

5

Cuidado Multidisciplinario de la Salud **BUAP**

Año 3, Número 5 • Diciembre 2021 a Mayo 2022
ISSN: en trámite • www.cmsj.buap.mx



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

BUAP®



Cuidado Multidisciplinario de la Salud **BUAP**

Año 3 • Número 5 • Diciembre 2021 a Mayo 2022
ISSN: en trámite • www.cmsj.buap.mx

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

María Lilia Cedillo Ramírez
Rector

José Manuel Alonso Orozco
Secretaría General

Luis Antonio Lucio Venegas
Dirección General de Publicaciones

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Erika Pérez Noriega
Directora

Yara Gracia Verónica
Secretaría Académica

Francisco Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado

CUIDADO MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD BUAP

Erika Pérez Noriega
Directora de la Revista

Erick Alberto Landeros Olvera
Editor Ejecutivo

Rosa María García Aguilar
Editora de Redacción

Francisco Javier Báez Hernández
Secretario Científico

Verónica Miriam Barrón Pérez
Jair Eric Vázquez Torres
José Gabriel Montes Sosa
Comité Jurídico y Ética

Erick Landeros Olvera
Rosa María Galicia Aguilar
Coordinadores

Paul Aguilar Sánchez
René Bautista Castillo
Norma Ofelia Huerta Sánchez
Traducciones

Dulce María Avendaño Vargas
Gestión editorial en Open Journal System (OJS)

CUIDADO MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD BUAP. Año 3. N° 5, Diciembre de 2021 a Mayo de 2022, es una difusión periódica semestral editada por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con domicilio en 4 sur No. 104, Colonia Centro Histórico, Puebla, Pue., C.P. 72000, difundida a través de la Facultad de Enfermería con domicilio en 25 poniente 1304, Colonia Volcanes, C.P. 72410, Puebla Pue., Teléfono: (222) 2295500, Ext. 5618 www.cmsj.buap.mx. Editor Responsable: Dr. Erick Landeros-Olvera cmsj_editor.enfermeria@rd.buap.mx, Reserva de Derechos al Uso Exclusivo N° 04-2021-053110204000-203, ISSN: (en trámite). Ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derecho de Autor de la Secretaría de Cultura. Responsable de la última actualización de este número la Facultad de Enfermería de la BUAP, Mtra. Erika Pérez Noriega, fecha de última modificación, diciembre de 2021.



Cuidado Multidisciplinario de la Salud **BUAP**

Año 3 • Número 5 • Diciembre 2021 a Mayo 2022
ISSN: en trámite • www.cmsj.buap.mx

CONSEJO EDITORIAL NACIONAL

Angélica G. Dávalos Alcázar
Presidenta de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas,
A.C (AMERBAC)

Alejandro Machorro Nieves
Asesor externo de la AMERBAC, A.C. y de la
European Association of Science Editors (EASE)

Sylvia Claudine Ramírez Sánchez
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),
Coordinación de Investigación en Salud

Teresita de Jesús Mijangos Martínez
Profesor investigador de Universidad de la Sierra Sur, Oaxaca

Teresa Margarita Rodríguez Jiménez
UDGVirtual, Universidad de Guadalajara (UDG)

María Olga Quintana Zavala
Universidad de Sonora

Edna Judith Nava González
Centro de Investigación en Nutrición y Salud Pública (UANL)

Francisco Báez Hernández
Profesor Investigador, BUAP- Facultad de Enfermería

María Verónica del Rosario Hernández Huesca
BUAP-Directora General de Estudios de Posgrado

Corina Alba Alba
Universidad de las Américas Puebla (UDLAP)

Elizabeth Martínez Buenabad
BUAP-Instituto de las Ciencias Sociales y Humanidades

Eduardo Monjaraz Guzmán
BUAP-Instituto de Fisiología

CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL

Manuel Amezcua Martínez
Presidente de la Fundación INDEX

Carmen Aidé Fernández Rincón
Universidad del Quindío, Colombia

José Ramón Martínez Riera
Universidad de Alicante, España

Gloria Mabel Carrillo
Universidad Nacional de Colombia

María Helena Palucci Marziale
University of Sao Paulo at Ribeirao Preto College of Nursing, Brasil

Afaf I. Meleis
University of Pennsylvania School of Nursing, Department Family and
Community Health, EUA

Robin Whitmore
Yale School of Medicine

Fawcett Jacqueline
University of Massachusetts Boston

Marie Luise Friedemann
Profesora Emérita, Universidad Internacional de Florida, EUA

CUIDADO MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD BUAP. Año 3. N° 5, Diciembre de 2021 a Mayo de 2022, es una difusión periódica semestral editada por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con domicilio en 4 sur No. 104, Colonia Centro Histórico, Puebla, Pue., C.P. 72000, difundida a través de la Facultad de Enfermería con domicilio en 25 poniente 1304, Colonia Volcanes, C.P. 72410, Puebla Pue., Teléfono: (222) 2295500, Ext. 5618 www.cmsj.buap.mx. Editor Responsable: Dr. Erick Landeros-Olvera cmsj_editor.enfermeria@rd.buap.mx, Reserva de Derechos al Uso Exclusivo N° 04-2021-053110204000-203, ISSN: (en trámite). Ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derecho de Autor de la Secretaría de Cultura. Responsable de la última actualización de este número la Facultad de Enfermería de la BUAP, Mtra. Erika Pérez Noriega, fecha de última modificación, diciembre de 2021.

Índice

Cuidado Multidisciplinario de la Salud BUAP
Año 3 • Número 5 • Diciembre 2021 a Mayo 2022
ISSN: en trámite • www.cmsj.buap.mx

EDITORIAL

- 5** ¿Por qué le llamamos investigación, si queremos decir fraude?
Combatiendo algunas prácticas indecorosas en la ciencia

Manuel Amezcua

INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

- 10** Autocuidado y masculinidades en hombres universitarios
hospitalizados

Ian Coahpetzin Zavala Pérez, Fabiola González Román &
Ma. Del Rocio Figueroa Varela

ESTUDIOS DE CASO Y PROCESO

- 25** Proceso enfermero en el nivel de ansiedad del paciente
en el periodo preoperatorio

Verónica Tlalolini & Montiel Levaro Jorge Alberto

COMUNICACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

- 36** La enseñanza del cuidado humanizado

Norma Verónica Valencia Gutiérrez

- 41** Mesa de reflexión próxima a cumplirse 10 años de la prescripción
por el profesional de enfermería en México. Relatoría

María de los Angeles Zapién Vázquez,
Obed Jazmín Laureano & Eloísa Tixtha López

Editorial

¿Por qué le llamamos investigación, si queremos decir fraude? Combatiendo algunas prácticas indecorosas en la ciencia

Dr. Manuel Amezcua  0000-0001-6864-6164
Catedrático Universidad Católica de Murcia (UCAM),
Presidente de la Fundación Index, Granada, España.

¿Cuáles son las actuaciones que comprometen la credibilidad de un autor? ¿Qué conductas, por comunes que sean, entorpecen el normal progreso de la ciencia? ¿Qué buenas prácticas podemos adoptar para publicar un artículo con honestidad? La presión por publicar (publish or perish) a la que se someten investigadores y académicos para obtener fondos de investigación o acceder a plazas académicas tiene efectos demoledores sobre la ciencia (Neill, 2008). El problema se agrava cuando la imposición se extiende hacia mercado laboral, lo que está alentando un creciente y boyante mercadeo en torno a tácticas poco decorosas para proveerse de méritos curriculares referidos a la experiencia investigadora e incluso a la formación.

En España (y de manera creciente en otros países) se están generalizando prácticas de copia-pegar en trabajos pretendidamente científicos para obtener méritos en abundancia de una manera rápida y sencilla (Amezcua, 2013). En las bolsas de empleo de las administraciones sanitarias se están presentando trabajos “como churros”. Se han acuñado términos como “churriposter” o “churritrabajos” (Santillán, 2018), para designar unas prácticas que no deberían tener cabida en una investigación como la enfermera, teóricamente comprometida con la transformación social. Y que sin embargo se están promoviendo desde algunos entornos académicos, inculcándose a los alumnos como una normalidad. Pero, ¿cómo hemos podido llegar hasta aquí? A los investigadores e investigadoras esta baratería meritocrática nos parece ofensiva. ¿Por qué le llamamos investigación, si queremos decir fraude?

Es cierto que los sistemas de valoración de méritos en muchos casos están pervertidos, pero esto no legitima la comisión de ilegalidades. Al hacerlo de una manera sistemática estamos invirtiendo el sistema de valores de la disciplina, sustentado desde siempre en el esfuerzo y la honestidad. Estamos dejando que una nueva racionalidad se instale entre las jóvenes generaciones, donde solo vale aquello que se puede conseguir en cantidad, cómodamente y de forma instantánea.

**Cuidado
Multidisciplinario
de la Salud BUAP**



nea. Mucho, fácil y rápido. Si estos antivalores los aplicásemos a nuestro ejercicio profesional, probablemente muchos pacientes morirían como consecuencia de la ignorancia y la improvisación en la que nos habríamos instalado.

Cuando apenas acabamos de conmemorar el bicentenario del natalicio de Florence Nightingale, la precursora de la enfermería contemporánea, es obligado traer a colación sus enseñanzas. Porque de ella aprendimos que una profesión como la enfermería solo puede progresar a través del esfuerzo y de un aprendizaje continuo que nos dote de sólidas competencias para ejercer nuestra profesión con seguridad y eficacia (Amezcuca, 2020). Pero también nos enseñó que podemos progresar cuanto queramos actuando con honestidad y compromiso: esfuérate mucho, porque aprenderás rápido y todo te resultará fácil a lo largo de tu vida profesional, nos podría muy bien encomendar.

En nuestro cotidiano enfrentamos no pocas falacias de las que hemos de protegernos como del coronavirus: manteniendo las distancias. “Guste o no, esto es lo que hay”, “Pero si todo el mundo lo hace, hasta los políticos”, “Ahora es lo que toca, ya tendremos tiempo de enmendarlo”. ¿Para ser una persona reputada es necesario actuar primero con ignominia? No deberíamos admitir que esto ocurra en una de las profesiones consideradas más éticas.

El pasado año, el Consejo Internacional de Enfermería, habló en la Asamblea Mundial de la OMS en nombre de los 20 millones de enfermeras que estamos en el mundo para solicitar un mayor impulso de la práctica avanzada como estrategia para atender las necesidades más perentorias de salud que atenazan a nuestro planeta (Consejo Internacional de Enfermeras [CIE], 2019). Los roles ampliados solo son posibles con profesionales bien formadas y comprometidas con el bien común. En la enfermería no hay lugar para tramposos.

La ignorancia actúa de una forma demoledora sobre las conductas humanas. Proctor y Schiebinger (Universidad de Stanford) han acuñado el concepto de Agnotology, que designa la ciencia que estudia la ignorancia, en torno a la cual, siempre según los autores, existe toda una industria de producción de desconocimiento (Proctor y Schiebinger, 2008). Lo cierto es que los editores de revistas científicas estamos familiarizados con estos estados de agnopatía cuando enfrentamos en algunos autores conductas poco ejemplares. Por ejemplo, incluir autorías que no han participado en el estudio, someter el manuscrito a dos o más revistas a la vez (alguna lo aceptará), enviar el artículo una vez publicado a otra revista o presentarlo como primicia en un evento científico, desatender las propuestas de mejora para acudir a revistas menos exigentes, o responder de manera airada y poco respetuosa a los editores, sin tener en cuenta que los más de ellos son pares que han trabajado de manera altruista e invisible para mejorar el trabajo.

Pero sin duda el más común es el plagio, la creciente moda de copiar de manera inmise-



ricorde trabajos ajenos para componer los propios. De hecho, cada vez son más las entidades preocupadas por combatir el fraude en el contexto de la ciencia. Un ejemplo es la National Science Foundation, con sede en EE. UU., que alerta sobre la necesidad de combatir malas conductas científicas, como la autoría complaciente, la fabricación o falsificación de resultados, o el plagio, entendido como la apropiación de ideas, procesos, resultados o texto de otros sin dar el crédito debido, incluyendo el autoplagio o la escritura fantasma, denominada como escritos realizados por autores anónimos a cambio de dinero (Nassi-Calò, 2014).

En 2019, el Comité de Editores de Revistas Científicas de Enfermería, elaboró un Decálogo de Buenas Prácticas en el que de manera expresa muestra su compromiso para “Establecer un procedimiento de detección de plagio y otras malas conductas en la publicación científica, así como la posibilidad de compartir información entre editores sobre la ocurrencia de dichas prácticas como medio para combatirlas” (Martínez, Salamanca y Amezcua, 2020). Es por ello que cada vez son más los editores que utilizan detectores automatizados de plagio, con lo que los depredadores de méritos lo van a tener cada vez más difícil para perpetrar sus engaños.

El plagio es un atentado contra la originalidad y contra la propiedad intelectual, por lo tanto, conlleva connotaciones éticas y consecuencias legales. En el contexto en que nos movemos, la originalidad designa la primera publicación de un trabajo de investigación en una revista primaria, o sea, una revista de investigación (Day, 2005). La publicación múltiple (publicar el mismo artículo más de una vez en diferentes medios) se considera un atentado contra la ética científica y además puede dar lugar a verdaderos conflictos legales. Por ello una revista exigirá al autor una declaración de originalidad.

Cuando el editor se reserva los derechos de distribución, el artículo publicado no puede reproducirse sin su consentimiento. A cambio, el editor se obliga a proteger a los autores contra plagios, la mala utilización de los datos publicados o su reimpresión no autorizada con fines de publicidad o de otra índole (Day, 2005). Por lo general, un editor solo autorizará una nueva publicación en casos muy excepcionales, como su almacenamiento en repositorios institucionales (especialmente los académicos), para una compilación no venal de artículos seleccionados sobre algún tema determinado o en publicaciones-homenaje a un científico, o para su publicación en otro idioma. Sin embargo, algunas partes de un trabajo publicado, como cuadros e ilustraciones, pueden volver a publicarse, por ejemplo, en un artículo de revisión y siempre que se reconozca su procedencia.

Investigadores, académicos y profesionales debemos comprometernos con la adopción de prácticas honestas que garanticen el natural progreso del conocimiento científico. Repasemos finalmente cinco buenas prácticas en la publicación que contribuirán a hacer creíble nuestra trayec-



toria investigadora. Lo hacemos bien cuando (1) proponemos un texto original, o sea, que no ha sido publicado con anterioridad en otro medio, y del que realmente somos autores (seríamos capaces de defender públicamente su contenido); o cuando (2) publicamos investigaciones íntegras y finalizadas, con resultados que no dependan de fases posteriores o provengan de publicaciones fraccionadas (textos “salamis”). También acertamos cuando (3) reconocemos mediante citas las ideas y argumentos que tomamos prestados, o cuando destacamos entre comillas los pasajes literales tomados de otros autores, citándoles naturalmente.

De igual forma, actuamos apropiadamente cuando (4) fundamentamos nuestros trabajos en el acervo procedente de nuestro campo disciplinar, por ejemplo, utilizando como mínimo bases de datos especializadas en nuestra área, que complementamos con otras más generales de la ciencia. En enfermería, por ejemplo, las bases de datos CINAHL y CUIDEN concentran aproximadamente el 80 % del conocimiento enfermero producido en el mundo (Amezcuca et al., 2019). Así pues, cualquier actualización de conocimiento enfermero no sustentado en estos medios podría considerarse inconsistente, ya que omitiría aportaciones importantes. Y lo hacemos bien cuando (5) solicitamos autorización al titular de los derechos de autor para la publicación de cuadros, figuras o partes sustanciales de un texto ajeno y lo reconocemos explícitamente en el trabajo.

Volvemos a evocar a Nightingale para recordar que lo más valioso que tenemos las enfermeras no es el curriculum vitae, sino nuestra reputación como profesionales, ese valor inquebrantable del que nos hacemos merecedores cuando ganamos en credibilidad y confianza, tanto entre las personas que cuidamos como entre nuestros propios colegas. Es verdad que necesitamos profesionales comprometidos con el conocimiento científico, porque es el legado que las enfermeras entregamos a la humanidad, por ello debemos protegerlo con prácticas acordes con lo que entendemos como bueno y beneficioso. La cuestión es si tú que lees este escrito, desde donde quiera que te encuentres, te comprometes a trabajar para este gran anhelo.

Referencias

- Amezcuca, Manuel; Amezcuca González, Ana; Pozuelo Zurera, Sandra; Collado García, José Carlos; Herrera Justicia, Sonia. (2019). Recursos documentales CUIDEN y su utilidad para la evaluación del conocimiento en Cuidados de Salud. *Index de Enfermería*, 28(3), 157-162. <http://ciberindex.com/c/ie/e3283ie> [acceso: 16/09/2021]
- Amezcuca, Manuel. (2020). Florence Now: el triple impacto del poder Nightingale. *Index de Enfermería*, 29(3), 108-11. <http://ciberindex.com/c/ie/e32921> [acceso: 12/09/2021].
- Amezcuca, Manuel. (2013). Papirolatría: Cuando el papel vale más que el talento. *ENE. Revista de Enfermería*, 7(1). http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/375/pdf_21 [acceso:



25/08/2021].

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). (28 de mayo de 2019). *La voz mundial de la enfermería se ha escuchado alta y clara en la reunión de la Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra*. CIF. <https://www.icn.ch/es/noticias/la-voz-mundial-de-la-enfermeria-se-ha-escuchado-alta-y-clara-en-la-reunion-de-la-asamblea> [acceso: 12/09/2021].

Day, Robert A. (2005). *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*. Washington: Publicaciones OPS.

Martínez Qués, Angel Alfredo; Salamanca Castro, Ana Belén; Amezcua, Manuel; Comité de Editores de Revistas Científicas de Enfermería, CERCE. (2020). Decálogo de Buenas Prácticas en la Publicación Científica Enfermera. *Index de Enfermería 2020*; Preedición: e32011. <http://ciberindex.com/c/ie/e32011> [acceso: 16/09/2021].

Nassi-Calò, Lilian. (19 de marzo de 2014). La reproducibilidad en los resultados de investigación: la mirada subjetiva. *SciELO en Perspectiva*. <http://blog.scielo.org/es/2014/02/19/la-reproducibilidad-en-los-resultados-de-investigacion-la-mirada-subjetiva/> [acceso: 16/09/2021].

Neill, Ushma S. (2008). Publish or perish, but at what cost? *J Clin Invest.*, 118(7), 2368–2368. <https://doi.org/10.1172/JCI36371>.

Proctor, Robert N; Schiebinger, Londa (eds.). (2008). *Agnology. The Making and Unmaking of Ignorance*. Stanford, California: Stanford University Press.

Santillán García, Azucena. (2018). Dignidad: Difusión de la investigación enfermera a través de las reuniones científicas. *Evidentia*, 15. <http://ciberindex.com/c/ev/e12172> [acceso: 12/09/2021].

Autocuidado y masculinidades en hombres universitarios

Self-care and masculinities in university men

Autocuidado e masculinidades em homens universitários

*Zavala-Pérez, Ian Coahpetezin  0000-0003-1374-3770

Universidad Autónoma de Nayarit, Unidad Académica de Enfermería,
Maestría en Enfermería y en Estudios de Género.

*Autor corresponsal:

ian.zavala@uan.edu.mx

González-Román, Fabiola  0000-0002-8275-6535

Universidad Autónoma de Nayarit, Área de Ciencias Sociales,
Maestría en Políticas Públicas.

fabiola.gr@gmail.com

Figueroa-Varela, Ma. Del Rocio  0000-0003-0858-383X

Universidad Autónoma de Nayarit, Área de Ciencias Sociales,
Doctora en Psicología.

rocio.figueroa@uan.edu.mx

Valle-Solís, Martha Ofelia  0000-0001-8772-6549

Universidad Autónoma de Nayarit, Unidad Académica de Enfermería,
Doctorado en Ciencias de Enfermería.

martha.valle@uan.edu.mx

Recibido: 08 de noviembre de 2021. **Aceptado:** 01 de diciembre de 2021.

RESUMEN

Introducción. La construcción de la masculinidad hegemónica se considera un factor de riesgo debido a que limita la capacidad de los hombres de percibirse como vulnerables y/o frágiles ante situaciones de evidente peligro. Objetivo: argumentar desde la visión del género cómo la categoría masculinidad, como concepto socialmente configurado por la cultura patriarcal, dificulta el cuidado de sí y determina las conductas de riesgo en los varones en el contexto local y nacional.

Métodos. Diseño cualitativo, desde la perspectiva estructural de las Representaciones Sociales. Las personas participantes son 17 hombres estudiantes de la Licenciatura en



Enfermería. La selección se realizó con la estrategia de muestreo propositivo orientado a encontrar ciertas variaciones en algunas características de los informantes.

Resultados. Los elementos primeros y más frecuentes a ser evocados en la representación social: *higiene, salud, cuidado personal y protegerse*. Respecto a la primera periferia se encuentran elementos que presentan alta frecuencia y baja importancia: *ejercicio, responsabilidad y comer sano*. En el prototípico también se encuentran los que presentan baja frecuencia y alta importancia. Este cuadrante puede expresarse como un subtipo de representación: *condón, seguridad, disciplina, amor propio, bienestar, autonomía, no fumar, apariencia y enfermería*.

Conclusiones. Existen dos ideas generales que emergen respecto a lo argumentado. La primera es una clara ausencia de una ética del cuidado en los hombres aspecto asociado a reflexionarse como sujetos senti-pensantes -conectar con el cuerpo no solo físico sino también emocional. El segundo existe una mirada desde el riesgo, pero no desde la salud.

Palabras clave: Autocuidado, Masculinidades, Universitarios.

ABSTRACT

Introduction: The construction of hegemonic masculinity is considered a risk factor because it limits men's ability to perceive themselves as vulnerable and/or fragile in situations of evident danger. Objective: to argue from a gender perspective how the category of masculinity, as a concept socially configured by patriarchal culture, hinders self-care and determines risk behaviors in men in the local and national context.

Methods: Qualitative design, from the structural perspective of Social Representations. The participants are 17 male students of the Bachelor's Degree in Nursing. The selection was made with the strategy of purposive sampling oriented to find certain variations in some characteristics of the informants.

Results: The first and most frequent elements to be evoked in the social representation: hygiene, health, personal care and protecting oneself. Regarding the first periphery, there are elements that present high frequency and low importance: exercise, responsibility and healthy eating. In the prototypical one we also find those that present low frequency and high importance. This quadrant can be expressed as a subtype of representation: condom, safety, discipline, self-esteem, well-being, autonomy, not smoking, appearance and nursing.

Conclusions: There are two general ideas that emerge with respect to what has been argued. The first is a clear absence of an ethic of care in men, an aspect associated with reflecting on themselves as sentient subjects -connecting with the body not only physically but also emotionally-. The second is that there is a risk-based approach, but



not a health-based approach.

Keywords: Self Care, Masculinity, University.

RESUMO

Introdução. A construção da masculinidade hegemónica é considerada um factor de risco porque limita a capacidade dos homens de se sentirem vulneráveis e/ou frágeis em situações de perigo evidente. Objectivo: argumentar, numa perspectiva de género, como a categoria de masculinidade, enquanto conceito socialmente configurado pela cultura patriarcal, impede o autocuidado e determina comportamentos de risco nos homens no contexto local e nacional.

Métodos. Desenho qualitativo, do ponto de vista estrutural das Representações Sociais. Os participantes são 17 estudantes masculinos do Bacharelato em Enfermagem. A selecção foi realizada com a estratégia de amostragem propositada orientada para encontrar certas variações em algumas características dos informadores.

Resultados. Os primeiros e mais frequentes elementos a serem evocados na representação social: higiene, saúde, cuidados pessoais e protecção de si próprio. Relativamente à primeira periferia, existem elementos de alta frequência e baixa importância: exercício, responsabilidade e alimentação saudável. No prototípico encontramos também aqueles com baixa frequência e alta importância. Este quadrante pode ser expresso como um subtipo de representação: preservativo, segurança, disciplina, auto-estima, bem-estar, autonomia, não fumar, aparência e enfermagem.

Conclusões. Há duas ideias gerais que emergem em relação ao que tem sido argumentado. A primeira é uma clara ausência de uma ética de cuidado nos homens, um aspecto associado à reflexão sobre si próprios como sujeitos sencientes -ligando-se ao corpo não só fisicamente mas também emocionalmente -. O segundo é que existe uma abordagem baseada no risco, mas não uma abordagem baseada na saúde.

Palavras-chave: Autoayuda, Masculinidade, Universitários.

Introducción

Los estudios de los hombres como sujetos genéricos tienen sus inicios en los setenta y ochenta, cuando académicas feministas y algunos hombres estudiosos del género identificaron estereotipos y roles de género que eran la materia prima de las violencias micro y macroestructurales en las



sociedades, en calidad de opresores para entender la situación y construcción masculina (Aguayo y Nascimento 2016; Minello, 2002; Núñez, 2016, Salguero, et al., 2018; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019).

Parte de la representación social de ser hombre, incorpora la idea de evitar emociones, “típicamente femeninas”, como el cariño o miedo; ante todo, los hombres deben ser racionales, fuertes y decididos, dispuestos para proteger, trabajar y proveer, así como el ejercicio de la paternidad, su participación en la esfera doméstica y los significados de su vida sexual (Guevara, 2008; Salguero, et al., 2018).

La perspectiva de género plantea el conflicto del carácter relacional de la masculinidad, la necesidad de estudiar las relaciones de poder, de analizar el carácter histórico del género y el problema fundamental de la mujer (Rubin, 1986). Sin embargo, los hombres en el afán por dominar, en un ejercicio de determinismo viril, también son víctimas del mandato patriarcal y del modelo económico (Granados, 2017; Segato, 2018). Al analizar a los hombres desde una mirada de género se inaugura una nueva perspectiva reflexiva y crítica de la construcción de las masculinidades.

La masculinidad se ha concebido de acuerdo al contexto histórico-social, cultural, político y económico. Sin embargo, existe una constante en todas las definiciones esto es “la dominación” y su herramienta base: la violencia simbólica instalada en los cuerpos dominados (Schongut, 2012). Cuando la violencia simbólica falla, aparecen las formas de dominación explícitas. En consecuencia, los hombres, para sostener la hegemonía, deben sostener la virilidad que en determinado momento histórico caracterice a la imagen hegemónica de la masculinidad (Bourdieu, 2006) y de los roles sociales en un sistema sexo/género culturalmente específico (Connell, 1997).

La hegemonía masculina no es la superioridad lograda por la fuerza, más sí una ascendencia lograda por la capitalización social de ciertos atributos vinculados a determinado colectivo, que permite, avala y legitima el uso de la fuerza sobre grupos e individuos que se encuentren sometidos por quienes sostienen el modelo social hegemónico, por ende es el sustento de poder en donde se da el proceso de negociación y reconfiguración con aquellas que se encuentran subordinadas, dificultando la identificación y definición de estas prácticas de poder, control y regulación.

Demetriou (2001) evita caer en esencialismos biológicos, transhistóricos o transculturales e identifica dos formas de masculinidad hegemónica. La primera es la “hegemonía externa” y la segunda es la “hegemonía interna”; en este sentido la masculinidad no se construye en relación a la subordinación femenina únicamente, sino también por la subordinación de otras formas de masculinidades respectivamente. La dificultad radica, principalmente, en que el poder y la dominación operan por medio de mecanismos implícitos, indetectables, que muchas veces parecen parte del orden “natural” de las cosas; es decir, ambos fenómenos se perciben “normalizados” o “naturaliza-



dos”. Por un lado, la masculinidad hegemónica es más un ideal cultural promovida por la sociedad civil a través de la producción mediática de “masculinidades ejemplares”, como son los estereotipos representados por deportistas, estrellas de cine u otros personajes del ámbito público. Por otro lado, de acuerdo con De Keijzer (2001) menciona que el género se interioriza a través de la interacción social a partir de un complejo y minucioso proceso cultural de incorporación de formas de representarse, valorar y actuar en el mundo. Cabe señalar, que dicho proceso es un continuo a lo largo del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, en este sentido, la masculinidad se entenderá como el conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada.

En otro orden de ideas, la masculinidad desde el punto de vista de la salud, puede ser considerado como un factor de riesgo; en este sentido, Salguero et al. (2018) y la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH, 2019), refieren que en el caso de los varones –sean niños, adolescentes o adultos–, las quejas están vedadas; deben soportar y resistir no solo el dolor físico sino también el emocional por las situaciones que no pueden resolver y que, según los modelos de género, “deberían saber”, pues ellos están para resolverlo todo, no para lamentarse ni para decir “me duele”, “me siento mal”, “estoy cansado” o “no quiero ir a trabajar, pues prefiero quedarme en casa y cuidar de mi hijo”, todo lo cual sería impensable.

El género es uno de los grandes determinantes estructurales de la salud y la enfermedad, creando experiencias de discriminación únicas y variadas. Por ejemplo, la vulnerabilidad ante las infecciones de transmisión sexual (ITS) en hombres que tienen sexo con hombres, es aún mayor en los varones jóvenes, pobres, o indígenas o afrodescendientes (Centers for Disease Control and Prevention [CDCP], 2017; Frasca et al., 2013 citado por la OPS, 2019; Escobar, et al., 2018 y Quintero, 2016). Estas formas de intersección se abordan en el apartado de Determinantes Sociales en Salud (DSS).

De acuerdo con la OPS (2019), tres son las causas principales de muerte que muestran una enorme diferencia entre hombres y mujeres y están claramente vinculadas al ejercicio de la masculinidad hegemónica y sus consecuencias: la violencia interpersonal (en la que destacan los homicidios, con una razón de 7:1), los traumatismos debidos al tránsito (3:1) y la cirrosis hepática (3:1); en estas causas, se relaciona directamente el consumo de alcohol.

En México, según las estadísticas, existen ciertas causas de muerte en mayor porcentaje en hombres que en mujeres, por ejemplo, enfermedades del hígado (7.2% vs. 3.4), accidentes (6.9 vs. 2.9) y agresiones (7.2 vs. 1.1) (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2019).

Cabe resaltar, que estas estadísticas de los últimos datos del INEGI, ya se habían identificado como factores de riesgo para la salud masculina desde la década de los 90 con De Keijzer



(1998), quien teorizó sobre cómo el ser hombre bajo las estructuras sociales imperantes de su rol, representa un factor de riesgo para accidentes, homicidios, lesiones, suicidio, alcoholismo y otras adicciones.

Entonces, medir el riesgo y tener la disposición de vivirse en bienestar/salud implica desarrollar estrategias de autocuidado, que tienen que ver con preocupación y reflexión de las prácticas corporales y sus impactos en los otros y en sí mismo. Significa en esta lógica, dejar de asumir el concepto de varón como si el cuerpo fuese un instrumento 'de aguante': temerario, bravo, competitivo, protector, entre otros atributos intrincados en el concepto de la masculinidad (CNDH, 2019). Por ejemplo, a inicios de la pandemia por COVID-19 los jóvenes varones rechazan el uso cubrebocas, el lavado de manos y no guardan la distancia sugerida, por las creencias de que esa actitud de cuidado y prevención no es masculina (Reis de Sousa et al., 2020).

Desde la mirada con enfoque de género se observan obstáculos en el autocuidado, que también tienen que ver con una socialización masculina tendiente a la competencia, temeridad; es decir, los aprendizajes de género que incorporan el ejercicio de poder, no solo contra otros, sino contra sí mismos, les lleva en muchas ocasiones a pasar por alto el cuidado de su salud al no hacerse revisiones médicas, pues eso cuestionaría su hombría, fuerza y resistencia ante las situaciones adversas (Salguero et al., 2018). En consecuencia, enfermar no entra en la categoría de ser "hombre". Si llegan a enfermar, "ya sanarán solos –afirman–, que por eso son hombres".

El cuidado de sí conceptualizado por Foucault, aplicado para analizar la relación que los hombres establecen con su cuerpo y su salud va contracorriente de las demandas de la masculinidad hegemónica, los hombres renuncian a su cuidado y atención, pues se les exige el trabajo constante ante la incertidumbre o el temor a perder el empleo (OPS, 2019). En ese sentido, cuidar de sí es también cuidar de los otros. La necesidad del cuidado de uno mismo está ligada al ejercicio del poder (Zilli et al., 2019).

Sería interesante abordar la masculinidad como un tema de autocuidado en un posicionamiento de responsabilidad y apropiarse del cuerpo de sí, su salud y bienestar; es aquí donde cobra importancia el uso del análisis cualitativo para describir los testimonios de los hombres respecto a sus conocimientos, creencias, valores y prácticas de cuidado en el entorno cotidiano y cultural del cuidado (Amezcuca & Zambrano, 2012). El razonamiento es el siguiente: Si la construcción de la masculinidad hegemónica se considera un factor de riesgo debido a que limita la capacidad de los hombres de percibirse como vulnerables y/o frágiles ante situaciones de evidente peligro, entonces el cuidado de sí se considera como un contra concepto del patriarcado, que de ser encarnado por los hombres y asumido por las instituciones, familias/hogares, avizoran cambios afirmativos en aras de la igualdad.



El objetivo del presente trabajo es argumentar desde la visión del género cómo la categoría masculinidad, concepto socialmente configurado por la cultura patriarcal, dificulta el cuidado de sí y determina las conductas de riesgo en los varones.

Materiales y métodos

Se trató de una investigación con diseño cualitativo, desde la perspectiva estructural de las Representaciones Sociales. Dicho enfoque se caracteriza por identificar la organización o núcleo (informaciones, creencias, opiniones y actitudes en torno a un determinado objeto social), y por desarrollar explicaciones acerca de las funciones de la estructura.

Las personas participantes son 17 hombres estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nayarit, con un rango de edad de 19 a 22 años. La selección se realizó con la estrategia de muestreo propositivo, orientado a encontrar ciertas variaciones en algunas características de los informantes (Flick, 2004). Este estudio se realizó en dos momentos: el primero comprende la colecta de la información a través de listados libres: esta técnica consiste en proporcionar a los participantes un término inductor o una palabra. Esta técnica se realizó solicitando a los participantes realizarán un listado de cinco términos, expresiones o adjetivos que se les “*ocurrieran*” y se le vinieran a la mente de manera espontánea a partir del término inductor: “Autocuidado”. Se consideró esta población bajo el supuesto de que profesionales de esta carrera tienen en su repertorio saberes y competencias en relación al cuidado de otras personas y la promoción del autocuidado, conformando así un grupo cultural específico.

La asociación libre fue una técnica esencial para recolectar los elementos constitutivos del contenido de la representación. El segundo momento es la realización del análisis prototípico. Este análisis se elaboró a través de la obtención del índice de Smith (Torres-López, Núñez-Sandoval y De la Cruz-Villarreal, 2018). Este cálculo se basa tanto en la frecuencia de mención del término como en el rango de la ubicación que le otorgó cada informante a cada palabra (de tal forma que los primeros mencionados en el listado, tienen un mayor peso que los últimos). Para su obtención, se utilizó el software Anthropac v. 1.0. Se procedió a clasificarlos considerando la frecuencia y el rango promedio.

Muestreo propositivo

De acuerdo con Martínez (2012) y Mendieta (2015), refieren que el proceso de este muestreo es: a) selección de los informantes según el conocimiento del tema, b) identificar quiénes tienen un conocimiento particular del tema. Se intentan encontrar situaciones o casos que representan a otros



similares a ellos. Además, centran su interés en el caso mismo o en un grupo específico de casos -de colección completa- donde se busca incluir a todos aquellos que cumplan con determinado criterio, tal como se presenta en este proyecto de investigación. Ahora bien, de acuerdo a Romney et al. (1986), para hacer un estudio de un grupo cultural específico, con un .95 de nivel de confianza y un promedio de competencia cultural adecuado, se debe tener un tamaño muestral de 17 casos.

En cumplimiento de los aspectos éticos en la investigación, se siguieron las pautas de bioética para garantizar la beneficencia, la no maleficencia, la fiabilidad y la veracidad de la información presentada, así también el proyecto se autorizó en su vertiente de investigación de comportamientos de riesgos en estudiantes universitarios, con registro institucional SIP 21-011, de la propia Universidad Autónoma de Nayarit.

Resultados

En un esfuerzo por conocer la Representación Social (Abric, 1994), del concepto Autocuidado en el grupo cultural de hombres universitarios, se llevó a cabo un estudio en el año 2019 en la Universidad Autónoma de Nayarit. A continuación, se presentan los resultados (Ver [Tabla 1](#)), en donde se clasificó a descriptores como rango alto a la prominencia obtenida >2.81 , en tanto que se consideró como de rango bajo a descriptores ≤ 2.81 .

**Tabla 1.** Representación prototípica del autocuidado en hombres universitarios

Rango		<i>f</i>	Prominencia		<i>f</i>	Prominencia
Alta >4	Higiene	11	(2.36)	Ejercicio	5	(3.20)
	Salud	10	(2.80)	Responsabilidad	5	(4.20)
	Cuidado personal	5	(2.20)	Comer sano	5	(3.80)
	Protegerse	4	(2.00)			
Frecuencia Baja <4	Condón	3	(1.00)	Uno mismo	3	(3.67)
	Seguridad	3	(2.67)	Respeto	3	(3.00)
	Disciplina	2	(2.50)	Dormir bien	3	(3.67)
	Amor propio	2	(2.00)	Cuidado	3	(3.67)
	Bienestar	2	(1.00)	Prevención	3	(3.33)
	Autonomía	2	(1.00)	Nutrición	2	(4.50)
	No fumar	2	(2.00)	Conocimiento	2	(3.50)
	Apariencia	2	(2.00)	Autoestima	2	(3.50)
	Enfermería	2	(2.00)	Estabilidad	2	(3.50)
	Rango promedio 3.06			Evocaciones totales 67.69%		

Fuente: elaboración propia.

Nota. El prototípico constituyen representaciones estereotípicas que usan como patrón de referencia (conjunto especificado de expectativas construidas a partir de la percepción y experiencia).

Según Abric (1994), los elementos contenidos en el primer cuadrante, los primeros y más frecuentes a ser evocados, son elementos considerados centrales y representan los elementos más estables en la representación social: *higiene, salud, cuidado personal y protegerse*.

Respecto a la primera periferia se encuentran elementos que presentan alta frecuencia y baja importancia, que complementan el núcleo central y dan sentido y significado a las representaciones, así como influyen las prácticas sociales: *ejercicio, responsabilidad y comer sano*.

En el prototípico también se encuentran los elementos de contraste, los cuales presentan baja frecuencia y alta importancia caracterizados por su fluidez y posibilidad de cambio. Según Abric, este cuadrante puede expresarse como un subtipo de representación o bien, un elemento complementario: *condón, seguridad, disciplina, amor propio, bienestar, autonomía, no fumar, apariencia y enfermería*.

Finalmente, en la segunda periferia se encuentran los elementos con baja frecuencia y baja



importancia. Los elementos que conforman parte del sistema periférico de las representaciones y que se consideran más emancipados mantienen cierto grado de independencia de la representación central, que es más hegemónica; es decir, son valores y posicionamientos individuales que están en constante transformación vinculados a experiencias inmediatas y asociadas a las prácticas sociales: *uno mismo, respeto, dormir bien, cuidado, prevención, nutrición, conocimiento, autoestima y estabilidad.*

Discusión

El objetivo de la investigación de acuerdo a la información procesada se logró a cabalidad, encontrando coincidencias y divergencias con otros estudios sobre el autocuidado en hombres, desde una perspectiva de género.

Los elementos (inestables) del prototípico ubicados en la segunda periferia y que son observables en las prácticas sociales cotidianas coinciden con Rivas et al. (2018), en el proyecto denominado autopercepción de capacidades de autocuidado para prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes universitarios donde refieren que, a pesar de que las capacidades de autocuidado estén desarrolladas para el cuidado de la salud, las personas no hacen uso de ellas. Esta situación se ha relacionado con la autopercepción; es decir, cuando las personas se perciben sanas, no se preocupan por su salud, luego entonces la cultura patriarcal dificulta el cuidado de sí por estos hombres.

Siguiendo lo propuesto de Muñoz (2013) y la OPS (2019), se refleja que los estudiantes aun cuando puedan adquirir conocimientos, no tienen una apropiación de los valores y prácticas en torno al cuidado de sí, por lo tanto, no se llega a prácticas salutogénicas ni mucho menos a una cultura de cuidado (Amezcuea & Hernández, 2012) para sí mismos, con ello se ratifica que la categoría de masculinidad bajo la égida patriarcal es más poderosa en la configuración simbólica de las identidades, concordando así con lo planteado por Keijzer (1997) y se entiende que no permean así los saberes adquiridos para hacer cambios profundos para la disminución de los riesgos a la salud.

Además, si bien es cierto que los varones estudiantes en la carrera de enfermería posean mayores recursos o estrategias de autocuidado, no significa que dichos recursos sean reflexionados o que sean aplicados en la práctica cotidiana, esto debido a los factores contextuales que en ambos casos no son dimensionados en dichos estudios (Simon et al., 2016), refrendando así las teorías sobre la masculinidad tradicional (Connell 1997, De Keijzer, 2001) y sus atributos para ser y estar en el mundo.



Así mismo, coinciden esta información con lo mencionado por Granados (2017) cuando refiere que el reconocimiento social que se le exige alcanzar a los varones es en el fondo, la imposición de una serie de requisitos con altos costos como la sobremortalidad masculina y la menor esperanza de vida. En este sentido se entiende que aun cuando claramente se esté en un área en donde se adquieren conocimientos sobre salud, los hombres no hablan de sus problemas de salud porque implicaría una demostración de debilidad, de feminización frente a los demás, aun cuando esto implique un riesgo para su bienestar,

Considerando las ideas de Salguero et.al. (2018), es necesario investigar los malestares derivados de los procesos de aprendizaje de género de los hombres, los cuales incorporan estereotipos que dañan el cuidado de su salud. Por ello, es importante documentar las necesidades, molestias e inconformidades de los varones a fin de elaborar estrategias que puedan ayudar a contrarrestarlas al redefinir sus responsabilidades en los espacios reproductivos y relacionales. Es imperioso afirmar un concepto de salud que vaya más allá de lo físico al considerar la parte emocional, pues en ocasiones se relaciona con procesos depresivos y ansiedad, pérdida de autoestima y sentido de pertenencia.

La visión que se tiene de los estudiantes respecto a sujetos de riesgo tiene otro lado, uno afirmativo que habla de que algunos hombres sí han desarrollado una cultura del cuidado, en ese sentido cabría la posibilidad de cuestionarse ¿Cómo es la socialización, la trayectoria y la experiencia de los hombres que tienden a cuidar su salud? ¿Quiénes son esos hombres? ¿Dónde están? ¿Qué se puede aprender de ellos? ¿Cuáles son las realidades que propician estas conductas saludables ¿Cómo se construyen, por ejemplo, una juventud sana y creativa o una jubilación y una vejez plena y exitosa? Todos estos cuestionamientos nos llevan a una perspectiva.

Conclusiones

Los participantes representan el autocuidado desde el riesgo. Además, la categoría de masculinidad bajo la égida patriarcal es más poderosa en la configuración simbólica de las identidades y permean los saberes adquiridos para la disminución de riesgos en salud. Esta conclusión sobresale dado que, al interpretarse la información, se recrea la representación social del autocuidado de los estudiantes de enfermería, como aquello que implica higiene, salud, cuidado personal y autoprotegerse, lo cual implica responsabilidad, hacer ejercicio y comer sano. Ni el núcleo de esta representación ni los otros descriptores, dan cuenta de que los estudiantes identifiquen las formas de interacción con el cuerpo propio y con su entorno, así mismo no hay referencia a su calidad de vida o salud mental, aspectos necesarios para una aproximación salutogénica del cuidado de sí.



Referencias

- Abric, J. C. (1994). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.
- Aguayo, F., & Nascimento, M. (2016). Presentación: Dos décadas de Estudios de Hombres y Masculinidades en América Latina. Avances y Desafíos. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, (22), 207-220. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.09.a>
- Amezcuca, M. & Zambrano, S. (2012). Investigación sobre el cotidiano del sujeto: oportunidades para una ciencia aplicada. Texto & Contexto. *Enfermagem*, 21(3), <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300024>.
- Aresti, N. (2010). *Masculinidades en tela de juicio: hombres y género en el primer tercio del siglo XX*. España: Cátedra Ediciones.
- Bacete, R. (2017). *Nuevos hombres buenos. La masculinidad en la era del feminismo*. Barcelona: Península Atalaya.
- Bonino, L. (2002). Masculinidad hegemónicas e identidad masculina. *Dossiers Feministes*, (6), 7-35. <https://raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/view/102434/153629>
- Bonino, L. (2001). *La masculinidad tradicional, obstáculo a la educación en igualdad*. Congreso Nacional de Educación en Igualdad. Santiago de Compostela: Xunta.
- Bourdieu, P. (2006). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2019). *ABC de la Perspectiva de Género y las Masculinidades*. México. <https://mexicosocial.org/wp-content/uploads/2019/11/ABC-de-las-masculinidades.-CNDH.-2019.pdf>
- Connell, R. W. (1997). La organización social de la masculinidad. En T. Valdes & J. Olavarría (Eds.), *Masculinidad/es: Poder y crisis* (pp. 31-48). Santiago: ISIS International. <http://joseolavarria.cl/wp-content/uploads/downloads/2014/08>
- Demetriou, D. Z. (2001). Connell's concept of hegemonic masculinity: A critique. *Theory and Society*, 30(3), 337-361. <https://doi.org/10.1023/A:1017596718715>
- De Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En E. Tuñón (Coord.), *Género y salud en el Sureste de México*. ECOSUR y UJAT. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/825_rol_psicologo/material/descargas/unidad_2/obligatoria/el_varon_como_factor_de_riesgo.pdf
- De Keijzer, B. (2001). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. *Masculinidades y perspectiva de Género en salud* (pp. 137-152). <http://catedra-laicidad.unam.mx/detalle-articulos-de-interes/251/Hasta-donde-el-cuerpo-aguante%3B-g%C3%A9nero%2C-cuer>



po-y-salud-masculina

- Escobar, J. C., Chiodi, A., & Vázquez, M. (2018). Masculinidades y Salud Integral. Repensando abordajes durante la adolescencia desde una perspectiva de género. *Revista Estudios de Políticas Públicas*, 4(2), 99-109. <http://dx.doi.org/0719-6296.2018.51739>
- Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Gasteiz, V. (2008). *Los hombres, la igualdad y las nuevas masculinidades*. Emakunde instituto Vasco de la Mujer. https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/gizonduz_kanpainak/es_def/adjuntos/guia_masculinidad_cas.pdf
- Granados, J. (2017). Violencia estructural, masculinidad y salud. El sujeto del neoliberalismo. *Salud Problema*, 11 (número especial), 91-102. <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/586>
- Guevara, E. (2008). La masculinidad desde una perspectiva sociológica. Una dimensión del orden de género. *Sociológica*, 23 (66), 71-92. <http://www.sociologiamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/186/177>
- Gutmann, M. (1999). Traficando con hombres: la antropología de la masculinidad. *Horizontes Antropológicos*, 5 (10), 245-286. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71831999000100010>
- Hinojosa, R. (20-24 de noviembre de 2017). *Detección de brechas de género en la educación secundaria en población vulnerable*. XIV Congreso Nacional de Investigación Educativa-COMIE, San Luis Potosí, México. <https://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v14/doc/0275.pdf>
- INEGI. (2021). Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto 2020. *Comunicado de prensa Núm. 61/21*, 27 de enero de 2021, p. 1/4. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf
- INEGI-INMUJERES. (2019). *Mujeres y hombres en México*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2019.pdf
- Mardones Leiva, K. (2019). ¿Deconstrucción o destrucción de los hombres y la masculinidad? Discursos de reordenamientos de género. *Debate feminista*, 58, 98-122. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2019.58.05>
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. *Ciencia & salud colectiva*, 17(3), 613-619. <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2012.v17n3/613-619/es>
- Mendieta Izquierdo, G. (2015). Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Investigaciones Andina*, 17(30), 1148-1150. <https://doi.org/10.33132/01248146.65>
- Minello Martini, N. (2002). Masculinidades: un concepto en construcción. *Nueva Antropología*,



- XVIII(61), 11-30. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15906101&iCveNum=269>
- Muñoz, M. & Uribe, A. (2013). Estilos de vida en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 16(30), 356-367. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497552364009>
- Núñez, G. (2016). Los estudios de género de los hombres y las masculinidades: ¿qué son y qué estudian? *Culturales*, IV(1), 9-31. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69445150001>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Masculinidades y salud en la Región de las Américas*. Washington, D.C.: OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51764>
- Paiva Neto, F.T., Sandreschi, P.F., Días, M.S.A. & Loch M.R. (2020). Dificultades del autocuidado masculino: discursos de hombres participantes en un grupo de educación para la salud. *Revista Salud colectiva*, 16, e2250, 1-11. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2250>
- Provenzano, P. (2017). *Ojos que no ven, corazón que no siente: masculinidades y salud sexual a través del análisis de representaciones sociales de varones* [Tesis de grado]. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1447/te.1447.pdf>
- Ramírez, J.C. (2006). ¿Y eso es la masculinidad? Apuntes para una discusión. En G. Careaga & S. Cruz Sierra (Coords.), *Debates sobre masculinidades, poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía* (pp. 31-56). México: UNAM.
- Reis de Sousa, A., Batista, N., Lopes, S., Fernandes, M., & Macêdo, A. (2020). Expresiones de masculinidades en el cuidado de la salud de hombres en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36, e3855, 1-11.
- Rivas-Espinosa, G., Feliciano-León, A., Verde-Flota, E., Aguilera-Rivera, M., Cruz-Rojas, L., Correa-Arqueta, E., & Valencia-Oliva, A. (2019). Autopercepción de capacidades de autocuidado para prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes universitarios. *Enfermería Universitaria*, 16 (1), 4-14. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.575>
- Romney, K., Weller, S., Batchelder, W. (1986). Culture as consensus: A theory of Culture and Informant Accuracy. *American Anthropologist*, 88(2), 313-338. <http://www.jstor.org/stable/677564?origin=JSTOR-pdf>
- Rubín, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Nueva Antropología*, VIII(30), pp. 95-145. <https://www.unc.edu.ar/sites/default/files/EL%20TR%C3%81FICO%20DE%20MUJERES%20-%20Gayle%20Rubin%2C%201975.pdf>
- Torres-López, T. M., Munguía-Cortés, J. A., & Torres-Valdovinos, M. M. (2018). Representaciones sociales de empleo y desempleo en estudiantes universitarios de Quito, Ecuador. *Reflexiones, Revista Facultad de Ciencias Sociales*, 97(2), 7-22. <https://doi.org/10.15517/rr.v97i2.32704>
- Quintero, Y., Villarroel, J., Pargas, L., Bastardo, G., Angarita, C., Rivas, J. G., & Castañeda, G. (2016). La



- Teoría de Representaciones Sociales, su aplicación en los estudios de salud y enfermedad: el caso de la obesidad. *Revista Facultad de Ciencias de la Salud UDES*, 3(2), 138-148. https://www.journalhealthsciences.com/index.php/UDES/article/view/105/AR.3_Quintero_RepSoc
- Salguero, A., Córdoba, D. & Sapién, S. (2018). Masculinidad y paternidad: los riesgos en la salud a partir de los aprendizajes de género. *Revista Psicología y Salud*, 28(1),37-44. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i1.2546>
- Schongut Grollmus, N. (2012). La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 27-65. <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/119/73>
- Segato, R. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Sinay, S. (2006). *La masculinidad tóxica. Un paradigma que enferma a la sociedad y amenaza a las personas*. Argentina: Ediciones B.
- Simon, L.N., López, M.G., Sandoval, R.I.,&Magaña, B. (2016). Nivel de autocuidado en estudiantes universitarios de cinco licenciaturas del área de la salud. *Cuidarte*, 5(10), 32-43. <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2016.5.10.69114>
- Universidad Autónoma de Nayarit (UAN). Licenciatura en Enfermería (s.f.). *Perfil de egreso*. <https://www.uan.edu.mx/es/licenciatura-en-enfermeria>
- Zamudio, F., Ayala, M. & Arana, R. (2014). Mujeres y hombres. Desigualdades de género en el contexto mexicano. *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 22(44), 251-279. <https://doi.org/10.24836/es.v22i44.149>
- Zilli, F., Siquiera, J., & Griebeler, S. (2019). Michel Foucault y el cuidado de sí en el campo de la salud: una revisión integrativa. *Cultura de los cuidados*, XXIII(53). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.04>

Proceso enfermero en el nivel de ansiedad del paciente en el periodo preoperatorio

Nursing process in the level of anxiety of the patient in the preoperative period

Processo de enfermagem sobre o nível de ansiedade do paciente no período pré-operatório

Tlalolini, Verónica  0000-0001-8367-7540
Licenciada en Enfermería, Secretaría de Salud (SS), Puebla, Puebla, México.

Montiel-Levaro, Jorge Alberto  0000-0002-5112-1932
Médico especialista en anestesiología, Secretaría de Salud (SS), Puebla, Puebla, México.

Recibido: 08 de noviembre de 2021. **Aceptado:** 06 de diciembre de 2021.

RESUMEN

Introducción. La ansiedad es una sensación normal que percibe la persona ante situaciones amenazantes, como lo es el evento quirúrgico. Aproximadamente el 80% de los pacientes que se someten a un tratamiento quirúrgico desencadenan reacciones emocionales como miedo, inseguridad o preocupación, factores que pueden influir en el proceso de recuperación.

Objetivo. Otorgar cuidados de enfermería al paciente en el periodo preoperatorio basados en evidencia científica para disminuir el nivel de ansiedad y contribuir en el desarrollo de una cirugía segura.

Metodología. Se trata de un estudio de caso, que se realizó mediante la metodología del proceso enfermero en sus cinco etapas. Presentación del caso. Mujer de 44 años de edad, con diagnóstico de cáncer de mama derecha programada para mastectomía radical modificada. La valoración se realizó mediante exploración física y el nivel de ansiedad se midió con la escala APAIS.

Diagnóstico de enfermería. Ansiedad relacionada con evento quirúrgico evidenciado por manifestación de incertidumbre, temor y preocupación.

Resultados esperados. Autocontrol del nivel de ansiedad.



Intervenciones de enfermería. Terapia de relajación, comunicación terapéutica y conocimiento del proceso terapéutico.

Conclusión. Las intervenciones se sustentaron con la clasificación de resultados de enfermería (NOC) y la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), lo que contribuyó a otorgar cuidados de una forma organizada y sistematizada y obtener resultados positivos.

Palabras clave: Enfermedad, Cuidados, Ansiedad, Período preoperatorio.

ABSTRACT

Introduction. Anxiety is a normal sensation that the person perceives in threatening situations, such as the surgical event. Approximately 80% of patients who undergo surgical treatment trigger emotional reactions such as fear, insecurity or concern, factors that can influence the recovery process.

Objective. Provide nursing care to the patient in the preoperative period based on scientific evidence to reduce the level of anxiety and contribute to the development of safe surgery. Methodology. This is a case study, which was carried out using the methodology of the nursing process in its five stages.

Case presentation. A 44-year-old woman diagnosed with right breast cancer scheduled for modified radical mastectomy. The assessment was made by physical examination and the level of anxiety was measured with the APAIS scale.

Nursing diagnosis. Anxiety related to a surgical event evidenced by the manifestation of uncertainty, fear and concern.

Expected results. Self-control of the level of anxiety.

Nursing interventions. Relaxation therapy, therapeutic communication and knowledge of the therapeutic process.

Conclusion. The interventions were supported by the Nursing Outcomes Classification (NOC) and the Nursing Interventions Classification (NIC), which contributed to providing care in an organized and systematized manner and obtaining positive results.

Keywords: Nursing, Take Care, Anxiety, preoperative period.

RESUMO

Introdução. A ansiedade é uma sensação normal que uma pessoa sente quando confrontada com situações ameaçadoras, tais como um evento cirúrgico. Aproximadamente 80% dos pacientes submetidos a cirurgia provocam reações emocionais tais como medo, insegurança ou preocupação, que podem influenciar o



processo de recuperação.

Objetivo. Prestar cuidados de enfermagem ao paciente no período pré-operatório com base em provas científicas, a fim de reduzir o nível de ansiedade e contribuir para o desenvolvimento de uma cirurgia segura.

Metodologia. Este é um estudo de caso, que foi realizado utilizando a metodologia do processo de enfermagem nas suas cinco fases. Apresentação do caso. Mulher de 44 anos de idade diagnosticada com câncer da mama direito programado para mastectômica radical modificada. A avaliação foi realizada por exame físico e o nível de ansiedade foi medido com a escala APAIS.

Diagnóstico de enfermagem. Ansiedade relacionada com um evento cirúrgico evidenciada por manifestações de incerteza, medo e preocupação.

Resultados esperados. Autogestão do nível de ansiedade.

Intervenções de enfermagem. Terapia de relaxamento, comunicação terapêutica e conhecimento do processo terapêutico.

Conclusão. As intervenções foram apoiadas pela Classificação dos Resultados da Enfermagem (NOC) e pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), que contribuíram para a prestação de cuidados de uma forma organizada e sistematizada e com resultados positivos.

Palavras-chave. Enfermagem, Cuidados, Ansiedade, Período pré-operatório.

Introducción

De acuerdo con la revisión de la literatura el 80% de los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica, muestran algún nivel de ansiedad durante el periodo preoperatorio. La ansiedad se define como una condición emocional transitoria que consiste en la manifestación de sentimientos de tensión debido a un evento estresante como lo es algún tratamiento quirúrgico. (Gaona y Contento 2018). Algunos autores refieren que casi el 80 % de los casos de ansiedad se asocian a diversos factores entre los que destacan el tipo de cirugía, el grado de información que otorgan los profesionales de la salud respecto al proceso quirúrgico, el tiempo de espera, la preocupación por el resultado de la cirugía, y el temor al proceso anestésico (Hernández et, al 2016).

La ansiedad durante el periodo perioperatorio puede generar una serie de activaciones fisiológicas del organismo tales como temor, nerviosismo, sudoración, taquicardia, temblor de manos entre otras, lo que puede influir en la dosis de anestésicos, la intensidad del dolor, el tiempo de cirugía y la recuperación posanestésica (Vergara, 2017).

La evidencia científica muestra que la visita preoperatoria por parte de enfermería tiene un



efecto significativo sobre el nivel de ansiedad, estos datos resaltan la importancia de que la enfermería especializada realice planes de cuidados dirigidos a minimizar la ansiedad del paciente quirúrgico y contribuir en el desarrollo de una cirugía segura (Bagés et al 2015). Estos planes de cuidado de enfermería deberán estar sistemáticamente organizados bajo el método enfermero, en la primera etapa la enfermera especialista recoge e interpreta el nivel de ansiedad del paciente, a partir de la valoración realiza un juicio clínico de los datos más relevantes que son el fundamento para establecer la inferencia diagnóstica clasificada dentro de la taxonomía NANDA, para después planificar las intervenciones orientadas a minimizar el nivel de ansiedad (Jiménez, Campos e Hidalgo, 2018).

De acuerdo con la revisión de la literatura acerca de la efectividad de las intervenciones de enfermería en el nivel de ansiedad, reportan que la relajación, la terapia de respiración diafragmática y la respiración controlada tienen efectos positivos sobre los niveles de ansiedad (Martínez, Olvera y Villa Real, 2018). Otros autores resaltaron la importancia de otorgar información suficiente al paciente acerca del proceso quirúrgico y hacen énfasis sobre el derecho que tienen los pacientes de estar informados (Barba, 2018).

Objetivo general

Otorgar cuidados de enfermería al paciente en el periodo preoperatorio basados en evidencia científica para disminuir el nivel de ansiedad y contribuir en el desarrollo de una cirugía segura.

Metodología

Se trata de un estudio de caso a un paciente de 44 años en el que se aplicó el proceso de enfermería en sus cinco etapas, valoración de enfermería, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Fundamentado en el marco de valoración del nivel de ansiedad, el uso de la taxonomía NANDA internacional, para formular los diagnósticos de enfermería, posteriormente se establecieron los resultados esperados que describen un estado o conducta que se espera modificar o mantener mediante las intervenciones, de acuerdo con la propuesta de la clasificación de resultados (NOC) y la planificación de las intervenciones con base a la taxonomía de intervenciones de enfermería (NIC) y recomendaciones de Guías de práctica clínica. En la obtención de los datos, se aseguró el trato digno, la confidencialidad y se obtuvo el consentimiento informado que explica el objetivo del PE.



Presentación del caso

Datos de identificación. Se trata de una mujer de 44 años de edad, docente, de religión católica con diagnóstico médico de carcinoma ductal infiltrante.

Datos ambientales. La paciente se encuentra hospitalizada en el servicio de cirugía oncológica de un hospital de tercer nivel, su habitación es compartida con buena iluminación y tiene el equipo necesario para su atención.

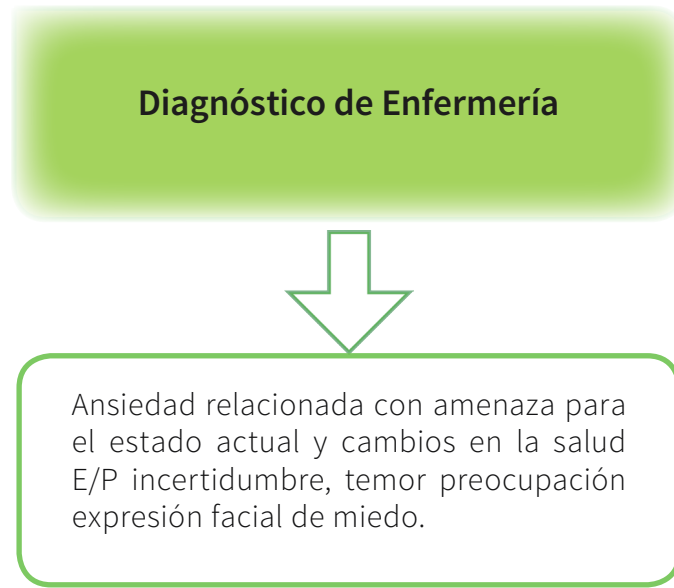
Datos históricos. Inicia su padecimiento con la aparición de un nódulo de aproximadamente dos centímetros en el cuadrante superior interno de la mama derecha, la biopsia guiada con ultrasonido reporta carcinoma ductal infiltrante por tal razón se programa para mastectomía radical modificada.

Valoración de enfermería

Se realiza visita preoperatoria para obtener datos relevantes que fundamenten el plan de cuidados de enfermería. A la valoración física se encuentra paciente consciente, sin medicación preanestésica, en ayuno y con la preparación física para la cirugía, los signos vitales se encuentran en parámetros normales: frecuencia respiratoria de 19 respiraciones por minuto, saturación por oximetría de pulso de 93%, ruidos cardiacos de buena intensidad con una frecuencia de 90 latidos por minuto y una presión arterial de 141/70 mm/Hg durante el interrogatorio refiere tener miedo al procedimiento quirúrgico. El nivel de ansiedad se midió con la escala de ansiedad y necesidad de información preoperatoria de Ámsterdam. Los resultados de la primera subescala que explora la ansiedad preoperatoria con la anestesia y cirugía, se obtuvo una puntuación de 12, lo que indica ansiedad y en la segunda subescala que se refiere a la demanda de información, se obtuvo una puntuación de ocho lo que indica que la paciente requiere información completa (**Figura 1** y **Figura 2**).



Figura 1. Diagrama de diagnóstico.



Fuente: Elaboración propia.

Plan de atención

Los planes de cuidados de enfermería se realizaron de acuerdo a las taxonomías NANDA, NIC y NOC, quedando de la siguiente manera (**Tabla 1**):

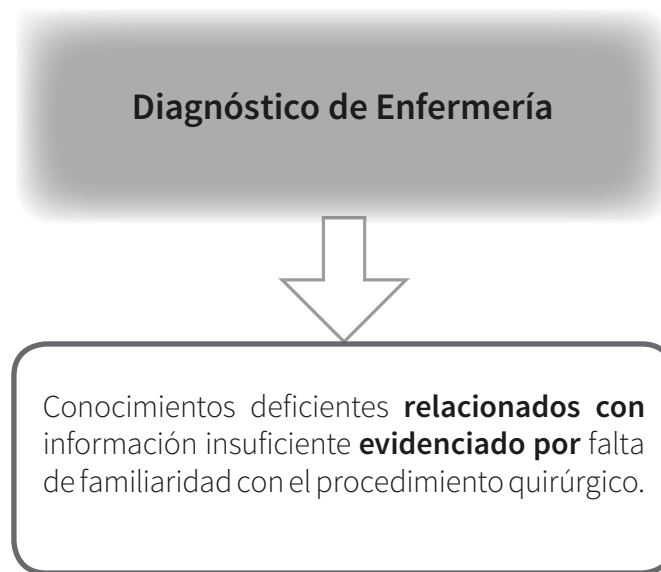
**Tabla 1.** Plan de Atención.

Plan de Atención				
Etiqueta Diagnóstica de Enfermería	Dominio: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase: Respuestas de afrontamiento <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad R/C: Intervención quirúrgica y cambio en el estado de salud. E/P: Expresa preocupación, temor, escala de APAIS reportando niveles elevados de ansiedad.			
Intervenciones de Enfermería	Campo: Conductual Clase: Fomento de la comodidad psicológica Intervención: <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de relación Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Visita preoperatoria • Establecer una relación terapéutica de confianza • Permitir al paciente expresar sus dudas • Explicar el procedimiento mediante imágenes como apoyo didáctico • Enseñar al paciente el fundamento de la relación • Utilizar la técnica de relajación como estrategia complementaria a los analgésicos • Enseñar al paciente la técnica de respiración profunda o diafragmática • Mostrar técnicas de relación mediante folletos como apoyo didáctico • Lograr un aumento en el nivel de bienestar • Registrar y evaluar la respuesta a las intervenciones 			
Evaluación	Resultado Esperado <ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol de la ansiedad 	Indicadores <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza técnicas de relajación. • Ausencia de manifestaciones de ansiedad. 	Escala de medición <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente 5. Siempre demostrado 	Evaluación <p>Puntuación Basal: 2</p> <hr/> <p>Puntuación Diana: 5</p> <hr/> <p>Puntuación Cambio: 3</p>

Fuente: Elaboración propia.



Figura 2. Diagrama de diagnóstico.



Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 1.** Plan de Atención.

Plan de Atención				
Etiqueta Diagnóstica de Enfermería	Dominio: Conocimientos Clase: 4 <ul style="list-style-type: none"> • Déficit de conocimientos R/C: Información insuficiente. E/P: Falta de familiaridad con el proceso quirúrgico.			
Intervenciones de Enfermería	Campo: Conductual Clase: Educación de los pacientes Intervención: <ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza pre quirúrgica Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Conocer las experiencias quirúrgicas previas y el grado de conocimiento con respecto a su procedimiento. • Aclarar y explicar el procedimiento quirúrgico • Orientar acerca de la importancia del ayuno • Informar al paciente la duración esperada de la operación • Darle tiempo para que realice sus preguntas y comente sus inquietudes • Describir las actividades previas al procedimiento • Enseñar al paciente como cooperar durante el procedimiento • Describir la medicación preoperatoria, los efectos de la misma y el fundamento de su utilización • Informar acerca de lo que verá en el quirófano • Explicar el proceso de recuperación • Incluir a los cuidadores en el proceso de enseñanza quirúrgica 			
Evaluación	Resultado Esperado <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento procedimiento terapéutico 	Indicadores <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento terapéutico • Propósito del procedimiento • Precauciones de la actividad 	Escala de medición <ol style="list-style-type: none"> 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso 	Evaluación <p>Puntuación Basal: 2</p> <hr/> <p>Puntuación Diana: 5</p> <hr/> <p>Puntuación Cambio: 3</p>

Fuente: Elaboración propia.



Discusión

Los resultados de la valoración muestran que los procedimientos quirúrgicos generan ansiedad de leve a moderada; datos que coinciden con lo reportado por Gaona y Contenido (2018), quienes valoraron a 75 pacientes quirúrgicos para determinar el nivel de ansiedad preoperatoria y reportaron que más de la mitad del grupo presentaron ansiedad leve; así mismo el trabajo permitió mostrar que las intervenciones prequirúrgicas reducen significativamente el nivel de ansiedad (+ cuatro), resultados consistentes con Bagés, Lleixá, Español, Ibernón, Munté, y Vázquez (2015), quienes muestran un menor nivel de ansiedad posterior a la intervención. Al evaluar el resultado de las intervenciones de enfermería dirigidas al paciente en la etapa prequirúrgica se pudo evidenciar que el proceso enfermero es una herramienta metodológica eficaz para que el profesional de enfermería especialista otorgue cuidados sistematizados con el fin de educar al paciente antes de la intervención quirúrgica y disminuir el riesgo de complicaciones.

Conclusiones

La visita pre quirúrgica realizada por los enfermeros especialistas es una estrategia eficaz que permite identificar el nivel de ansiedad en el paciente preoperatorio e implementar intervenciones de calidad y con evidencia científica dirigidas a disminuir el nivel de ansiedad y favorecer la cirugía segura.

Referencias


- Barba, M. C. (2006). Plan de Cuidados para Pacientes que van a ser Intervenido Quirúrgicamente. *Enfermería Docente*, 84(7), 28-31. <https://www.huvv.es/sites/default/files/revistas/ED-84-09.pdf>
- Blechek M. G., Butcher K. H., Dochterman M. J. y Wagner M. C. (Ed.) (2014) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). España: Elsevier.
- Doñate, M., Litago, C., Monge S. y Martínez. S. R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 37(1), 170-180. scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/docencia3.pdf
- Gaona, R. D. C. y Contenido, F. B. E. (2018). Ansiedad preoperatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora. *Enfermería Investiga*, 3(1), 38-43. <file:///C:/Users/Dell2/Downloads/Dialnet-AnsiedadPreOperatoriaEnPacientesQuirurgicosEnElAre-6538730.pdf>
- Heather Herman,T., Kamitsuru S. (Eds.). (2015). *Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación*



NANDA Internacional. España: Elsevier.

- Hernández, H. A. I., López, B. A. J. y Guzmán, S. J. A. (2016). Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Medigraphic*, 14(1),6-11. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64132>
- Jiménez, A. I., Campos, B. E. e Hidalgo, J. C. (2018). *Efectividad del plan de intervención de enfermería sobre el nivel de ansiedad en los pacientes pre quirúrgicos de Histerectomía en un Hospital de Nacional de Lima* [Tesis de grado no publicada]. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería, Lima, Perú.
- Méndez, M. K. J., Rebolledo, G. M. L., Díaz, C. S., Rodríguez, V. L. A., Acosta, M. B. L. y Mantilla, M. B. (2018). Validación de la escala de ansiedad preoperatoria y de información 20 de Amsterdam en mujeres latinoamericanas con cáncer de mama: Estudio México-Costa Rica. *Psicooncología*, 16(1), 73-88. <https://doi.org/10.5209/PSIC.63649>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria* (1ª ed.) Madrid: Agencia Laín Entralgo.
- Moix, J. y Casado, M. I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n1a3>
- Morhead S., Johnson M., Mass L. M. y Swanson E. (Eds.). (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. España: Elsevier.
- Secretaría de Salud México. (2015). Dirección General de información en Salud. Salud en números. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/menu-informacion-en-salud-dgis>
- Secretaría de Salud. (2010). *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto* (1ª ed.). México: IMSS-CENETEC.
- Valenzuela, M. J., Barrera, S. J. R. y Ornelas, A. J. M. (2010). Ansiedad preoperatoria en Procedimientos Anestésicos. *Cirugía y Cirujanos*, 78(2), 151-156. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=25069>
- Vergara, R. M. (2016). *Validación de la Versión Española del Amsterdam preoperative anxiety and information scale para la evaluación de la ansiedad preoperatoria* [Disertación doctoral]. <https://hdl.handle.net/10630/16340>

La enseñanza del cuidado humanizado

Valencia-Gutiérrez, Norma Verónica  0000-0002-0753-9872
Universidad La Salle, Cancún, Quintana Roo, México.
enfermeria@lasallecancun.edu.mx

Recibido: 30 de agosto de 2021. **Aceptado:** 03 de noviembre de 2021.

Introducción

La enfermería, -dado su objeto de estudio-, es considerada una ciencia biológica y a la vez humanista, por lo que se requiere que los profesionales de esta disciplina desarrollen una sólida formación humanista que les permita reconocerse a sí mismo y a quienes cuidan, como seres biológicos y sociales que se interrelacionan. Sin embargo, dentro de la curricula de esta profesión, son escasas o nulas unidades de aprendizaje que desarrollen competencias para tratar las respuestas humanas de los pacientes que se cuidan dentro del ejercicio profesional. Este ensayo tiene el propósito de mostrar la importancia de la enseñanza del cuidado humanizado a partir de un análisis del humanismo en enfermería, con el apoyo de la pedagogía humanista, la pedagogía del ejemplo y la pedagogía reflexiva como medios para la enseñanza y el aprendizaje en la formación de estudiantes de enfermería.

La filosofía humanista y el cuidado de enfermería

Se ha denominado humanista a toda teoría filosófica que coloca al ser humano por sobre el resto de las realidades, partiendo de la reivindicación de los valores axiológicos. Esta corriente de pensamiento surge en el renacimiento; dentro de sus principales precursores se encuentran Maquiavelo, Tomas de Moro y Erasmo de Rotterdam entre otros, y se caracteriza por el rechazo al pensamiento medieval, colocar al ser humano como centro del universo y la investigación como medio único para llegar a la verdad (Rivas, 2019).

En el mismo orden de ideas, el humanismo en Enfermería se sustenta como fundamento ontológico el cuidado de la persona como eje principal de su paradigma disciplinar, por lo que es no solo una ciencia biológica, sino también humana (Valencia-Gutiérrez). Sin embargo, enfermería en su tránsito de actividad asistencial de la medicina, al logro del estatus como disciplina científica, requirió del acercamiento al positivismo heredado de la antropología médica a finales del siglo



XIX con Florence Nightingale y principios del siglo XX con Augusto Comte en el Consejo de Viena, momentos que se consolidaron con el tecnologicismo del siglo XXI. De acuerdo con Tarrarán y Calderón, esos momentos históricos son agentes causales de la deshumanización en salud y el desplazamiento de aspectos tan relevantes como el alma o espíritu, la armonía, la causalidad, la evolución espiritual y la autotrascendencia del ser humano (Urrea, Jana y García, 2011; Vergel Galván, 2016).

No obstante, a pesar de que la forma en que se ha formado a enfermeras y enfermeros ha sido desde el punto de vista cuantitativo y biologicista, existen diferentes modelos de cuidado que muestran la sensibilidad y el cariño hacia el ser humano a través del cuidado de la salud. Por ejemplo, Jean Watson, quien a través de su teoría considera que el objetivo del ejercicio de la enfermería es facilitar la armonía entre cuerpo, mente y espíritu. Estas acciones se realizan mediante una interacción humana, dicha interacción se refleja en la relación existente entre el paciente y el profesional (Prieto Parrra, 2007). Para Watson, el cuidado se fundamenta en diez factores denominados caritativos de cuidado, que incluyen entre otros, la formación humanista, la Fe, la sensibilidad, la expresión de sentimientos y la creación de un entorno físico, mental, espiritual y sociocultural protector para la salud (Valencia-Gutiérrez, 2021). Es por ello fundamental el abordaje del cuidado humanizado desde la formación profesional.

La formación humanista en enfermería

El humanismo en la educación persigue desarrollar la individualidad y potencialidades del ser humano, reconociéndose como ser único (Guillen y Cuevas, 2012), el estudiante debe ser capaz de reconocer esas potencialidades e individualidades en la persona que cuida, pero, ¿es suficiente un entramado curricular que incluya estas temáticas en asignaturas de corte humanista de forma efímera y teórica?

Létourneau, Goudreau y Cara (2020), encontraron que “el desarrollo del cuidado humanista se ve afectado por los modelos a seguir y contraejemplos”, por eso es que se afirma que el comportamiento humanista que el estudiante aprende, es más del ejemplo que de la teoría. Con base a esta premisa, es como se comprende la importancia de lo que Freire denominó “testimonio” a quien pretende enseñar, ¿cómo enseñar al alumno a brindar un trato humano al ser humano del que se cuida sin la coherencia entre lo que se dice y se hace? El docente de enfermería, debe ser testimonio para dar validez a lo que pretende enseñar, dado que “entre el testimonio de decir y el de hacer el más fuerte es el de hacer”... lo peor para la formación del estudiante es la contradicción entre lo que se dice y se hace (Freire, 2002).



Entonces, ¿cómo pedir al estudiante empatía con el paciente si no se es empático con el estudiante como docente?, ¿cómo pedir al estudiante comprensión y paciencia con el paciente, si no se ha tenido comprensión y paciencia hacia el estudiante?, ¿cómo aprenderá el estudiante a interesarse por el resto de la humanidad, si el docente no se interesa por el estudiante?, no cabe duda que el docente de enfermería debe ser ejemplo de humanismo, reconociendo a sus estudiantes como sus iguales, ejerciendo la empatía y la comprensión particular desde su práctica docente, y en general en sus relaciones humanas.

El cuidado enfermero es mucho más que una competencia técnica y procedimental fundamentada en saber científico, es una interacción humana entre quien se cuida y el profesional de enfermería, por tanto es fundamental enseñar la condición humana (Morin, 1999). El ser humano es más que un ente biológico fragmentado en aparatos y sistemas organizados, es más que funciones fisiológicas o patologías, es un ser integral que posee un cuerpo y un espíritu, que es único y sin embargo forma parte de un todo, que está influenciado por su historia y su contexto, es por tanto un ser complejo.

Dada la relación humana que se desarrolla entre el que cuida y quien se cuida, el desarrollo de capacidades de interrelación se torna esencial, por lo que entonces es tarea del docente enseñar la comprensión, “comprender incluye necesariamente un proceso de empatía, de identificación y de proyección” (Morin, 1999). El enfermero es un ser humano que cuida de otro ser humano, por tanto ambos son seres complejos, cada uno con sus individualidades, con su propio sistema de valores y creencias, con su propio sentido de pertenencia a un grupo social y cultural, con sus propias ideologías, con su propia idiosincrasia, que se relacionan en una intersubjetividad. Enseñar a comprender al otro, indudablemente no es una tarea simple, se requiere del autoconocimiento, de la introspección y del reconocimiento del otro; sin lugar a dudas, no es tarea fácil enseñar la comprensión, se requiere desplazar la polarización y el reduccionismo en todas las áreas, sin embargo, no se trata de tampoco de transformarse en el otro.

El docente de enfermería debe trabajar en la humanización del estudiante como parte integral de la humanidad, enseñando la ética del género humano (Morin, 1999), enseñando al estudiante a ubicarse como parte de un todo; de un grupo social, de una comunidad, de una especie que no es superior o más importante que el resto de las especies, que se desenvuelve en un entorno del que no es propietario y el que debe preservarse por el futuro de la vida. El docente, debe enseñar a su estudiante, a reconocerse más allá de un ser social, como un ser político por cuanto a la necesidad de vivir en libertad y armonía plena dentro de una sociedad.

Desarrollo de competencias de enseñanza para el aprendizaje del cuidado humano. Para desarrollar estas competencias, podríamos iniciar preguntando ¿Cómo enseñar y desarrollar en el es-



tudiante estas capacidades tan profundas y complejas? Es un reto que debe iniciar comprendiendo que, tanto el docente como el estudiante son seres humanos, imperfectos, con atributos positivos y negativos, quienes pueden fallar y equivocarse.

Se requiere entonces de una pedagogía que permita el desarrollo de las capacidades previamente descritas, más allá del testimonio de comprensión y ética del docente, se requiere de una pedagogía reflexiva. A decir de Sherwood y Horton-Deustsch la pedagogía reflexiva “Es un proceso de cambio que incorpora el aprendizaje experiencial al considerar lo que uno sabe, cree y valora dentro del contexto de un evento, discriminando entre reacciones emocionales y usando la información para guiar respuestas y acciones futuras” (Phillips et al., 2017), de esta forma el docente elabora un proceso de metacognición en sí mismo, proceso que debe replicar en el estudiante para lograr un aprendizaje objetivo, intersubjetivo y significativo.

Conclusión

El cuidado enfermero es una actividad profesional eminentemente humana que implica satisfacer las necesidades de la persona que se cuida, pero para que el cuidado sea realmente eficaz, debe ser humano, acompañado de amabilidad, cordialidad, calidez, empatía y buena comunicación; es por ello que se hace indispensable la enseñanza de la enfermería a través de la pedagogía humanista, la pedagogía del ejemplo y la pedagogía reflexiva. Se requiere enseñar la condición humana, la comprensión y la ética del género, para contribuir no solo a la conservación y recuperación de la salud física, sino a la mejora de la salud mental y emocional, a través de un incremento del bienestar y resiliencia del paciente, generando sentimientos de seguridad que brinden una mayor motivación para el cuidado de la propia salud.

Referencias

- Freire, P. (2012). *Cartas a quien pretende enseñar* (2a ed.). México: Siglo veintiuno editores.
- Guillen, C. D. M., & Cuevas, G. L. (2012). Aportaciones del humanismo en la formación de las enfermeras. *Aladefe*, 2(2), 42-45. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/34/aportaciones-del-humanismo-en-la-formacion-de-las-enfermeras/>
- Létourneau, D., Goudreau, J., & Cara, C. (2020). Facilitating and hindering experiences to the development of humanistic caring in the academic and clinical settings: An interpretive phenomenological study with nursing students and nurses. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 17(1), 1-14. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2019-0036>
- Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro* (2ª ed.). Francia: UNESCO.



Biblioteca Digital . <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378091?posInSet=5&query-id=N-EXPLORE-45c448fa-e693-4f74-a6a8-6ad66fd6a6fd>

- Phillips, C., Bassell, K., & Fillmore, L. (2017). Storytelling And Reflective Pedagogy: Transforming Nursing Education Through Faculty Development. *American Journal of Health Sciences (AJHS)*, 8(1), 7-18. <https://doi.org/10.19030/ajhs.v8i1.9953>
- Prieto Parrra, G. I. (2007). Humanización del cuidado de Enfermería. *Enfermería Universitaria*, 4(2), 19-25. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2007.2.459>
- Rivas, R. D. (2019). El humanismo ante los desafíos actuales: una mirada desde la antropología. *Kóot*, 9(10), 192–203. <https://doi.org/10.5377/koot.v0i10.6705>
- Urra M, E., Jana A, A., & García V, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, XVII(3), 11-22. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>
- ValenciaGutiérrez,N.V.(2021).Autovaloracióndelcuidadohumanizado porestudiantesdeEnfermería. *Metas de Enfermería*, 1(24), 7-14. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2021.24.1003081695>
- Vergel Galván, T. (2016). *La humanización del cuidado en el currículo del programa de enfermería, una apuesta de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud* [Trabajo de grado-Especialización] Bogotá: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. <http://repositorio.fucsalud.edu.co/handle/001/436>

Mesa de reflexión próxima a cumplirse 10 años de la prescripción por el profesional de enfermería en México. Relatoría

Zapién-Vázquez, María de los Angeles  0000-0002-3173-9313

Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud. Maestra en Enfermería.
Presidenta de la Red Mexicana de Enfermería en la Prescripción AC.*

*Autor corresponsal:

redprescripcionenf@gmail.com

Jazmín-Laureano, Obed  0000-0002-0783-3502

Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería. Doctorado en Educación,
Coordinador de educación Red Mexicana de Enfermería en la prescripción.

jakobedhotmail.com

Tixtha-López, Eloísa  0000-0002-0891-7804

Instituto Universitario de las Naciones Hispanas. Maestra en Gestión Educativa,
Coordinadora Académica de Maestrías con Enfoque en Salud.

eloisa.academicogmail.com

Recibido: 17 de noviembre de 2021. **Aceptado:** 03 de diciembre de 2021.

El 13 de noviembre del 2021 se llevó a cabo una mesa de reflexión, próximo a cumplirse 10 años de la prescripción de medicamentos de enfermería en México. El evento fue presentado por el comité organizador de la Red Mexicana de Enfermería en la Prescripción A.C. una Asociación Civil sin fines de lucro, representado por ME. Gilberto Acosta Castañeda, Dra. Fani Villa Rivas, MSP. Marisol Delgadillo, MSP. José Carlos Antonio Espinoza, Dra. Gloria Arzate Izquierdo, MSP. Ana María Oviedo Zúñiga, MCE. María Guadalupe Miguel, Dra. Eladia Vargas Alarcón, LE. Olivia H. Vázquez Moreno, LE. Verónica Vázquez Díaz, Mtra. Columba Socorro Galván Reyes, EEP. Joaquina Hernández Herrera, Mtra. Myrna S. Coronado Roblero, Mtra. María Cecilia Victores Rivera, Dra. Mónica Gallegos, LE. Erick Alcaraz Albores, EEN. Sandra Valencia Castillo, Mtra. Silvia Navarrete, ESP. Francisco Beltrán, EEQX. Dionila Diaz Felix, Mtra. Luz María González Jara, Enf. Beatriz Arines Soto, Mtra. Alejandra Martínez Fontánez, PSSLE Miryam Archundia Herrera y EEN. Javier Pérez Gutiérrez.

Personalidades que nos acompañaron como invitados especiales: Mtro. Héctor Olivera Carrasco, Mtra. Eva Reyes, Mtra. Eva Meléndez, Mtra. Silvia Cárdenas, Dra. María Guadalupe Jara Saldaña, Mtra. Nanci Fonseca, Mtra. Esmeralda Méndez Mendoza, Dra. Amalia Ávila Silva, LEO. Fabian



Infante Valdez, LE. Rosa María Naguatt Domínguez, Mtra. Guadalupe Guzmán Montes, Mtra. Lizzeth López López, Mtra. Alma Soto. ME. Silvia Franco Bárcenas, MCE. Leticia Méndez Jiménez, Dr. En Derecho José Luis Bautista, Mtra. Ivonne Pérez Berumen, LE. Flor Beatriz Sarmiento Luna, PSSLE. Luis Fernando Sánchez García, Mtra. Elizabeth Herrera Gil, LE. Bernarda Sánchez e invitados.

A las 9:15 la ME. María de los Angeles Zapién Vázquez presidenta de la REDMEPresc dio la bienvenida de manera sincrónica en las modalidades (presencial, plataforma Zoom y Facebook) se transmitió desde el Salón Porfirio's del emblemático Hotel Geneve situado en la Zona Rosa de la Ciudad de México en el que se encontraban reunidos 80 asistentes líderes de la enfermería mexicana e integrantes activos de la Red originarios de distintos Estados de la República (Puebla, Chiapas, Veracruz, Durango, Chihuahua, Oaxaca, Hidalgo, Estado de México, Ciudad de México, Michoacán).

Durante la bienvenida se mencionaron los avances en estos nueve años a partir de que se publicó en marzo el 2012 en el Diario Oficial de la Federación el adiciónamiento al Artículo 28 Bis de la Ley General de Salud la prescripción por el profesional de enfermería en México, lo anterior se fortalece años después con el decreto el 8 de marzo de 2017 en el que se emiten los lineamientos y los criterios a los que deberán sujetarse los licenciados en Enfermería, así como los pasantes en servicio social con relación a la prescripción de medicamentos del Cuadro Básico de Insumos de Sector Salud ahora llamado Compendio Nacional de Insumos para la Salud que está integrado por veintitrés grupos. El panorama de la prescripción es un área de oportunidad para los profesionales de enfermería desde la práctica avanzada y el rol ampliado que emite la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en donde se menciona que el profesional de enfermería además de prescribir medicamentos tiene la facultad de prescribir insumos y cuidados. De aquí la importancia de conocer las disposiciones internacionales y nacionales que nos permitan emprender o consolidar la práctica privada desde los cuidados domiciliarios con un enfoque de Atención Primaria a la Salud. Una recomendación es consultar la página Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios COFEPRIS, organismo que emite los lineamientos para la apertura de consultorios de salud desde una óptica de prevención y promoción a la salud.

La reunión fue inaugurada por la Mtra. Claudia Leija Hernández, Directora Nacional de Enfermería, quien transmitió un mensaje de reconocimiento a la disciplina del cuidado, reiterando su compromiso para el desarrollo de la profesión en la enfermería de práctica avanzada e independiente, con rol ampliado y en la prescripción de medicamentos; así mismo, mencionó su interés en los resultados que se obtendrían en la mesa de reflexión, lo cual considera importante para el gremio de enfermería, ya que la responsabilidad en el ámbito médico legal, en lo que respecta a medicamentos es algo prioritario para las enfermeras por tal motivo comentó las estrategias que



han realizado desde la Dirección de Calidad y Salud con los programas de capacitación el primer curso virtual de prescripción por el profesional de enfermería y próximo a aperturar en línea el curso de farmacología para enfermería.

Con 80 asistentes presenciales y más de 100 colegas a través de redes sociales, se dio paso a la presentación de cada conferencista. El primero de ellos fue el Mtro. Josué Vázquez Martínez, Profesor investigador de la Universidad de la Costa, quien expuso el Estado de la prescripción por enfermería en la región Costa de Oaxaca. El Maestro identificó que los licenciados en enfermería que laboran en el primer nivel de atención en centros de salud de la región Costa del Estado de Oaxaca, desconocen el Artículo 28 Bis de la Ley General de Salud, y a pesar de ello, prescriben y asumen dicha práctica como una función del gremio. El Maestro Vázquez propone que derivado de los resultados de su investigación, se defienda el rol profesional como «enfermera(o)» al momento de prescribir, sin asumir el título del médico o «doctor»; asimismo, incluir el rol de la prescripción dentro del rol de enfermería con base a los resultados de investigaciones previas.

El evento se engalanó con la segunda conferencia a cargo de la Dra. Juanita Jiménez Sánchez, ex directora nacional de la Dirección de Enfermería y precursora de las Normas Oficiales Mexicanas, donde precisamente se encuentra el proyecto de NOM-023-SSA3-2007 sobre la Prescripción de medicamentos por el personal de enfermería en la atención primaria a la salud. La doctora relató la historia de la creación de las normas oficiales, derivadas de un subcomité de la Dirección General de Educación en Salud en el año 2007. Varias de ellas no procedieron y otras necesitan consolidarse, como PROY-NOM-023-SSA3-2007, que tiene el objetivo de definir los lineamientos y procedimientos para la prescripción de medicamentos por el personal de enfermería en la atención primaria a la salud. Asimismo establecer los criterios y lineamientos para que el personal profesional de enfermería prescriba medicamentos bajo condiciones muy específicas de: modo, tiempo y lugar, así como el listado de los grupos de medicamentos permitidos por la prescripción de enfermería. Las normas, -menciona la doctora-, para ser creadas, modificadas o actualizadas, no solo requieren de evidencia científica, también requieren de sustento jurídico y es donde enfermería necesita fortaleza para el progreso de las mismas.

La tercera conferencia por la presidenta de la Federación Mexicana de Enfermería Quirúrgica (FEMEEQ AC.), la ME. Guadalupe Agrícola López Sánchez, quien explicó de una forma clara y sencilla la evolución del conocimiento de enfermería. La cátedra de la presidenta, fue un lienzo en donde plasmó los paradigmas empírico y hermenéutico-interpretativo. Señaló el verdadero sentido del cuidado de enfermería: «Cuidar de la vida». Asimismo, señaló que la práctica de enfermería que no es derivada de resultados de investigación y humanización del cuidado, no tienen sentido. Aspectos que deben de ser exaltados desde la formación del pregrado, estudiantes que requieren



de motivación y apoyo institucional para el desarrollo de competencias para lograr la comunicación científica a través de la publicación.

La cuarta conferencia, por la Dra. María Teresa Maldonado Guiza, presidenta de la Federación Mexicana de Colegios de Enfermería AC., reconoció a las y los enfermeros que lideraron durante la pandemia. La doctora invitó a la reflexión sobre el avance de la prescripción de medicamentos por parte de enfermería en México y en el mundo. La presidenta enfatizó que es necesario reconocer en los que tienen mayor avance, las estrategias de empoderamiento, sin dejar de considerar las condiciones sociales, políticas, culturales y económicas de cada país. Así contribuir al desarrollo de la prescripción de medicamentos por enfermería. La doctora culmina mencionando que se trata de un esfuerzo colegiado para construir un diagnóstico de donde deriven objetivos para incidir en la práctica independiente, pero que no solo se incluya la prescripción de medicamentos, sino la prescripción de los cuidados e insumos, invitando a sumarse a este tipo de proyectos, a la creación de espacios afines al crecimiento como gremio.

La quinta conferencia a cargo de la Dra. Guadalupe Pérez Hernández, auditora en salud, consultora y catedrática, realizó una reflexión analítica sobre el PROY-NOM-023 y en especial sobre el Artículo 28 bis de la Ley General de Salud. La auditora mencionó que dicho Artículo está condicionado, dado que menciona que en el caso específico de los Licenciados en Enfermería, así como los Pasantes de la Licenciatura, la prescripción de los medicamentos se permite, siempre y cuando «no» se encuentre en el establecimiento de atención primaria a la salud, un médico o cirujano dentista, que pueda expedir la receta. Esta situación representa -en palabras de doctora Pérez-, una incongruencia, dado que, desde el punto de vista legal, un médico se puede deslindar de su responsabilidad al mencionar que la enfermera(o) podía haber recetado en el justo momento en que él estaba atendiendo a otro paciente (si esto fuera una relatoría de hechos). Asimismo, en apoyo a lo antes mencionado por la Dra. Juanita Jiménez, el cuadro básico de medicamentos que puede recetar un profesional de enfermería, debería ampliarse. En el mismo orden de ideas, menciona que las mallas curriculares de los diversos programas de enfermería en el país, no contemplan el desarrollo de competencias en la prescripción de medicamentos por parte de enfermería, dado que no hay programas con suficientes créditos en temas de fisiopatología y farmacología, la mayoría de las instituciones de educación superior no cuentan con laboratorios donde se simule o practique el ejercicio libre de la profesión en el primer nivel de atención, lo cual, considero muy importante para dar seguimiento a una profesionalización que necesitamos, que pedimos y por la cual estamos luchando. La doctora finaliza su intervención invitando a empoderarse del rol ampliado, conocer la normativa para romper sus limitaciones, no sustituir roles del médico, delimitar las funciones para no incurrir en acciones legales y ganar espacios de la industria farmacéutica.



Después de un espacio de reflexión, tocó el turno al DSP. Pierre Burciaga Zúñiga. Coordinador de enlace Centro Nacional de Programas Preventivos y control de Enfermedades CENAPRECE, Catedrático de la UNICLA, quien invitó a reconocer la invisibilidad de enfermería dentro de los procesos del sector salud y la toma de decisiones, por la simple razón de que no se tiene legitimidad. El doctor reflexionó sobre la cuarta revolución industrial, transformando las formas de vivir, producir, relacionarnos, construir las relaciones económicas y comerciales y con ello, los ámbitos que se reconstruirán después de esta pandemia a un son inciertos, estamos en el inicio de tener relaciones sociales totalmente diferentes, Echeverría escribía en el 2018 que el horizonte requerirá para las nuevas generaciones competencias diversas no solo de carácter técnico y metodológico, sino participativas y personales. La apuesta para generar este tipo de competencias (la definición de competencia, sin entrar en las selvas connotativas, nos referiremos a su contexto más histórico al entender la competencia como aquella persona que es capaz o tiene la habilidad de conseguir), en la gestión de información la entendemos como una serie de procesos que abarcan desde la búsqueda, almacenamiento, organización, tabulación, ponderación y análisis, con el fin de controlar y, posteriormente, recuperar de forma eficiente la información producida, almacenada o retenida por cualquier organización para una interpretación de datos clara, precisa y oportuna, y esto permitirá las tomas de decisiones basadas en evidencia, por ende, de forma implícita es la búsqueda constante de la eficiencia y eficacia lo anterior conocido como la revolución tecnológica, advirtiendo que gran porcentaje de los trabajos que realiza el ser humano van a desaparecer, serán sustituidos por la tecnología en un futuro. La sociedad está prefiriendo la «inmediatez» que un proceso de cuidado largo, y el proceso de medicalización pasó de un «qué tiene» a un «qué le duele». Por lo tanto, la prescripción de medicamentos por enfermería representa un área de oportunidad para actualizarse en inteligencia artificial, denotando no solo la capacitación, sino el aprendizaje. La cátedra del doctor cerró con un ejemplo de reflexión, -rompiendo el paradigma de cada uno de los ahí presentes-, respecto a la importancia del uso de la Internet para traducir el conocimiento derivado de resultados de investigación para la toma de decisiones, con el apoyo de diversas plataformas digitales para un análisis bibliométrico exquisito.

Las conferencias cerraron con la participación internacional del Dr. José Ramón Martínez Riera, presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria de Alicante, España. El doctor presentó un análisis de la prescripción enfermera a través de varios cuestionamientos que invitaron a la reflexión de los asistentes ¿la prescripción de medicamentos de enfermería es una mera traslación de actividad rutinaria médica? ¿Aporta valores añadidos? ¿Qué se gana con la prescripción? ¿La prescripción ayuda a solucionar a las personas que atiendo? El doctor Martínez Riera asegura que la prescripción no solo da prestigio al profesional de enfermería, da la posibilidad de servir y fa-



cilitar el acceso a las poblaciones rurales, reduce tiempos, recursos y mejora la comunicación entre colegas y la sociedad, a la cual le da un servicio. Además de que la prescripción ayuda a desarrollar a la profesión. El presidente de la asociación de enfermería comunitaria termina su conferencia mencionando que no solo se trata de una prescripción farmacológica, se trata de una prescripción social, la cual mejora las resoluciones y soporte social, mejora hábitos saludables, la confianza y el estado de ánimo. La prescripción de enfermería sirve para conocer y conectar, y así prescribir.

La actividad académica de esta reunión, concluyó mostrando grandes áreas de oportunidad para trabajar de forma colegiada, que sin duda contribuirán en el desarrollo del rol ampliado en la práctica independiente de enfermería, así como en el empoderamiento de los colegas que desean romper paradigmas y eliminar las limitaciones jurídicas que limitan la prescripción de medicamentos por parte de la enfermería mexicana.