torres, 2006, p. 8).*

Lo expuesto explica el por qué durante las décadas pasadas Enfermería estableció una fuerte alianza con la cultura de la ciencia y la tecnología orientada especialmente a los problemas de salud; por lo tanto, se centraba desde el control de la enfermedad y la prevención de problemas de salud de la sociedad. Una de las razones corresponde a que los(las) profesionales de la salud y, específicamente de Enfermería, han recibido una formación centrada en la alta capacitación tecnológica para el diagnóstico y la terapéutica que no permite ubicar fácilmente su intervención activa en el contexto político y social, ni en la relación con el contexto educativo y preventivo.

Ayudando lo afirmado, Irigibel (2010, p.4) explica:

*“Revisando la literatura de enfermería, pareciera haber un amplio consenso en afirmar que históricamente la disciplina de enfermería ha basado la construcción de su conocimiento desde el marco metodológico que ofrece el positivismo.”*

De este modo, el positivismo se contrapone a la filosofía enfermera que se caracteriza por la integridad, el holismo, el contexto y lo ecológico en relación con el ser humano. Máxime que en el concepto de salud actual hay una inclusión de términos donde se demuestra el alejamiento del modelo unicausal y que salud no es solamente ausencia de enfermedad, sino que se amplía desde los determinantes sociales de la salud, definidos por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007): a) contexto socioeconómico y político, b) posición socioeconómica y c) los determinantes o factores intermedios. Precisamente los determinantes sociales de la salud, tratan de responder a un concepto de salud donde cada persona es agente activo de su propio cuidado y se enfrenta a un contexto globalizado, donde los cambios en positivo y negativo influyen de manera directa sobre la salud individual y colectiva.

*“... los contornos y tendencias de los procesos de globalización en el mundo contemporáneo imponen nuevos y grandes desafíos para la disciplina de Enfermería en el siglo XXI” (da Silva, 2008, p.4).*

Es por esta razón que Enfermería intenta cambiar la “receta” de su método y empezar a explorar nuevas formas de llegar a la ciencia. No se puede olvidar que los fenómenos reales que no son materiales como las sensaciones (dolor, visión, ansiedad, bienestar, entre otros) tienen causas materiales; por lo tanto se incluyen en la ciencia.

*“Así, el modelo biomédico hegemónico... privilegia lo biológico como determinante de la salud y la enfermedad, desde lo individual y sustentándose en el positivis-*

mo para su indagación científica. La enfermedad se reduce, fragmenta y se intenta aislar para su diagnóstico y tratamiento” (Laza & Cárdenas, 2009, p.3).

Es por ello, que se considera necesario ahondar más en los aspectos del ser humano, relacionados con el comportamiento y las reacciones de éste frente al proceso salud – enfermedad, las etapas y procesos de vida, así como el contexto en el que se desenvuelve.

### Enfermería disciplina social

Al trabajar Enfermería en conjunto con las personas requiere de un compromiso social para prestar atención a la familia o a los grupos, por tanto, necesita de la existencia de un cuerpo propio de conocimientos que le permita la comprensión y abordaje de las situaciones particulares; así como conocimiento de la técnica que necesite emplear.

Desde una perspectiva filosófica, se puede afirmar que Enfermería pertenece a la realidad social, en la cual busca desarrollar relaciones empáticas y respetuosas; emplear sistemas de resolución de problemas y procesos de toma de decisión basados en juicios sólidos y apreciaciones exactas.

*“No podemos dejar de lado que la Enfermería es una profesión con características eminentemente sociales, vinculada directamente a la población y comprometida con la atención de sus necesidades” (Cruz, Pérez, Jenaro, Flores & Segovia, 2010; p.271).*

Estas condiciones demandan la aplicación de un conocimiento apropiado y es precisamente por esta razón que Enfermería se encuentra derribando algunos muros para consolidarse como una disciplina social.

*“... poca reflexión ante lo que se hace, manteniéndose en un círculo cerrado constituyéndose en lo que Bachelard llama “El obstáculo epistemológico”.... Esto ha dado como resultado, enfermeras poco sensibilizadas e integradas a una realidad social, ya que sólo cuando reconocemos algunas de las razones profundas de lo que hacemos, el cómo lo hacemos y el por qué lo hacemos-postura-, estaremos en condiciones de confrontar nuestro quehacer, mejorarlo o quizá cambiarlo” (Reséndiz & Jiménez, 2010, p. 138).*

Esos muros se han convertido en verdaderos obstáculos para llevar a cabo las acciones que a continuación se detallan:

- Comunicar y divulgar lo que es, lo que sabe y lo que hace la Enfermería actualmente, a las demás disciplinas y a la sociedad en general. “El cuidado de la salud contemporáneo de la salud exige que las enfermeras sepan quiénes son y qué papel ocupan, cómo identificar y actualizar su misión en la sociedad y cómo comunicarlo a otros” (Willis, Grace & Roy; 2008, p.E28). Definitivamente

es necesario tener claridad de la identidad Enfermera para divulgar con total confianza el conocimiento; esto requiere dar un salto cualitativo en la formación, donde se dejen de lado los temores hacia la investigación y la divulgación, por medio de la enseñanza amigable de estos conocimientos.

Aparte de la enseñanza, otra posible explicación de la dificultad que se presenta en la disciplina para divulgar su conocimiento, podría estar en la historia. Newman, Smith, Dexheimer & Jones, (2008) explican: “La historia de la epistemología en enfermería refleja una fase receptiva, donde el conocimiento de enfermería fue derivado principalmente de otras disciplinas” (p. E17). Sin embargo, esa historia debe ser una lección aprendida para recomenzar dando una mirada de reconocimiento a los antecedentes que hicieron posible que la profesión exista y también volteando la página hacia los nuevos contextos y hacia la aplicación de los modelos y teorías existentes, que muchas veces solo se estudian pero no se aplican.

Es significativo saber que en Enfermería los modelos y teorías han tratado de agrupar y ordenar los conocimientos de las disciplina. Eso pone en evidencia la preocupación que han tenido las enfermeras por buscar un marco conceptual propio de Enfermería como profesión, para disminuir la dependencia de las otras ciencias de la salud; pero con el reto de lograr interactuar con ellas a partir de esa construcción propia.

- Necesidad de que el objeto central para la disciplina sea unificado. El objeto debe aparecer diferenciado de la medicina y de las demás disciplinas de la salud; permitir la combinación de teorías o modelos de conocimiento. Es claro, como lo menciona Luntley (2011), que Enfermería sabe que para legitimizar su funcionamiento requiere del conocimiento, el cual debe fundamentar, dar razones y guiar las acciones del quehacer que responden a un contexto. Willis, Grace & Roy (2008) concuerdan con lo anterior, “Las enfermeras necesitan ir más allá de la práctica a reinos sociales más grandes en la dirección del cambio social necesario para bienestar humano” (p. E32).

No es por casualidad, que se encuentran investigaciones recientes, donde se discute acerca de cuál es el objeto de estudio central y unificado de la disciplina y se cuestiona si el cuidado que ha prevalecido como foco central (no tan unificado) debe transitar a una nueva etapa o definición del mismo.

Una de las investigaciones es la planteada por las autoras, Willis, Grace & Roy (2008) donde someten a consideración que la unificación del foco central de la disciplina es facilitar

*“... humanización en la interacción, significado en la comprensión de las experiencias de vida de los individuos con los que se interactúa, elección, como esa capacidad personal para tomar decisiones; calidad de vida basada*

en los valores, creencias y significados que cada ser humano da a su vida; salud, vivir o morir, el proceso unitario natural del ser humano” (pp. E32 –E33).

Otro ejemplo de investigación es la de Newman, Smith, Dexheimer & Jones (2008)

*“El cambio en el concepto de salud, en el cual la patología es relevante pero no está separada ni es dominante, junto con el reconocimiento a los patrones como el proceso que identifica la totalidad, permite a las relaciones emerger como el foco central de la disciplina” (p.E17).*

Estas mismas autoras agregan lo siguiente a las relaciones que definen como foco central de la disciplina:

*“Los conceptos de salud: como intento de relación, cuidado: la naturaleza de la relación, conciencia: conocimiento derivado del estudio de los patrones de las relaciones, proceso mutuo: la manera en la cual la relación se desarrolla, patrones o modelos: la configuración que envuelve la relación, presencia: la resonancia de la relación y significado: importancia de la relación; han sido seleccionados para direccionar la esencia y dimensiones de las relaciones en enfermería” (p. E18).*

Uniendo estas dos investigaciones se puede concluir que sin lugar a duda la Enfermería tiene que ver con los procesos de salud, donde establece relaciones humanas, en lo que intervienen los significados de las experiencias de vida que influyen en la atención que se brinda. La relación se establece como método para informar, orientar y resolver situaciones de salud, que van encaminadas a brindar calidad de vida en las diferentes etapas naturales del desarrollo humano y que dan cabida a la libre elección de los(as) usuarios(as) sobre las decisiones que tomen respecto a su salud.

- Interrelación entre la práctica y el conocimiento. Porque como lo mencionan Willis, Grace and Roy (2008) “La práctica de enfermería requiere de conocimiento” (p. E29). No cabe duda que Enfermería “hace mucho y sabe mucho”, sin embargo, hay nebulosas sobre el conocimiento que utiliza, es decir, tiende a existir un pensamiento que cualquier persona puede “hacer enfermería”. “... El primer paso es articular lo que hacen las enfermeras profesionales y por qué las pequeñas cosas son realmente grandes cosas”. (Lickfield & Jónsdóttir, 2008, p. 81) Por su parte Luntley (2011, p.26) agrega: “para que las acciones de enfermería estén integradas racionalmente, es necesario que se estructure conceptualmente”.

Se ha definido por gran cantidad de autores que el cuidado es la razón de ser en Enfermería, sin embargo, esto ha traído cuestionamientos a la disciplina, en cuanto a la definición unitaria de cuidado dentro del gremio enfermero, ya que por un lado se le entiende como la intervención terapéutica que conlleva una serie de conocimientos que deben ser requeridos y perfeccionados día con día, y por

otro lado, el cuidado que realizan los individuos cotidianamente tanto a su persona como a los demás. Cruz, Pérez, Jenaro, Flores & Segovia (2010) lo mencionan:

“Es una realidad que el cuidado es una tarea compleja, larga y difícil, cuyo aprendizaje se extiende más allá de la formación teórica académica, requiriendo una profunda comprensión de la naturaleza humana y el manejo de la relación interpersonal como herramienta fundamental. Esta complejidad plantea dificultades a la hora de dimensionar la magnitud del cuidado y delimitar quiénes lo realizarán”.

Osuna y González (2010, p. 125) reafirman que: “La enfermería es una profesión teórico-práctica de naturaleza dialéctica, es decir una vez impartida la teoría, está debe ser puesta en práctica para lograr un mejor aprendizaje a partir de la realimentación”. Continúan, citando a Triviño y Stiepovich “La praxis constituye una construcción, (...) en la cual reflexión y acción son sus elementos constitutivos” (pag.125).

Por las razones antes expuestas, es requerido retomar los planes de estudio de Enfermería y verificar que se esté incorporando en la enseñanza no solo la teoría que compone la disciplina, sino también esta teoría llevada a la práctica, fundamentando cada accionar que se desarrolla y ocupar un lugar totalmente definido dentro del equipo de salud. Unificar los discursos de docentes y enfermeras(os) que imparten las prácticas, para que no se evidencie incongruencias.

- Trabajo conjunto con otras disciplinas más allá de la multidisciplinariedad: la unificación del foco u objeto de la disciplina favorece el vínculo interdisciplinario. Willis, Grace and Roy (2008, p.E31), se refieren al respecto: “Porque la colaboración interdisciplinaria es necesaria para el cambio social, esta postura no ha sido fácil para la enfermería incorporarla”. Newman, Smith, Dexheimer & Jones (2008, p. E17) también ahondan en este punto, “El desarrollo del conocimiento de enfermería se abre dentro de un proceso participativo”. Trabajo conjunto que requiere romper las barreras de lo fragmentario y patocéntrico, y extender la mirada hacia lo político, social y psicológico que enfrentan las colectividades, para entender de este modo la individualidad.

*“Ejercicio profesional intramuros, técnico, fragmentario y patocéntrico que condicionado por la docilidad identitaria de la disciplina, configura su utilidad en función de las necesidades de las fuerzas que dominan su desarrollo identitario, epistemológico y pragmático” (Irigibel, 2010, p. 276).*

El siglo XXI, aparte de ser el inicio de un nuevo milenio, representa un momento de convergencia, donde se da una revolución al orden establecido por medio del establecimiento de la duda como una verdad racional, disintiendo de los pensamientos dominantes del siglo XIX,

creando de este modo la necesidad de abordar el conocimiento de otra manera y de aceptar que existen otras lógicas y formas de ver el mundo. Ese nuevo abordaje del conocimiento también exige avanzar de la relación multidisciplinaria (Vílchez, 2010, p. 115) a una interacción más estrecha entre las disciplinas.

## Conclusión

Enfermería es una disciplina que, para establecer su cuerpo de conocimientos, entrelaza el pasado, el presente y el futuro. Ha sido marcada por la feminización de la profesión, la supeditación de su desempeño a la enseñanza e indicación médica, esto produjo un anclaje al modelo biomédico que no dejó ver más allá de la enfermedad. El positivismo ha marcado profundamente la disciplina, lo cual no debe ser castigable, como lo menciona Kerouac (1996), porque se apoyaba en el contexto de las primeras etapas de la industrialización y en la expansión hasta los años setenta.

En cambio, el contexto actual se apoya en otra visión, y esto da paso a las revoluciones científicas que facilitan el cambio de paradigma y del concepto de salud; y la globalización. En Enfermería representa un cambio de actuar, que le obliga a reafirmar su conocimiento para posicionarse como una disciplina social, por medio de la ciencia y apoyada en una corriente de pensamiento enfocada a la solución de problemas para la satisfacción de necesidades en la sociedad.

Pero para lograrlo debe dilucidar dilemas propios de su disciplina, que van desde replantearse el objeto de estudio y la forma de divulgar el conocimiento hasta la posición que ocupa dentro de la sociedad. Y para ello, debe enfrentar desafíos mencionados: comunicar y divulgar lo que es, lo que sabe y lo que hace la Enfermería actualmente a las demás disciplinas y a la sociedad en general; unificar el objeto central de la disciplina; interrelacionar la práctica y el conocimiento; trabajar de forma conjunta con otras disciplinas más allá de la multidisciplinaria.

Para finalizar se cita la frase de las autoras Cruz, Pérez, Jenaro, Flores y Segovia (2010) "La única opción que parece no beneficiar a nadie es ignorar una respuesta actual ante problemas reales de nuestra sociedad" (p. 273), frase que hace un llamado a continuar la producción científica sobre esta temática para dar soporte a la disciplina de Enfermería y constituir con fuerza su cuerpo de conocimiento fundamentado que la establece como una disciplina social.

## Bibliografía

- Aimar, A; Videla, N.; Torres, M. (2006). Tendencias y Perspectivas de la Ciencia Enfermera. *Enfermería Global*. N°9. [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/)
- Altisen, C. (2001). *Epistemología. Guía de Estudio*. Material destinado a estudiantes y profesores Universidad Católica de la Plata. Argentina.
- Agramonte del Sol, A. & Leiva Rodríguez, J. (2007). Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. *Revista Cubana Enfermería*, 23(1), pp.1-15.
- Banks-Wallace; Despina; Adams-Leander; McBroom and Tuandy (2008). *Re/Affirming and Re/Conceptualizing Disciplinary Knowledge as the Foundation for Doctoral Education*. *Advances in Nursing Science*. Vol31 (1); pp.67-68
- Carper, B. (1988). Fuentes Filosóficas de la Teoría de Enfermería. *Nursing Science Quartel*, 1(2), pp. 52-59.
- Chinn, P. (2008). *The Discipline of Nursing*. Wolters Kluwer Health.
- Cruz Ortíz, M.; Pérez Rodríguez, M; Jenaro Río, C; Flores Robaina, N.; Segovia Díaz De León, M. (2010). Necesidad social de formación de recursos no profesionales para el cuidado: una disyuntiva para la Enfermería profesional. *Index de Enfermería*, Vol. 19(4), pp.269-273.
- Durán de Villalobos, María Mercedes. (2000). Aspectos Conceptuales del Cuidado en Enfermería: Utilidad para la práctica y la investigación. III Congreso de Egresados Humanización del Cuidado con Calidad Científica. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.
- Durán de Villalobos, María Mercedes. (2007). Teoría de Enfermería ¿un camino de herradura? *Aquichán*, Vol 7(2), pp. 161-173. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.
- Hall, Beverly. (2006.). Author's Response to "Hall's Authentic Meaning of Medicalization: An Extended Discourse". *Advances in Nursing Science*. Vol 29(4), pp. 305-307
- Irigibel-Uriz, X. (2010). Paradigmas de enfermería (no) posibles. La necesidad de una ruptura extraordinaria. *Index de Enfermería*, Vol. 19(4), pp.274-278.
- Irigibel-Uriz, X. (2010). La Racionalidad Medicalizadora. Contornos del pensamiento de la enfermería policíaca. *Index de Enfermería*, Vol. 19(2-3), pp. 1-7.
- Kerouac, Suzanne y otros (1996). *El pensamiento enfermero*. España: Masson.
- Kuhn, Thomas; traducción de Carlos Solís Santos. (2006). *La estructura de las revoluciones científicas*. 3ª edición. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laza Vásquez, C. & Cárdenas Martínez, F. (2009). Abordaje Interdisciplinario de la Salud y la Enfermedad: Aportes a la Enfermería., vol. 18 (1) pp. 1-12.
- Leite da Silva, Alcione. (2008). Enfermería en la era de la globalización: retos para el siglo XXI. *Revista Latinoamericana de Enfermería*; 16(4) [www.eerp.usp.br/riae](http://www.eerp.usp.br/riae)
- Meleis, A. (1987). *Epistemology: The nature of knowledge*. Paper presented at the 4th Annual Nursing Science Colloquium on Strategies for Theory Development in Nursing. Boston University, School Nursing (pp. 1-22).
- Merian C. Litchfield & Helga Jónsdóttir. (2008). A practice Discipline That's Here and Now. *Advances in Nursing Science*. Vol. 31(1), pp 79-91.
- López Parra M; Santos Ruíz S; Varez-Peláez S.; Abril-Sabater, D.; Rocabert-Luque, M.; Ruíz-Muñoz, M. & Mañé-Buxó, N. (2006) Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica*; 16(4), pp. 218-221.
- Luntley, M. (2011). What do nurses know? *Nursing Philosophy*. Vol. 12, pp. 22-33.

Merian C. Litchfield and Helga Jónsdóttir. (2008). A practice Discipline That's Here and Now. *Advances in Nursing Science*. Vol. 31, No. 1, pp 79-91.

Morales Asencio, José Miguel (2001). La Revolución Científica de la Enfermería. *Tempus Vitalis: Revista Electrónica para el Cuidado del Paciente Crítico*, Vol.1 (1), pp. 1-3.

Narváez-Traverso, A.; Martínez-Galiano, JM.; Pérez-Martín, B (2010). Revisitando a Florence Nigthingale. *Index Enfermería*, vol 19 (4), pp. 299-302

Newman, Smith, Dexheimer & Jones. (2008). The focus of the Discipline Revisited. *Advances in Nursing Science*, Vol 31(1), pp. E16- E27

OMS, Commission on Social Determinants of Health. (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. p. 9.

Osuna Torres, B. & González Rendón, C. (2010). La enseñanza práctica de enfermería y el microespacio. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 18 (3): pp. 123-127.

Reséndiz-Dáttoly, C & Jiménez-Vázquez, M. (Setiembre-Diciembre 2010). Postura de la enfermera ante su quehacer profesional.

*Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 18(3), pp. 137-143. Impresa en México.

Sanabria Triana, L.; Otero Ceballos, M. & Urbina Laza, M. (2002). Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. *Rev Cubana Educ Med Super*; 16(4).

Torres Tobar Mauricio (2006). El Reto por Desarrollar una Nueva Salud Pública en Contraposición a una Salud Privada. XXI Reunión de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública. Panel Futuro de la Salud Pública. Río de Janeiro, 19 y 20 de agosto 2006.

Vílchez Barboza, V. (2010). Construcción del Concepto de Promoción de la Salud desde la Transdisciplinariedad. (Tesis inédita de maestría). Universidad de Costa Rica, San José, CR.

Willis, Grace & Roy (2008). A Central Unifying Focus for the Discipline. *Advances in Nursing Science*. Vol. 31 (1), pp. E28-E40

Zoila & Torres. (2001). Fuentes de la Enfermería Profesional su Influencia en la Atención al Hombre como Ser Biosicosocial. *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 27(1): 11-18.



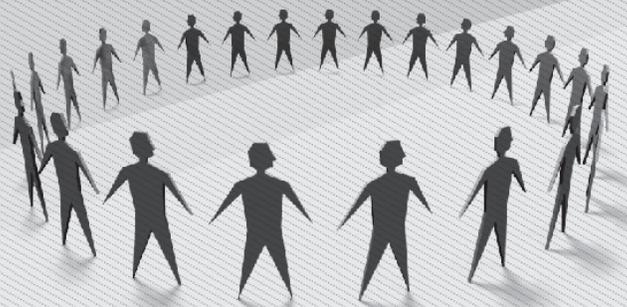
UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

Escuela de  
Enfermería



INVITAN

## Encuentro Internacional de Centros e Institutos de Investigación en Enfermería



**San José, Costa Rica**

24, 25 y 26 de Octubre de 2012

Lugar

Auditorio de la Ciudad de la Investigación,  
Sabanilla de Montes de Oca, UCR.

Información

(506) 2511-3519 ó (506) 2511-5217

[www.enfermeria.ucr.ac.cr](http://www.enfermeria.ucr.ac.cr)

Colabora





## ► Enfermería basada en la evidencia, una ruta hacia la aplicación en la práctica profesional

Noe Ramírez -Elizondo

### RESUMEN

La evolución histórica de Enfermería en pro del avance disciplinar ha conllevado también el desarrollo científico de la profesión, condición que en gran medida ha orientado la profesión hacia la producción de conocimiento y la aplicabilidad del mismo a nivel práctico. Esto convierte en objeto de interés “Analizar las principales estrategias que facilitan la aplicación de la Enfermería Basada en la Evidencia a la práctica profesional”. Para desarrollar dicho análisis se hizo una búsqueda exhaustiva en diversas bases de datos que permitieran generar la reflexión y estudio de la problemática por tratar. Se destaca que la Enfermería Basada en la Evidencia debe sustentarse de componentes disciplinares propios, cimentados en estrategias de investigación que vayan más allá del apoyo positivista, así como la guía de un posicionamiento paradigmático multidimensional que conduzca el proceso de manera más comprensiva y humana, condición que incluso debe darse desde el ingreso del (la) estudiante a la universidad.

**Palabras Clave:** Evidencia, enfermería, investigación en enfermería, práctica de enfermería.

### ABSTRACT

#### Evidence-Based Nursing, A Route To Its Application Into Practice

The historical evolution of nursing for the advancement of the discipline has also brought the scientific development of the profession, a condition that has been largely driven the profession to the production of knowledge and its applicability in a practical level, making of interest to analyze the key strategies to facilitate implementation of evidence-based nursing professional practice. To develop this analysis an extensive data search was conducted in several databases that can generate reflection and analysis of the problem. We stress that the Evidence- Based Nursing should be based on nursing disciplinary components grounded in research strategies that go beyond the positivism and with the guidance of a multidimensional paradigm that drives the process in a comprehensive and humanistic way since the admission of a student to the university.

**Key Words:** Evidence, nursing, nursing research, nursing practice.

Enfermero, Máster. Ginecobstetricia,  
Docente Escuela de Enfermería  
Universidad de Costa Rica.

Estudiante Doctorado en Enfermería  
Universidad de Concepción.

Recibido: 13/5/2011.  
Aceptado: 8/7/2011.

Dirección para Correspondencia:  
neo.ramirez81@gmail.com

Enfermería en Costa Rica 2011; 32 (1):  
89-96.

## Introducción

Enfermería, a través del desarrollo histórico, ha generado grandes cambios en el cuerpo de conocimientos que sustentan el pensamiento como guía epistémica de la disciplina. Es justamente dicho avance el que ha permitido pasar de la tradición oral a la escrita, en la cual, por medio de la documentación de evidencias se generan cambios en lo que comúnmente se ha practicado por tradición y cotidianidad sin sustento científico. Tales cambios han llevado a un salto importante en la comprobación de la práctica diaria por medio de la investigación en Enfermería, denominado en la actualidad Enfermería Basada en la Evidencia (EBE).

Esta movilización científica, si bien es cierto no parte de los orígenes propios de la disciplina enfermera, toma auge de la influencia del área de la Medicina, cuyos miembros de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de McMaster (Hamilton, Ontario, Canadá), en la década de los ochenta se preocuparon por desarrollar un mejor análisis de los datos escritos en medicina a través de los cuales se demostraba que era posible mejorar la atención a las personas. Es así que en 1991, esta corriente fue bautizada con el nombre de Medicina Basada en la Evidencia (MBE), promovida fuertemente por David Sackett, el cual la definió como “la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente” (González de Dios, 2001).

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) corresponde a una estrategia en la cual la investigación apoya la práctica aumentando los beneficios para la disciplina y las personas en general, sustentando la experiencia clínica de cada profesional y permitiendo mejorar la toma de decisiones sobre las acciones profesionales (Alonso y otros, 2004).

De igual manera, es importante generar un análisis acerca de las bases epistemológicas y éticas que orientan la investigación propiamente de Enfermería, y cómo la clarificación filosófica de la profesión conduce a resultados con una mejor orientación metodológica, así como un avance en el proceso evolutivo del conocimiento en Enfermería.

Es así que posteriormente al análisis evolutivo de los componentes históricos de la investigación y práctica en Enfermería, el presente artículo pretende analizar las principales estrategias que facilitan la aplicación de la EBE a la práctica clínica.

## Desarrollo

### Evolución de la enfermería basada en la evidencia

Por iniciativa del epidemiólogo Archibald Cochrane surge en Reino Unido un movimiento científico denominado Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que publica en

1972 el libro: Efectividad y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios, en el cual denuncia que en la práctica médica había una ausencia de toma de decisiones clínicas sustentada en resultados provenientes de investigaciones. Posteriormente, en el año 80, surge el concepto más delimitado de MBE a manos de epidemiólogos canadienses, los cuales describieron el análisis correcto de la evidencia científica; igualmente años más tarde (años 90) Guyatt plantea un cambio paradigmático que intenta reforzar la idea de la necesidad de superar modelos basados en un conocimiento empírico y más bien una base sustentada en investigación clínica. Es así que en 1997 se difunden los primeros libros de Medicina Basada en la Evidencia, publicados por Sackett. (Alcolea, Oter y Martín, 2011).

*“...el crecimiento de un público educado y mejor informado, la explosión de información y conocimiento mediado por el desarrollo tecnológico, la necesidad de incrementar la productividad de los servicios ofrecidos, la contención de costos en un contexto asistencial de escasos recursos, el énfasis en la seguridad y responsabilidad de los gobiernos y el crecimiento de la comunidad investigativa son muchas de las razones que se pueden argumentar para explicar por qué la práctica basada en la evidencia se ha difundido en el mundo” (Canon, 2007, p.11).*

Es con base en el movimiento científico que a partir de los años setenta el desarrollo de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) también se ha permeado de la necesidad de promover resultados fiables en la práctica de la profesión, por lo que en el año 1997 se celebraron en Inglaterra las primeras conferencias sobre EBE, y así surgen los centros de Evidence Based Nursing (Alonso, 2004).

Es pertinente mencionar que la EBE nace producto de un movimiento proveniente de la Medicina en esta área, y en la literatura publicada sobre Enfermería Basada en la Evidencia se encuentra que lo que hacen los (as) autores (as) es tomar conceptos y elementos de la Medicina y trasladarlos hacia Enfermería, lo que dificulta el progreso a la autonomía. Esto genera consecuencias peligrosas para la disciplina propia; principalmente porque en su esencia la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) deslegitima las evidencias no basadas en datos cuantitativos, y de igual manera niega la validez de pruebas que no están encuadradas en un paradigma positivista. (Gálvez, 2003), por tanto, es importante no alejarse del verdadero posicionamiento del accionar de Enfermería, y tener claridad de las diferencias entre la MBE y la EBE, ya que para la Medicina la mejor evidencia se sustenta en ensayos clínicos, mientras que en Enfermería se intenta poseer un estado intermedio, donde se le atribuye validez a elementos de carácter positivista pero que como disciplina psicosocial se debe incorporar otros enfoques teóricos, de orden cualitativo. Por tanto, la existencia de

una complementariedad entre el enfoque cuantitativo y cualitativo es necesaria en las investigaciones realizadas por enfermeros (as) (Alcolea, Oter y Martín, 2011).

Retomar elementos esenciales de la evidencia y aplicarlos a la Enfermería no resulta un camino incorrecto hacia el proceso de validez de datos, todo lo contrario, constituye una evolución de la disciplina de Enfermería, en pro de mejorar un cuerpo de conocimientos que sustentan la práctica diaria, lejos del hacer porque así se ha hecho por años, y pasar a un hacer porque así se ha demostrado que es la mejor manera. Sin embargo, tener claridad de la importancia de que el ser humano no es un ser fragmentado, sino que constituye un todo dimensionado y articulado permite la conducción de decisiones sustentadas en datos provenientes de investigación, la experiencia clínica sistematizada y la participación del usuario como ser único y singular (Eterovich y Stiepovich, 2010).

Lo que sí se debe tener claro es bajo qué posicionamiento filosófico Enfermería debe abordar los causes investigativos y cuáles son los fundamentos teóricos que sustentan la disciplina propia no alejándose de la concepción de Enfermería integradora, constructivista y dinámica socialmente.

El constante desarrollo investigativo de Enfermería orienta y refuerza el estado autónomo de la profesión, tal y como lo describe Manuel Amezcua, citado por María Elena González (2005), al plantear que la EBE propone un cambio de un modelo que se basa en pasar de la obediencia a una Enfermería basada en (con)ciencia. Por tanto, ¿hacia dónde debe dirigirse las investigaciones de Enfermería que sustenten con datos que fortalezcan la práctica y den herramientas que evidencien el accionar?

En este punto es relevante destacar que Enfermería como disciplina integradora de muchos saberes, y en constante crecimiento, retoma fundamentos provenientes de una postura positivista, sin dejar de lado el análisis multidimensional que engrana los componentes biológico, psicológico y social de un individuo o un grupo poblacional. Si tal base fomenta la posición paradigmática de la profesión, deben también sustentar las investigaciones que cimienten el cauce a una postura reflexiva y no reductiva a individuos separados por partes.

Para Alberto Gálvez Toro (2003), después de las VII Jornadas Científicas de la Fundación Index, I Reunión sobre Enfermería basada en la Evidencia se vincularon varios supuestos en la construcción de una EBE, los cuales incluyen poseer una capacidad para adaptar las evidencias no sólo a lo cuantitativo, sino también lo cualitativo, además de resaltar un enfoque crítico reflexivo e independiente, conciliando los metaparadigmas, y a su vez, utilizando la EBE como un instrumento y no un paradigma, ya que esta base referencial está representada por lo humanístico y la ciencia.

*“Han convivido y conviven así en nuestra profesión dos formas de entender la investigación en cuidados: la procedente del paradigma positivista, que utiliza una aproximación cuantitativa a las áreas de incertidumbre propuestas, y la que ofrece el modelo social-humanista, que se nutre de los métodos cualitativos como forma de indagación. Esta dispersión epistemológica ha originado en nuestra ciencia la necesidad de responder algunas cuestiones trascendentales: ¿Cuál es el paradigma y método propio de los profesionales de enfermería para conocer la realidad? ¿Son complementarias ambas formas de aproximarse al conocimiento dentro de nuestra profesión? ¿Cuáles son los problemas que va a encontrar la investigación cualitativa en un entorno altamente medicalizado?” (Rodríguez, My otros, 2008, p.18).*

La investigación en Enfermería que brinde resultados que sustenten la práctica no debería basarse en enfoques ortodoxos, sino que deben trascender en la capacidad integradora del conocimiento, y explorar áreas de interés para la disciplina y la sociedad, aplicando estrategias investigativas que no sólo demuestren resultados “válidos” (desde un enfoque cuantitativo), si no que ahonden en el análisis reflexivo sobre las necesidades propias y particulares de un grupo determinado (desde un enfoque cualitativo); sin embargo, para que dicho proceso sea posible es necesario concienciar bajo qué fundamentos epistémicos y éticos direccionamos el proceso.

Principios epistemológicos aplicables a la enfermería basada en la evidencia

*“Hay una gran necesidad, en estos momentos, de que el pensamiento enfermero reconozca las limitaciones que impone sobre nuestra imaginación la enfermería basada en la “evidencia”, no porque estemos en contra de la ciencia, sino porque en el modelo actual cartesiano de dualidad de cuerpo-mente no nos hacemos las grandes preguntas sobre qué es ser un humano, o sea, filosofía” (Valverde, 2007, p.12).*

Es así que se dificulta que un profesional perteneciente a determinada área posea claridad de su accionar, si primero no tiene lucidez de lo que se es, lo que cree, defiende, fundamenta y construye, ya que es necesario en cualquier acto intencionado (e incluso el no) tener un eje transversal que oriente un adecuado proceso en la toma de decisiones.

Tener claridad, sobre qué es Enfermería, qué hace un (a) enfermero (a); y de manera más introspectiva, quién soy yo como enfermera (o) facilita el camino a la consecución de objetivos, o por lo menos brinda un guía hacia dónde direccionar el esfuerzo.

En este caso, el (la) profesional de Enfermería al articular un pensamiento analítico y crítico en los estudios in-

vestigativos que realiza, obtiene un grupo de herramientas que si son utilizadas de la mejor manera pueden llegar a dar grandes aportes al crecimiento de la disciplina, por lo que “es necesario estimular la cooperación para que el desarrollo de su saber alcance el objetivo mayor, que es la transformación multidimensional del contexto al cual pertenece” (Loewen y Elisa, 2009, p.2).

Propiamente en la EBE, Verónica Díaz y otros (2007) mencionan la dificultad que ha representado para Enfermería el fenómeno de la autonomía profesional, y como se

*“...redunda en una escasez de claridad a la hora de delimitar áreas del conocimiento y habilidades específicas de la profesión enfermera. Si el colectivo profesional no tiene claro el cuerpo propio de conocimiento, difícilmente podrá acrecentarlo a través de la investigación y el uso de la evidencia” (p.4).*

Sin embargo, lo anterior es complejo de lograr sin primero poseer un pensamiento filosófico que enrumbe lo que se desea conocer (objeto de estudio) y cómo llegar al mismo, siendo así necesario una visión de mundo (posición paradigmática) que permita una mejor comprensión de lo que se estudia, y por ende brinde aportes de mayor calidad a partir de los resultados obtenidos, entendiéndose que “las visiones de mundo son formas abstractas de ver la realidad y reflejan pretensiones que desde el punto de vista ontológico (ser) y epistémico (conocer) tienen las diferentes disciplinas. En este caso en particular, la enfermería a través de los años ha estado influida por diferentes momentos histórico culturales y corrientes filosóficas que han contribuido al desarrollo del conocimiento de la práctica y la investigación” (Stella, 2011, p. 37), por lo que se hace necesario analizar el acontecer paradigmático por el cual ha evolucionado la profesión, y cómo ese proceso de una u otra forma ha direccionado el cauce de las investigaciones realizadas en Enfermería desde una visión patocéntrica (categorizadora), hasta una visión integral y multicausal (transformación), pasando a visualizar a los (as) usuarios (as) como antes poco activos y sólo receptivos a entidades dinámicas, participativas y constructivas de su propia salud.

Por tanto, una investigación basada en el paradigma de la categorización dirige sus esfuerzos a visualizar la problemática como un elemento único, libre de causas alternas y como un componente disgregado, ya que para dicho posicionamiento los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables; a diferencia del paradigma de la transformación, en el cual se plantea que los fenómenos son únicos y exclusivos, por ende no pueden ser igual a los demás, siendo un elemento global que interacciona con el mundo que le rodea (Kérouac y otros, 1996), tomando así múltiples factores asociados que intervienen en un individuo o grupo social, condición determinante para orientar la inves-

tigación de Enfermería hacia una comprensión de mayor envergadura humana.

Si se asume un pensamiento transformador en Enfermería, las líneas de investigación deben ahondar el análisis en la esencia de los individuos, calar en la vivencia de los mismos y entender el mundo desde la particularidad de cada uno (a), ya que la Enfermería Basada en la Evidencia debería hacer uso de lo cuantitativo y cualitativo, buscando evidencias más allá del diseño de la investigación (Morán, 2001).

Esto implica entrar en un debate entre si los resultados tienen o no validez desde lo cualitativo, pero a su vez remonta al enfermero (a) a mantener una visión holística del individuo (s) y un pensamiento paradigmático enraizado en la disciplina. Con esto no se intenta deslegitimar el posicionamiento positivista, más bien implica lograr una convivencia de ambas posiciones, lo cuantitativo y cualitativo.

Para María del Mar Rodríguez y otros (2008, p.21) se puede destacar cuatro aspectos importantes en los que la investigación cualitativa posee trascendencia en el proceso de desarrollo y aplicación de la evidencia a la práctica clínica:

1. La investigación cualitativa ha sido empleada tradicionalmente como precursora del trabajo cuantitativo. Este hecho ha ocurrido de forma habitual como procedimiento para dar contenido a los cuestionarios y encuestas, de tal manera que hoy es difícil encontrar un ensayo clínico en enfermería que conlleve medición de resultados de salud como la satisfacción de los usuarios o la percepción sobre la calidad de vida que no haya sido sustentado en un estudio cualitativo inicial (Savin-Baden citado por Rodríguez, 2008).

2. Los estudios cualitativos primarios pueden también comportarse como fuente, tanto exclusiva como compartida con investigaciones cuantitativas, para el diseño de revisiones sistemáticas.

3. La investigación cualitativa puede ayudar también a explicar con mayor profundidad los hallazgos de los estudios cuantitativos. Black citado por Rodríguez (2008) mantiene que los estudios cualitativos ofrecen una información muy valiosa cuando son utilizados para determinar la efectividad de una intervención, especialmente si ésta se relaciona con el cuidado y se espera de ella un impacto positivo en las percepciones, la satisfacción o la calidad de vida de los pacientes.

4. Uno de los roles fundamentales de la investigación cualitativa consiste en identificar las dificultades con las que se encuentra la evidencia para ser aplicada a la práctica clínica.

Bajo la caracterización de los puntos planteados anteriormente por Rodríguez (2008), y la tendencia paradig-

mática que acontece en la actualidad en la disciplina de Enfermería, el componente epistemológico que priva en la EBE debe enfocarse hacia un pensamiento transformador con metodologías de investigación cuantitativa, cualitativa o ambas, sin optar por una posición excluyente la una de la otra, sino más bien como posibles enfoques complementarios que aportan mejores respuestas a la interrogante que surge en el punto inicial de la Práctica Basada en la Evidencia, siendo este el gran aporte que la evidencia científica de Enfermería podría generar a la práctica, respuestas más profundas a las necesidades del cambio clínico.

### Aplicación de la evidencia a la práctica de enfermería

La Práctica Basada en la Evidencia (PBE), como se ha descrito con anterioridad pretende establecer un puente entre lo que se ha hecho tradicionalmente a nivel práctico, y aquello que debe hacerse de mejor manera por medio de datos científicos que le sustenten, renovando así la prestación de servicios y orientando un accionar más eficaz, eficiente y seguro para los (as) usuarios (as).

Dicho proceso de evidencia cuenta con un grupo de pasos que orientan o guían lo que se desea conocer y cómo llegar a implementarlo en la práctica. Fleming, citado por Eugenia Urra y otros (2010) propone que el proceso en la evidencia y su aplicación práctica incluye primero preguntarse cuál es la información que se necesita en la práctica; como segundo paso dichas interrogantes llevan a la búsqueda de datos bibliográficos para conocer la evidencia externa proveniente de investigaciones; como tercer punto la evidencia se somete a la crítica; y posteriormente la mejor evidencia posible se usa en el plan de cuidados a través de la experiencia clínica y con la perspectiva del paciente; como quinto paso, lo ejecutado es evaluado por medio de la autorreflexión, auditoría o valoración de pares.

Es necesario clarificar cada una de las etapas para así poseer una comprensión más crítica de la EBE. En el primer paso (Planteamiento de la pregunta) es necesario que la inquietud sea sobre un tema específico del entorno donde se desenvuelve la práctica, y depende de enfoques sistematizados para responderla. La pregunta debe ser estructurada y precisa, como cualquier interrogante de investigación, para así tomar decisiones específicas sobre el interés en el cual se centrará la búsqueda de información a posteriori. En el segundo paso se debe identificar la bibliografía al alcance para responder la interrogante, por lo que se puede hacer uso de revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados y aleatorios, así como resultados de investigaciones (cuantitativas y cualitativas), que posean datos validos. Como tercera etapa se encuentra la “valoración crítica de la evidencia”, en la cual por medio de una lectura reflexiva se determina si el estudio cualitativo o cuantitativo posee un rigor metodológico y aporta resultados útiles para el conoci-

to, permitiendo así retirar artículos que sean de calidad inadecuada para la aplicación en la práctica y entorno. La cuarta etapa consiste en transferir la evidencia a la práctica clínica, por lo que los resultados de la investigación se comparten con las instituciones, profesionales y usuarios (as), con la finalidad de cambiar (si es necesario) la práctica clínica actual; siendo acá las guías de práctica clínica una de las herramientas que facilitan el proceso de implementación de la PBE. Por último, la evaluación de los resultados de la utilización de la evidencia permite obtener resultados objetivos del impacto de los cambios realizados en la práctica clínica sobre los servicios prestados. Tal evaluación debe incluir una auditoría que compare la práctica con los estándares previamente señalados (Alcolea, 2011).

El punto central de análisis se basa en cómo hacer realmente efectiva la aplicación de la evidencia en la práctica de Enfermería y cuáles pueden ser las principales estrategias para llegar a alcanzar dicho objetivo, sin embargo, es importante tomar en cuenta que previo a la búsqueda de respuestas eficaces a la aplicabilidad de la evidencia en Enfermería, primero es necesario identificar cuáles son las dificultades, así como las fortalezas de la misma, para a través de un análisis crítico incursionar en las estrategias de la implementación de la evidencia.

Por otra parte, con respecto a las barreras identificadas en un estudio realizado por Parahoo, adaptado por José Ramón Martínez Riera (2003), se hallan 28 principales obstáculos para la EBE, sin embargo se mencionará las primeras diez encontradas:

1. Insuficiente autonomía por parte de Enfermería para modificar cuidados derivados de la investigación.
2. Incomprensión del análisis estadístico.
3. Poco tiempo para la implementación de las ideas nuevas.
4. Desde el punto de vista administrativo, el directivo no facilita la aplicación práctica de los resultados provenientes de la investigación.
5. Falta de credibilidad a la generalización de resultados por parte de Enfermería.
6. Incapacidad en Enfermería para evaluar la calidad de la investigación.
7. Poca colaboración del cuerpo médico para la ejecución de los cambios.
8. Pocas facilidades para la implementación.
9. No hay soporte a la implementación por el resto del personal de Enfermería.
10. No hay obtención de bibliografía relevante en un solo lugar.

Aparte de las barreras anteriormente mencionadas, María Teresa Alcolea (2011) aporta un grupo de limitan-

tes que dificultan que el enfoque se extienda al sector salud, dentro de las cuales destaca que al tratarse de investigaciones secundarias hacen necesario el desarrollo de investigaciones originales que sustenten la calidad metodológica, igualmente la presencia de barreras por parte de los (as) profesionales, así como las instituciones que impiden aplicar los resultados. Rescata la resistencia al cambio por parte de los (as) profesionales de Enfermería, así como la dificultad de algunos (as) de estos (as) de asumir un rol de autonomía.

Por otro lado como principal ventaja de la EBE se encuentra considerarla una estrategia investigativa que apoya la práctica asistencial, convirtiendo ésta última en más efectiva y eficiente al encontrarse basada en estudios rigurosos. Igualmente potencia la autonomía y fomenta la formación continua de profesionales, estimulando así aumentar el conocimiento de la metodología investigativa, y aportando puntos de vista más críticos (Alcolea, 2011). De igual manera permite la actualización del conocimiento, incremento en la confianza de la gestión de Enfermería, así como la mejora en la cohesión de los equipos de trabajo, al basarse en un marco objetivo de funcionamiento (Pérez, Contreras y Olavaria, 2009).

La EBE favorece la creación de protocolos que contribuyen con los procesos de acreditación institucional, al igual que la estimulación del desarrollo de competencias clínicas de los (as) enfermeros (as), asimismo:

*“permite fortalecer la identidad e imagen profesional del (la) enfermero (a) autónomo (a). Por otra parte apoya la solución de un viejo y siempre emergente problema de falta de integración entre la construcción – descubrimiento y aplicación del conocimiento que produce el desfase entre la producción teórico – científica y la práctica clínica y la falta de integración entre enfermeras docentes y clínicas que muchas veces hablan un distinto lenguaje” (Caballero, 2006, p. 20).*

Tomando en cuenta así los elementos favorables de la EBE y los obstáculos para la aplicación de la misma, es necesario ahondar en estrategias que faciliten la implementación en los centros asistenciales de prácticas de Enfermería sustentadas en resultados científicos. Hablar de estrategias para la aplicación de la EBE implica necesariamente centrarse en tres grandes áreas, instituciones o centros de salud, el (la) profesional de Enfermería y la Academia (programas de estudio de Enfermería).

Con respecto a los Centros de Salud se requiere de la formación de grupos que aborden desde una reflexión crítica y comprometida la temática, así como la asignación de presupuesto por el departamento de Enfermería para el desarrollo investigativo. De igual manera los centros de salud deben contar con bases de datos y centros documentales, así como la implementación de estrategias de formación sólida de enfermeros (as) en investigación. También se necesita formación para evaluar investigacio-

nes de manera crítica, saber elaborar reportes de revisiones sistematizadas de literatura, y contar con espacios aptos para la revisión de literatura (Morán, 2001).

El o la profesional en Enfermería también posee una importante responsabilidad en la aplicación de las evidencias de las investigaciones en la práctica, donde se abarca tanto la academia, como la asistencia, siendo la investigación una producción no exclusiva de los (as) académicos (as), sino más bien una responsabilidad compartida de todo el gremio profesional, condición que involucra a aquellos (as) que se encuentran en el ámbito asistencial.

Por tanto, para poder llegar a una práctica lo más beneficiosa posible, los (as) enfermeros (as) que laboran en centros de asistencia deben generar intervenciones fundamentadas en datos científicos que brinden mayor seguridad a las personas, condición que requiere que el (la) profesional oriente sus esfuerzos por investigar, validar resultados en la práctica, participar de los debates y reflexiones en torno a la producción científica, se entrene en la búsqueda de evidencias científicas en bases de datos, socialice, revise y contribuya con la elaboración y evaluación continua de las guías de intervención, generando así una connotación especial a la evidencia de Enfermería al verse la práctica modificada a medida que se va revisando, reconstruyendo y rehaciendo nuevas formas de prestar servicios por parte de Enfermería, a la luz de pruebas que sean válidas (Solís, 2008).

*“Este proceso reviste cambios en la forma de pensar y de sentir el cuidado que se otorga, tanto por parte de las enfermeras/os asistenciales que deben renovar la forma en que abordan día a día su labor de cuidar a los pacientes, con una preocupación permanente por otorgar cuidados en base a evidencias; como en las enfermeras docentes, porque en ellas recae la responsabilidad de infundir en los estudiantes, a lo largo del proceso formador, la inquietud investigativa a través del desarrollo y aplicación de la competencia de pensamiento crítico-reflexivo que los lleve a plantearse preguntas y a desarrollar las competencias en la búsqueda de información, relacionadas con el cuidado, como también en desarrollar una cultura de la autoevaluación permanente de su quehacer” (Eterovic y Stiepovich, 2010, p.10).*

En este punto la enseñanza de Enfermería también cumple un papel protagónico en la evolución de la EBE, si tomamos en cuenta que en la actualidad se requiere una manera diferente de comprender los fenómenos, así como una manera diferente de responder a los cambios producto de los nuevos sistemas de salud, lo que exige promover en los (as) estudiantes procesos de reflexión, análisis y pensamiento crítico (Acevedo, 2009), desde posturas de investigación que permitan al estudiantado entender la relación entre el conocimiento y su aplicación práctica, basado en la racionalidad técnica, en la cual la

práctica competente soluciona problemas mediante la aplicación del conocimiento científico (Medina y Castillo, 2005).

Desde los primeros niveles de pregrado de Enfermería, la investigación debe consolidarse como un potente eje formador en el pensamiento reflexivo de los (as) estudiantes, cimentando así la base del desarrollo disciplinar, y mejorando la praxis de la profesión. Es responsabilidad de la academia conducir los procesos de formación en el ámbito investigativo, no meramente como áreas de interés exclusivas de los pos grados, sino como una fortaleza necesaria desde que el (la) estudiante ingresa al recinto universitario.

Resulta indispensable reflexionar si deben ser los postgrados los únicos formadores de investigadores (as), o debe ser un proceso lineal y continuo en todo momento, que intente mejorar conforme los individuos avanzan de nivel académico; por otra parte, si sólo se fortalece la investigación en niveles de maestría y doctorado, ¿que sucede con aquellos (as) enfermeros (as) que no ingresan a uno y brindan asistencia?, ¿no son estos (as) la mayoría?

Es acá donde se da una ruptura substancial entre la academia y la asistencia, al ser la academia la más interesada en la producción de conocimiento, estableciendo brechas importantes entre el saber y el hacer; sin embargo, es sumamente difícil que un (a) profesional de Enfermería conciba la investigación como un sustento importante para la práctica, si en el proceso de preparación universitaria no se le evidenció su importancia.

Por tanto, los currículos de Enfermería que contengan líneas de investigación como eje transversal en la formación, favorecen la conducción de profesionales que sustentan el hacer en evidencia científica, y a su vez facilita la evolución de la EBE al dotar de habilidades y herramientas cognitivas al (la) enfermero (a) que posteriormente ingresará a un campo laboral en el cual puede ser partícipe de procesos investigativos desarrollados por las instituciones.

Lo importante del caso es que exista una guía paradigmática que oriente los cuestionamientos o problemáticas importantes por tratar, facilitando el uso de herramientas apropiadas que permitan aclarar diferentes tipos de fenómenos y proporcionen un marco en el que tales fenómenos pueden ser primeramente identificados (Meza, 2002), que en el caso de Enfermería tal y como se ha mencionado, debe estar acorde con posicionamientos que aborden a los individuos de manera integral.

*“El proceso de enseñanza aprendizaje es afectado por las concepciones de aprendizaje de estudiantes y profesores, por las intencionalidades curriculares y por los compromisos epistemológicos de los profesores, así como por los procesos cognitivos, factores emocionales y sociales; debido a ello el aprendizaje de la investigación*

*no puede reducirse a alguien que enseña y alguien que aprende, premisa clásica de corrientes como la conductista, la asociacionista y la cognitiva” (Ospina, Toro y Aristizábal, 2008, p. 109).*

En este sentido, la preparación de estudiantes en investigación que contribuyan con el crecimiento disciplinar no sólo debe poseer posiciones integrales del ser humano, sino que debe trascender desde su abordaje a la esencia del mismo, mediante la aplicación de metodologías de investigación que afronten de manera más profunda el fenómeno en estudio, y favorezcan una concepción del individuo (s) desde múltiples determinantes que le componen, siendo esto una responsabilidad compartida entre estudiantado y docentes, donde estos últimos son los que enfrentan el reto de renovar esas condiciones innatas de los (as) estudiantes para investigar, estimulando las actitudes, aptitudes de los(as) mismos(as) para que lleguen a ser implementadas en el quehacer diario, y no queden meramente como un discurso vacío de salón. (Ospina, Toro y Aristizábal, 2008).

## Conclusiones

- Comprender la evolución histórica y científica de una profesión permite poseer conocimiento amplio sobre las diversas etapas por las cuales ha atravesado una disciplina, que, en el caso de Enfermería, si bien es cierto tal proceso es reciente, es cierto también que a finales del siglo XIX con los aportes de Florence Nightingale; el auge en el desarrollo de teorías y modelos conceptuales a partir de los años setenta y el sustento investigativo de los años recientes, que se generan un cuerpo de conocimientos que ha permitido fortalecer día con día la práctica asistencial que brindan los (as) profesionales de Enfermería.

- Si bien es cierto la Enfermería Basada en la Evidencia surge a partir de los principios cimentados en la Medicina Basada en la Evidencia, en la actualidad gracias el análisis reflexivo y posicionamiento paradigmático de la disciplina, la orientación de las investigaciones deben conducir a la ruptura de estudios que fragmentan a los individuos; todo lo contrario, Enfermería como profesión que interviene de manera integral con el ser humano debe dirigir los procesos de investigación bajo enfoques que faciliten la comprensión multidimensional y multifactorial sobre las necesidades que la sociedad necesita sean abordadas.

- La aplicación de evidencia en los ámbitos de la práctica de Enfermería sólo podrá ser llevada a cabo si se logra un compromiso articulado entre las instancias de salud, los(as) profesionales de enfermería y las Instituciones de educación Superior, siendo las primeras responsables de la apertura de espacios de investigación e incentivo del recurso humano y económico para que aquellos(as) profesionales interesados(as) y capacitados(as) sean partícipes de estudios que favorecen la prestación de servicios. Por otra parte las(os) enfermeras(os) deben asumir un compromiso por responder a las demandas sociales

en cuanto a calidad de atención se refiere, principalmente con la aplicación de prácticas lo más seguras posibles. Igualmente es responsabilidad de los(as) profesionales de Enfermería comprometerse con el desarrollo de investigaciones que reduzcan la brecha entre el conocimiento y la práctica.

- Las unidades académicas de Enfermería, al contemplar en sus planes curriculares desde el pregrado enfoques investigativos, contribuyen con la preparación de profesionales reflexivos, críticos y analíticos capaces de tomar conciencia del papel social que representan, y asumir el compromiso de desarrollar procedimientos seguros evidenciados en supuestos científicos.

## Bibliografía

- Alcolea, M; Oter, C y Martín, A. (2011). Fases de la Práctica Basada en la Evidencia. *Nure Investigación*. (53)
- Alcolea, M; Oter, C; y Martín, A. (2011). Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. *Nure Investigación*. (52) Extraído el 28 de mayo de 2011, desde: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLÓGICA/formet\\_52.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLÓGICA/formet_52.pdf)
- Alonso, P. y otros (2004). *Enfermería basada en la evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados*. Primera Edición. Editorial Avances de Enfermería. Madrid: España.
- Caballero, E. (2006). *Enfermería Basada en Evidencias*. Revista de la Sociedad Chilena de Enfermería en Diálisis y Trasplante Renal. 3 (7)
- Canon, H. (2007). La práctica de la Enfermería basada en la evidencia. *Investigación en Enfermería: imagen y Desarrollo*. 9 (1). Extraído el 25 de mayo, desde: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1452/145212857002.pdf>
- Díaz, V y otros. (2007). El paradigma de la enfermería basada en la evidencia (EBE) en la enfermería clínica hospitalaria. *Nure Investigación*. 28. Extraído el 15 de junio, desde: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/INV\\_NURE/PDF\\_proyecto2886200710838.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/PDF_proyecto2886200710838.pdf)
- Eterovic, C y Stjepovich, J. (2010). Enfermería basada en la evidencia y formación profesional. *Ciencia y Enfermería*. XVI (3). Extraído el 28 de mayo de 2011, desde: [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n3/art\\_02.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n3/art_02.pdf)
- Gálvez, A. (2003). Evidencias, pruebas científicas y Enfermería. Reflexión en voz baja y pensamientos inconfesables. *Enfermería Global*. ISSN 1695-6141 (3). Extraído el 15 de junio, desde: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/630/656>
- Gálvez, A. (2003). Un enfoque crítico para la construcción de una enfermería basada en la evidencia. *Investigación y educación en Enfermería*. 21 (1)
- González de Dios, J. (2001). De la medicina basada en la evidencia a la evidencia basada en la medicina. *Anales Españoles de Pediatría*. 55 (05). Extraído el 25 de mayo de 2011, desde: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/37/37v55n05a13020270pdf001.pdf>
- González, M. (2005). Interiorizar la EBE, asumir la práctica basada en evidencias. *Evidentia*. 2 (4). Extraído el 15 de junio de 2011, desde: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/101articulo.php>
- Kérouac y otros. (1996). *El pensamiento Enfermero*. Editorial Elsevier Masson. España
- Loewen, M y Elisa, T. (2009). La teoría revolucionaria de Kuhn y su influencia en la construcción del conocimiento de Enfermería. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 17 (3). Extraído el 25 de mayo de 2011, desde: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/es\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/es_21.pdf)
- Martínez, J. (2003). Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. *Enfermería Clínica*. 13 (5): 303-8
- Medina, J y Castillo, S. (2005). La enseñanza de la Enfermería como una práctica reflexiva. *Texto Contexto Enferm*. 15 (2).
- Meza, L. (2002). Metodología de la investigación educativa: posibilidades de integración. *Revista Comunicación*. 12 (001) Pp.1-13
- Morán, L. (2001). Práctica de enfermería basada en evidencias. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 9 (1-4)
- Ochoa, S. (2005). A propósito de la enfermería basada en la evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación. *Investigación y educación en enfermería*. XXIII (2). Pp. 136-146
- Ospina, B; Toro, J y Aristizábal, C. (2008). Rol del profesor en el proceso de enseñanza aprendizaje de la investigación en estudiantes de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*. 26 (1) pp. 106-114
- Pérez, M; Contreras, y Olavaria, S. (2009). Revisión de los conceptos fundamentales de la Práctica Basada en la Evidencia. *Ciencia y Enfermería XV (2): 27-34*. Extraído desde: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art04.pdf>
- Rodríguez, M y otros. (2008). El debate entre la investigación cualitativa y cuantitativa y su impacto en la práctica enfermera basada en la evidencia. *Revista Electrónica Internacional de Cuidados*. 8 (1). Extraído el 15 de junio del 2011, desde: <http://www.temposvitalis.com/descargas/articulos/2008vol8num1/3debate81.pdf>
- Solís, M. (2008). Nivel de evidencia de las técnicas y procedimientos de enfermería. *Nure Investigación*. 35
- Stella, L. (2011). Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de Enfermería inmersas en el quehacer profesional. *ISSN 0717-2079. Ciencia y enfermería*. XVII (1)
- Urra, E y otros. (2010). Enfermería basada en la evidencia: qué es, sus características y dilemas. *Investigación y Educación en Enfermería*. 28 (1). Extraído el 28 de mayo de 2011, desde: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewArticle/5486/5626>
- Valverde, C. (2007). Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería. *Norte de Salud Mental*. 28. Extraído desde: [http://www.ome-aen.org/NORTE/28/NORTE\\_28\\_030\\_8-15.pdf](http://www.ome-aen.org/NORTE/28/NORTE_28_030_8-15.pdf)



Todas las ilustraciones son obra del artista nacional Jose Arce - Chisco. Desde la revista Enfermería en Costa Rica, agradecemos profundamente su colaboración. Más Información del artista en [www.maiceroproducciones.com](http://www.maiceroproducciones.com).

# La Revista Enfermería en Costa Rica

## Invita a conocer el nuevo sitio web de La Revista Científica



\*Desde 1978 decana en Centro América y pionera en Costa Rica. Publicada semestralmente de forma impresa, la versión electrónica de Enfermería en Costa Rica saluda a quienes, como nosotros, se interesan por la construcción, divulgación y socialización del conocimiento construido en torno a la enfermería y la cultura de los cuidados\*.



Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica, San José



5062257-9522 Fax: 5062257-9557



revistaciencia@enfermeriacr.com

ISSN 1401-1960

Diseño Web



Visita: [www.enfermeria.cr/revista](http://www.enfermeria.cr/revista)