

ISSN 1409-1992

Enfermería

en Costa Rica

Volumen 29/1 2008



FOTOGRAFÍA: LAISSA COTO V.

Arte en la Pampa



Comunicación a las lectoras y lectores

La Junta Directiva del Colegio de Enfermeras y el Comité Editorial de la Revista Enfermería en Costa Rica, presentan el volumen 29(1) 2008.

Msc. Alice Bonilla Vargas
PRESIDENTA JUNTA DIRECTIVA
COLEGIO DE ENFERMERAS

Licda. María Aurelia Ruiz Sánchez
DIRECTORA DE LA REVISTA
ENFERMERÍA EN COSTA RICA

VOLUMEN 29, N° 1, 2008
COLEGIO DE ENFERMERAS DE COSTA RICA
Teléfono: 2257-95-22. Fax: 2257-98-54.
Apartado Postal 5085-1000 San José, Costa Rica.
www.enfermeras.co.cr
E-mail: colegio@enfermeras.co.cr

ENFERMERÍA EN COSTA RICA es una publicación oficial del Colegio de Enfermeras de Costa Rica y es editada semestralmente. Los artículos firmados son de exclusiva responsabilidad de la persona autora. Conforme quienes escriban y dominen la metodología para redactar sus artículos, los textos se ajustarán a nuestros lineamientos de estilo.

Directora: Licda. María Aurelia Ruiz Sánchez
Comité Editorial MSc. María Elida Calderón Gómez
MSc. Mary Meza Benavides
MSc. Elena Mora Escalante

Comunica además, que en sus artículos se incorpora el "lenguaje inclusivo", por lo que es posible que se originen transgresiones a la gramática convencional.

Junta Directiva del Colegio de Enfermeras de Costa Rica 2007-2009

Presidenta: MSc. Alice Bonilla Vargas
Secretaría: MSc. María de los Angeles Hidalgo Ugalde
Fiscal: MSc. Luciana Batista Mata
Tesorera: MSc. Bernardita Valerio Valerio
Vocal II: MSc. Fulvia Elizondo Sibaja
Vocal III: MSc. Betzabé Campos Gutiérrez
Vocal IV: MSc. Deniece Cope Browrey

ISSN 1409-1992

Editorial	4
Investigación	
Estilos de vida en trabajadores (as) del sector administrativo de una empresa transnacional con sede en Heredia, Costa Rica, 2006.	5
Mary Meza-Benavides Estudiantes: Marianne Alfaro-Madrigal, Cristina Araya-Madrigal, Mayrim Cordero-Segura, Marianela Espinoza-Guerrero, Natalia Franco-Chacón, Melania Gómez-Rojas, Braylin Murillo-Alfaro, Noelia Ramos-Solís, Raquel Rojas-Posada	
Investigación	
Implementación de consultas de enfermería pediátrica dirigidas a niños, niñas y población adolescente asmática en clínicas del Área Metropolitana y Esparza: Caja Costarricense de Seguro Social, 2006.	13
Inés Gutiérrez-Gutiérrez, Flory Solano-Blanco, Dilcia Chaves-Hernández	
Investigación	
Programa de intervención de enfermería para la prevención de la ictericia neonatal relacionado con técnicas de alimentación	21
Marten Villegas-Sánchez, Milena Arias-Jiménez, Xenia Álvarez-Jiménez	
Crónica	
Análisis de la adaptación psico-emocional del personal de enfermería al ambiente laboral hospitalario	28
Nadia Flores-Ceciliano	
Ensayo	
Cultura y semiótica de la enfermería transcultural	33
Mary Solano R.	
Información	
Lineamientos para la presentación de manuscritos	39
Información	
Editorial: lineamientos para los autores	42
Nuestra portada	43

En vísperas del Cincuentenario

Alice Bonilla Vargas¹

Históricamente, Enfermería ha apostado a su profesionalización, en concordancia con la cambiante realidad en la que se desenvuelve.

Hoy más que nunca, enfrentamos cambios drásticos en los servicios de salud, consecuencia de procesos y políticas institucionales. Por otra parte, el personal de enfermería no se roza lo suficiente y nuevos actores asoman en la profesión con atribuciones no claramente definidas.

Al mismo tiempo, las necesidades de la población en servicios de salud varían, demandando con urgencia del personal de enfermería, la actualización de paradigmas de organización jerárquica en la definición de perfiles y, en la adjudicación de funciones y responsabilidades.

Este estado de situación requiere además, una legislación con visión de futuro, que elimine los "roces" y los "ruidos" existentes.

Precisamos, además, de una adecuación de los programas de formación y capacitación del personal en armonía con las demandas sociales, las políticas de atención de salud y con el perfil gerencial del profesional moderno. El objetivo, coadyuvar eficientemente en la administración de los recursos, pero sobre todo, en la gestión de la atención del usuario y/o persona enferma.

Además, fortalecer el sentido social de Enfermería, proyectando la profesión hacia procesos que garanticen su propio desarrollo en función del bien común; donde cada profesional es parte, abandonando su individualidad y posibilitando que la profesión se adecúe a los cambios futuros.

Sin embargo, hay quienes pretenden desplazar el

Recurso Humano que representamos los profesionales de Enfermería hacia tecnicidades, sin contemplar la proporción de enfermeras (os) respecto de auxiliares de enfermería y de usuarios. Esa desproporción conlleva a presiones laborales y pocas soluciones para el bienestar de la Enfermería versus el usuario, las instituciones y otros actores.

Los cambios políticos confunden el entendimiento cuando mantienen una especie de equilibrio entre razones opuestas, creando duda acerca de la estabilidad laboral y emocional. ¿Qué pasará mañana?

Esta situación nos obliga -en vísperas del Cincuentenario- a liderar la defensa de nuestra institucionalidad apoyándonos en la legislación. A abandonar la individualidad y volver a nuestra génesis, fusionándonos por el interés común, tan venido a menos últimamente.

En vísperas de cumplir 50 años de fundación, los triunfos de Enfermería y del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, son claramente identificables. Producto de la unidad de enfermeras y enfermeros y de grandes luchas, han beneficiado a la profesión.

La pregunta ahora es: ¿Qué pasará después de los 50 años? ¿Se logrará la estabilidad laboral? ¿Podremos alcanzar nuevas conquistas en beneficio del gremio, que redunden en beneficios para los usuarios de nuestros servicios? ¿Calidad y cantidad, eficiencia y eficacia?

Dejar la desunión y empezar a conjuntar esfuerzos; solucionar los problemas con alianzas estratégicas en aras de la profesión. Ese podría ser el principio de la respuesta.

[1] Presidenta, Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

Estilos de vida en trabajadores (as) del sector administrativo de una empresa transnacional*

Mary Meza-Benavides¹

Estudiantes:²

Marianne Alfaro-Madrigal
Cristina Araya-Madrigal
Mayrím Cordero-Segura

Mariana Espinoza-Guerrero

Natalia Franco-Chacón
Melania Gómez-Rojas
Braylin Murillo-Alfaro
Noelia Ramos-Solis
Raquel Rojas-Posada

RESUMEN

Se presentan los resultados de la investigación sobre estilos de vida saludable en trabajadores(as) del área administrativa de una empresa transnacional ubicada en Heredia, Costa Rica. Dicha investigación se concentra en la elaboración de un diagnóstico acerca de los estilos de vida de la población mencionada.

Para la realización de dicho estudio, se utilizó un instrumento con preguntas abiertas y cerradas, que tuvo por objetivo identificar factores de riesgo o factores protectores para la salud, no solo en el ambiente laboral, sino también en el extralaboral. Se evaluaron básicamente cuatro áreas, a saber: situación económica, hábitos, aspectos psicosociales y condición actual de salud.

Con el propósito de complementar la información obtenida de los cuestionarios, se realizó una observación participante para determinar cómo son las condiciones del lugar del trabajo y registrar la forma en que las personas que trabajan en el lugar realizan sus labores cotidianas, para poder establecer si ambas situaciones favorecen la aparición de alteraciones en la salud.

Como conclusión general se menciona que las personas encuestadas tienen estilos de vida poco saludables, que están relacionados con hábitos alimentarios inadecuados, poca o nula práctica regular de ejercicio físico, mal manejo del estrés, consumo de sustancias tóxicas -principalmente de alcohol y tabaco-, desconocimiento acerca de la realización de autoexamen de mamas y testículos, entre otros muchos elementos que se contemplan para un autocuidado eficaz.

Palabras claves: salud, promoción de la salud, salud laboral, estilos de vida saludable, adultez, enfermería, factores de riesgo, factores protectores.

ABSTRACT

Here we present the results of the investigation about the healthy life style of Administrative Department workers of a transnational company, located on Heredia, Costa Rica. The investigation was focused on a diagnosis elaboration about the life styles of the mentioned population.

In this work, series of questions were the instrument to identify risk factors that attempt to the health of the workers just like in their personal life as inside the work. Four specific areas were evaluated, they are: economic situation, habits, psychosocial aspects and actual health condition.

The observation also was an instrument as a complement to the questions. It let to investigate the work

¹ Máster en Ciencias de Enfermería. Profesora Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica. Correo electrónico: marymeza1@yahoo.com.

² Cursan quinto año de Licenciatura en Enfermería, Universidad de Costa Rica.

* Título completo: Estilos de vida en trabajadores (as) del sector administrativo de una empresa transnacional con sede en Heredia, Costa Rica, 2006

environment and have a record of worker's habits in their routine tasks in order to see if both aspects contribute to increase the health risks.

In conclusion, we noticed the workers have unhealthy lifestyles due to: inadequate alimentary habits, few or none physical exercise, excessively stress, consume of toxic substances especially alcohol and tobacco, ignorance about the breast and testicles self exam, among others elements that an effective self-care should contemplate.

Key words: health, health promotion, work health, healthy life style, adulthood, nursing, risk factors, protective factors.

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida desempeñan un papel importante en lo que concierne a la salud humana y han sido estudiados por varios profesionales de la salud. Por ejemplo, Umaña (2005) identificó una relación estrecha entre los estilos de vida de las personas profesionales en enfermería del Hospital de Guápiles y su condición de salud; relación vinculada con inequidad de género, malos hábitos alimentarios, falta de ejercicio físico, factores afines a la incidencia y prevalencia de enfermedades y envejecimiento precoz. Además, citó a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en lo concerniente a la diferencia entre los conceptos "estilos de vida" y "estilos de vida saludable": los primeros corresponden al conjunto de hábitos y de conductas de cada persona que influyen directamente en la salud humana y repercuten en el proceso de salud como producto social, y los segundos son patrones de comportamiento que favorecen un nivel de salud óptimo.

Carvajal (2005) destacó la importancia de la promoción de la salud para mejorar la calidad de vida de los(as) trabajadores(as). Además, enfatizó que la adopción de hábitos no saludables les afecta en gran medida.

Baldi y Matarrita (2005) desarrollaron un programa de enfermería con las privadas de libertad en el Centro Femenino Institucional "Buen Pastor" e identificaron una deficiente práctica de actividad física, falta de autocuidado en lo relacionado a la salud sexual y reproductiva, además de sobrepeso, cuyo efecto negativo contribuye a largo y a corto plazo a la alteración de la salud. González et al (2004) llevaron a cabo otro programa sobre estilos de vida en el Centro de Investigación de la Facultad de Ciencias Agroalimentarias de la Universidad de Costa Rica (UCR) y afirmaron que la población adulta ha sido

poco investigada, la alimentación que esta consume es inadecuada, el sobrepeso que padecen es considerable y el estrés que sufre llega a niveles importantes al igual que alteración de la salud general. Además, el déficit de autocuidado de la salud sexual y reproductiva es evidente.

Montoya (2004), desde la perspectiva de evaluación nutricional y de los estilos de vida de estudiantes de Ingeniería de la UCR, identificó que el estado nutricional está alterado y que concuerda con prácticas alimentarias inconvenientes, actividad física baja, consumo de alcohol y fumado, tendencia paulatina al sobrepeso e incidencia de enfermedades crónicas.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (1997) definió el concepto de salud como un producto de la interacción entre el Estado y los (as) ciudadanos (as). El concepto implica participación y responsabilidad institucional, social e individual.

Bustamante et al citan a la OMS (1997) y explicitan que la participación social es un proceso dinámico, porque la totalidad de los protagonistas diseñan estrategias de identificación, desarrollo y evaluación de la prioridades para el mejoramiento de la salud. En dicho proceso, la promoción de la salud es una estrategia fundamental para mejorar la salud y mantener el bienestar, porque cada persona recibe las herramientas para que asuma la responsabilidad de su bienestar basándose en el conocimiento de los factores tanto de riesgo como protectores.

Abarca y Nassar (1983) aseguran que la "adultez" es la etapa del ser humano comprendida entre los 20 y 64 años, por tanto, se ha alcanzado la plenitud del desarrollo psíquico y biológico, y su personalidad y carácter se presentan firmes y seguros. La sociedad considera a la persona adulta un ser productivo por lo que se le asigna una serie de papeles. Al incorporarse al mundo del trabajo, se expone a numerosos eventos riesgosos para su salud. De ahí la importancia de implementar acciones que promuevan el bienestar de las personas en diversos campos; se considera entonces que: "*la salud laboral trabaja en pro del bienestar humano, haciendo más seguro y agradable el trabajo como actividad económica remunerable*" (Martínez y Meléndez, 2000: 33).

A partir de esto se deduce que es importante la participación de un equipo interdisciplinario dentro del cual los y las profesionales de enfermería desempeñan un papel crucial, ya que brindan una atención integral tomando en cuenta las siguientes dimensiones: psicosocial, económica, ecológica y biológica (Martínez, 1998).

SUJETOS Y MÉTODOS

Esta investigación tuvo como propósito responder a la siguiente interrogante: *¿Cuáles son los estilos de vida de los trabajadores y las trabajadoras del área administrativa de dicha empresa transnacional durante el primer semestre del 2006?*

Población: correspondió al personal del área administrativa de una empresa transnacional con sede en Costa Rica, cuya labor está relacionada con la importación, almacenaje y distribución de mercadería, así como con mensajería especializada; todas las personas tuvieron la misma oportunidad de participar. Para efectos de la investigación, la muestra seleccionada en dicha área constó de 33 individuos. La participación fue voluntaria, se entregó un cuestionario a cada uno (a), que fue devuelto a los investigadores una vez que lo llenaron.

Métodos: esta investigación correspondió a un estudio cuantitativo de tipo transversal y descriptivo, en el que se aplicaron técnicas de recolección de datos cuantitativos y cualitativos. Entre las primeras técnicas, se emplea un cuestionario elaborado por Alejandra Umaña (2005); en este se incluyen preguntas cerradas y abiertas que abarcan diferentes aspectos, como datos personales, situación económica, hábitos, aspectos psicosociales y condición actual de salud; asimismo, se detallan los estilos de vida dentro y fuera del trabajo y las condiciones de salud de la población participante.

Como parte de las técnicas cualitativas se llevó a cabo una observación directa a cargo de cuatro investigadoras, con una duración de 2 horas, en la cual se describió el proceso laboral de los (as) trabajadores (as) del área ya mencionada, con base en cuatro interrogantes: *¿qué hace el (la) trabajador (a)?, ¿dónde lo hace?, ¿cómo lo hace? y ¿con qué lo hace?* Además, la información obtenida fue utilizada con el fin de determinar factores de riesgo y protectores.

Para el análisis de los datos obtenidos por medio del cuestionario, se realizó una tabulación utilizando el instructivo elaborado por la autora en mención y se procesaron a través del programa estadístico Excel.

RESULTADOS

Por medio de la observación, se identificó que los (as) trabajadores (as) usaban incorrectamente la mecánica corporal; aunque poseían sillas ergonómicas, se movilizaban erróneamente; para alcanzar objetos, contraían frecuentemente el tronco con respecto a

la extremidades superiores e inferiores; cruzaban las piernas por largos periodos; al agacharse mantenían el tronco del lado opuesto a sus extremidades inferiores; si carecían de audífonos, se colocaban el teléfono entre el hombro y la oreja sin interrumpir la labor; movían la cabeza entre el teclado de la computadora y el monitor en un promedio de 12 veces por minuto; el ángulo recto de la espalda con respecto a la silla era preservado dificultosamente y la mecánica corporal fue mejor aplicada por los varones.

1. Datos generales

De las 33 personas, 18 (55%) correspondieron al sexo femenino, 14 (42%) al masculino y únicamente una persona (3%) omitió especificar su sexo. Tres de estas personas (9%) tienen menos de 20 años, la mayoría (76%) se encuentran entre los 21 y los 30 años de edad; tres (9%) oscilan en edades de los 31 y los 40 años, solo un participante (3%) contestó que tenía más de 40 años de edad. En cuanto a estado civil, un 55% son solteros (as), 33% están casados (as), 6% son divorciados (as), solo un 3% contestó otra especificación y un 3% no contestó a la pregunta.

Con respecto al tiempo de trabajo dentro de la empresa, la mayoría, un 63,6%, ha laborado allí entre uno y cinco años; de seis a diez años un 15%; más de diez años un 6% y un 15,1% no respondió a la pregunta.

2. Situación económica

Todos los (as) empleados (as) consideraron que tenían estabilidad laboral (100%). Respecto al salario, un 27% asegura que le satisface ya que con él cubre todas sus necesidades, un 60% las cubre parcialmente y un 11% dice que no le alcanza.

3. Hábitos

La ingesta de agua por día se distribuyó en dos grupos: un 61% tomaba más de 1 litro y un 39% de 1 a 2. Los tiempos de comidas diarias por individuo fueron: tres tiempos para un 64%, tres tiempos y entre tres y cuatro distribuciones de comidas diarias coinciden con un 6%, se alimentaba en dos periodos un 9%, entre dos y tres veces era la costumbre de un 3% y cinco tiempos de comidas era la norma de un 12%. El mantenimiento de horarios regulares de alimentación durante el día fue positivo en un 94% y negativo en un 6% de los sujetos. Sobre la alimentación saludable relacionada con el consumo diario (desayuno, almuerzo y cena) de los diferentes grupos de alimentos, se encontró que una proporción mayor de consumo correspondió a cereales y productos harinosos (31%), los productos de origen animal correspondió a un 22%; las leguminosas representaron un 14%; en cuanto a vegetales no harinosos y legumbres un 13% y, por último, se encontró el consumo de grasas

y azúcares en un 8,8%. Además, la mayoría (73%) afirma estar satisfecha con el tiempo asignado para el almuerzo y la cena, un 15% está insatisfecho y un 12% no opinó.

El consumo de drogas mostró que el alcohol fue señalado por un 59% y el tabaco por un 29%; para otro tipo de drogas un 9% y un 3% (1 persona) no especificó.

Sobre la jornada laboral, la mayoría trabaja 8 horas diarias (82%), menos de 8 horas laboró un 18%. Es necesario señalar que el 100% de las personas consultadas manifestaron que laboran horas extras en periodos de cierre.

El periodo de sueño varió entre 6 y 8 horas diarias (79%), menos de 6 horas (12%) y más de 8 horas diarias (9%). La dificultad para dormir se manifestó en un 30% de las personas encuestadas; es decir, 10 de las 33 personas. El obstáculo para que esos 10 sujetos pudieran conciliar el sueño fue enlistado así: pesadillas, molestias nocturnas, insomnio y miedo a los ladrones.

Más de la mitad de esta población no practica algún deporte ni otro ejercicio físico. Para quienes respondieron afirmativamente, la caminata y el fútbol son las actividades más frecuentes.

En lo que atañe a las relaciones de pareja, se evidenció que 61% tiene una pareja estable y la mayoría de estas personas calificó su relación como excelente y buena. Sobre el uso de tecnología anticonceptiva, un 52 % de las personas sexualmente activas especificaron usar las inyecciones, el dispositivo intrauterino "DIU" y la vasectomía.

4. Autopercepción y satisfacción personal

La mayoría de las personas en el momento de la consulta se percibía aceptada por los demás. Las personas estaban satisfechas consigo mismas (58%), muy satisfechas (36%) o insatisfechas (6%). La satisfacción con la imagen corporal se distribuyó: entre siempre y casi siempre satisfecho (a) un 70%, algunas veces satisfecho (a) un 21% y omiten el dato un 9%.

Respecto a la calidad de vida, esta fue valorada como buena por 20 personas (60,6%), de excelente por 6 (18,2%), de regular para 2 (6,1%) y no la calificaron 5 (15,1%). Además, la calidad de vida fue definida como salud, satisfacción de necesidades, buenas relaciones interpersonales, sentirse bien consigo mismo y estabilidad económica, entre otras.

5. Relaciones interpersonales

La calidad de relación familiar para 15 personas (45,5%) era excelente, buenas para 17 sujetos (51,5%) y para una persona era mala (3%). Al res-

pecto, un 73% estimó que tanto el tiempo compartido como las actividades realizadas conjuntamente con la familia eran satisfactorias; muy satisfactorias para un 15%; poco satisfactorias para un 6% e insatisfactorias para un 3%. En lo que concierne al tiempo compartido con las amistades y el tipo de actividades que realizan, un 50% declaró satisfacción, un 30% mucha satisfacción y un 12% estaba poco satisfecho.

6. Aspectos laborales

En lo que concierne a la satisfacción laboral, un 70% se sentía entre satisfecho y muy satisfecho, y un 30% poco satisfecho. La relación entre compañeros de trabajo era buena para un 70% (21 personas), excelente para un 24,3% (8 funcionarios) y regular para un 6% (2 sujetos) pero otro 6% (2 empleados) evadieron responder. Entre las causas que afectan la vida laboral estaban: relación con compañeros (as), carga de trabajo, estrés y desigualdades como preferencias, injusticias e inequidades, entre otras.

7. Condición de género

En cuanto a desigualdades relacionadas con el género, la mayoría mencionó que esto no se da en el trabajo (72%); sin embargo, llama la atención el hecho de que para el 28% sí existen situaciones de discriminación por motivos de género. Traducido a números absolutos, 12 personas dijeron que existía desigualdad de oportunidades de capacitación y de asenso; para 9 sujetos la inequidad la acarrea el abuso de poder del jefe hacia los subordinados; para 8 personas el abuso era más bien entre compañeros (as). De los 33 sujetos seleccionados 2 de ellos habían sufrido acoso psicológico u hostigamiento pero ninguno citó acoso sexual, y en este caso, 13 evadieron responder.

8. Manejo del estrés

Referente con la existencia de nivel de estrés, un 100% de los sujetos negaron estar muy estresados, pero un 27 % sí estaba estresado y un 64% poco estresado. Quienes dijeron estar libres de estrés y quienes no respondieron la pregunta llegaron a 6% cada uno (2 personas por ítem). Las causas de estrés enlistadas tenían 2 orígenes. En primer lugar, derivadas del contexto laboral: abuso de autoridad, trabajo bajo presión, colaboración deficiente, estado de ánimo del jefe, impuntualidad, trabajo excesivo, salir tarde cuando trabajan horas extraordinarias, falta de organización y dificultad para concluir el trabajo, y en segundo lugar, derivadas de situaciones personales y familiares: enfermedad del sujeto o de un familiar, estudio, problemas con la pareja y deudas. La forma particular de manejar el estrés fue satisfactoria y muy satisfactoria para un 27%, poco satisfactoria para un 12% y nada satisfactoria para un 3%.

7. Percepción del estado de salud y su autocuidado

El estado de salud fue percibido como bueno por un 13%, siempre saludable y en plena forma un 74% y algunas veces el estado de salud era bueno para un 13%. Además, definieron salud como vida en constante equilibrio espiritual y corporal, descanso, desempeño social y laboral, bienestar corporal, peso adecuado para cada uno, disfrutar la calidad de vida y mantener una rutina de ejercicio o deporte. Asimismo, les preocupaba que su salud se afectara por el agotamiento físico o el cansancio mental, ante la posibilidad de enfermar y a un grupo de personas le inquietaba la alteración del bienestar relacionado con mal humor, tensión, sensación de opresión en la cabeza, necesidad de sentirse ocupado (a), dificultad en la toma de decisiones, levantarse sin ánimo y no disfrutar las actividades cotidianas.

Por otra parte, entre un 31% y un 69% del grupo femenino obviaba el papanicolau y la razón fue la falta de tiempo y de información. El autoexamen de mamas lo efectuaban 7 de ellas, mientras 10 no lo practicaban. La práctica de realizarse el autoexamen de testículos fue negativo en el 100% de varones.

8. Antecedentes patológicos

Un 33% de las personas había sido sometido a intervenciones quirúrgicas como quistes, histerectomías, displasia de caderas, hernias, apendicitis y fractura de codo. Un 94% de los sujetos no había tenido incapacidades, pero para un 12% se dio la incapacidad en una oportunidad y una persona se incapacitó 2 ó 3 veces y otra no contestó. Las causas de incapacidades fueron licencias por maternidad, trastornos gastrointestinales y dolores músculo-esquelético. De los 33 trabajadores (as), 3 recibían fármacos, como propranolol y atenolol. Entre los antecedentes médicos personales: 5 trabajadores (as) habían sufrido de alergias, 3 de obesidad, 2 de anemia e igual número de trastornos respiratorios. Los sujetos refieren los siguientes antecedentes familiares en cuanto a padecimientos: colesterol y triglicéridos elevados 13 personas, hipertensión arterial 12, diabetes, obesidad y trastornos gastrointestinales 11 para cada problema, alergia 6, cefaleas, cardiopatías y anemia 4 por rubro, enfermedades infecciosas y trastornos respiratorios 3 de cada uno, trastornos mentales 2 y por trastornos genitourinarios, traumatismos y hepatitis una persona.

DISCUSIÓN

Es evidente que hay más mujeres que hombres laborando en el área administrativa de esta empresa, por ello es importante analizar el estilo de vida y la

condición de salud que se presenta en esta población ya que en la actualidad aún existen diferencias de género en los distintos escenarios en los que todo individuo se desenvuelve.

El rango de edad más frecuente es de 21 a 25 años, lo que implica que la población laboral de dicha empresa corresponde a adultos (as) jóvenes que recién empiezan o que llevan poco tiempo dentro de la fuerza productiva del país.

La soltería es la condición que predomina ya que esta es una población adulta joven. Además, en la actualidad es común que las personas contraigan matrimonio cada vez a edades más avanzadas pues hoy existen más oportunidades de estudio y de trabajo que desplazan las pretensiones maritales.

El que el 64% de la población participante cuente con una condición académica universitaria, demuestra el interés creciente por obtener títulos profesionales, lo que puede reflejar una búsqueda por mejorar la calidad de vida.

Con respecto a los años trabajados, la mayoría de las personas que participaron tiene más de un año laborando, lo que puede significar una cierta estabilidad en el puesto; sin embargo, se ve como esta cifra va decreciendo según el paso del tiempo. Por otra parte, esta estabilidad refleja un aspecto positivo para el desarrollo del individuo, ya que el contar con un trabajo seguro repercute directamente en su desarrollo personal y social.

Es interesante saber notar que la mayoría perciben que su salario no satisface completamente sus necesidades básicas, lo cual puede repercutir en la adquisición de estilos de vida que permitan optimizar el bienestar de la persona.

En cuanto a los hábitos alimentarios, la ingesta de agua u otros líquidos constituye un problema para la salud dada la necesidad diaria del organismo de hidratarse constantemente.

Por otra parte, llama la atención el poco consumo de frutas y vegetales, lo que implica un riesgo para la salud, por la escasa ingesta de vitaminas y minerales esenciales para mantener el organismo. No obstante, aunque el porcentaje de consumo de grasa y azúcares equivale a un porcentaje bajo, es importante saber que los productos más consumidos están representados por las comidas rápidas. Otro problema está reflejado en los tiempos de comida pues la mayoría (64%) no cumple con los requerimientos establecidos por la OMS en la realización de 5 tiempos de comida, ya que los (as) participantes omiten los estipulados para las meriendas.

Aunado a esto, la mayoría (73%) asegura estar satisfecha con el tiempo que disponen para alimentarse, sin embargo, una minoría manifiesta estar insatisfecha principalmente por la ubicación de la soda, por las escasas mesas y por la necesidad de más electrodomésticos haciendo énfasis en hornos de microondas.

El factor protector en esta población está representado por los horarios regulares de alimentación que mantiene el 94% de los (as) participantes.

En lo que respecta al consumo de drogas en general, casi el 30% consume tabaco y el 59% alcohol, lo cual refleja que este factor se incrementa, según comentaron, en días de cierre, cuando el estrés experimentado es mayor. Esto viene a representar que el hábito de consumir este tipo de drogas lícitas equivale a un medio para canalizar el estrés. Lo anterior constituye un riesgo a la salud de los (as) trabajadores (as) ya que este hábito propicia una incidencia de múltiples enfermedades que incluso pueden llegar a ser mortales.

Con respecto a la jornada laboral, las semanas de cierre intervienen directamente alterando los estilos de vida y afectando de manera importante la cotidianidad de la persona después de un día de trabajo, como por ejemplo las horas de sueño, ocio y otras obligaciones hogareñas. Esto viene a repercutir en el aumento de los niveles de estrés.

Ordinariamente, la mayor parte de los (as) trabajadores (as) (79%) duerme un tiempo prudencial y óptimo para el descanso, ya que la cantidad de horas que duerme la persona es un punto fundamental que le va a permitir reponer la energía y descansar su cuerpo; sin embargo, cerca de un 42% experimentan dificultades para concebir el sueño atribuyéndoselo principalmente al insomnio, las pesadillas e inseguridades.

Según la utilización del tiempo libre, la mayoría manifiesta realizar actividades recreativas que ayudan a canalizar el estrés. A pesar de ello, el ejercicio físico está ausente en más de la mitad de la población, esto se constituye en un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas.

En el área de la sexualidad, los participantes manifestaron tener una pareja estable y calificaron esta relación como excelente o buena, esto se toma como un punto a favor no solo para el bienestar en los hogares, sino también como un aspecto fundamental en el desempeño de la persona adulta, la cual puede acudir a su pareja para apoyarse y recibir muestras de afecto, cuestiones que a la vez

contribuyen a la salud mental. Además, el 91% de la población que posee pareja tiene una vida sexual activa, y todos (as) revelan estar muy satisfechos (as) con la misma, lo cual constituye un aspecto relevante en cuanto a que el desempeño sexual es un elemento importante que influye en las percepciones emocionales, afectivas y de autoestima de ambas personas.

En lo referente a la utilización de la tecnología anticonceptiva, un porcentaje importante no la utiliza ya sea porque no tienen una pareja en este momento o no contemplan la anticoncepción como tal.

Sobre la autopercepción, esta constituye en la adultez una de las claves que permiten las interrelaciones, el goce de una vida social y una salud mental óptima. En este caso, la mayoría de los (as) participantes siempre o casi siempre se sienten aceptados por las demás personas; esto brinda un panorama favorable para el desarrollo de relaciones interpersonales tanto en la vida privada como laboral.

Además, casi la totalidad de las personas que participaron (94%) se sienten satisfechas consigo mismas.

La imagen corporal es un elemento importante que está estrechamente relacionada con la autoestima de cada individuo. En la muestra estudiada, existe un índice de conformidad con respecto a su propia imagen, ya que expresan que su conformidad se proyecta casi siempre. Por otra parte, algunas personas manifiestan sentirse algunas veces conformes con su perfil corporal, lo que depende de su estado de ánimo.

La concepción que tiene la mayoría de los (as) participantes acerca de la calidad de vida es apropiada, pues se refieren a ella como determinante del buen vivir, ya sea económico, espiritual, social y de salud. Además, se incluyen aspectos importantes como el descanso, el ocio y las relaciones interpersonales.

Con respecto a estas relaciones interpersonales, la mayoría de las personas encuestadas se sienten satisfechas o muy satisfechas con las relaciones familiares y laborales. Por esto, se puede considerar que estas relaciones ayudan a fortalecer un buen concepto de sí mismo (a) y, a su vez, es una herramienta de apoyo ante las diversas situaciones presentes en el diario vivir.

Entre las situaciones que afectan la adecuada

convivencia con las personas, tanto en la familia como en el trabajo, se encuentran: inapropiada comunicación, largas jornadas de trabajo que a su vez genera un agotamiento físico y mental, las relaciones conflictivas, la poca colaboración, el estrés y la sobrecarga de trabajo.

Refiriéndose a la esfera laboral, casi en su totalidad se muestran satisfechos con la labor que realizan. Este es un factor que favorece el desarrollo de un ambiente agradable en el trabajo, a su vez, influye en el adecuado desempeño de las tareas diarias de la persona trabajadora.

La mayoría considera que hay desigualdades por su condición de género, sin embargo, algunas personas expresaron que sí tienen problemas relacionados con su género, donde resaltan que las situaciones más recurrentes en la empresa son las desigualdades en las oportunidades de asistir a capacitaciones; seguidas por las desigualdades en las oportunidades de ascenso.

Ahora bien, sobre la condición actual de la salud en la población femenina, la gran mayoría de esta se realiza regularmente la citología vaginal o papanicolau (PAP), la cual forma parte fundamental del cuidado de la salud de una mujer, ya que con este se puede detectar anomalías que pueden conducir al cáncer. Además, afirman no realizarse mensualmente el autoexamen de mamas. Por ello, considerar modificaciones en los estilos de vida y efectuarse el autoexamen de mamas y la mamografía, parecen opciones factibles -desde el punto de vista preventivo- para la disminución de la mortalidad por cáncer mamario en mujeres.

Con respecto a la población masculina, una gran mayoría responde no practicarse el examen de próstata, sin embargo se puede justificar en que todavía son muy jóvenes y se recomienda realizarla a partir de los 40 años. No obstante, es necesario que estas personas cuenten con la información adecuada, la cual puedan tener a la mano en años posteriores y cumplir con esta práctica para fines preventivos.

La totalidad de esta población de trabajadores de la empresa no se realiza como parte de los cuidados regulares, el autoexamen de testículos, este es un dato muy significativo ya que, actualmente en Costa Rica, son cada vez más frecuentes los casos de cáncer de testículo. En cuanto a los motivos por los cuales esta población no se practica el examen, se tiene la falta de información. Por esta razón, es fundamental que la población masculina comprenda que este examen se debe practicar mensualmente con el fin de disminuir las probabilidades de

padecer cáncer de testículo, para así fomentar la detección temprana.

En su gran mayoría, las personas encuestadas no han tenido alguna incapacidad durante los últimos seis meses, esto puede deberse a que, en esta población, el ambiente de trabajo puede estar favoreciendo condiciones apropiadas y seguras, que disminuyen el riesgo de accidentes laborales y daños a la salud. Además, de los (as) trabajadores (as) que sí han tenido alguna incapacidad, se debe a motivos como licencias de maternidad, trastornos gastrointestinales -como gastritis- y dolores músculo-esqueléticos u óseos.

En cuanto a los antecedentes personales de los trabajadores y las trabajadoras, los de mayor recurrencia son los trastornos gastrointestinales y las alergias; seguidamente, se encuentran casos de anemia y trastornos respiratorios, y por último, están las personas que padecen de cefaleas frecuentes, colesterol y triglicéridos elevados, y trastornos del tracto genitourinario. Estas alteraciones de la salud pueden verse estrechamente relacionadas con prácticas inadecuadas de alimentación, al mal manejo del estrés y poca actividad física, condiciones que no forman parte de un estilo de vida saludable.

Ahora bien, con respecto a los antecedentes familiares, se observan datos de suma importancia y cuidado, ya que existe una alta incidencia de enfermedades crónicas, tales como hipertensión, diabetes, colesterol elevado y obesidad.

Esto refleja la situación de salud actual de Costa Rica, en la cual prevalecen el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad debida a estas enfermedades crónico-degenerativas, las cuales se relacionan en muchos casos con factores hereditarios y estilos de vida pocos saludables.

CONCLUSIÓN

Esta investigación brinda la posibilidad de contemplar, de manera general, la realidad de la fuerza laboral de nuestro país, que se ve influenciada no solo por las exigencias de la sociedad, el trabajo y la presión por la competitividad, sino también por sus propias convicciones, por las que adoptan estilos de vida poco favorables para el mantenimiento y mejoramiento de su salud; además, en forma paulatina se convierten en factores de riesgo para la incidencia de las enfermedades ya mencionadas. Sin embargo, la reversión de dichos efectos puede ser tangible en la medida en que la promoción de la salud se centre en cada ámbito de vida de las personas.

REFERENCIAS

- Abarca, S y Nassar, H. (1983). *Psicología del adulto*. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica.
- Baldí y Matarrita (2005) *Programa de Enfermería sobre los Estilos de Vida Saludable, dirigido a la población interna en el Centro Femenino Institucional El Buen Pastor*. Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. UCR, San José, Costa Rica.
- Bestatén, M. (2006) "Condiciones de trabajo y salud". En: Antología del Módulo 4 de Enfermería: *La Adultez Sana*. Universidad de Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (1997). *Participación Social en el Modelo de Atención Integral en Salud, CCSS Programa de Modernización Institucional, Gerencia, Dirección Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud*. San José, Costa Rica.
- CCSS, Sección de Información Biomédica. (1999) *Serie Estadísticas de la Salud, mes de abril Tercera Encuesta Nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de consulta externa*. CCSS, San José, Costa Rica.
- Carvajal, Rosibel (2005) *Programa de enfermería para la promoción de estilos de vida saludable, dirigido al personal del departamento de producción y cocina de la panadería Trigo Miel, Plaza de la Cultura*. Trabajo final de graduación. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- De los Ríos, R. (2005) *En género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción*. Washington, Estados Unidos. OPS.
- González, S, López, A et al (2004) *Programa de atención integral de enfermería para la promoción de estilos de vida saludable en el ambiente laboral en el Centro de Investigación en Tecnología de Alimentos*. Facultad de Ciencias Agroalimentarias, Universidad de Costa Rica. Seminario tipo Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en enfermería. UCR, San José, Costa Rica.
- IAFA. (2002). *Proceso de comunicación: ¿Qué son las drogas? generalidades, efectos*. San José, Costa Rica.
- IAFA. (2005). *Proceso de comunicación: los peligros de las bebidas alcohólicas*. San José, Costa Rica.
- Leal Mateos, M. y Ortiz Barboza, A. (2004). *Mortalidad por cáncer de mama en Costa Rica, 1990-1999*. Revista costarricense de Salud Pública, dic., Vol.13, no.25, p.12-17.
- Marín, Z. (1999). *Elementos de Nutrición humana*. Editorial de la Universidad Estatal a Distancia, primera edición. San José, Costa Rica.
- Ministerio de salud. (1997). *Guías alimentarias para la educación nutricional en Costa Rica*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud. (1996). *Encuesta Nacional de Nutrición 1996: Consumo aparente de alimentos en la población costarricense*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. *Informe Anual 2001*. En: <http://www.netsalud.sa.cr/ms/ministe/memoria/me2000/cancer.htm>.
- Mantoya, Angélica (2004) *Evaluación de la situación nutricional y estilos de vida de estudiantes del Área de Ingeniería de la Universidad de Costa Rica*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en nutrición. UCR, San José, Costa Rica.
- Morice A. et al. (1999). *Diabetes Mellitus en Costa Rica: Un enfoque Interdisciplinario*. Serie de documentos técnicos del Incensa N°2, Tres Ríos: Incensa.
- Pérez G y Sanabria G. 1999. *Implementación de un programa de promoción de estilos de vida saludable con personal que labora en la Oficina de Recursos Humanos de la UCR durante los meses abril a diciembre*. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.
- Pérez, R. (2005). *Trastornos del sueño*. Instituto Nacional de Salud Pública. En: http://www.insp.mx/Portal/Cuidados_salud/sueno/sueno07.html.
- Roselló M. (1994). "Evaluación de factores de riesgo cardiovascular en una población adulta". En: *Memoria Semana Científica de Incensa*. Tres Ríos, Costa Rica, Incensa.
- Slipak, O. (1996). *Estrés laboral*. ALCMEON 19, N°4. En: www.drwebcam.ar/aop/alcmeon/19/a19_03.htm.
- Umaña, A. (2005). *Relación entre estilos de vida y condiciones de salud de las y los profesionales en enfermería del Hospital de Guápiles durante el 2005*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en enfermería. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Implementación de consultas de enfermería pediátrica dirigidas a niños, niñas y población adolescente asmática en clínicas*

Inés Gutiérrez-Gutiérrez¹
Flory Solano-Blanco²
Dílica Chaves-Hernández³

RESUMEN

La población subutiliza los recursos de salud y carece de un programa de enfermería específico. El Hospital Nacional de Niños (2006) demostró déficit de educación: tratamiento y prevención de crisis. La Caja Costarricense de Seguro Social y dicho hospital establecieron el Plan Nacional para el Manejo del Niño Asmático (Soto, 2003) y un manual de normas de atención médica.

Enfermería plantea un proyecto, basándose en el modelo científico de Martha Rogers, el de Autocuidado de Orem, el paradigma de la transformación, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El objetivo general responde al título de la investigación. Entre los específicos están: implementar por etapas las consultas de Enfermería en las clínicas seleccionadas y evaluar el impacto a corto, mediano y largo plazo.

Etapas: preinversión; promoción, negociación, financiamiento; ejecución y operación o funcionamiento. Enfermeras (criterios de elección): laborar en la clínica, asignada por la jefatura de enfermería y disponibilidad.

1 Máster en Enfermería Pediátrica, asistente del Servicio de Neumología, HNN, e-mail: igutierrezg@costarricense.co.cr.

2 Máster en Enfermería Pediátrica, enfermera especialista en terapia respiratoria, HNN, e-mail: florysb@ice.co.cr.

3 Máster en Enfermería Pediátrica, enfermera, HNN, e-mail: racdill@yahoo.com.

* Título completo: Implementación de consultas de enfermería pediátrica dirigidas a niños, niñas y población adolescente asmática en clínicas del Área Metropolitana y Esparza: Caja Costarricense de Seguro Social, 2006

Los pacientes por: 1) derivación médica de su consulta hacia la de enfermería; 2) decisión de enfermera (o) (preconsulta médica), 3) acceso directo. Se seleccionaron 11 clínicas y se instauró en 4. Las enfermeras fueron capacitadas sobre la base de necesidades educativas reales. Instrumentos diseñados: Propuesta de consulta de enfermería, guía de estandarización, la historia clínica de enfermería, la primera consulta, la consulta subsiguiente de enfermería y la evaluación expost.

Se identifica edad de los usuarios, sexo, clínica de adscripción, control médico y lugar, capacitación recibida sobre el asunto, la prevención de las crisis, número de crisis en el año y dónde se trató. Se capacitó a las enfermeras en la promoción de la salud, prevención de enfermedad y disminución de los riesgos.

La inversión por clínica es de ₡930.000. La proyección para 5 años será ₡44.601.025, pero se atenderán a 15.600 menores de 18 años y por cada uno la institución gastará ₡2.859.

Se concluye que el modelo cambiará roles tradicionales por el de especialista en enfermería pediátrica comprometida, visión humanista y agente de cambio.

Lo fundamental es el cuidado enfermero (a) a la población: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación, rehabilitación y responsabilizar al individuo por su salud.

Palabras clave: consulta de enfermería pediátrica, asma, epidemiología del asma en pediatría y dimensiones de la salud.

SUMMARY

The population underutilized the resources of health and it lacks a specific infirmary program. The National Hospital of Children (2006) It demonstrated education deficit: treatment and crisis prevention. The Costa Rican Box of Public Health and this Hospital established the National Plan for the Asthmatic Boy's Handling (Grove, 2003) and a Manual of norms of medical attention.

Infirmery outlines a project, being based on Martha Rogers's scientific pattern, that of Self-care of Orem, the paradigm of the transformation, the promotion of the health and prevention of the illness. The general objective responds to the investigation title. Among the specific ones: to implement for stages the consultations of Infirmery in the selected clinics and to evaluate the impact to short, medium and long term.

The stages: the pre investment; the promotion, the negotiation, the financing; the execution and the operation. Nurses (election approaches): to work in the clinic, assigned by the headquarters nurse (or) and readiness. The patients for: 1) medical derivation of their consultation toward that of infirmary; 2) decision he of she nursing (medical pre-consult), 3) direct access. 11 clinics were selected and it was established in 4. The nurses were qualified on the base of real educational necessities. The designed instruments: Proposal of Consultation of Infirmery; Guide of standardization, the clinical history of Infirmery, First Consultation, The subsequent consultation of infirmary and the former evaluation post.

The results identify the users' age, sex, adscription clinic, medical control and where, training received on the matter, the prevention of the crises, crisis number in the year and where it was. It was qualified the nurses: the promotion of the health, illness prevention, decrease of the risks.

The investment for clinic is of \$930 000. The projection for 5 years will be \$44 601 025, but they will be assisted at 15 600 smaller than 18 years and for each one the institution will spend \$2 859.

The pattern will change traditional lists for the one of (to) specialist in committed pediatric infirmary, with humanist vision and agent of change.

The fundamental thing is the care male nurse (to) to the population: promotion of the health, prevention of the illness, recovery, rehabilitation and to make responsible the individual for their health.

Keywords: consulting paediatrics nursing, asthma, asthma epidemiology in paediatrics and dimensions of health.

INTRODUCCIÓN

Costa Rica posee indicadores de salud privilegiados en relación con los países del área, aunque persisten indicios desfavorables en la calidad de atención como el enfoque biologicista de la salud, el abordaje del paciente en forma individual e aislado del contexto social; aspectos que acarrearán la prevalencia alta de las enfermedades crónicas, como el asma, que impactan negativamente la vida diaria del individuo y la familia y los servicios de salud (costo de atención).

El Hospital Nacional de Niños -Dr. Carlos Sáenz Herrera-, Centro de Ciencias Médicas (HNN) y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) responden cualitativamente a la necesidad de atender en forma integral a los menores que sufren de asma. Por tanto, implementan el Plan Nacional para el Manejo del Niño Asmático (Soto, 2003) y divulgan un manual de normas de atención médica, cuyos objetivos son descentralizar la atención, optimizar la utilización de los recursos y mejorarle la calidad de vida. No obstante, la prevalencia de asma ha aumentado.

Los estudios demuestran que el asma es una enfermedad de alta prevalencia y con tendencia al aumento. Además, los recursos humanos, materiales y financieros son mal utilizados por los afectados. La población asmática produce gran impacto en los servicios de salud porque los pacientes son policonsultantes, a la pediatría le falta educación relacionada con el uso de los medicamentos y cómo prevenir las crisis. Asimismo, se evidencia la falta de un programa de enfermería para esta población. Lo anterior se vincula con el aumento de la morbilidad y el riesgo de mortalidad; motivo por el que se diseñó el proyecto "Implementación de consultas de enfermería pediátrica dirigidas a niños, niñas y población adolescente asmática en clínicas del Área Metropolitana y Esparza, Caja Costarricense de Seguro Social", el cual se desarrolló como un proyecto social, cuyo objetivo se detalla a continuación:

"Comprende la búsqueda de una solución inteligente o la resolución de una necesidad humana, la cual es una tarea innovadora que engendra la decisión sobre el uso de recursos en un tiempo determinado, para contribuir al desarrollo de una institución, una empresa, una región o un país" (Baca citado por Rosales, 1989: 9).

OBJETIVOS

Objetivo general

Implementar las consultas de enfermería pediátrica dirigidas a la educación y seguimiento de niños, niñas y población adolescente asmática en clínicas del Área Metropolitana y Esparza, de la CCSS, 2006.

Objetivos específicos

1) Diagnosticar comportamiento epidemiológico y caracterización del universo de los niños, niñas y adolescentes asmáticos (as) asistentes al Consultorio 10 (Consulta Externa del HNN) y la selección de las clínicas.

2) Elaborar la propuesta.

3) Implementar las consultas de Enfermería en las clínicas seleccionadas.

4) Evaluar a corto, mediano y largo plazo el impacto de la consulta de Enfermería en las clínicas seleccionadas.

Proyección

El proyecto se institucionalizará y se extenderá a las siete regiones programáticas en un período de 5 años de vida útil (2005-2011).

Etapas

Preinversión, promoción, negociación, financiamiento; ejecución y operación o funcionamiento.

Factibilidad

Positiva por las necesidades educativas insatisfechas, los factores ambientales desencadenantes de las crisis son modificables, un riesgo latente de muerte, la infraestructura del sistema de salud permite desarrollar programas de amplia cobertura y existe el recurso humano idóneo.

Labor enfermera(o)

Lo fundamental es el cuidado de la población en sus diferentes fases: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación, rehabilitación y responsabilizar al individuo de su propia salud. Al respecto, se menciona a Dorothea Orem, citada por Guirao (2006: 3): "los cuidados se prestan en un sistema de apoyo educativo donde el usuario es capaz de realizar o puede o debería aprender a realizar las medidas de autocuidado".

La consulta sigue el modelo científico de Martha Rogers y el paradigma de la transformación, porque representan un proceso recíproco de interacción, que incita a cada persona al desarrollo de su potencial y a la utilización de los recursos para mejorar

la calidad de vida. Para Rogers, la salud se enfoca en el nivel físico, mental y social. Los cuidados de la enfermera implican acciones dirigidas a promover la armonía entre el ser humano y su entorno para alcanzar el nivel óptimo de salud.

El proyecto se promocionó en 11 clínicas del Área Metropolitana y Esparza, pero la apertura de la consulta se dio en cuatro. Se inició en setiembre del 2006. El impacto se evaluó a corto y mediano plazo.

Evaluación financiera

La inversión por clínica donde se instaure la consulta de enfermería será aproximadamente €930.000. El valor actualizado de costos (VAC) para los 5 años de su vida útil será €44.601.025. Al completar el quinquenio, se atenderán 15.600 menores de 18 años, cuya relación costo efectividad (R-C/E) será €2.859, es decir, por cada persona atendida la CCSS gastará dicho monto. Pero, por cada paciente que no se hospitalice, la entidad se ahorraría €1.057.590,27, si el internamiento hubiera tenido un promedio de estancia hospitalaria de 3,5 días. De acuerdo con parámetros institucionales, será un costo barato, porque la institución invierte en tratamiento preventivo aproximadamente €50.000 por persona al año, y gastos que superan los €53.000.000 anuales en atención de emergencias y en consultas especializadas en los hospitales (Soto, 2006). El costo relacionado con la prestación de los servicios en la Consulta Externa del HNN, está tasado en un valor de €15.000 por una consulta médica, €6.000 por una nebulización y el costo por día de estancia hospitalaria es de €302.168,65.

Otros beneficios sociales que genera el proyecto serían mejoras en la calidad de vida del cliente y estabilidad familiar, descongestionamiento de los servicios de emergencia y descentralización de las consultas.

METODOLOGÍA

La necesidad del proyecto se origina por 1) conocimiento previo de la problemática del asma en Costa Rica y 2) estudio epidemiológico observacional descriptivo y transversal realizado del 1 al 12 de mayo de 2006 en la Consulta Externa del HNN (consultorio 10). Basándose en la evidencia científica (véase 2), fueron seleccionadas las clínicas donde se instauraría el proyecto; además, se escogió la de Esparza, para tener un punto de comparación paralelo. Las enfermeras fueron elegidas según los criterios: laborar en la misma clínica, asignada (o) por la jefatura de enfermería y disponibilidad para la consulta.

La población: Profesionales en enfermería asignados. Pacientes pediátricos y adolescentes asmáticos (as) cumplidores de los criterios: edades de 0 a 18 años, adscritos a las clínicas seleccionadas, referencia por asma de difícil manejo, iniciando el uso de inhaladores, diagnóstico de primera vez (todos los referidos por los médicos de la CCSS, por enfermería o trabajadoras sociales).

Los ciudadanos ingresan a la consulta de enfermería por las siguientes rutas: 1) derivación médica de su consulta hacia la de enfermería; 2) decisión enfermera (o) durante la preconsulta médica, 3) acceso directo a la consulta enfermera sin ningún tipo de documento.

En la etapa de preinversión, se utilizaron las siguientes herramientas: estudio de mercado, planteamiento del problema, evaluación de viabilidad y factibilidad, estudio de las necesidades educativas de las enfermeras, diseño de la propuesta, los instrumentos necesarios para implementar la consulta y la estructura de costos.

Los costos de inversión se calcularon mediante flujo de costos, cálculo de los costos de operación, financiamiento y mantenimiento. Así se obtuvo la relación costo efectividad y los costos totales del proyecto, con proyección a una vida útil de cinco años.

En 11 clínicas seleccionadas fue divulgado durante las etapas de negociación, promoción y financiamiento.

En la interfase de diseño final y la etapa de ejecución, se aplicaron y validaron los instrumentos necesarios para el implemento de la consulta.

Antes de implementar las consultas de enfermería, se diagnosticaron las necesidades educativas requeridas por las enfermeras. Basándose en lo anterior, se planificó un taller de capacitación con técnicas andragógicas, que luego se desarrolló. Además, un diseño curricular para una "pasantía"⁴ de una semana en el servicio de Neumología del HNN.

Para la implementación sistemática de la consulta, se creó la base de datos denominada Sistema de Información y Recolección de Datos para Pacientes Asmáticos (Sisconía), diseñado en el programa de cómputo Access.

En el instrumento denominado Propuesta de Consulta de Enfermería se definieron los objetivos generales y específicos de la consulta, los criterios de inclusión

⁴ Un periodo en el cual, alumnos reglamentados de un curso avalado por una entidad acreditada complementan su formación mediante el desarrollo de actividades prácticas concordantes con los planes de estudio respectivos.

para la atención de los usuarios. Asimismo, los de referencia o derivación a otras consultas y los de alta del paciente. Además, se trazaron los requisitos para el desempeño del puesto y la descripción de funciones de la (el) enfermera (o).

La Consulta de Enfermería es un modelo fundamentado en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Se ajusta al modelo científico de intervención de Martha Rogers, porque la persona es considerada como un ser unitario, unificado y que forma parte del entorno. Además, ubica a la familia en las dimensiones de salud: biológica, económica, ecológica, conciencia y conducta.

Se diseñaron los siguientes instrumentos: una Guía de estandarización para la operacionalización de la Consulta de Enfermería en cada clínica, para que cada clínica participante posea un instrumento idóneo para el desarrollo de la consulta. La historia clínica de enfermería -Primera Consulta- valora al cliente y a su familia según las cuatro dimensiones: la salud, el ciclo vital, las relaciones interpersonales y los factores de estrés. La consulta subsiguiente de enfermería, para conocer cómo evoluciona el cliente y sobre esa base adecuarle el plan. El carné de autocontrol, que es un sistema de monitoreo propio del cliente en el hogar, incluye el tratamiento, número de crisis y sintomatología relacionada con las actividades diarias. La lista de cotejo para la supervisión, que permite la evaluación de las consultas y medir aspectos básicos del funcionamiento. La matriz para el seguimiento, que se trata de un cronograma de apoyo y supervisión de las consultas en cada clínica. La encuesta de satisfacción del cliente, que identifica la opinión sobre el servicio brindado. La evaluación del desempeño de la enfermera, que incluye aspectos relacionados con la actitud hacia el cliente, las destrezas, los conocimientos, los valores personales y la gestión. La evaluación expost, que mide el impacto a corto y mediano plazo según el número de consultas (clínicas) que funcionan, número de usuarios atendidos, la evaluación de la satisfacción del cliente y la del desempeño de la enfermera. Los indicadores a largo plazo, que miden la disminución del número de niños atendidos en los servicios de emergencia, la disminución en el número de nebulizaciones, la disminución de las hospitalizaciones y la reducción de costos.

RESULTADOS

En el estudio epidemiológico se identificó: edad de los usuarios, sexo, clínica de adscripción, control médico y dónde, capacitación en el tratamiento y en la prevención de las crisis, número de crisis en el año y dónde se las trató.

La población de pacientes se constituyó por 117 personas adscritas a alguna de las siguientes clínicas: Coopesalud, Jiménez Núñez, Solón Núñez, Carlos Durán, Coopesain, Clorito Picado, Central, Moreno Cañas, Marcial Fallas y Clínica Integrada de Salud de Coronado; por eso, las clínicas fueron seleccionadas. Un 41% de los pacientes eran de sexo femenino, y un 59 %, masculino. El rango de edad era de 3 meses a 17 años (véase Cuadro N° 1).

Cuadro N° 1

Edad de los niños, niñas y adolescentes que asistieron a nebulizarse en el HNN, del 5 al 12 mayo 2006		
Edad	Cantidad	%
< 1 año	4	3,4
1 año-2 años 11 meses	18	15,4
3-5 años 11 meses	46	39,3
6-9 años 11 meses	40	34,2
10-17 años	9	7,7
TOTAL	117	100

Fuente propia.

La mayor frecuencia de edad corresponde al grupo entre 3 y 10 años.

La relación existente entre la educación para el tratamiento y prevención de crisis y el número de crisis presentadas se muestra en el Cuadro N° 2.

Cuadro N° 2

Total de crisis de asma en los niños, niñas y adolescentes con educación y sin ella en el tratamiento y prevención de crisis, en el HNN, 5 al 12 de mayo, 2006				
N° Crisis	Educación		Educación	
	SÍ	NO	SÍ	NO
	Cantidad	%	Cantidad	%
1	8	27	28	40
2	7	23	15	21
3	5	17	4	6
>=4	10	33	23	33
TOTAL	30	100	70	100

Fuente: Estudio propio.

Un 70% careció de capacitación relacionada con el uso correcto del tratamiento y la prevención de crisis. Un 66% presentó un número mayor o igual a

cuatro crisis, independientes del factor educación positivo o negativo, y un 36% presentó la misma frecuencia pese a que se controla médicamente. Un 60% de los pacientes que carecieron de la educación pertinente, presentó más del doble de crisis en relación con los que la recibieron.

El proyecto se promocionó en 10 clínicas del Área Metropolitana y Esparza, pero las consultas de enfermería se inauguran en cuatro: Clínica de Esparza, Solón Núñez, Moreno Cañas y Carlos Durán. La cobertura fue de un 36% y el tiempo de enfermería de cuatro horas por semana, excepto en Esparza con 6 horas.

Las calificaciones obtenidas por los (as) participantes en el taller de capacitación difirieron muy significativamente (30 puntos más) entre el examen preliminar y el posterior. En las lecciones, se les informó sobre los instrumentos creados para la implementación de la consulta. En la evaluación del curso, un 100% señaló que la actividad educativa será útil en el desempeño de sus funciones. Dos enfermeras realizaron la pasantía en el Servicio de Neumología.

Se creó un sistema de información para la recolección de datos (Sisconía), cuya implementación permitió reunir al personal (100%) de Registros Médicos en Salud (Remes), de las 11 clínicas.

La lista de cotejo para la supervisión de las consultas de enfermería demostró que en un 100% las clínicas tienen la infraestructura adecuada para el desarrollo del programa: asignación de un profesional de enfermería, consultorio con los recursos materiales necesarios, sistema de referencia de pacientes, educación individual y en grupos, consulta directa o entrevista cara a cara y control estadístico de la atención.

Las características epidemiológicas de los pacientes atendidos por las enfermeras en la consulta se evidencian en Cuadro N° 3.

Cuadro N° 3

Población atendida en la consulta de enfermería, según clínica, por edad y sexo, clínicas metropolitanas y Esparza (CGSS), octubre 2006							
CLÍNICA	N° PERSONAS	SEXO		EDAD			
		F	M	2-3	4-6	7-10	>10
Esparza	23	8	15	3	10	8	2
Solón Núñez	10	3	7	1	8	1	
Moreno Cañas	10	4	6	2	3	3	5
Carlos Durán	10	6	4	2	5	3	
TOTAL	53	21	32	8	23	15	7

Fuente: Estudio propio.

El mayor porcentaje de atendidos eran del sexo masculino (60%) y sus edades oscilan entre 2 y 6 años (58%).

En el Cuadro N° 4 se muestra el número de niños, niñas y población adolescente asmática atendida en las consultas de enfermería de acuerdo con la clasificación del asma y la clínica de adscripción.

Cuadro N° 4

Población infantil atendida en la consulta de enfermería, según clínica y clasificación del asma octubre 2006					
CLINICA	INTERMITENTE	LEVE PERSISTENTE	MODERADO PERSISTENTE	SEVERO PERSISTENTE	NO CLASIFICADO
España	6	1	1	0	15
Solón Núñez	2				8
Moreno Cañas/ Carlos Durán	3	2	1	1	3
	2				8
TOTAL	13	3	2	1	34

Fuente: Estudio propio.

Un 64% de los atendidos en la consulta no tenía clasificación del asma que padece conforme a los criterios de la Iniciativa Mundial para el Asma (GINA). Un 26% corresponde a asma intermitente.

Para la evaluación durante y expost, se aplicó la encuesta de satisfacción del cliente a 53 usuarios de las consultas, un 96% la calificó de excelente. Las enfermeras (100%) manifestaron autoestima, orgullo, confianza y un nivel alto de empoderamiento en el desarrollo de las funciones. La actitud de la enfermera hacia el cliente fue excelente (100%).

Las hospitalizaciones y la estancia hospitalaria de los usuarios asmáticos generó un costo de €115.000.000 (Estadística y Censos, HNN, 2005). El número de nebulizaciones realizadas en el hospital y en las clínicas ha aumentado significativamente, lo que genera un alto costo en medicamentos, demanda de planta física y recurso humano. En el monto no se incluyen los intangibles: el estrés sufrido por la familia de un niño hospitalizado, los días de ausencia escolar, el trauma en el niño, venopunciones, separación de su grupo familiar, incapacidades e inasistencia al trabajo de los progenitores o cuidadores ni el riesgo de complicaciones o muerte.

“La ausencia escolar y laboral es frecuente: la ausencia escolar en Japón y Asia Pacífico bordea 50% y la ausencia laboral, alrededor de 25%; en Latinoamérica corresponde a 58% y 31% respectivamente”. (Jiménez, 2005: 7)

De los niños estudiados en el consultorio 10 del HNN, un 73% carecía de control médico; utilizaba los servicios de emergencias como sistema de control, lo que concuerda con lo reportado en el estudio AIRLA de Chile (2003: 5), donde se demostró que los usuarios sobreestiman el nivel de control de la enfermedad. Además, Wong refiere que es poco probable que las familias reconozcan la gravedad de la enfermedad y la necesidad de seguir el tratamiento (Wong, 1995: 692). En situaciones como las citadas, la instrucción de la familia impartida por la enfermera, sobre los riesgos de un tratamiento irregular y de una técnica inapropiada, puede salvar la vida de un niño.

Un 60% de los pacientes, que no recibieron educación, presentaron más del doble de crisis que los sí la recibieron; más de un 60% de la población estudiada no recibía educación para el uso correcto del tratamiento y desconocían las medidas preventivas para el control de las crisis de asma; el hallazgo es similar al identificado por Chavarría et al (HNN, 1994), según el cual “un 80% de los niños tenían un conocimiento regular o deficiente en el uso de los inhaladores y desconocen las medidas preventivas de las crisis de asma”; esta situación prevalece 12 años después. En el estudio de AIRLA se demostró que los usuarios consideran importante la educación para el manejo de su enfermedad:

“91% de los pacientes opinaron que era muy necesario, 3% opinaron que no lo era. En Chile, 99% estimaron que era muy necesario. Esto plantea, probablemente, que los pacientes acceden al sistema y reciben fármacos, pero no se les explica lo que deben hacer con ellos o no entienden lo que se les ha explicado”. (AIRLA, mayo y julio 2003:7)

Las consultas se plantearon para responder a la necesidad y al derecho de educación eficaz y oportuna de la población asmática, desde el paradigma de la transformación (estar con) y sobre la base del conocimiento estético. La capacitación de las enfermeras se abordó desde la promoción de la salud y prevención de enfermedad, para, asimismo, disminuir los riesgos prevenibles (mayoría de casos) de las crisis de asma en los niños, las niñas y adolescentes.

La propuesta de consultas de enfermería reúne los requisitos de La Red Española de Atención Primaria, la cual las define de la siguiente manera:

“Una interacción profesional entre el usuario y la enfermera, donde la labor se centra en la ayuda al individuo, al grupo familiar y a la comunidad a realizar auto cuidados de salud, del nacimiento a la muerte, mediante un proceso de interacción específico”. (Guirao, 1998:1)

La Historia Clínica de Enfermería, Primera Consulta, fue de vital importancia para que las enfermeras conocieran las dimensiones de la salud en que está inserta la familia, así como, para diagnosticar y planificar la atención, la educación y el seguimiento del paciente e intervenir globalmente, con el fin de que alcance un estilo de vida mejor. Para que la enfermera (o) intervenga exitosamente, es esencial que conozca las cuatro dimensiones de la salud: biológico, ecológico, económico, conciencia y conducta.

En una investigación fenomenológica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale, Estados Unidos, se demostró que, en familias con niños menores de 4 años que han sido hospitalizados por asma severa persistente, el entendimiento de las vivencias con un miembro asmático fue diferente antes del diagnóstico; por eso, hay que permitirles que expresen sus sentimientos e inquietudes y se debe establecer un plan de acción que incluya herramientas para el cuidado, para disminuir el nivel de estrés y para mejorar las respuestas de los niños y sus grupos familiares ante la crisis (Koenig, 2006).

Una investigación de la Escuela de Enfermería de Taiwán (2006) comprobó que el aumento de conocimientos sobre el asma mejoraba la calidad de vida del niño, disminuía el estrés y la severidad del asma.

En las familias donde hay individuos con asma, la calidad de vida se limita en las actividades laborales, sociales y del hogar, en el estilo de vida, la actividad física normal, el sueño y la capacidad para hacer deporte.

La enfermedad limita la perspectiva de un estilo de vida saludable, como lo expresaron las madres entrevistadas:

"La vida de nosotros ha cambiado, si el día amanecía oscuro yo lloraba, porque pensaba que mi hijo iba a empezar con crisis, ahora me siento más acompañada y más tranquila. (...) Nada hago yo con tratarlo con las mejores medicinas si no mantengo un buen control ambiental" (Madre, 2006).

El testimonio concuerda con el enfoque de salud propuesto según Martha Rogers (citada por Wong 1995: 310): la intervención de enfermería se basa tanto en el nivel físico, mental como social y con acciones dirigidas a promover la armonía entre el ser humano y su entorno para alcanzar el nivel óptimo de salud.

Las enfermeras, por su formación profesional en

diferentes áreas, su conocimiento moral y ético y su perspectiva del conocimiento estético en los campos de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, deben abocarse a la educación y al seguimiento del sujeto, sobre todo cuando sufre alteración de su salud o bienestar.

CONCLUSIONES

De acuerdo con GINA (2005), "Costa Rica se encuentra entre los 10 países con más asma en el mundo y entre los países latinoamericanos se encuentra en el primer lugar", Gutiérrez (2006: 1). Por lo tanto, el proyecto sigue las recomendaciones de organismos internacionales de control y manejo del asma establecidos por los grupos GINA y Congenia.

Es viable porque responde a las políticas nacionales de salud, de descentralización, de disminución de costos y de mejora en la eficacia de la atención.

Responde y fortalece los objetivos del Plan Institucional para el Manejo del Niño Asmático y el Programa para la Atención Integral Domiciliaria del Paciente Pediátrico con Discapacidad Respiratoria Transitoria o Permanente de la Gran Área Metropolitana.

La visión lineal y unicausal ha dominado las ideologías en el último siglo, incluso, en el quehacer de enfermería; sin embargo, la multiplicidad de las situaciones de salud, los cambios complejos en el seno de la familia, la diversidad de los medios clínicos y los valores personales en cada núcleo familiar, demanda que las enfermeras desarrollen el paradigma de la transformación.

La población desconoce los roles no tradicionales de la enfermera e identifican las funciones técnicas. La implementación del modelo de consulta propuesto cambiará tales roles tradicionales por otro que requiere compromiso mayor del (a) especialista en enfermería pediátrica con el problema de salud de la población con asma.

Los profesionales de enfermería, por tener una formación como agentes de cambio, con una visión del ser humano integral, son los indicados para asumir las consultas de educación y seguimiento de los niños, las niñas y población adolescente asmática.

ALCANCES

Como valor agregado, actualmente el proyecto se está desarrollando en la Región Huetar Norte, en las Clínicas de Ciudad Quesada, Aguas Zarcas y Pital.

En la Clínica de Esparza se aumentó el tiempo para la consulta de 3 a 6 horas semanales, por la aceptación que ha tenido el programa en la comunidad y por los resultados en la evolución de los usuarios.

LIMITACIONES

Carecer de enfermeras (os) exclusivas (os) para abrir las consultas, pues lo que se ha hecho es un recargo de funciones en los (as) profesionales existentes.

El asma no forma parte de los compromisos de gestión de los establecimientos de salud, por lo que se dificulta la apertura de las consultas.

BIBLIOGRAFÍA

- Anesi, Maesano (2005). Asthma epidemiology. *Rev Prat.* 55. (12): Jun 30:1295-8.
- Barneda, P. (2005). *Asma infantil*. (Recuperado el 20 de mayo del 2006: 9 p.m.). En: www.pediatrictotalda.com.
- Burkhardt, PV y col. (2005). Self-concept and health locus of control: factors related to children's adherence to recommended asthma regimen. *Pediatric Nurs* (5) 2005 Sep-Oct 31: 404-9.
- Bustelo, E. (1999). Cuadernos médicos sociales 76. *Salud y ciudadanía: una mirada a la salud en el futuro*. CORSAPS, Santiago de Chile. Pág.169.
- Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud. Departamento Protección al usuario (2004). *Encuesta de Opinión 2004. Usuarios de Consulta Externa*. Edit. CCSS, Costa Rica.
- CCSS. Red de Expertos en Calidad de Salud (2000). *Manual para gerentes y otros funcionarios del nivel primario de salud*. San José, Costa Rica.
- Colón, Arama (1998). *Salud Pública. Estrategias de comunicación en proyectos de promoción*. (Recuperado el 7 de junio del 2006: 11 a.m.). En: www.uil.es/publicaciones/latina/a/arama/arama1.htm.
- Chavarría, J. e Hidalgo, F. "Evaluación del uso correcto de Inhaladores en pacientes asmáticos". *Acta Pediátrica Costarricense*. (7) (1994) Agosto: 28.
- Farzan, Sattar (1985). *A concise handbook of respiratory diseases*. Reston. Publishing Company, Inc. A Prentice-Hall Company, Reston, Virginia. USA, Second Edition. Pág. 1012.
- Fischer y et al. (2005). The burden of asthma in children: a Latin American perspective. *Respir Rev.* (2005). Mar 6 (1): 8-13.
- GINA (Global Initiatives for Asthma) 2002. Updated from: NHLBI/WHO Workshop Report: *Global Strategy for Asthma. Management and Prevention Issued January, 1995*. NIH Publication N° 02-3659
- Guirao, A (1998). "La consulta de Enfermería: Aparición, implantación y desarrollo en España". (Recuperado el 9 de junio del 2006: 5 p.m.). En: <http://webs.anocom/usr002/adolf.guirao/documentos/articulos/cde.htm>.
- Gutiérrez, J. (2006). Costa Rica entre los 10 países con más asma. *Al Día. Sección Vivir Hoy* 28 de abril del 2006: 22.
- Iglesias, José et al. (2000). *Guía de consultas de Enfermería en Atención Primaria de Salud*. Edit. Tecnographic, S.L. Sevilla, España.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) 2003. *Estadísticas demográficas*. San José, Costa Rica.
- Kerouac, S. et al. (1996). *El pensamiento enfermera*. Edit. Masson, SA. Barcelona España: 211.
- Koenig. (2006). Families discovering asthma in their high-risk infants and toddlers with severe persistent disease. *J Fam Nurs*.12 (1) 2006, Feb: 56-79.
- May, M. (2006). "Construcción del conocimiento en enfermería: Enfermeras y enfermeras tienen la palabra". *Enfermería en Costa Rica*. Editorial Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Vol. 27 (1, 2006)
- Milton, B. et al. (2004). The social and economic consequences of childhood asthma across the lifecycle: a systematic review. *Child Care Health Dev.* (6) 2004, nov. 30: 711-28.
- Mondol, J. "Estudio epidemiológico de la población asmática de la Clínica de Esparza". Esparza, Puntarenas.
- Rosales, Ramón (1999). *Formulación y Evaluación de proyectos*. Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), San José, Costa Rica.
- Rosales, Ramón (2005). *La formulación y evaluación de proyectos con énfasis en el sector agrícola*. Editorial UNED, San José, Costa Rica.
- Soto, M. (2003). *Plan Institucional para el manejo del niño asmático*. CCSS. San José, Costa Rica.
- Yang, B.H. et al. (2005). "Effects of nursing instruction on asthma knowledge of life in schoolchildren with asthma". (Recuperado el 5 de abril del 2006: 5 p.m.). En: 16237629.WWW.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi.

Programa de intervención de enfermería para la prevención de la ictericia neonatal: técnicas de alimentación

Marlen Villegas-Sánchez¹
Milena Arias-Jiménez²
Xenia Álvarez-Jiménez³

Artículo basado en el trabajo final de graduación para optar por el título de máster en enfermería pediátrica con énfasis en neonatología, Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica

RESUMEN

Con el programa se pretendió que el personal de las maternidades eduque a los padres y a las madres de los neonatos en prevención y reconocimiento precoz de la ictericia: técnicas alimentación. Un estudio previo evidenció que existe relación entre la ictericia y las técnicas inadecuadas de alimentación del recién nacido. Se desarrolló en el Hospital San Juan de Dios durante un mes. Población 30 enfermeras y 505 padres de niños(as) allí atendidos (as). En el periodo nacieron 505 niños y recibieron la educación 86 padres. A los capacitados (69) se les preguntó - ¿Qué es la ictericia?- 63 (91%) respondieron bien. -¿Cuáles son las medidas para prevenir que sus hijos(as) no presenten ictericia: técnicas inadecuadas de alimentación? - Un 97% contestó apropiadamente. Se les hizo seguimiento vía telefónica: un 5% informó que sus hijos no presentaron ictericia ni tuvieron complicaciones asociadas. Se identificó que enfermería: 1) se posee el conocimiento para capacitarlos; 2) domina el material educativo; 3) capacitó a un 17% de la población

(86 padres). La cobertura baja fue relacionada con recargo de las funciones, índice ocupacional alto y poco personal, demasiado papeleo y a que el programa les aumentaba el trabajo. La educación es herramienta eficaz y económica a disposición de enfermería: prevención de la ictericia estudiada y en la promoción del bienestar de neonatos y su familia.

Palabras clave: neonatología, enfermedades del recién nacido, enfermería pediátrica, lactancia materna, educación del paciente, prevención y control.

SUMMARY

With the program it was sought the personnel of the maternities to educate the parents and the mothers of the neonates in prevention and precocious recognition of the jaundice: technical feeding. A previous study evidenced that relationship exists between the jaundice and the inadequate techniques of feeding of the recently born one. You develop in the Hospital San Juan of God during one month. Population 30 nurses and 505 parents of those (ace) children's there assisted. In the period 505 children were born and they received the education 86 parents. To the qualified (69) were asked - What is the jaundice? - 63 (91%) did they respond well. - Which the measures are to prevent that their sons (as) they don't present jaundice: technical inadequate of feeding? - 97% answered appropriately. They were made phone continuation: 5% informed that its children didn't present injuries had they had associate complications. It was identified that infirmery: 1) the knowledge is possessed to qualify them; 2) it dominates the edu-

1 Unidad de Neonatología del Hospital Nacional de Niños, Paseo Colón, San José, Costa Rica, e-mail: milenaarias.jimenez@gmail.com.

2 Enfermera de la misma unidad.

3 Enfermera de la misma unidad.

cational material; 3) it qualified to the population's 17% (86 parents). The low covering was related with overcharge of the functions, index occupational high and not very personal, too much paper work and the program increased him the work. The education is effective and economic tool to infirmity disposition: prevention of the studied jaundice, and in the promotion of the neonates' well-being and their family.

Words key: neonatology, illnesses of the recently born one, pediatric infirmity, maternal nursing, the patient's education, prevention and control.

INTRODUCCIÓN

El periodo neonatal constituye la etapa de la vida en la cual las enfermedades pueden provocar más complicaciones. Una de las enfermedades más comunes es la ictericia neonatal. Entre la lista de las clasificaciones de enfermedades se encuentra la ictericia⁴ relacionada con técnicas de alimentación inadecuadas. Esta se considera la más frecuente, se asocia a un patrón de alimentación inadecuado y se previene capacitando a los padres sobre técnicas alimentarias adecuadas. Se presenta en la población de los neonatos sanos. Según un estudio realizado por Álvarez y Alfaro (2004) en un 89,5% de los casos de ictericia, los niños y niñas se alimentaban exclusivamente con leche materna, pero al evaluar la técnica y la frecuencia de la alimentación eran inadecuadas en un 88,7%.

En la década de 1990, se aumentó la complicación de kernicterus asociada con la hiperbilirrubinemia, que es una de las más severas. El aumento se vincula con las políticas de disminución de la estancia hospitalaria posnatal que aunque bajan el costo de atención, acarrear inseguridad a los (las) recién nacidos (as).

La creación de un programa surgió por el número importante de casos de la ictericia neonatal, el riesgo de secuelas, el impacto emocional de los padres y las madres relacionados con el proceso de hospitalización, la ruptura del vínculo afectivo y los sentimientos de culpa y muchos otros problemas relacionados con la patología.

Ictericia. Coloración amarilla de la piel, conjuntivas y membranas mucosas, causada por un exceso de pigmentos biliares en la sangre. Estos pigmentos, que en condiciones normales están presentes en la sangre como resultado de la destrucción de la hemoglobina de los hematíes, se filtran en el hígado y se excretan en las heces. Los recién nacidos pueden presentar ictericia como consecuencia de una condición conocida como hiperbilirrubinemia. En estos casos hay un defecto pasajero en la síntesis del enzima que metaboliza la bilirrubina en una forma eliminable.

Microsoft © Encarta © 2007. © 1993-2006 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

En el programa, el personal de enfermería de las maternidades impartirá educación a los padres y a las madres en lo que atañe al aprendizaje para prevenir la ictericia y reconocerla precozmente.

METODOLOGÍA

El programa se efectuó en las Salas 2, 3, 4 y 5 del Hospital San Juan de Dios (HSJD), durante un mes; la población constaba de 30 personas (entre enfermeras obstétricas, enfermeras generales y auxiliares) y 505 padres de familia de los niños y niñas atendidos en dichas salas. Los criterios de exclusión fueron niños y niñas con malformaciones congénitas y bajo peso al nacer. Se utilizó un consentimiento informado para los padres y madres de familia para la inclusión.

El procedimiento metodológico se aplicó por etapas. En la primera, se realizó un diagnóstico epidemiológico. Para ello, se analizaron las principales causas de internamiento de pacientes con ictericia en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Nacional de Niños (UCIN del HNN). Se evidenció que la relacionada con inadecuadas técnicas de alimentación era la más frecuente y que se carecía de programas institucionales de enfermería dirigidos a la prevención de esta enfermedad. En la segunda, se efectuó un estudio de viabilidad, factibilidad, población beneficiaria y la selección de la maternidad para implementar el programa. En la tercera, se promovió, negoció y divulgó el proyecto. Fue necesario obtener el consentimiento del HSJD para la implementación. En la cuarta, se implementó el programa de capacitación y se hizo seguimiento a la familia para observar la evolución, la efectividad o el impacto de la educación tanto en los padres como en el personal de enfermería.

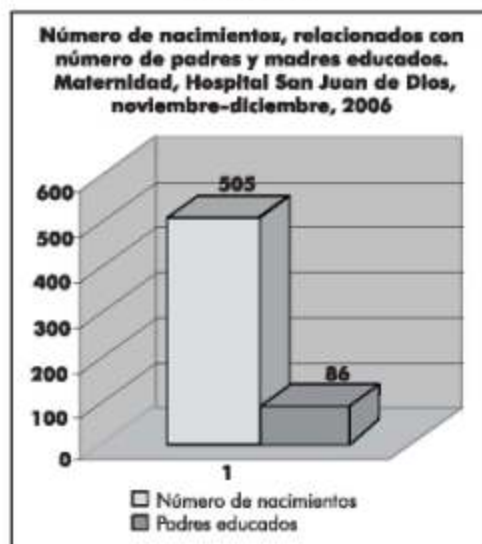
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados se presentaron en gráficos, cuadros y descripciones. Al pie de los datos se encuentra la discusión, la cual suele apoyarse en la literatura.

Entre el 18 de noviembre y el 18 de diciembre del 2006 hubo 505 nacimientos y se incluyó un 17% de la población de padres. Los estudios consultados mencionan la importancia de la educación para prevenir la ictericia relacionada con técnicas de alimentación inadecuadas. Gráficos N.1

Álvarez y Alfaro (2004) relataron que "en nuestra población el porcentaje de niños alimentados con leche materna (89%) es mucho mayor al de otras poblaciones descritas (20). Sin embargo, la mayoría tenía una mala técnica de alimentación, que favo-

Gráfico N° 1



Fuente: Programa de Enfermería para la prevención sobre ictericia por intolerancias dietéticas de alimentación.

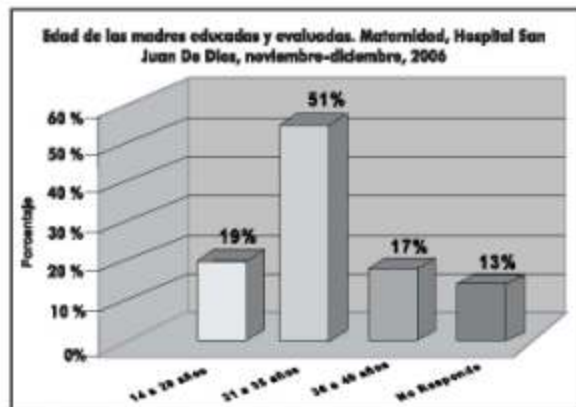
recia el círculo: pobre alimentación, pobre estimulación materna, poca producción de leche materna, deshidratación del neonato e hiperbilirrubinemia. Las recomendaciones fueron educación y soporte a la madre por el equipo de salud".

Gourley (2000) refirió que "algunos de los factores asociados a la hiperbilirrubinemia están relacionados a la ingestión de líquidos, es decir, el ayuno, frecuencia de alimentación, pérdida de peso relacionada con deshidratación. Estos factores pueden ser abordados con un adecuado entrenamiento a los padres de familia".

Por su parte, Schwoebel (2004) expresó que "los factores que predisponen al recién nacido a presentar ictericia son la poca o inadecuada educación a los padres y la pérdida de conciencia del peligro que representa la ictericia". Por tanto, debe mejorarse el porcentaje de padres educados en el asunto, con lo cual se espera una disminución de la frecuencia de niños que presenten hiperbilirrubinemia por inadecuadas técnicas de alimentación.

Gráficos N.2. La edad de las madres oscila entre los 14 y 40 años y las edades más frecuentes están entre los 21 y 35 años. Álvarez y Alfaro (2004) refirieron que "en su mayoría los pacientes que presentaron ictericia eran productos de madre primigesta 124 (51,9%)". El texto se apoya con lo expuesto por el Instituto Nacional de la Mujer, Inamu (2000): "En Costa Rica, en 1990, el 81% de los partos de primigestas (primer embarazo), son de adolescentes,

Gráfico N° 2



Fuente: Instrumento de evaluación dirigido a los padres de familia.

y por consiguiente, sus oportunidades se limitan por tener nivel académico bajo. Además, el asumir la maternidad y la crianza de un niño (a) durante la adolescencia afecta el desarrollo integral de la joven. Entonces, se debe dar un énfasis especial a la educación de dicho grupo de madres, sin descuidar el resto de las primigestas de cualquier de edad".

Cuadro N° 1

Padres y madres que recibieron educación según lugar de residencia. Maternidad, Hospital San Juan de Dios, noviembre, diciembre 2006

Residencia	N° Casos
Total	28
Pavas	10
Hatillos	6
Escazú	6
Desamparados	6

Fuente: Cuestionario de enfermería prevención sobre ictericia.

Los lugares de residencia más frecuente son Pavas, Hatillo, Escazú y Desamparados.

Algunos de los lugares donde residen los progenitores cuentan con un número importante de personas en riesgo social y de población inmigrante. Por esta razón, debe hacerse énfasis en su educación y, en especial, en la retroalimentación del mensaje.

Brenes (2000) explica que "el Cantón de Desamparados, entre otras comunidades de la provincia de San José, tiene el mayor porcentaje de inmigrantes nicaragüenses. Además, las personas

que habitan en zonas urbanas marginales no cuentan con educación secundaria, y muchas tienen la educación primaria incompleta. Por otra parte, la escolaridad baja relacionada con las condiciones sociales y la pobreza son factores que aumentan el riesgo de que un menor tenga acceso a los servicios de salud donde los padres adquieran el conocimiento sobre la importancia de la prevención de la ictericia".

Gráfico N° 3



Fuente: Hoja de participación en el proceso educativo.

Obsérvese que un 5% de la población estudiada estaba compuesta por hombres y el 95% por mujeres, lo que se ajusta al modelo de sociedad patriarcal.

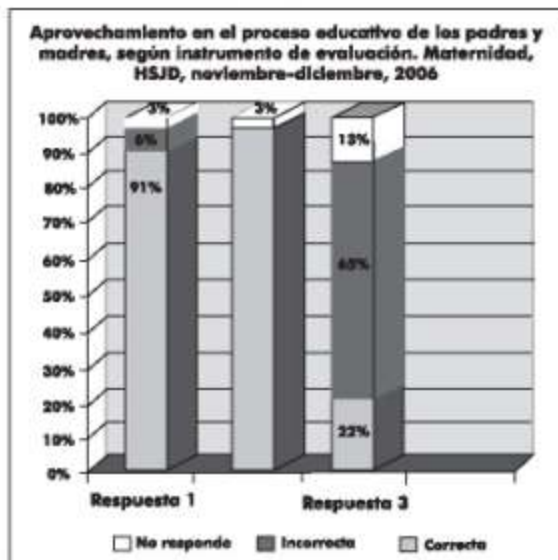
Para Torres (2004), "los hombres y las mujeres tenían asignado un modelo patriarcal. Al varón se le daba el papel de protector y proveedor, pero era más relevante el segundo. A la mujer se le asignaban las tareas del trabajo doméstico y la crianza". Sin embargo, los modelos de la sociedad han cambiado, pues la mujer ingresó al ámbito escolar, labora fuera de casa, retrasa la edad del matrimonio y de la concepción. Por eso hoy es importante que los varones asuman su rol de padres, ayuden en el cuidado de los hijos desde su nacimiento y se integren en el proceso educativo.

El gráfico N.4 muestra que la pregunta N°1 (¿Qué es la ictericia?) fue respondida adecuadamente por 63 padres de familia (91%).

En la pregunta N° 2 (¿Cuáles son las medidas para prevenir que sus hijos o hijas no presenten ictericia por inadecuadas técnicas de alimentación?), 67 (97%) padres y madres de familia de los 69 consultados, tenían la información necesaria (contestaron apropiadamente).

Los padres de los neonatos deben dominar las téc-

Gráfico N° 4



Fuente: Hoja de participación en el proceso educativo.

nicas de amamantamiento, para que prevengan la hiperbilirrubinemia y la ictericia relacionadas con la hipoalimentación del (de la) recién nacido (a).

La educación y la retroalimentación de lo enseñado a los padres y a las madres en lo concerniente a la prevención de dicha enfermedad son importantísimas. Al respecto Álvarez y Alfaro (2004) aseguran que "las madres manifestaron en un 89,5% de los casos que alimentan a sus niños en forma exclusiva con leche materna, al evaluar la técnica y la frecuencia de alimentación, en un 88,7% era inadecuada (períodos de succión muy cortos o prolongados con succión escasa y períodos de sueño frecuentes durante la alimentación, o períodos prolongados: mayores a 4 horas sin ser alimentados)...". Por lo anterior, se reitera que la educación y la comprensión de la información por los padres y madres de familia pueden prevenir el citado tipo de ictericia.

Respecto a la pregunta N° 3, 15 padres y madres de familia conocían adecuadamente el progreso cefalocaudal de la ictericia, por tanto, debe retomarse el tema como elemento importante del proceso educativo, para que todos (100%) lo conozcan y lo detecten oportunamente.

Estudios como el de Schwoebel (2004) reafirman la importancia de que los padres de familia dominen las medidas de prevención y de diagnóstico precoz, pues son los pilares en la erradicación del kernicterus.

La educación de los padres y madres de familia fue exitosa (para las investigadoras), porque conocían los aspectos más importantes del manejo de la ictericia. Sin embargo, en el futuro, deberán retomarse las áreas más débiles y aumentarse la retroalimentación de lo enseñado, pues aunque se capacitaron 86 padres y madres, solo se evaluaron 69; es decir, hubo un déficit de 17.

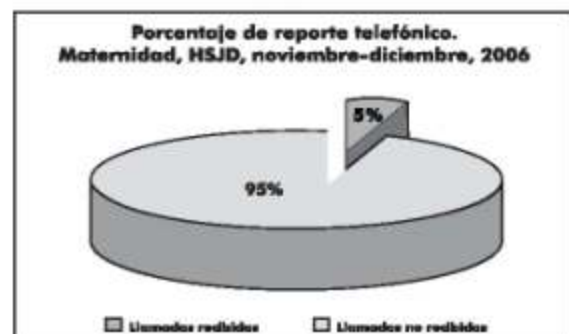
Cuadro N° 3

Cantidad de padres y madres que recibieron la información y cantidad que no la recibieron. Maternidad, Hospital San Juan de Dios, noviembre-diciembre, 2006		
Criterio	N° Casos	Porcentaje
Total	69	100%
Si recibieron la información	28	41%
No recibieron la información	41	59%
Ns/Nr	0	0%

Fuente: Lista de cotejo para supervisar la educación.

Un 41% recibió información sobre la prevención de la ictericia; un 59% dijo no haberla recibido; entonces, más de un 50% careció de educación. Además, a un 33% se les interpretó el material escrito sobre el tema, pero a un 67% únicamente se les entregó.

Gráfico N° 5

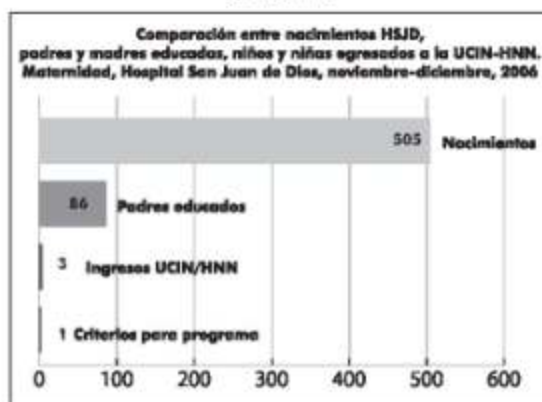


Fuente: Reporte telefónico

Un 5% de los padres (gráfico N.6) informó que sus hijos no presentaron ictericia ni tuvieron complicaciones asociadas a esta. Se destaca el hecho de que aunque muchos no concluyeron el proceso educativo telefonaron para reportar la condición de su hijo.

En la Maternidad del HSJD nacieron 505 niños, tres ingresaron a la UCIN-HNN, dos se excluyeron del programa por incumplir los criterios del estudio,

Gráfico N° 6



el tercero ingresó con el diagnóstico de ictericia por inadecuadas técnicas de alimentación, pero la madre negó haber recibido la información. Durante el estudio a todos los (as) niños (as) ingresados (as) en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional de Niños se "les estudió por ictericia".

Evaluación del personal de enfermería

Al personal de enfermería de la Maternidad del Hospital San Juan de Dios se le aplicó un instrumento de evaluación cuyos resultados se enumeran a continuación: 1) se posee el conocimiento referente a la ictericia y su prevención, 2) se domina el material educativo diseñado para que los padres prevengan la ictericia por inadecuadas técnicas de alimentación, 3) la información se le dio a un 17% (15 personas) de la población meta (86 padres de familia), 4) se les preguntó: ¿Por qué si se posee el conocimiento no se informó a los padres sobre el asunto? Las respuestas fueron: por recargo de las funciones, había muchas pacientes y poco personal, el papeleo era demasiado y el programa de prevención de ictericia por inadecuadas técnicas de alimentación aumentaba todavía más el trabajo. Aunque la respuesta refleja la realidad del sistema de salud en Costa Rica, algunos estudios recomiendan un cambio en la actitud de los profesionales de enfermería, y en el caso del manejo de las complicaciones de la hiperbilirrubinemia es imperativo.

En la etapa de implementación del programa en el HSJD los resultados son moderados; sin embargo, un éxito ya por sí mismo fue ponerlo en marcha. Además, hubo cero internamientos relacionados con la causa, en los niños cuyos padres y madres fueron educados.

La educación como un medio de cambio es una herramienta idónea para la enfermera pediátrica, un pilar para la prevención de enfermedades duran-

te el periodo neonatal y un recurso accesible para la buena calidad de vida de los (as) niños (as) del país.

CONCLUSIONES

-La creación del programa de intervención de enfermería para la prevención de la ictericia neonatal por inadecuadas técnicas de alimentación es necesario porque la educación es la herramienta más eficaz y económica para la prevención de la ictericia, y favorece el bienestar del niño, la niña y la familia.

-El personal de enfermería de la Maternidad del HSJD es el idóneo para ejecutar el programa porque conoce mejor a los usuarios y cuáles son sus necesidades.

-El proyecto es factible porque existen necesidades de educación que no están siendo cubiertas.

-En el Hospital San Juan de Dios existe la infraestructura y el recurso humano necesarios para la implementación de un proyecto como el que se está proponiendo.

-El proyecto es viable porque responde a las políticas de salud nuevas: disminución de costos y una atención más oportuna, además, es parte del quehacer de la disciplina de enfermería.

-La problemática que representa la ictericia por inadecuadas técnicas de alimentación que ha sido descrita en este estudio y, anteriormente, por otros investigadores a nivel nacional e internacional.

-Existe en el personal de enfermería de la Maternidad del HSJD resistencia ante los procesos educativos, especialmente en aspectos de evaluación y retroalimentación.

-El programa de intervención de enfermería para la prevención de la ictericia se debe integrar en los cursos de preparación para el parto, retomarse en el parto y evaluado en el posparto. Además, el abordaje debe ser interdisciplinario.

-El tiempo destinado para el proceso evaluativo fue muy corto, lo cual limitó los alcances y los resultados de la evaluación.

-Con el desarrollo del programa, los principales beneficiarios son los recién nacidos, porque sí se previene la ictericia o se detecta precozmente, se les disminuye el riesgo de kernicterus, prin-

cipal complicación. Entonces, la familia reduce el impacto emocional relacionado con la hospitalización de un neonato y la institución bajará el gasto asociado a las hospitalizaciones.

RECOMENDACIONES

-Retomar la sensibilización del personal de enfermería mediante la divulgación de resultados preliminares.

-Que la Comisión de Lactancia Materna colabore con el desarrollo de este proyecto.

-Se debe iniciar la capacitación a los padres en los cursos de parto psicoprofiláctico y consultas de prenatales.

-Que el proyecto se incluya dentro de los compromisos de gestión.

-Que dentro de los materiales educativos que se brinden a los padres en las consultas de prenatales, natales y posnatales, también se describan los riesgos potenciales de la hiperbilirrubinemia.

-Las enfermeras deben responsabilizarse por la identificación de la ictericia, evaluarla, coordinar el plan de egreso de los neonatos en riesgo, asegurar el tratamiento apropiado por hiperbilirrubinemia, proporcionar ayuda en la lactancia materna, asegurar un programa de educación coordinado para todos los miembros del personal que los atienden. Los programas deben evaluarse para mejorar el manejo de la ictericia, reducir al mínimo los lapsos en el cuidado, disminuir la ocurrencia de hiperbilirrubinemia severa y prevenir la encefalopatía bilirrubínica aguda o crónica.

ALCANCES

Se implementó el programa de intervención de enfermería para la prevención de la ictericia neonatal por inadecuadas técnicas de alimentación en las diferentes salas de maternidad del HSJD.

-Se sensibilizó a la persona sobre la importancia de la prevención de la ictericia neonatal y sus complicaciones.

-Se estableció una coordinación con la Comisión de Lactancia Materna con respecto a este programa, y se manifestó interés.

-Durante el periodo de implementación solo hubo un caso de ictericia referido del HSJD.

-Se asignó una enfermera para el seguimiento del programa.

LIMITACIONES

-El proyecto de intervención de enfermería se desarrolló, implementó y evaluó en un periodo muy corto.

-La principal limitación fue la poca motivación que manifestó el personal de enfermería, a pesar de que ellos mismos conocen la importancia de la implementación del proyecto.

-No todas las jefaturas de Enfermería se involucraron con el proyecto.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Alfaro, B. (1999). *Manual de atención del recién nacido de alto riesgo*. Ministerio de Salud, CCSS, San José Costa Rica.
- Álvarez, T. y Alfaro, B. (2004). Ictericia en el paciente recién nacido de término o cerca de término en el Servicio de Neonatología. (Inédito).
- Avery, G.B., Fletcher, M.A. y Mac Donald M.G. (1999). *Neonatology: Pathophysiology management of the newborn*. 5ª edición. Editorial LWB&W. Págs. 765-813.
- Brenes Camacho, G. (2000). Segregación residencial de los inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica. (Recuperado el 12 de febrero del 2007). En: www.ccp.ucr.ac.cr.
- Deacon, J. y O'Neill, P. (2001). *Cuidados intensivos de enfermería en neonatos*. Segunda edición, Editorial Mc-Graw Hill Interamericana. México D.F.
- OMS. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra.
- Dissandón, M. et al. (2000). Fomento de la lactancia materna, programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, en Hospital Barros Luco Trudeau". En: *Rev. chil. pediatr.* v. 71, n. 2, Santiago de Chile. Versión electrónica en: <http://www.scielo.cl>.
- Promoción de la salud. Glosario. 1998. (Revisado 3 de enero del 2007) En: <http://www.mac.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>.
- Rosales, R. (2005). *La formulación y evaluación de proyectos con énfasis en el sector agrícola*. Editorial UNED. San José, Costa Rica.
- Schwoebel, A et al. (2004). "Kernicterus: un acontecimiento que nunca debe ocurrir en recién nacidos sanos de término o cercanos al Término". En: *Newborn & Infant Nursing Reviews* (Revisado el 25 de enero del 2007). En: <http://www.prematuros.cl/webdiciembre05/enfermeria neonatal/kernicterus/kernicterus.htm>.
- Torres, L. (2004). "La paternidad: una mirada retrospectiva". En: *Revista de Ciencias Sociales*. Vol. III, N° 105, 48-50.
- Vázquez, S. (1999). "Relación de Ictericia y leche materna" *Acta Pediatr. Costarric.* Vol. 13 n. supl. San José.
- Wikipedia (2001) *La Enciclopedia Libre*. Edición en español de Wikipedia.

Análisis de la adaptación psico-emocional del personal de enfermería al ambiente laboral hospitalario

Nadia Flores-Cecilliano¹

*"La verdadera humanización de la enfermería está en desarrollo de la espiritualidad de cada profesional".
Nadia Flores-Cecilliano.*

*"Enfermería es un proceso significativo, terapéutico e Interpersonal. Funciona de forma cooperativa con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en el seno de las comunidades... La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que aspira a fomentar el progreso de la personalidad en la dirección de una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria".
Pepiau*

RESUMEN

Se narra la experiencia de enfermería en salud mental al trabajar con el personal de enfermería en el área infantil y de adultos en el periodo 2001-2006. Se pretendió identificar la forma de adaptación psico-emocional al medio de trabajo. El antecedente fue un estudio con la percepción de los padres ante la hospitalización del hijo recién nacido (Hospital Nacional de Niños, 1998). Para mejorar su adaptación, había que empezar porque enfermería identificara cómo se adapta a su ambiente de trabajo.

Para tal efecto, se impartieron tres talleres: uno para profesionales, otro para auxiliares, asistentes y secretarías, y el último para profesionales, auxiliares y asistentes de pacientes.

Se encontró un malestar general: celos, envidia, enojo y resentimiento. Presencia de mecanismos de defensa de adaptación inadecuada y violencia.

Debe atenderse la salud mental del personal para que los mecanismos de defensa de inadaptación no afecten su salud ni la calidad de atención a sus pacientes.

La mala adaptación al ambiente de trabajo persistirá

¹ Licenciada en Enfermería con énfasis en salud mental. San José de Costa Rica, Hospital San Juan de Dios, Paseo Colón.

mientras el personal carezca de un espacio catártico que le ayude a mejorar su percepción psico-emocional.

Palabras clave: psicología, salud mental, salud ocupacional, enfermería y ambiente hospitalario.

SUMMARY

The infirmery experience is narrated in mental health when working with the infirmery personnel in the infantile area and of adults in the period 2001 at the 2006. It was sought to identify the form of you psico-emotionally adaptation to the means of work. Antecedent was a study with the perception of the parents in the face of the hospitalization of the recently born son (National Hospital of Children, 1998); for improve them the adaptation in mention, it was necessary to begin because infirmery will identify how she/he adapts to its work atmosphere.

Three shops were imparted: one shop for professionals, another for assistants of patients and secretaries and the last one for professionals, auxiliary and assistants of patient.

General uneasiness: jealousies, envy, anger and resentment. There were presence of mechanisms of defense of adaptation inadequate and violence.

The personnel's mental health should be assisted so that the mechanisms of mala adaptation defense don't affect its health neither the quality of their patients' attention.

The bad adaptation to the work atmosphere will persist if not having the personnel a cathartic space that she/he helps him to improve its psico-emotional perception.

Key words: psychology, mental health, occupational health, infirmary and hospital atmosphere.

INTRODUCCIÓN

Se narra la experiencia profesional en enfermería con énfasis en salud mental. Se trabajó con el personal de enfermería de dos nosocomios (población): Hospital Nacional de Niños (HNN) y Hospital San Juan de Dios (HSJD) en el periodo 2001-2006.

El objetivo de trabajar con dicha población fue conocer cómo se adapta psico-emocionalmente a su ambiente laboral hospitalario, para mejorar su salud mental. El interés hacia el análisis de la adaptación psico-emocional del personal de enfermería nació en 1998. En esa época se estudió la percepción de los padres y las madres ante la hospitalización de su bebé recién nacido en el servicio de neonatología del Hospital Nacional de Niños. Se pretendía comprender la experiencia hospitalaria tal y como los padres y las madres la construían, "aquí y ahora", en el ambiente hospitalario. Se esperaba que la hospitalización del neonato resultara a ambos padres una experiencia fortalecedora e integradora y con el menor trauma posible.

No obstante, para lograrlo se debía mejorar la adaptación psico-emocional de los padres y las madres al proceso de hospitalización del niño. Esto se conseguiría por medio de la identificación, expresión, comprensión y aceptación de las emociones y sentimientos, que son parte de un proceso normal de pérdida física o simbólica de un bebé sano. Un producto del estudio fue la evidencia de la importancia del personal de enfermería en lo que concierne a la atención oportuna a las necesidades psico-afectivas de la familia de los recién nacidos, pues son las personas que les daban un apoyo significativo y efectivo desde el momento del ingreso del neonato y el cual debería perdurar durante la hospitalización. Por lo anterior, surgió la pregunta: ¿cómo manejaba el personal de enfermería sus emociones en lo relacionado con la atención emocional de la familia del bebé? Con la respuesta se confirmó que el personal percibe efectivamente las diferentes conductas y reacciones presentadas por los progenitores durante la hospitalización de sus bebés y reconoce

que ambos padres necesitan orientación y apoyo psicológico. Desde el punto de vista emocional, se siente comprometido para brindar conjuntamente con la atención al bebé internado un apoyo emocional a los padres y madres. Establece una relación empática con los progenitores, pero carece de una preparación adecuada que le ayude a manejar tanto sus propias emociones como a servir de punto clave en el proceso de hospitalización que enfrentan los padres con su recién nacido enfermo. Entonces, la respuesta es como un reflejo de la mayoría de las enfermedades sufridas por el personal en mención y que emergen como consecuencia de la labor diaria. Para validar la respuesta, surgió el interés de analizar el proceso de adaptación psico-emocional al ambiente laboral hospitalario del empleado (enfermería), en otras palabras, comprender cómo identifica, reconoce, expresa, comprende y acepta sus emociones relacionadas con el desempeño de su labor. El proyecto se enfocó en la adquisición de un espacio para la identificación, reconocimiento, expresión y aceptación de sus emociones del personal -incluida la autora de este artículo- experimentadas en su labor diaria.

Se inició con el personal del HNN entre el 2001 y el 2003; y se complementó con un estudio con el personal del HSJD entre el 2003 y el 2005. La modalidad de trabajo incluyó charlas participativas e interactivas y talleres avalados por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social de la Caja Costarricense de Seguridad Social (CENDEISS). Además, se añadieron planes piloto específicos en algunos servicios.

Por la necesidad de identificar, expresar, aceptar y comprender las emociones como ciertas y verdaderas; así como, determinar cómo influyen en el ambiente emocional-laboral se aplicó una metodología cualitativa-participativa. El ambiente citado se constituye por la percepción de cada persona de todo cuanto la rodea y por el conocimiento, la experiencia y la habilidad para reconocer y manejar sus propias emociones. El ambiente se modifica por el turno (jornada de trabajo hospitalaria), durante el turno, por el conjunto de personas que laboran en una tarea o proceso, por situaciones significativas del trabajo en sí y por la época del año. En síntesis, se compone de todas las emociones que se experimentan constantemente en la interacción diaria con otros en el lugar de trabajo.

La problemática encontrada persiste a través de los años. Se relaciona con el grado de importancia (que suele ser negativo o escaso) con que se asume la salud mental del personal de enfermería y con la urgencia de ejecutar programas específicos en la prevención y atención de la salud mental.

METODOLOGÍA

Se utilizó metodología cualitativa. Se toma la experiencia real de los actores como verdadera. La recolección de estos datos se realizó mediante la expresión de sentimientos por medio de dibujos, escritura, dinámicas de grupos y técnicas de comunicación. Los datos se analizaron mediante la descripción de la percepción del ambiente laboral, la percepción de la autora, la del personal de enfermería dentro del ambiente y la capacidad de identificar, nombrar, reconocer, expresar y manejar las emociones.

La secuencia del trabajo se dio de la siguiente manera:

Se realizó la práctica dirigida: Programa de apoyo y contención psico-afectiva dirigido a padres y madres de los niños(as) hospitalizados(as) en el servicio de neonatología, HNN, agosto-noviembre, 1998 (1). La cual originó la inquietud de trabajar con el personal de enfermería.

Como método de diagnóstico se realizaron actividades participativas e interactivas dirigidas al personal de enfermería con espacios catárticos de identificación, comprensión, expresión, aceptación de sentimientos y emociones surgidas en la labor diaria (lugar de trabajo).

Se impartieron tres talleres avalados por el CENDEISS para el personal de enfermería: uno dirigido a enfermeras y enfermeros profesionales, el segundo a auxiliares de enfermería, asistente y secretarías, y el tercero incluía a los profesionales de enfermería, auxiliares y asistentes de pacientes. El título fue "Humanizando la atención al paciente pediátrico".

Se repitió la experiencia con el personal que labora con adultos, en el HSJD, pero el taller fue titulado: "Calidez en la atención al cliente interno y externo".

HALLAZGOS

Como factor más sobresaliente, se encontró un malestar general del personal de enfermería; sobre todo, hacia sus superiores (varía según la escala jerárquica). El malestar mencionado se caracteriza por emociones mal manejadas: celos, envidia, enojo (se destaca) y resentimiento. Se identifica una constante de quejas e inconformidad, aunados a sentimientos de no valía, no reconocimiento de su esfuerzo y poca o ninguna motivación.

Además, se evidenció los siguientes mecanismos de adaptación psico-emocional al ambiente hospitalario: la negación de sentir, la culpabilización,

revictimación, conformismo y conductas emocionales abusivas como ignorar, descalificar y no validar a los otros, así como, las conductas abusivas de poder. Los anteriores son mecanismos considerados como mal adaptativos y violentos porque propician un ambiente sobrecargado de emociones que deterioran el estado mental y físico del personal de enfermería. La problemática principal es confundiéndose fácilmente con otras expresiones más comunes de malestar general y que enmascara la realidad enfrentada. Dichas expresiones se describen como cansancio, fatiga y apatía, dolores musculares, problemas gástricos, pérdida de motivación hacia el trabajo, irritabilidad, depresión, ansiedad, aumento de las relaciones conflictivas basadas en desconfianza e inseguridad así como dificultad de resolver adecuadamente los problemas.

La problemática se refleja parcialmente en el aumento de las incapacidades, ausentismo, conflictos laborales y en el peor de los casos, en demandas por mala praxis y relaciones altamente violentas como es el mobbing o psicoterror laboral.

ANÁLISIS

Los hallazgos se relacionan con el costo/beneficio que representa para la institución (Caja Costarricense de Seguro Social) la utilización del recurso humano en la hospitalización de una persona (niño, niña, adolescente o persona adulta). El recurso más numeroso de un hospital es el personal de enfermería y, por ende, el que más sufre silenciosamente desgaste emocional y físico; que persiste por la dificultad de abrir espacios que promuevan la salud mental.

El enigma del personal, sin visualizarlo y desatendido, produce paulatinamente, y en forma inconsciente, la elaboración de mecanismos defensivos mal adaptativos. Los mecanismos citados repercuten en forma directa en la atención integral del paciente y familia hospitalizados en términos de eficacia, efectividad y eficiencia.

Si la atención a la salud mental del personal de enfermería es invisibilizada y desvalorizada, entonces, se deja de lado la importancia de analizar cómo dicho personal enfrenta situaciones difíciles en la práctica diaria, cuando el factor "temor a morir", muerte o pérdidas significativas activan los mecanismos de defensa elaborados y dificultan su labor.

Y si a la situación se suman otros aspectos como el exceso de trabajo, la falta de personal y la condición de los pacientes, entre otros, entonces, no quedan espacios para analizar tantas emociones combinadas

y menos aún para apoyar y contener emocionalmente a los y las pacientes y sus familias.

Lo anterior conlleva a un proceso lento y silencioso de deterioro físico y mental causante de un malestar general de la enfermera que se transforma en insatisfacción tanto personal como profesional y en un difícil manejo de las relaciones interpersonales.

La psicodinamia del proceso de vivencia del personal en el ambiente laboral hospitalario es exactamente lo que se denomina a lo largo del texto proceso de adaptación psico-emocional. En el proceso se incluye la necesidad de que el personal de enfermería se involucre con el mejoramiento del ambiente laboral y aplique sus conocimientos al máximo en procura de una atención de calidad para el (la) usuario(a) y su familia.

La forma de adaptación es tomada de la inteligencia emocional (conceptualización nueva), no se mide por una de sus funciones: ni la memoria, ni el coeficiente intelectual, sino por la adaptación al medio, lo que requiere un cambio y un aprendizaje e incluye un conocimiento propio de pensamientos, actuaciones y emociones.

Por tanto, abrir un espacio catártico es de importancia vital para la salud mental del personal de enfermería. Implica, concientizarlo en la importancia de expresar y manejar adecuadamente sus emociones, de lo cual depende el éxito y calidad de la atención que brinda, así como la responsabilidad en el mejoramiento continuo de sus relaciones humanas, consigo mismo (a), con el medio hospitalario y con las demás personas.

Las respuestas posibles a la interrogante ¿qué produce el malestar general? son las siguientes:

La existencia de un error en la percepción y comprensión de la función de enfermería. Surge cuando el personal no sabe qué esperar de la otra parte, no sabe qué y cómo comunicarse funcionalmente y no puede establecer metas comunes de trabajo: entonces, se produce una forma inadecuada de relacionarse, se generan relaciones interpersonales e intrapersonales destructivas. La solución se dará en la medida en que el personal pueda individualmente comprender su conducta, sus pensamientos, sus modificaciones y la forma en que influyen en las demás personas a su alrededor.

Es el manejo inadecuado de las emociones. Se refleja directamente con un malestar interno, en el cual el personal no puede determinar cuándo, en qué

intensidad y hacia quién dirigir la manifestación emocional displacentera, que no identifica donde se produce (cólera, miedo, culpa, enojo, impotencia, frustración Peplau, H.E.: 1990). La solución alterna se conseguirá conforme el personal use racionalmente sus emociones; en primera instancia, que exprese su sentir, que escuche a otro, que se vea reflejado en otras personas, se escuche a sí mismo (a) y tenga consciencia de sus emociones. Lo logrará si se proporciona un ambiente emocional seguro, confiado y dignificante.

Por otra parte, las respuestas a otra pregunta que surgió (¿cómo se disminuirá el malestar general?) se detallan a continuación:

Se deben producir cambios en el ámbito personal, pero es necesario abrirle un espacio catártico al personal, donde pueda expresarlo y determinar cuáles son sus necesidades psico-afectivas. Se debe asegurar un ambiente emocional; en otras palabras: no criticar, no descalificar, no ignorar ni invalidar los sentimientos y pensamientos de las personas. El poder expresar los sentimientos les ayuda a la comprensión de sí mismos, a reflexionar sobre sus conductas e iniciar un proceso de cambio que es individual y a un ritmo personal. Por tanto, urge el desarrollo de los espacios de tipo recreativo y creativo.

El personal debe conocer su función, posicionarse y analizar su trabajo a la luz de sus conductas y la influencia tanto de sus compañeros de trabajo como del paciente y su familia. Implica asumir la responsabilidad de sí mismo (a) antes que la de otros u otras, en su pensamiento, en su actuación y en su hablar.

Es responsabilidad del Estado y la institución (CCSS) promover la salud integral en sus trabajadores.

¿Quién debe guiar el proceso de cambio? Debe producirse en el interior de cada individuo y requiere mejorar las habilidades mentales para relacionarse consigo mismo (a), con el medio y con las personas que le rodean. Por ello, debe dirigirse personal capacitado en el ámbito de la salud mental. Y su éxito radica en el apoyo institucional, basándose en la comunicación y coordinación de actividades específicas.

¿Por qué es importante este proceso de cambio interno? Porque produce bienestar psicológico y emocional para desarrollar todas las capacidades y habilidades que generan una adaptación satisfactoria a su trabajo. De todo ello se tiene bastante información, pero se interioriza muy poco.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería se adaptará inadecuadamente al ambiente hospitalario en la medida en que la percepción de sí mismos (as) en su escenario de trabajo se mantenga distorsionada. De persistir esta situación, el desempeño del personal en lo que concierne a su conocimiento, calidad, eficiencia y eficacia de la atención estará acompañada de una carga emocional mal expresada y manejada. Además, los aspectos concernientes a la atención al paciente y su familia serán cuestionados constantemente.

Por tal motivo, en el ambiente hospitalario, la Salud Mental requiere una especial atención, pues funciona como un recurso equilibrante entre los diferentes factores que limitan el desarrollo personal y profesional.

El hospital se transforma rápidamente pues responde a las exigencias y demandas externas, y el personal de salud puede adaptarse integralmente a los cambios en su realidad física, social, emocional y espiritual. Sin embargo, la adquisición de habilidades mentales para enfrentar tales demandas está muy dañada. Son parte de nuestra historia, de nuestra vivencia familiar, de nuestra experiencia personal, es parte de nuestra herencia social, como una construcción psico-social de lo que es el ser humano: hombre y mujer.

Por tal motivo, la comprensión de la psico-dinámica del proceso de adaptación psico-emocional en el personal de salud es vital. Es la dinámica en la cual el personal se introduce al ambiente hospitalario y se adapta a los diferentes procesos.

La atención siempre ha sido dirigida a la parte clínica y el factor humano pasa a segundo plano, en gran parte por la carga laboral y la falta de capacitación en el manejo de las emociones. Para mejorar la atención integralmente, el personal de enfermería debe enfatizar en la percepción de sí mismos (as) en su proceso de adaptación al ambiente hospitalario; percepción dañada por "el malestar general" difícil de extinguir de nuestras vidas. Malestar que es muy significativo y tiene una estrecha relación con el deterioro físico-emocional del personal versus la calidad de la atención que se brinda en el área hospitalaria. De igual manera, tiene vinculación con la forma en que nos relacionamos dentro del trabajo en equipo y evidencia la necesidad de programas de salud mental para que el personal de enfermería desarrolle su potencial en la adquisición de habilidades mentales para enfrentar y resolver las diferentes situaciones que surgen de su labor diaria. Necesitamos urgentemente responsabilizarnos de nuestra salud de forma integral.

BIBLIOGRAFÍA

- Andreola, B.A. (1984). *Dinámica de grupo*. Editorial Sal Terrae. Santander.
- Cooper, Robert K. (1998). *La Inteligencia Emocional (aplicada al liderazgo y las organizaciones)*. Editorial Norma. Bogotá, Colombia.
- Chavarría, Damaris y Flores, Nadia. (1999). *Práctica Dirigida: Programa de apoyo y contención psico-afectiva dirigido a padres y madres de los niños (as) hospitalizados (as) en el servicio de neonatología HNN*, agosto-noviembre, 1998, San José, UCR.
- Goleman, Daniel. (1999). *La inteligencia emocional*. 7 ed. Buenos Aires. Argentina: Javier-Vergara. Editorial, S.A. Pág. 3.
- Lazarus, Richard S. y Lazarus, Bernice N. (2000). *Pasión y razón*: Editorial Paidós Iberita, S.A. España.
- Pepiau, H.E. (1990). *Relaciones Interpersonales en enfermería*. Salvat Editores. Barcelona. Pág. 14.

Cultura y semiótica de la enfermería transcultural

Mary Solano R.¹

INTRODUCCIÓN

Los reportes recientes de las tendencias migratorias en Costa Rica y en diversos países de la Unión Europea reflejan datos que inducen a desarrollar nuevas políticas para hacer frente, a los conglomerados de inmigrantes que van a necesitar un importante apoyo educativo, social y sanitario, en el que enfermería debe desempeñar un papel de primer orden.

Conforme nos introducimos en el siglo XXI, el profesional de enfermería es protagonista de enormes cambios demográficos, sociales y culturales, muchos de los cuales desempeñarán un papel dramático en la prestación de cuidados de enfermería a las personas y sus familias.

Ante un entorno cambiante, la enfermería transcultural permite comprender las creencias, las prácticas y los problemas relacionados con el proceso de salud-enfermedad, que forman parte de las experiencias procedentes de culturas diferentes. Además, proporciona al profesional de enfermería la posibilidad de explorar y comprender la base cultural de los(as) usuarios(as), la comunidad a la que pertenecen y los problemas sociales que enfrentan.

La medicina y la enfermería son practicadas de diversas formas, por profesionales con diferentes conductas, actitudes y creencias, ligadas indisolublemente a su propia cultura, que *"es reconocida por los especialistas de ciencias sociales, como el conjunto de las formas típicas de vivir, es decir, de sentir, de actuar y de pensar, de una población determinada, condensaremos esta concepción definiendo cultura como lo vivido (lo vivenciado, la vivencia) por los individuos de la sociedad a la que pertenecen"* (Fougeyrollas, 1986: 29); pero los mencionados profesionales, en su práctica diaria, deben enfrentar el reto de atender a personas cuyo determinante biológico se encuentra

alterado, quizás por sus actitudes, alimentación, soledad e incapacidad para comunicarse o para que su entorno sea comprendido. Todos los factores citados, así como los modelos patológicos característicos de cada país, varían de una cultura a otra.

Madeleine Leininger

Nació en Sutton, Nebraska, EE. UU. Inició su carrera como enfermera en 1948, después de recibir su diploma en la St. Anthony's School of Nursing, en Denver, Colorado. En 1965, obtuvo un doctorado en antropología en la Universidad de Washington, Seattle. Trabajó como instructora, enfermera jefa y supervisora en el área médico-quirúrgica.

Con el transcurrir del tiempo, avanzó en el estudio, la administración y la enseñanza, así como en el diseño de planes de estudio de enfermería, en la Universidad Creighton, Omaha. En 1954 obtuvo un MSN en enfermería psiquiátrica por la Universidad Católica de América, en Washington D.C., e inició el primer programa de especialidad clínica en enfermería psiquiátrica infantil a nivel mundial, así como el primero de enfermería especializada en psiquiatría en la Universidad de Cincinnati, Ohio, y en el Therapeutic Psychiatric Nursing Center.

Durante la época citada escribió uno de sus primeros textos básicos en enfermería psiquiátrica, junto a C. Hofling, titulado *Basic Psychiatric Nursing Concepts*, en 1960, que ha sido editado en 11 idiomas.

Entre 1950 y 1960, investigó en diferentes campos de interés científico-teórico de la antropología y enfermería. Formuló diversos conceptos, teorías, prácticas y principios de la disciplina que fundó la "Enfermería Transcultural". La enfermería transcultural surgió de su educación y experiencia clínica a principios de la década de 1960, y la definió como el área de estudio y trabajo centrado en el cuidado, basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o

¹ Profesora asociada de la Escuela de Enfermería, Maestría en Salud Pública, Universidad de Costa Rica, e-mail: marysolano@gmail.com.

recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o muerte. En 1966, ofreció el primer curso de enfermería transcultural en la Universidad de Colorado.

Como defensora de la ciencia del cuidado humano, sobresale *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend*, su primer libro publicado sobre enfermería transcultural, que sentó las bases del desarrollo de su propia teoría y de la práctica basada en las diferencias culturales. Su libro titulado *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice*, en 1978, definió los principales conceptos, nociones teóricas y procedimientos prácticos de la enfermería transcultural. En 1969, fue nombrada decana, profesora de enfermería y conferencista en antropología, por la Universidad de Washington (Seattle). Bajo su dirección se fundó la Research Facilitation Office, entre 1968 y 1969. Fundó el Committee on Nursing and Anthropology, en coordinación con la American Anthropological Association. En 1981, fue contratada en docencia por la Universidad Estatal de Wayne, en Detroit, profesora adjunta de antropología y directora de enfermería transcultural hasta su jubilación en 1995. Fue directora del Center for Health Research de esta universidad, durante cinco años.

Su carrera académica incluye aproximadamente 600 conferencias, talleres y servicios de asesoría en Estados Unidos, Canadá, Europa, Asia, África, Australia y los países escandinavos. En 1974, fundó la organización denominada *National Transcultural Nursing Society*, de la que fue activa dirigente desde sus inicios y en 1978 instituyó el *Journal of Transcultural Nursing*, del que fue editora. Leininger ha adquirido gran prestigio internacional en enfermería y en otros campos asociados, por sus escritos sobre enfermería transcultural y a sus trabajos teóricos y de investigación (Leno, 2006: 3). Resulta interesante destacar los ocho factores que influyeron en la doctora Leininger, y que justifican su teoría del cuidado cultural y universal, la necesidad de una enfermería transcultural:

1. El marcado aumento en las migraciones de personas dentro del país y entre países refleja una diversidad creciente, que caracteriza nuestras poblaciones nacionales y globales. La diversidad se refiere a las diferencias entre origen, religión, edad, género, orientación sexual, capacidad y discapacidad, clase o estatus socioeconómico, educación, etc.

2. Sobresale un aumento en las identidades multiculturales, con personas que esperan que los(as) profesionales de enfermería y de salud comprendan y respeten sus creencias culturales, valores y estilos de vida.

3. El uso excesivo de la tecnología aplicada a los cuidados en salud, en ocasiones entran en conflicto con los valores culturales de los(as) usuarios(as).

4. Por lo general, existen conflictos culturales, choques y violencia que desencadenan un impacto sobre los cuidados en salud, al tiempo que cada vez más culturas, interactúan las unas con las otras.

5. Existe un aumento en el número de personas que viajan y trabajan en diferentes lugares.

6. Se destaca un incremento de los temas legales que resultan del conflicto cultural, la negligencia, ignorancia e imposición dentro de las prácticas en cuidados de salud.

7. Se ha producido un aumento en los problemas de género, con nuevas demandas sobre los sistemas de salud.

8. Sobresale un aumento de los servicios de cuidados en salud, basándose en la cultura de diferentes contextos ambientales.

A raíz de sus trabajos en salud mental infantil, Leininger comprende que la cultura es el contenido faltante en los servicios de salud y de enfermería, ya que no se encontraba presente en los planes de estudio, por lo tanto, no podrían ser profesionales eficaces en un mundo inmenso y multicultural (Leno, 2006: 4).

Semiótica de enfermería

¿Qué significado tienen el signo y el síntoma como lenguaje que debe interpretar la enfermería? Para Foucault, desde el punto de vista semiótico el síntoma representa "la forma en que se presenta la enfermedad, ... el hecho mórbido en su objetividad y el signo es el producto que explica el lenguaje, en cuanto participa de la elaboración del cuadro clínico del discurso" (Barthes, 1997: 269).

La enfermería sería entonces una práctica discursiva mediadora que transforma, a través del lenguaje, el síntoma en signo. Por medio del lenguaje, el signo le permite a la enfermera (o enfermero), postular un significado que sería la enfermedad, conocer lo que sucedió, o lo que se desarrolla actualmente en la persona, y predecir lo que sucederá.

En la semiología de enfermería, a diferencia de la lengua, se necesita "un soporte corporal, un lugar particularizado" (Barthes, 1997: 27). La enfermedad representa el campo de un verdadero lenguaje, ya que en ella se conjuga una sustancia que sería el síntoma, una forma que es el signo y una lectura que es el diagnóstico de enfermería.

Por ejemplo, el (la) niño(a) hospitalizado(a) logra adoptar el lenguaje propio de la institución y al finalizar la estada, ha incorporado términos tan particulares como "contaminado", "curación", "dolor" y "procedimiento".

Lo anterior ilustra el concepto de M.A.K. Halliday, cuando se refiere a que los procesos de aprendizaje de la niñez, independiente de lo que se trate "*del aprendizaje, de la lengua o de la cultura, se encuentran siempre entre las superficies más permeables de cualquier sistema*" (Halliday, 1978: 165), en este caso en particular, el de salud.

Propone que "una perspectiva socio semiótica implica la interpretación de los desplazamientos, las irregularidades, las discordancias, y las tensiones que caracterizan la interacción humana y los procesos sociales" (Halliday, 1978: 165). Si se toma como referencia el pensamiento del autor, en enfermería los planes de atención a las personas hospitalizadas involucran relaciones entre personas que actúan en un contexto social determinado, en el cual desempeñan funciones específicas, en este caso, el desarrollo y la evaluación del proceso de atención de enfermería en las diferentes instituciones de salud.

Los planes de cuidado son reconocidos como tales por otros miembros de la comunidad discursiva; es decir, las(os) enfermeras(os), los(as) médicos(as) y personal auxiliar relacionado con dicho proceso, a partir del uso de esquemas mentales, y del conocimiento previo que guía sus expectativas sobre este tipo de planes.

El conocimiento académico previo y el de la cultura de la disciplina (*contenidos del esquema*) en particular, así como el conocimiento anticipado de las características originales de este tipo de planes de enfermería (*esquema formal*), constituyen la base para conducir las expectativas de la forma y contenido.

El personal de enfermería guía y orienta su proceso de cuidado a partir de un documento elaborado con esa finalidad, se produce un texto que responde a esas expectativas, con patrones estructurales, estilo y contenido bien definidos, para un destinatario preconcebido.

T.A. Van Dijk menciona que "*si controlamos el contexto, también controlamos gran parte de las estructuras del discurso*" (Van Dijk, 2000: 45). En enfermería, la interpretación del contexto donde se desarrollan los planes de cuidado incluye el registro y el lenguaje, como forma de expresión del expediente.

Los planes de atención abordan la respuesta humana a una variedad de problemas reales y potenciales de salud.

Los contenidos se diferencian de los diversos conceptos de salud. La enfermería trabaja a partir de sus diagnósticos, que tienen modos muy precisos de formularse mediante el lenguaje propio de la profesión, y no a partir de diagnósticos médicos.

No existe un formato definido para la orientación del texto en el espacio, sin embargo, basándose en la referencia a Kress y colaboradores, ellos mencionan que "*el mapa es el resultado de un trabajo semiótico realizado dentro de un contexto social complejo,...* que contempla la realización de un trabajo ideológico" (Kress, Leite-García y Van Leeuwen, 1993 :382).

En el plan de cuidados se prefiere la orientación horizontal, de modo que el diagnóstico, las expectativas y las intervenciones puedan ser identificados rápidamente por el receptor.

En lo conceptual, se expresan diferentes supuestos ideológicos y valores propios del tipo de sociedad en que se desarrolla la atención de salud; la palabra "cliente", por ejemplo, refleja el carácter mercantil de esta atención de salud.

Desde el punto de vista lingüístico comunicativo, el plan de cuidados presenta características originales, que permiten clasificarlo como un género en el contexto de la cultura de las ciencias de la salud.

En él se refleja no solo las concepciones del pensamiento de enfermería, sino la forma como se regula toda la estructura del lenguaje y su influencia en la estructura de elaboración del texto.

En el aspecto lingüístico, se observan regularidades en la selección de las opciones dentro del sistema de la lengua y el predominio de un grupo de patrones que comprenden desde las frases que se sustituyen en núcleos de informaciones, hasta la formulación del diagnóstico de enfermería, con normas institucionales bien definidas que potencian las posibilidades comunicativas dentro del contexto en que se desarrollan.

Según refiere "Fairclough y Van Dijk, "*el plan de cuidados de enfermería, establece también relaciones de poder entre quien lo diseña y quien lo ejecuta, entre el personal de enfermería y el paciente o cliente, entre el que sabe qué debe hacerse y el que no, entre la institución de salud que prescribe normas y aquellos que están en la obligación de ejecutarlas, normas que, por demás, son fiscalizadas*"

(Forteza, 2003: 7), por las jefaturas correspondientes de cada disciplina.

Fairclough afirma que existe detrás del discurso clásico de las instituciones de salud *"una técnica nueva de ejercer el poder... se relaciona también con la ideología"* (Fairclough, 2000: 51), y ejemplifica muy bien las relaciones cotidianas enfermera(o)- persona usuaria

Desde el momento en que la usuaria ingresa al consultorio de la institución de salud, se le presiona para que cumpla las normas establecidas, acepte los medicamentos, adopte la posición necesaria para realizar el examen de diagnóstico e ingiera la dieta indicada.

Este tipo de discurso establece una relación de poder con las personas a quienes brindamos el cuidado, y que provienen de diversas culturas; relación de poder que se genera diariamente en el discurso que utilizamos, o detrás del discurso y que están relacionadas con el conocimiento, las creencias de los usuarios y su identidad.

Según Fairclough, la relación de poder se presenta cuando se ejerce control sobre una persona internada en un centro de salud y las(os) enfermeras(os) se convierten en poseedoras de la verdad, del saber, o cuando se establece una relación de dependencia entre ellas y el "paciente", quien es el subordinado, la persona que debe ser controlada.

La forma como se expresan las personas a las que se les brinda el cuidado, se evidencia en el lenguaje, que, para Pierre Fougeyrollas, comprende *"las posturas, los gestos, las mímicas, los clamores, el despliegue de todas las formas humanamente perceptibles, en fin, la lengua como sistema de signos socializados"* (1985: 28).

La práctica de los cuidados entre las personas es un fenómeno universal, pero las expresiones, procesos y modelos de cuidados varían de una cultura a otra, sin olvidar que *"ninguna cultura es una realidad aislada, sin contacto con los otros"* (Fougeyrollas, 1985: 28). Por el contrario, los fenómenos culturales, en tanto que son expresión de una realidad social, deben ser analizados en conjunto con otros fenómenos sociales, que involucren a la persona en tratamiento.

Al utilizar un lenguaje técnico estandarizado, la enfermería parte del supuesto que le favorecerá la comunicación entre profesionales que utilizan un lenguaje común, le permitirá evaluar y mejorar la calidad de los cuidados de enfermería, desarrollar el conocimiento, los sistemas de información y las políticas de salud pública.

Así como cada persona con sus palabras transmite lo que es y lo que siente, desde el discurso profesional transmitimos nuestra posición como profesionales en forma específica y única, diferente de cualquier otra disciplina.

La tipificación del lenguaje, incluso la jerga profesional, le da consistencia a la profesión, en un momento histórico en que es forzoso compartir y comparar información acerca de la práctica y la investigación para mejorar los cuidados a las personas. Además, gestionar los recursos de enfermería eficazmente por medio de una terminología estandarizada y común, nos permite cerciorarnos de que lo que se compara o gestiona es lo mismo.

La enfermería no escapa a la comunicación electrónica. Mark Poster asevera que *"el intercambio de símbolos entre los seres humanos, se encuentra sujeto a las limitaciones del espacio y el tiempo. La información introducida por los medios electrónicos, tiene un impacto profundo en la sociedad y aún no se ha determinado su amplitud"* (1990: 3).

La utilidad que enfermería puede encontrar en Internet, se amplía a diversos ámbitos, ya que facilita gran parte de la actualización imprescindible para proporcionar los cuidados de calidad que la sociedad demanda y merece.

La comunicación mediante correo electrónico posibilita no solo enviar y recibir mensajes, sino también remitir documentos o imágenes, que permiten emitir informes o análisis, participar en foros de debate, discusiones, análisis de casos y situaciones clínicas, que facilitan una comunicación rápida y fluida entre profesionales interesados en un tema particular.

Además, permite la realización de estudios multicéntricos, que se necesitan cada vez más, para sentar las bases de una investigación clínica coherente y eficaz.

El diagnóstico de enfermería es otro instrumento que unifica el discurso, sin olvidar que es un camino recorrido por otras disciplinas en su proceso de consolidación.

Diagnosticar es tipificar situaciones particulares que facilitan la comunicación entre profesionales de forma concisa, concreta, clara y fiable, por medio de significantes precisos que permiten estructurar y recuperar la información, orientar las acciones pertinentes en la intervención hacia el cuidado al otro.

Los diagnósticos de enfermería prevaletentes entre la población inmigrante se asocian con su cambio de

medio social y cultural, así como con las condiciones de vivienda y trabajo en las que se desenvuelven, todo ello agravado por los problemas de comunicación.

El lenguaje forma parte de la sociedad y los fenómenos sociales son, en parte, fenómenos lingüísticos, cuando una persona a la que se le está brindando cuidados de enfermería nos comenta su sintomatología, al hablar, escuchar, escribir o leer, su discurso está determinado socialmente y ejerce impacto no solo en su proceso de salud, sino también en la sociedad.

Para que las(os) usuarias(os) puedan comprenderse por medio del lenguaje, no es suficiente que hablen la misma lengua, es necesario que también posean un marco de referencia común, que dé sentido a sus actos en el momento de comunicarse; por ejemplo, enfermera(o)-usuario(a), docente-alumno.

CULTURA Y SALUD

Qué complejo describir la relación entre el lenguaje, la cultura y la salud en enfermería, si tomamos en consideración que en este momento histórico, la cultura es percibida como un recurso para lograr un fin, una herramienta que ayuda en el progreso sociopolítico y económico de una nación.

George Yúdice hace referencia a la sociedad civil globalizada, a los organismos internacionales y no gubernamentales como responsables de transformar lo que realizamos y comprendemos por cultura, y considera que la cultura es el ámbito donde surge la esfera pública en el siglo XVIII, y como lo afirman los foucaultianos y quienes se dedican a los estudios culturales, se convirtió en un medio para internalizar el control social, mediante la disciplina y la gubernamentalidad, durante los siglos XIX y XX (Yúdice, 2002: 24).

Para Bourdieu la cultura es la especie de saber gratuito, para todos los fines, que se adquiere en general a una edad en que no se tienen todavía problemas a plantear, puede pasarse la vida en acrecentarla, en cultivarla por sí misma, o bien, es posible servirse de ella como de una caja de herramientas inagotable.

Los intelectuales están preparados, según el autor anterior, por toda la lógica de su formación para tratar las obras heredadas del pasado como una cultura; es decir, un tesoro que se contempla, que se venera, que se celebra, que se valoriza por sí mismo; en resumen, como un capital destinado a ser exhibido y a producir dividendos simbólicos, o simples gratificaciones narcisistas, y no como un capital productivo que se invierte en la investigación para producir efec-

tos. Esta visión pragmática de la cultura, la asocia a la idea de gratuidad, de finalidad sin fin (Bourdieu, 2002: 39).

Los derechos culturales de las personas que visitan una institución de salud incluyen la libertad de hablar el idioma de elección, enseñar a su familia la lengua y cultura propias, identificarse con las comunidades culturales que elijan, conocer los derechos humanos, así como tener acceso a la educación.

Todorov define el encuentro de culturas como las formas que toman el encuentro, la interacción y la mezcla de dos sociedades particulares (Todorov, 1990: 3), al sacar provecho las personas pertenecientes a diferentes regiones de un mejor conocimiento de su propio pasado, de sus valores, de sus costumbres, al igual que de su apertura e integración a las demás culturas.

La cultura crea un espacio donde las personas experimentan seguridad, se sienten como si se encontrarán en su hogar, a pesar de estar hospitalizadas, se convierte en un recurso que proporciona una sensación de pertenencia, de afiliación; sin embargo, las dificultades en la comunicación se agudizan en el entorno hospitalario, en especial cuando las personas hospitalizadas carecen de familia que proporcione apoyo y compañía por lo cual se generan situaciones de aislamiento poco deseables para ellas.

Las diferencias culturales incrementan la ansiedad, el temor, el dolor y la inquietud, en el periodo postoperatorio inmediato.

Deborah Tannen sostiene que *"cuando se presentan diferencias culturales, es probable que exista divergencia en las líneas de interpretación, y el uso habitual de estrategias lingüísticas, ya que las diferencias culturales no solo se limitan al país de origen o al idioma natal, sino que existen también en los niveles subculturales de la herencia cultural, clase, región geográfica, edad y género"* (Tannen, 1994: 1).

Al comunicarse, los(as) usuarios(as) pueden referirse al mundo objetivo, social y subjetivo, ya que cada persona representa un fragmento de su propio mundo, que corresponde a las tradiciones culturales, sociales y estructuras de su personalidad.

Las consecuencias del paradigma de enfermería, para Fourez, afectan directamente a la profesión, y son, entre otras, *"la prioridad del diagnóstico médico sobre los cuidados, la prioridad del cuerpo sobre la psicología, la prioridad de las especialidades sobre la medicina general, la prioridad de la curación sobre la calidad de vida"* (2000: 80).

Si este paradigma reduccionista se mantiene en nuestra sociedad, afecta de una manera importante la salud, los estilos y calidad de vida de las personas.

Los diagnósticos de enfermería que no contemplen los eventos culturales producen resultados desfavorables y, en ocasiones, con graves efectos colaterales. La enfermería no debe perder la perspectiva de que las diferentes formas de concebir la realidad y de elaborarla constituyen modos específicos y particulares, es decir, culturales, de ver y explicar el mundo circundante.

El proceso de contacto cultural es múltiple y complejo, como lo es también la resistencia de las personas y los grupos ante la transculturación. Para el inmigrante, la transculturación puede presentar formas diferentes: la asimilación o abandono de su propia identidad porque toma como propia la identidad del lugar donde reside, la segregación o rechazo total a la identidad del lugar que lo acoge o la marginalización ya que se va distanciando cada vez más de su identidad de origen, pero también, del lugar de residencia.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que toman en consideración la totalidad y la perspectiva holística de la persona e incluyen factores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales.

El cuidado transcultural es, para la enfermería, un nuevo reto profesional que implica asumir un modelo de práctica profesional centrada en la aplicación de cuidados diferentes, independientes del modelo patocéntrico. La transculturación está creando una nueva forma de poder y de saber que motiva una posición crítica hacia el resto de profesionales y, en especial, hacia nosotras(os) mismas(os).

Es frecuente, en nuestra sociedad, que las situaciones de contacto cultural que se presentan en la práctica diaria produzcan conflictivo, producto de la proximidad

con el otro y el desconocimiento de los grupos culturales. Esto provoca diversas reacciones, como las posturas maternas o las posiciones de superioridad implícitas, al considerar al otro culturalmente distinto, como alguien que no sabe, como un menor de edad al que es necesario dirigir y guiar, a quien se debe educar; hasta llegar a las posturas racistas y xenófobas, en las cuales se constituye en un blanco sobre el que proyecta en muchas ocasiones "el horror a lo diferente".

El contacto cultural provoca modificaciones, intercambio y adopción de elementos y patrones diferentes, en mayor o menor grado, en todos los grupos que se relacionan entre sí, y provocan eventos transculturales que en ocasiones son imperceptibles.

La semiótica de enfermería, la práctica transcultural y el conocimiento en una sociedad multicultural son la clave que le va a permitir a enfermería readecuar las prácticas de salud a las necesidades de la sociedad costarricense en este nuevo siglo.

BIBLIOGRAFÍA

- Barthes, Roland. (1997). *La aventura semiológica*. Paidós Ibérica.
- Bourdieu, Pierre. (2000). *Cosas dichas*. España: Gedisa.
- Fairclough, Norman. (1989). *Discourse as social practice*. Londres: Longman.
- Fougeyrollas, Pierre. (1985). *Les metamorphoses de la crise. Reclames et révolutions au XIXe siècle*. France: Hachette.
- Fourez, Gérard. (2000). *La construcción del conocimiento científico. Sociología y ética de la ciencia*. Madrid: Narcea.
- Forteza, Rafael. (2003). *Estudio Lingüístico-comunicativo de los planes de cuidado de enfermería como género: perspectivas didácticas*. vol.11 02 03.
- Kress, G., Leite-García, R. y Van Leeuwen, T. 1993. *Semiótica discursiva*. Londres: Falmer.
- Leno, Daniel. (2006). *Gazeta de Antropología* N°22
- Poster, Mark. (1990). *The mode of information poststructuralism*. USA: Cornell University Press.
- Tannen, D. (1994). *Gender and discourse*. Oxford University Press.
- Todorov, Tzvetan. (1990). "El cruzamiento de las culturas". *Revista Criterios*. Francia.
- Van Dijk, Teun. (2000). *El discurso como interacción en la sociedad*. Barcelona: Gedisa.

Lineamientos para la presentación de manuscritos

Colegio de Enfermeras de Costa Rica

INTRODUCCIÓN

La revista *Enfermería en Costa Rica* es la publicación oficial del Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Su objetivo es brindar educación continua y permanente, tanto al gremio como a otros profesionales de las ciencias de la salud.

CRITERIOS GENERALES

La revista consta de las siguientes secciones: editorial, artículos originales, revisiones bibliográficas, comunicaciones breves o notas, controversia en salud, evalúese usted, reseña bibliográfica, cartas al editor, varia y normas relacionadas con la preparación de los manuscritos.

Los manuscritos se someten a la consideración del Comité Editorial. Se aceptan si cumplen con los requisitos de metodología y estructura expuestos en el Manual que, para tal fin, publicó el Colegio de Enfermeras.

Los artículos se reciben mediante la secretaría de la revista. Deben entregarse tres ejemplares impresos y el disquete correspondiente; además, conservar respaldo por si el Comité lo solicita.

Para la publicación, el Comité Editorial revisa el artículo según su criterio y realiza las primeras correcciones de contenido; posteriormente, cita al autor principal para que introduzca las correcciones finales. El material para el fascículo será revisado después por personal profesional en filología española.

El artículo científico consta de las siguientes partes:
Título: Describe el contenido del artículo en forma clara para facilitar a lectoras y lectores la identificación del tema. Su extensión máxima es de 10 palabras.

Autora-autor (as/es): Los nombres se colocan deba-

jo del título, ordenados según la contribución científica. Debe anotarse el nombre y el apellido solamente, sin incluir el grado académico; si se usan los dos apellidos, se separan por un guión.

Resumen: Se inicia con el título del artículo. La extensión no debe exceder las 300 palabras, ni ser inferior a 150; debe estructurarse en cuatro apartados (introducción; materiales y métodos o sujetos y métodos; resultados; y discusión). En casos clínicos y comunicaciones breves, será de 150 palabras.

Palabras clave: No menos de 3 ni más de 10.

Tanto el resumen como las palabras clave deben traducirse fielmente al inglés.

La Introducción: Explica y define el problema de la investigación, así como el propósito del artículo. Se definen términos poco usuales, variables, importancia y limitaciones del estudio, marco de referencia, materiales y métodos. Describe el diseño de la investigación, incluye premisas y limitaciones, justifica la selección de sujetos y métodos, equipo y procedimiento, en forma tal que la experiencia pueda ser repetida.

Los resultados: Presenta los hallazgos que reflejan la contribución del autor o autora, de manera que justifique las conclusiones; para esto, se usan el texto, los cuadros, las figuras e ilustraciones, pero sin repetir toda la información, solo lo más importante. La discusión examina e interpreta lo nuevo; los resultados, su significado y limitaciones, enfatiza en los aspectos nuevos de la investigación y en las conclusiones que se desprenden del estudio, termina con una o varias conclusiones que se desprenden del estudio y que respondan a la pregunta planteada en la Introducción.

Los agradecimientos: Se colocan después de la dis-

ción y antes de las referencias; la ayuda técnica se agradece en párrafo aparte.

Las referencias: Deben incluirse en hoja aparte. En el texto se identifican con números arábigos entre paréntesis. Serán como mínimo 20 citas para artículos originales, 50 citas para comunicaciones breves. El formato para las referencias es el siguiente: Apellidos e iniciales de todas las autoras y autores, si son menos de seis; si son siete o más se anotan los primeros tres juntos con la frase "et al."; título completo de artículo y subtítulo, si tiene; título de la revista abreviado, sin puntuación ni subrayado, pero en letra cursiva; año de la publicación, seguido de punto y coma, volumen con números arábigos (no debe incluir el número de la revista), dos puntos, página inicial y final del artículo.

Los cuadros no deben ocupar más de una página impresa; la información que contengan debe ser precisa, clara y comprensible; además, deben incluir las siguientes partes: título, número de cuadro, encabezados de columna, columna matriz, cuerpo del cuadro, cifras totales, notas al pie y fuentes. Para reproducir cuadros de otros artículos, debe adjuntarse la carta de permiso del autor.

Las figuras con gráficos, diagramas, mapas, dibujos manuales e impresiones fotográficas; el texto correspondiente a la figura deberá digitarse en un lugar aparte con los respectivos números: se aceptará un máximo de tres figuras de trascendencia para el artículo.

Para elaborar artículos científicos de investigación cualitativa, la persona responsable de su autoría debe ser original en sus ideas, y su trabajo no debe haber sido publicado ni propuesto en otra revista. Debe estar escrito en lengua española con el resumen en inglés, tener entre 15 y 20 páginas, y estar impreso con la fuente en letra Arial, tamaño 12.

Debe contener las siguientes partes: título, autor-autora o autores-autoras, resumen y palabras clave; además el texto del artículo. Los cuadros, las tablas, las figuras y las notas aparecen al final del texto (opcional) así como, la bibliografía.

Mediante declaración firmada, quien rúbrica el artículo cederá sus derechos al Colegio de Enfermeras, que se reserva todos los derechos legales de reproducción del manuscrito. El número de teléfono del Colegio de Enfermeras es (506) 257-9522 ó 257-2508, fax (506) 257-9854.

Información adicional

INTRODUCCIÓN

La revista *Enfermería en Costa Rica* es la publicación oficial del Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

Secciones. Editorial, artículos originales, revisiones bibliográficas, comunicaciones breves o notas, controversia en salud, evalúese usted, reseña bibliográfica, cartas al editor, información y aspectos educativos.

Los manuscritos sometidos a revisión de los miembros Comité Editorial deben cumplir con los requisitos establecidos (véase manual de lineamientos para los autores).

El artículo científico es un informe escrito (inédito) sobre los resultados de una investigación, al ser publicados en las revistas científicas componen la literatura primaria de la ciencia. Existen dos tipos: artículo formal y nota investigativa (esta es más corta, no tiene resumen, el texto no se divide en secciones, se imprimen con letra más pequeña, la investigación que informa es menos importante).

La redacción científica requiere: precisión (uso de palabras que comunican exactamente la idea), claridad (comprensión de la idea sin cortarla ni extenderla) y brevedad (1- al contenido del artículo se le incluye solo la información pertinente y 2- dicha información se comunica con el menor número de palabras).

Partes del artículo: preliminares, cuerpo del artículo y finales.

Clase de artículos: experimentales, correlacionales, observacionales y de revisión.

Partes preliminares:

Título. Corto claro y con un máximo de 15 palabras (ISO, 1975: 20). Puede ser descriptivo, (el investigador reseña el contenido de la investigación sin ofrecer resultados), o informativo, (el autor comunica el resultado principal de la investigación). Sin uso de siglas ni abreviaturas, excepto las universales.

Autor e Institución: Realizadores(as) de la investigación y la institución con la cual está vinculada. Resumen o "abstract". Permite al lector identificar,

rápida y precisamente, el contenido básico del trabajo. El máximo de palabras es de 250 (ISO, 1976); 150 en comunicaciones breves y estudios de casos. La redacción debe ser clara y precisa y en tiempo pretérito, excepto el último párrafo o conclusión. Son planteados los objetivos, describe la metodología, resumen los resultados y termina con las principales conclusiones. El texto debe ser traducido fielmente del español al inglés.

Palabras clave. Son los descriptores; use un mínimo de tres y un máximo de 10. Son traducidas fielmente del español al inglés.

Cuerpo del artículo. Constituido por la introducción y las secciones (ISO, 1976).

Introducción. Varía según el tema y el método; consta de discusión de literatura, planteamiento del problema, del objetivo y la definición de términos (de variables e hipótesis en los experimentales).

Secciones. Parte central y más extensa. Se destaca con subtítulos principales, que corresponde a los capítulos de un trabajo extenso.

Conclusión. Responde la pregunta al problema planteado en la introducción. Corresponde al texto de la última sección.

Parte final. Comprende las referencias y un apéndice (solo si es necesario).

Referencias: Lista que contiene la fuente bibliográfica citada en el texto.

Estructura. Rígida (experimentales, correlacionales y observacionales). Flexible (revisión y teóricos).

Experimentales. Memorias científicas de una investigación competente, escrito de tal manera que otro puede repetir el experimento y obtener el resultado con la misma precisión.

Correlacionales. Determina en qué grado dos o más variables están correlacionadas.

Observacionales. Los hechos se registran tal como sucede en la naturaleza, sin intervención del observador.

Revisión. Examina áreas específicas de un tema para informar los avances destacados en el tiempo. Teóricos. Expone conocimientos organizados.

PRESENTACIÓN

1. **Carta al Comité Editorial.**

2. **Primera página** con el título y el autor (o autores). Escribe el nombre y un apellido; si usa los dos, sepárelos con un guión (por ejemplo, María Aurelia Ruiz-Sánchez). Al pie de la página, escriba la dirección de la institución donde se realizó la investigación y la dirección permanente de correo electrónico (ejemplo: Hospital Nacional de Niños, Paseo Colón; correo electrónico: aureliarui@racsa.co.cr).

3. Cada sección va en una página separada.

4. **Resumen en inglés y luego en español.** Las palabras clave se escriben al pie del resumen.

5. **Introducción** (incluye el propósito, la importancia y el conocimiento actual del tema).

6. **Materiales y métodos, o sujetos y métodos.** (Debe plantear cuál fue la materia prima o los sujetos para realizar la investigación; cómo la realizó y cuáles son sus características y qué métodos utilizó en su intento por resolver el problema).

7. **Resultados.** Incluya un máximo de 3 tablas o gráficos. Describa los experimentos en forma general. Describa los datos más relevantes. La estadística debe ser significativa. Solo datos, los comentarios corresponden a la discusión.

8. **Discusión o conclusión.** ¿Qué significan los resultados?, comentarios sobre los hallazgos, deducciones, recomendaciones y conclusiones.

9. **Agradecimientos.** Solo los relevantes.

10. **Lectura citada.** Normas ISO, Normas Vancouver.

11. **Especifique** qué tipo de artículo está presentando.

12. El escritor debe ser una persona que se apega a la ética y respeta los derechos de autor.

Editorial: lineamientos para los autores

Colegio de Enfermeras de Costa Rica

El Comité Editorial tiene el derecho de utilizar la página cuatro, denominada "Editorial": Por tradición y deferencia suele dejarse a quien ejerce la presidencia del Colegio de Enfermeras de Costa Rica o se le encarga a otro profesional. El espacio es un recurso para divulgar y exponer algún hecho relevante o controvertido para el Colegio, la profesión, sus profesionales o su ámbito científico.

El editorial responde a la opinión de la revista *Enfermería en Costa Rica* respecto a las noticias actuales, especialmente de carácter profesional, gremial o público.

Quien escriba el artículo se encargará de darle el carácter adecuado según la calidad científica de la revista.

Un editorial interpreta lo acontecido en la sociedad con el propósito de influir en los lectores de la revista y evidencia el posicionamiento ideológico de esta.

Las personas que escriben el editorial acuerpan la ideología de la dirección del Colegio y de la revista.

Estilo del editorial:

- Estilo propio
- Puede utilizarse un lenguaje coloquial, pero dentro de los siguientes límites:
- Lo impersonal tiene prioridad con respecto a lo subjetivo.
- Desarrolla la función crítica del la revista.
- Debe prevalecer la claridad y la concisión frente al tema.

Estructura:

- Título.

- Autora. Nombre, primer apellido-segundo apellido. Nota al pie de la página. Puede escribirse el último grado académico, puesto e, imprescindible, el correo electrónico.
- Planteamiento general del tema.
- Formulación de juicios.
- Análisis crítico.
- Fallo o juicio crítico del asunto.
- Solución con proyección de futuro.

Características:

- Son asuntos esenciales: análisis científico y síntesis creativa.
- Es imprescindible documentarse bien.
- Se presenta solo en la cuarta página.
- Los temas deben ser de actualidad aunque pueden ser muy variados.
- Lenguaje debe ser claro, variado, preciso, sencillo, vivo y agresivo, pero no violento.
- El texto debe tener agudeza crítica.

Tipos:

- Informativo. El contenido se basa en hechos concretos y precisos. Su forma debe ser narrativa y expositiva.
- Interpretativo. Además de la exposición de hechos, se añaden sus causas y efectos.
- Convincente. El autor procura persuadir y convencer al lector.
- Inductivo. Para inducir a la acción, primero es preciso convencer, haber interpretado y valorado el asunto a tratar, con suficiente claridad.

REFERENCIA

Notas personales

Sierra V. Cl. (1983). El poder del lenguaje; Escribir bien, in volumen N° 3; México D.F. Ediciones Culturales Internacionales.

Nuestra portada

Arte en la Pampa

Inspiradas en los muros de la antigua Babilonia -arte milenario que perdura en el tiempo- dos jóvenes artistas comparten su creatividad, transformando superficies en admirables obras.

Ellas son Patricia Barrantes Stiézarieva y Larissa Coto Valldeperas, egresadas de la Maestría de Arte de la Universidad de Costa Rica (UCR) y propietarias de la productora artística ISHTAR.

De sus manos e ingenio brotan los murales que embellecen desde el jardín de una casa, la pared de un gran edificio o como en la foto, el auditorio de la Sede de la UCR en Liberia. En sus propuestas, cuentan además, con el aporte del también artista Pablo Bonilla y con la colaboración del maestro Eduardo Torijano.

Fracturadas por el mazo, miles de piezas de colores e irregulares bordes esperan, mientras otras tantas son cortadas geométricamente, dependiendo de las características del diseño previamente establecido. Este último

-según sea- combina las ideas del cliente con la propuesta de las artistas o puede ser elaborado en su totalidad por las jóvenes.

En sus creaciones, únicas en su género, se mezclan diversas técnicas con materias primas de uso industrial: fraguas, azulejos y cerámicas procedentes de Italia, España, México, Estados Unidos y por supuesto, de nuestro país. Según el proyecto, colocan además, cerámica cocida exclusivamente elaborada.

En el mural de Liberia, de 22 mts.² se utilizaron unos 20000 fragmentos y algunas placas de resina epóxica con arena de la zona y conchas trituradas, que recrean elementos autóctonos y referentes históricos de la casa de estudio: olas, palmeras y un girasol, entre otros.

Para las artistas, el mural como arte, posee una magia intrínseca y poder interno, que devienen de pacientes largas horas de trabajo y de la participación de muchas personas -intangibles- en su realización.

