

ALADEFE

Revista Iberoamericana de Educación e Investigación
en Enfermería



Volumen 7 N° 3. Julio- septiembre 2017



DAEeditorial
Grupo Paradigma

ALADEFE



Revista Iberoamericana de Educación e Investigación
en Enfermería

La **Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería** es el órgano oficial de difusión de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) como un referente de las publicaciones enfermeras para estos temas formativos e investigadores. Se distribuye de forma gratuita *on line* a los centros afiliados a la asociación, así como a los profesionales de la salud, instituciones sanitarias y educativas y otros lectores interesados, mediante suscripción.

La **Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería** permite la difusión del conocimiento en sus áreas temáticas, así como los hallazgos, noticias y opinión de la propia asociación o de relevantes personalidades de la Enfermería iberoamericana.

La revista incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en diversos campos de la educación enfermera: originales, revisiones, procedimientos y metodología, normativas y legislación, noticias y agenda, etc., constituyendo un medio de comunicación que intenta satisfacer con sus contenidos las necesidades de sus lectores, tanto desde el punto de vista docente, como investigador o gestor.

La **Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería** es una publicación abierta, participativa, colaborativa a todos aquellos trabajos que tengan como objetivo contribuir a la difusión del conocimiento científico en la docencia de la Enfermería. Se publica mediante un acuerdo con la Fundación DAE, entidad sin ánimo de lucro vinculada a la Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE), que está dedicada a apoyar la difusión del conocimiento, a través de libros, revistas y otras publicaciones, así como formación virtual.

Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la enseñanza enfermera.

La **Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería** está incluida en:

- Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index, CUIDEN.
- Biblioteca Virtual em Saúde (Base de dados de enfermagem, BDEF).
- Enfispo, Biblioteca de la Universidad Complutense de Madrid.

Dirección: Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE).

Dirección de gestión y administración:

Difusión Avances de Enfermería (DAE)

C/ Manuel Uribe, 13, bajo dcha. 28033 Madrid (España).

Envío de artículos:

articulosALADEFE@grupo-paradigma.com

Protección de datos: la Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© ALADEFE



© DAE, SL



ISSN: 2174-6915

Depósito legal: M-34990-2011

Reservados todos los derechos

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Consultar normas de publicación en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/pagina/normas-de-publicacion/>

COMITÉ EDITORIAL

Directora

- Laura Morán Peña

Directoras Adjuntas

- María Paz Mompart García
- Edith Rivas Riveros

Editora

- Elena Acebes Seisdedos

Comité Editorial

- María Cristina Cometto (Universidad de Córdoba, Argentina)
- Sandra Valenzuela (Universidad de Concepción, Chile)
- Isabel Cal (Universidad Católica de Uruguay, Uruguay)
- María Antonieta Rubio Tyrell (Universidad de Río de Janeiro, Brasil)
- Consuelo Castrillón (Universidad de Antioquia, Colombia)
- Fernando Henriques (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal)
- Manuel Lillo Crespo (Universidad de Alicante, España)
- Esther C. Gallegos Cabriales (Universidad Autónoma de Nuevo León, México)
- Rosa María Nájera (Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México)
- Susana Espino (Universidad de Trujillo, Perú)
- Magdalena Zubizarreta Estévez (Facultad de Ciencias Médicas, Cuba)
- Edelmira Osegueda (Instituto de Estudios Profesionales en Salud, El Salvador)
- Elba de Isaza (Universidad de Panamá, Panamá)

Comité Científico

- René Mauricio Barría Pailaquilén (Universidad Austral de Chile)
- Arminda Costa (European Federation of Nurse Educators-FINE, Portugal)
- Geraldine Bednash (American Association of Colleges of Nursing-AACN, Estados Unidos)
- Augusto Ferreira (Universidad Católica de Uruguay, Uruguay)
- Lilian Ferrer (Pontificia Universidad Católica de Chile)
- Mary Gobbi (Southampton University, Reino Unido)
- Manuel José Lopes (Universidade de Évora, Portugal)
- Aida María de Oliveira Cruz Mendes (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal)
- Teresa Micozzi (Universidad de Rosario, Argentina)
- Raimunda Montejano Lozoya (Escuela Universitaria de Enfermería "La Fe" de Valencia, España)
- Marta Lenise do Prado (Universidad Santa Catarina de Florianópolis, Brasil)
- Jocelyn Price Romero (Ministerio de Salud y Universidad Mayor de Chile)
- María de los Ángeles Rodríguez (Universidad de Antioquia, Colombia)
- Magdalena Santo Tomás (Universidad de Valladolid, España)
- Alcira Tejada Anria (Universidad de Panamá, Panamá)

SUMARIO



EDITORIAL

4

ORIGINALES

VIVENCIAS DEL EGRESADO DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

Maribel Aguilera Rivera, Laura Morán Peña, Beatriz Paulina Espinosa Rivera, Angélica Galicia Luna, Cristina Margarita López Ruiz, María Aurora García Piña

9

USO DE LA SIMULACIÓN EN LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA EN ARGENTINA

Dolores Latugaye, Eliana Escudero Zúñiga

19

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO EN EL PROGRAMA DE GRADO DE LA CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA, FACULTAD DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, URUGUAY (UDELAR)

Rosemary Carrillo

33

ORGANIZACIONES SALUDABLES Y RESILIENTES. UN ACERCAMIENTO AL MODELO HERO

María Monguilot Escobedo, Pilar Marqués Sánchez

46

CÁNCER TESTICULAR. TESTIMONIOS DE VIDA

Dulce María Guillén Cadena, Alexandra Garduño Magaña, Gladis Patricia Aristizábal Hoyos, Betsy Flores Atilano, Norma Ivette Beltrán Lugo

57

REVISIONES

INTERFACES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

Tatiane da Silva Santos, Antonio Carlos Ferreira Lima

65

NOTICIAS

PRESENCIA DE LA ALADEFE EN EL CONGRESO DEL CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA (CIE) BARCELONA 2017

79

REUNIÓN PARA LA PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL PROYECTO CONVERGENCIA ESTRATÉGICA POR LA SALUD Y EL DESARROLLO SOCIAL

81

CELEBRACIÓN DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA 2017

82

EDITORIAL

Políticas e enfermagem: tendências e desafios na produção de saberes e de práticas

Maria Antonieta Rubio Tyrrell

*Vocal Primeira de Desenvolvimento Institucional da ALADEFE
Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro- Coren/RJ*



Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Inicialmente devo deixar registrado que a abordagem e investigações sobre políticas públicas (educacionais, de saúde, trabalhistas, etc.) em geral se configuram como um campo distinto da pesquisa e se encontram em progressiva e acentuada consolidação, tanto na perspectiva nacional quanto internacional. E na enfermagem, sobre esta temática, na opinião pessoal, constatamos um despertar na curiosidade de sua investigação, que fundamenta uma onda de pesquisas que nos proporcionam informações para nos alinharmos, na governança do Estado, das instituições/serviços da área de saúde em geral e da enfermagem em particular, e, da organização das entidades de classe e organizações da própria enfermagem. Mesmo assim, encontramos três limitações básicas para os avanços e fortalecimento de sua investigação: a) uso de metodologias adequadas; b) referenciais teóricos que sustentem sua análise; e, visão objetiva do macro e micro contexto da realidade social onde a Enfermagem está inserida.

A preocupação neste editorial se prende ao foco básico de oferecer um panorama da produção de conhecimento em publicações sobre “Política e Enfermagem” quanto às tendências e desafios aplicando o esquema categorial de classificação de linhas de pesquisa e prioridades de enfermagem, de autoria da Dra. Vilma de Carvalho (Profª. Emérita da EEAN/UFRJ) que com base na aplicação da teoria do conhecimento dispõe de três áreas para retratar uma realidade de pesquisa e são elas: profissional, assistencial e organizacional.

- Área profissional (pesquisas vinculadas ao progresso da profissão: fundamentos do cuidado de enfermagem, concepções teóricas e filosóficas de enfermagem, tecnologias da enfermagem, ética na saúde e na enfermagem, historia da enfermagem).
- Área assistencial (pesquisas vinculadas ao efeito de cuidados de enfermagem à clientela: processo de cuidar em enfermagem, cuidar em enfermagem no processo saúde-doença, determinantes da qualidade da vida e saúde-doença).
- Área organização e funcionamento de serviços (pesquisas vinculadas aos modelos de organização e funcionamento de enfermagem nos serviços de saúde: política e práticas em saúde e enfermagem, políticas e práticas de educação e enfermagem, produção em saúde e trabalho na enfermagem, gerenciamento dos serviços de saúde e de enfermagem, informação/comunicação e enfermagem) (1,2).

Nessa perspectiva, ao realizar uma rápida consulta aos estudos publicados sobre “Política e Enfermagem” poder-se-ia agrupar em três tendências: a) desenvolvimento de estudos descritivos gerais; b) relatos de experiências apresentadas como preocupações, perspectivas

e implicações na formação do Enfermeiro e na prática profissional; e, c) estudos de questões relacionadas ao conhecimento/desconhecimento dos aspectos conceituais-programáticos nos diversos países.

Na primeira tendência os estudos sobre “Política e Enfermagem” são descritivos, pontuais e fragmentados registrando principalmente as preocupações com sua profissionalização/acreditação/regulamentação na educação, serviços, investigação e atuação em todos os níveis e locais de atuação. Aqui, observamos que a literatura internacional está avançada em estudos de modelos com abordagens analíticas e teórico-metodológicos variados que oferecem consistência à análises e produção de conhecimento nesta área e, que é pouco aproveitada como contribuições as pesquisas nacionais sobre a matéria (marxismo, estruturalismo, pós-estruturalismo, pluralismo, teorias feministas, dentre outros). Essas descrições explicitam de uma forma ou de outra o posicionamento da enfermagem e de seus profissionais, de forma instrumental e empírica, explicitando que são posicionamentos produto de debates, eventos técnico-científicos e experiências que orientaram suas investigações.

Na segunda tendência verificamos variados relatos de experiências relacionados à “Políticas Públicas e sua relação com a Enfermagem” e constatamos de um lado, um conjunto de estudos dirigidos a programas e planos de políticas de saúde nacionais que tratam de propostas estatais e governamentais com destaque para a área da saúde em países; serviços de saúde/enfermagem; organizações de classe da categoria; e especificamente de grupos de especialistas. De outro lado, verificamos que nesse contexto operacional de inserção do Enfermeiro nas políticas governamentais existem estudos relacionados com a organização de serviços, liderança/poder; reflexões sobre sua participação/atuação, dentre outros.

Na terceira tendência encontramos pesquisas de análise conceitual/programático de “Política e Enfermagem”, que abrangem estudos em dois grupos. Um grupo é de reflexão sobre a qualidade de atuação padrões de conhecimento sócio-político; atuação política; política de privacidade; políticas de cuidados; implicações das políticas de saúde na enfermagem. Outro grupo compreende investigações sobre dimensão histórico-político; desenvolvimento de políticas em enfermagem; políticas de saúde e enfermagem; formação ético-político; imagem social; dentre outros.

Aplicando esses achados na literatura e correlacionando-a com o quadro de classificação de produção de conhecimento constatamos que as três áreas propostas por Carvalho (2002) se encontram como resultados deste levantamento o que implica em afirmar que os pesquisadores de enfermagem no tema “Política e Enfermagem” ocuparam-se das três áreas: profissional, assistencial e organizacional. Quantitativamente a maior produção abrange a área organizacional com significativas investigações nas áreas profissional e assistencial.

Quanto à área **organizacional** identificamos estudos diversos sobre programas e planos governamentais que tratam temas relacionados sobre políticas de saúde regionais e nacionais, desenvolvimento de políticas em enfermagem, políticas de educação e trabalho em enfermagem, políticas de organizações de serviços e de enfermagem, política e implicações na enfermagem, política dos cuidados, papel da enfermagem nas políticas públicas, gestão dos serviços, gestão de serviços por especialistas, liderança e poder em enfermagem, conhecimento do pessoal de enfermagem sobre políticas e processos. Na área **profissional** observamos produção de conhecimento sobre os temas: ética e política na formação, compromisso para o século XXI de desenvolvimento de políticas intersetoriais para enfermagem, enfermagem na discussão internacional, imagem social da enfermagem e tendências na educação no contexto global e reflexões conceituais sobre padrão de conhecimento sociopolítico. Na área **assistencial** a produção de pesquisas se limitou a participação e atuação dos enfermeiros na política.

Assim podemos, em suma, com base nas definições das categorias (1,2) constatar a guisa de conclusão, de que as pesquisas na temática “Política e Enfermagem” se prendem a esfera *organizacional*, isto é, da “imagem ou instrumental” e referem-se a conteúdos e experiências de ciências correlatas de domínio conexo e que servem às aproximações da realidade no âmbito das atividades do conhecimento. Na área *profissional*, ou seja, esfera do sujeito epistêmico, encontram-se limitadas as pesquisas em quanto aos aspectos teóricos e experiências que se ajustam a parte mais substantiva do saber (profissional) ou área de conhecimento da enfermagem. E na área *assistencial*, que é a esfera do objeto cognoscível ou realidade objetiva, há poucas investigações que denotem o saber-fazer do profissional desde que entendido as possíveis dimensões do fenômeno a conhecer, tal como relativo ao contexto dos assistidos.

Não encontramos pesquisas de natureza teórica sobre o papel do Estado e sobre análise e avaliação de programas e políticas educacionais e de saúde específicas na área da enfermagem (3). A maioria, delas aqui verificadas carece de análise crítica de políticas específicas que podem nos oferecer subsídios fundamentais para a determinação de análises na incorporação das contribuições

e as interfaces de debates com a produção de conhecimento que vem sendo desenvolvidos em outros continentes e na América Latina.

Essa perspectiva, na última década do século XX e início do século XXI, demonstra que a enfermagem conta com um aumento de pesquisas sobre a temática “Política e Enfermagem” constatada em grupos de pesquisa, linhas de pesquisa, publicações sobre a temática, com especial atenção de profissionais que estão realizando curso de pós-graduação com ênfase aos de mestrado e doutorado, publicações em eventos gerais da área ou específicos sobre políticas de saúde e políticas educacionais destacando que concomitantemente surgem dois desafios. O primeiro se relaciona a falta de uso de referenciais teórico-metodológicos mais consistentes e, o segundo diz respeito a dificuldade de ampliar interlocução com a literatura internacional já avançada com variedade de uso de referenciais teóricos e metodológicos.



Políticas y enfermería: tendencias y retos en la producción de saberes y prácticas

Inicialmente debo dejar registrado que el abordaje e investigaciones sobre políticas públicas (educacionales, de salud, laborales, etc.), en general, se configuran como un campo distinto de la investigación y se encuentran en progresiva y acentuada consolidación en la perspectiva nacional e internacional. En mi opinión sobre esa temática en la enfermería, se constata un despertar en la curiosidad de su investigación, que fundamenta una ola de estudios que nos proporcionan informaciones para adecuarnos en al gobierno del Estado, en las intervenciones de los servicios de salud en general y de enfermería en particular, y de organizaciones de clase y gremios de la propia enfermería. Sin embargo, encontramos tres limitaciones para el avance y fortalecimiento de esta investigación: a) uso de metodologías adecuadas; b) referenciales teóricos que sostengan su análisis; c) visión objetiva del macro y micro contexto de la realidad donde la enfermería está incluida.

La preocupación en este editorial se enfoca al punto básico de ofrecer un panorama de producción de conocimiento en publicaciones sobre “Política y Enfermería” en cuanto a las tendencias y retos, aplicando el esquema categorizador de clasificación de líneas de investigación y prioridades de enfermería, de autoría de la. Dra. Vilma de Carvalho (Profª. Emérita de la EEAN/UFRJ), que con base en la aplicación de la teoría del conocimiento, establece tres áreas para tratar una realidad de investigaciones, y son ellas: profesional, asistencial y organizacional.

- *Área profesional: investigaciones vinculadas al progreso de la profesión: fundamentos del cuidado de enfermería, concepciones teóricas y filosóficas de enfermería, tecnologías de enfermería, ética en la salud y enfermería, e historia de la enfermería.*
- *Área asistencial: investigaciones vinculadas al efecto de los cuidados de enfermería a los clientes: proceso de cuidar en enfermería, cuidar en enfermería en el proceso de salud-enfermedad, determinantes de calidad de vida y salud-enfermedad.*
- *Área organización y funcionamiento de servicios (pesquisas vinculadas a modelos de organización y funcionamiento de enfermería en los servicios de salud: Políticas y prácticas en salud y enfermería, políticas y prácticas de educación y enfermería, producción en salud y trabajo en enfermería, gestión de los servicios de salud y de enfermería, información/comunicación y enfermería) (1,2).*

En esa perspectiva, al realizar una rápida consulta a los estudios publicados sobre “Política y Enfermería” se podrían agrupar en tres tendencias: a) desarrollo de estudios descriptivos en general; b) relatos de experiencias presentados como preocupaciones, perspectivas e implicaciones en la formación del enfermero y en la práctica profesional; y c) estudios de cuestiones relacionadas con el conocimiento/desconocimiento de los aspectos conceptuales y programáticos en diversos países.

En la primera tendencia, los estudios sobre “Política y Enfermería” son descriptivos, puntuales y fragmentados registrando principalmente preocupaciones con su profesionalización/acreditación/reglamentación en educación, servicios, investigación y actuación en todos los niveles y lugares de actuación. Aquí observamos que la literatura internacional está avanzada en estudios y modelos con abordajes analíticos y teórico-metodológicos variados, que ofrecen consistencia a análisis y producción de conocimientos en esta área, que es poco aprovechada como contribuciones a las investigaciones nacionales sobre la materia (marxismo, estructuralismo, post-estructuralismo, pluralismo, teorías feministas, entre otras). Esas descripciones explicitan de una forma o de otra el posicionamiento de la enfermería y de sus profesionales, de forma instrumental y empírica, explicando que son posicionamientos producto de debates, eventos técnico-científicos y experiencias que orientaran sus investigaciones.

En la segunda tendencia verificamos variados relatos de experiencias relacionados a "Políticas Públicas y su relación con la Enfermería" y constatamos, por un lado, un conjunto de estudios dirigidos a programas y planes gubernamentales con enfoque en el área de salud en países, los servicios de salud y enfermería, las organizaciones de clase y gremios y, específicamente, de grupos de especialistas. Por otro lado, verificamos que en este contexto operacional de inserción del enfermero en las políticas gubernamentales existen estudios relacionados con la organización de los servicios; liderazgo y poder así como reflexiones sobre su participación/actuación, entre otros.

En la tercera tendencia encontramos investigaciones de análisis conceptual/programático de "Política y Enfermería" que abarcan estudios en dos grupos. Un grupo es de reflexión sobre calidad de actuación, patrones de conocimiento sociopolítico, actuación política, política de privacidad, política de cuidados, implicaciones de la política en la enfermería. Otro grupo es de investigaciones sobre dimensión histórica-política, desarrollo de políticas en la enfermería, políticas de salud y enfermería, formación ético-política, imagen social, entre otros.

Aplicando los resultados encontrados en la literatura y correlacionándola con el marco de clasificación de producción del conocimiento, constatamos que las tres áreas propuestas por Carvalho (1) se encuentran como productos de este planteamiento de las investigaciones publicadas lo que implica afirmar que los investigadores de enfermería en el tema "Política y Enfermería" se ocuparon de las tres áreas: profesional, asistencial y organizacional. Cuantitativamente la mayor producción abarca el área organizacional con significativas investigaciones en las áreas profesional y asistencial.

En cuanto al área **organizacional**, identificamos estudios de temas diversos sobre programas y planes gubernamentales que tratan temas relacionados con políticas de salud regionales y nacionales, desarrollo de políticas de enfermería, políticas de educación y trabajo en enfermería, políticas de organización de servicios y de enfermería, políticas, políticas e implicaciones en enfermería, política de cuidados, papel de enfermería en las políticas públicas, gestión de servicios por especialistas, liderazgo y poder en enfermería y conocimientos del personal de enfermería sobre políticas y procesos. En el área **profesional**, observamos producción de conocimiento sobre los temas ética y política en la formación, compromiso para el siglo XXI de desarrollo de políticas intersectoriales para la enfermería, enfermería en la discusión internacional, imagen social de la enfermería y tendencias en la educación y reflexiones conceptuales sobre patrón de conocimiento sociopolítico. En el área **asistencial**, la producción de las investigaciones se limita a la participación y actuación de los enfermeros en las políticas.

Así podemos constatar, a modo de conclusión y con base en las definiciones de las categorías (1,2), que las investigaciones en la temática "Política y Enfermería" se refieren a la esfera organizacional esto es, de "imagen e instrumental" y se concretan en contenidos y experiencias de ciencias de dominio conexo y que sirven a las aproximaciones de la realidad en el ámbito de las actividades del conocimiento. En el área profesional, o sea, en la esfera del sujeto epistémico, se encuentran limitadas a investigaciones en cuanto aspectos teóricos y experiencias que se ajustan a la parte más substantiva del saber (profesional) o área del conocimiento de la enfermería. Y en el área asistencial, que es la esfera cognoscible o realidad objetiva existen pocas investigaciones que denoten el saber-hacer del profesional, entendiendo como tales las posibles dimensiones del fenómeno a conocer, así como lo relativo al contexto de los asistidos.

No encontramos investigaciones de naturaleza teórica sobre el papel del Estado e inserción de la enfermera y sobre análisis y evaluación de programas de políticas educacionales y de salud específicas en el área de enfermería. La mayoría de las que hemos revisado carecen de análisis crítico de políticas específicas que puedan ofrecernos apoyos fundamentales para el análisis de incorporación de las contribuciones y de las interfaces de debates, con la producción de conocimiento que se están desarrollando en otros continentes y en América Latina.

Esa perspectiva, en la última década del siglo XX e inicio del siglo XXI, se demuestra que la enfermería dispone de un aumento de investigaciones sobre la temática "Política y Enfermería" constatada en grupos de investigaciones, líneas de investigación, publicaciones sobre la temática, con especial atención de profesionales que están realizando curso de postgrado con énfasis a los de maestría y doctorado, publicaciones en eventos generales del área o específicos sobre políticas de salud y políticas educacionales, destacando que concomitantemente originase dos retos. El primero se relaciona a la falta de uso de referenciales teórico-metodológicos más consistentes y el segundo se relaciona con la dificultad de ampliar su interrelación con la literatura internacional ya avanzada con variedad de referenciales teóricos y metodológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carvalho V. Linhas de pesquisa e prioridades de enfermagem-proposta com distinção gnoseológica para o agrupamento da produção científica de pós-graduação em enfermagem. Esc. Anna Nery. R. Enferm. Rio de Janeiro 2002; 6(1):145-54.
2. Carvalho V. Linhas de Pesquisa em Enfermagem: destaques filosóficos e epistemológicos. Ver. Bras. Enferm. 2015 jul.ago; 68(4):723-9.
3. Tyrrell MAR. Levantamento de pesquisas sobre Política e Enfermagem no período 2000-2010. Impresso – não publicado.

VIVENCIAS DEL EGRESADO DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

¹ Maribel Aguilera Rivera

² Laura Morán Peña

³ Beatriz Paulina Espinosa Rivera

⁴ Angélica Galicia Luna

⁵ Cristina Margarita López Ruiz

⁶ María Aurora García Piña

¹ Mtra. en Enfermería. Profesora de asignatura. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO). Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México DF.

² Enfermera, Doctora en CC Educación. Profesora titular C de tiempo completo. ENEO, UNAM.

³ Estudiante, Programa de Maestría en Enfermería, UNAM.

⁴ Estudiante del Programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México.

⁵ Mtra. en Enfermería. Profesora de asignatura A. ENEO, UNAM.

⁶ Profesora de carrera asociada C de tiempo completo. ENEO, UNAM.

E-mail: spcial_needs@hotmail.com

Cómo citar este artículo:

Aguilera Rivera M, Morán Peña L, Espinosa Rivera BP, Galicia Luna A, López Ruiz CM, García Piña MA. Vivencias del egresado de enfermería en la toma de decisiones clínicas. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. 2017; 7(3):9-18.

RESUMEN

Introducción/objetivo: la práctica clínica en enfermería requiere egresados que tomen decisiones clínicas (TDC) basadas en conocimiento, reflexión y mejores fuentes de información. Desafortunadamente estos no siempre son sus principales sustentos, observándose que se basan en imitación del personal de salud y conocimiento tácito. El objetivo es explorar vivencias del egresado de licenciatura de una universidad pública de México, durante el proceso de TDC, así como sus sustentos.

Metodología: estudio cualitativo, fenomenológico. Fueron invitados egresados del pregrado en servicio social en diversos escenarios clínicos, aceptando participar siete. Fueron entrevistados de manera individual y posteriormente mediante grupo focal en una sesión videograbada de aproximadamente dos horas, utilizando la guía semiestructurada de Marshall, 2008. La información fue analizada con la propuesta de Minayo, 2009.

Resultados: surgieron dos categorías: 1) Factores presentes en el proceso de TDC con cuatro subcategorías: la formación tradicional, la disociación teórico-práctica, el desafío de estar solo y tener que tomar decisiones y la influencia de las relaciones de poder. 2) El sustento para tomarlas, con dos subcategorías: el saber práctico como experiencia, y la consulta de fuentes orales y libros vs. uso de la evidencia científica.

Conclusiones: el egresado en enfermería vive una transición, tomar decisiones le genera inseguridad, sufrimiento y miedo de brindar cuidado; siente desventaja por la formación tradicional y falta de experiencia. En general, no utiliza la evidencia científica, ni la reflexión para tomar decisiones, sino que la sustenta en imitación y aprobación de las enfermeras. Es necesario apoyar con una tutoría clínica una transición saludable.

Palabras clave: toma de decisiones; enfermería basada en la evidencia; investigación cualitativa; acontecimientos que cambian la vida; evaluación educacional.

Vivências do formado do curso universitário de enfermagem em tomada de decisões compartilhadas

RESUMO

Introdução/objetivo: a prática clínica em enfermagem requer formados que façam tomada de decisões clínicas (TDC) baseada no conhecimento, reflexão e as melhores fontes de informação. Infelizmente, estes não são sempre os seus principais sustentos, porque se observa que este critério também os formados o baseiam imitando ao pessoal de saúde e o conhecimento tácito. O objetivo: analisar vivências do formado em enfermagem de uma universidade pública do México, durante o processo de TDC, bem como os seus sustentos.

Metodologia: estudo qualitativo, fenomenológico. Foram convidados formados do curso que estavam no estágio em diversos cenários clínicos, sete aceitaram participar. Entrevistaram-se de forma individual e, posteriormente, através de um grupo focal em uma sessão gravada em vídeo de aproximadamente de duas horas, usando para esta sessão a guia semiestruturada de Marshall de 2008. A informação foi analisada mediante a proposta de Minayo de 2009.

Resultados: houve duas categorias: 1) Fatores que aparecem durante o processo de TDC, com quatro subcategorias: a formação tradicional, a dissociação teórico-prática, o desafio de estar a só e ter que fazer tomada de decisões e a influência entre as relações do poder. 2) O critério para tomá-las, com duas subcategorias: o saber prático como experiência, e a consulta de fontes orais e livros versus o uso da evidência científica.

Conclusões: o formado em enfermagem vive uma transição, fazer tomada de decisões gera nele insegurança, sofrimento e medo ao momento de dar cuidados; sente-se em desvantagem pela informação tradicional e falta de experiência. Em geral nem usa a evidência científica, nem a reflexão para fazer a tomada de decisões, tudo pelo contrário o seu critério sustenta-o na imitação e aprovação das enfermeiras. É necessário apoiar com tutoria clínica para uma transição saudável.

Palavras-chave: tomada de decisões; enfermagem baseada em evidências; pesquisa qualitativa; acontecimentos que mudam a vida; avaliação educacional.

Experiences by nursing graduates in clinical decision-making

ABSTRACT

Introduction/purpose: clinical practice requires clinical decision-making (CDM) by nursing graduates to be based on knowledge, reflection, and the best sources of information. Unfortunately, this is not always so, and decisions are commonly based on imitation of health professionals and implicit knowledge. We aimed at exploring experiences by graduates from a public university in Mexico during CDM process and their grounds.

Methods: a qualitative phenomenological study. Nursing graduates from the graduate degree on social services in several clinical scenarios were invited to participate; seven out of them agreed to participate. Participants were individually interviewed, and subsequently a 2-hour focal group session was carried out and video-recorded. This was based on the semi-structured guidelines by Marshall, 2008. Findings were evaluated based on the proposal by Minayo, 2009.

Results: two categories emerged: 1) Factors present in CDM process, including four subcategories: traditional training, theoretical-practical dissociation, challenge when being alone; and need to make decisions and influence by existing power relationships. 2) Grounds for decisions, including two subcategories: practical know-how such as experience, and using oral sources and books vs. use of scientific evidence.

Conclusions: nursing graduates experience a transition. Decision-making results in lack of confidence, suffering, fear to care. They feel having disadvantages due to traditional training and lack of experience. Overall, they do not use either scientific evidence or reflection for decision-making. Rather, their decisions are based on imitation and approval by nurses. Clinical tutoring is needed as a support for a healthy transition.

Key words: decision making; evidence-based nursing; qualitative research; life change events; educational measurement.

INTRODUCCIÓN

El servicio social en enfermería es considerado como una actividad esencial que consolida la formación profesional, la cual fomenta en el estudiante una conciencia de solidaridad con la comunidad, la sociedad y el país (1). Por lo tanto, en esta actividad el egresado de la licenciatura en enfermería tiene un importante papel en la toma de decisiones clínicas (TDC), aún más cuando este debe ser capaz de pensar críticamente para resolver los problemas y hallar la mejor solución a sus necesidades, influyendo significativamente en el estado de salud del mismo.

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española, la palabra “tomar” significa: “tomar resolución, resolver, aborrecer, recibir o adquirir, tomar fuerza, espíritu, aliento, libertad. Ponerse a ejecutar la acción o la labor para la cual sirve un determinado instrumento”.

En relación a la palabra “decidir”, proviene del latín *decidere* (decidir), que significa “cortar, resolver, solventar, solucionar, cortar la dificultad, formar juicio definitivo sobre algo dudoso o contestable, decidir una cuestión, tomar determinación de algo y mover a alguien la voluntad, a fin de que tome cierta determinación” (2).

Por lo anterior, la toma de decisiones implica el proceso de elegir entre diferentes alternativas de acción, donde se seleccionan aquellas que se perciben como más efectivas para lograr los resultados esperados y evitar los no deseados; cabe señalar que el ambiente sanitario se caracteriza por enfrentar permanentemente situaciones de incertidumbre que requieren de este proceso, particularmente cuando se lleva a cabo el cuidado de la persona en la experiencia de salud-enfermedad (3).

Desafortunadamente se puede observar de manera cotidiana una toma de decisiones basada en fuentes de información con una inadecuada evidencia científica, ya que la mayoría de las prácticas son basadas solo en la experiencia, la tradición y en la opinión de los mismos colegas, debilitando las decisiones que llega a tomar en el cuidado de la persona.

Al respecto Marshall (4) ha planteado que existe preferencia por basar la TDC en el equipo de salud considerado como las principales fuentes de información, a pesar de la variabilidad de información que puedan obtener de acuerdo a los diferentes criterios.

Además, Aguilera (5) ha señalado que durante el proceso de formación del profesional de enfermería estos no cuestionan la información que se les brinda durante dicho proceso, inclusive aquella que buscan, pues no evalúan críticamente la evidencia científica de los datos proporcionados, lo que influye en la calidad de la toma de decisiones. Es por ello que cuando estos deben asumir posiciones críticas, con argumentos sólidos ante situaciones o discursos, priman los puntos de vista dogmáticos, especialmente frente a escenarios controvertidos, debido a que no disponen de estrategias argumentativas válidas para tomar decisiones.

Para este estudio se define la TDC como un acto humano de elección entre varias alternativas existentes; en la que se debe optar por una determinada elección: diagnóstica, de cuidado, pronóstica y/o terapéutica que pueden repercutir de manera significativa en el estado de la persona (6).

Acorde a lo anterior la práctica clínica actual de la enfermería demanda una TDC sustentada en conocimiento, reflexión y las mejores fuentes de información. Sin embargo, la existencia de factores como las relaciones de poder, la disociación teoría-práctica y la falta de habilidades en el saber práctico del egresado pueden llegar a limitar la iniciativa para la TDC.

Objetivo

Explorar las vivencias del egresado de la licenciatura en enfermería de una universidad pública en México con relación a la toma de decisiones clínicas, que realizan durante su servicio social.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo, fenomenológico; el cual se llevó a cabo en un periodo comprendido de septiembre de 2014 a julio de 2015, mediante la técnica de grupo focal conformado por siete egresados de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia de una universidad pública en México. La selección de los informantes se hizo garantizando una heterogeneidad relativa, mediante la invitación de egresados que se encontraban realizando un servicio social en instituciones de salud de segundo y tercer nivel de atención; después, se

eligió aquellos informantes que no hubieran participado con anterioridad en este tipo de técnicas para la recolección de datos.

Cabe mencionar que a los participantes se les garantizó el anonimato y se les informó que los datos obtenidos serían utilizados únicamente con fines de la investigación, además se les solicitó permiso para grabar un audio y vídeo a través de un consentimiento informado. Para ello se contemplaron los aspectos éticos correspondientes al informe de Belmont, la declaración de Helsinki, la Norma Oficial Mexicana 012-SSA3-2012 y la Ley General de Salud.

Para la entrevista se utilizó una guía semiestructurada sobre el proceso y fuentes de información en la TDC de Marshall, quien autorizó su uso para la presente investigación. La guía original incluía 19 preguntas relacionadas con la toma de decisiones, en idioma inglés por lo que se realizó una traducción al español y posteriormente el *backtranslation* por un experto en dicho idioma.

En relación a la aplicación de la técnica de recolección de datos, esta se llevó a cabo en la sala de videograbaciones de la misma institución educativa, la cual tuvo una duración de dos horas, se utilizó una grabadora (audio-vídeo) y un diario de campo. El grupo de investigación se conformó por seis recolectores distribuidos con las siguientes funciones: un líder y un colíder que realizaban las preguntas detonadoras necesarias para su profundización, en función del objetivo establecido y hasta lograr la saturación de datos en el momento en que se identificó la repetición del discurso de los participantes. Así mismo, dos integrantes del grupo se encargaron de la grabación y dos más, de la elaboración del diario de campo para identificar el lenguaje no verbal de los egresados.

Posteriormente se transcribió la audiograbación y se realizó el análisis de cada discurso para descubrir categorías y subcategorías de acuerdo a Minayo (7), que consiste en la preparación de los datos, su codificación para la elaboración de categorías, subcategorías y finaliza con la interpretación. Se considera que se mantuvieron los criterios de rigor metodológico: credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad.

RESULTADOS

En los resultados de esta investigación se encontraron dos categorías: la primera sobre los factores que influyen en el proceso de TDC y la segunda sobre el sustento de dichas decisiones.

De la primera categoría se derivaron cuatro subcategorías: la formación tradicional en enfermería como limitante, la disociación teoría-práctica, el desafío de quedarse solo en el cuidado de la persona y tener que tomar decisiones, así como la influencia de las relaciones de poder para tomarlas.

De la segunda categoría, sobre el sustento de la TDC, se derivaron dos subcategorías: el saber práctico como experiencia y el predominio del uso de las fuentes orales y libros vs. sustento de la evidencia científica (Figura 1).

A continuación se describen los resultados con el siguiente orden: construcción de las categorías, subcategorías y, finalmente, los testimonios de los participantes.

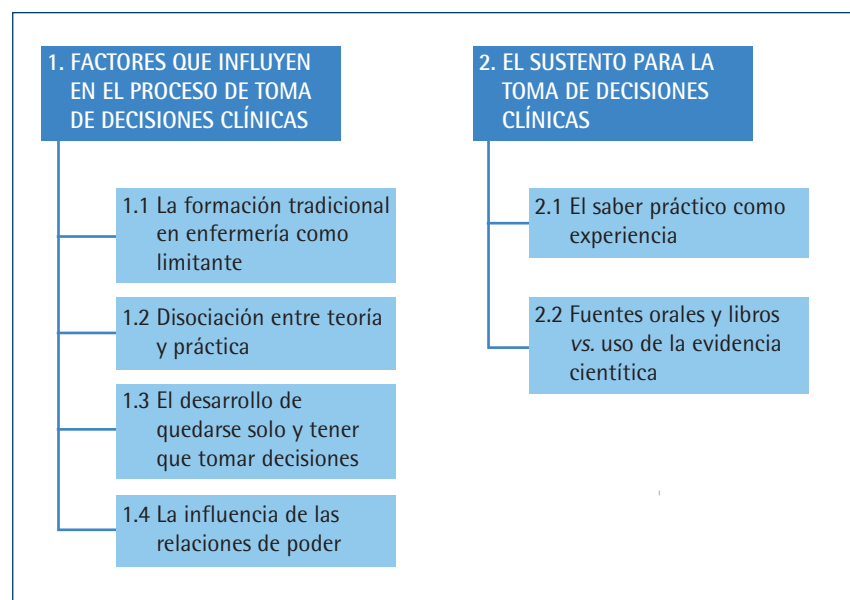


Figura 1. Categorías y subcategorías sobre las vivencias del egresado de enfermería en la toma de decisiones clínicas

Categoría 1. Factores que influyen en su proceso de toma de decisiones

Durante el proceso de TDC pueden llegar a influir diversos factores, tales como: la prevalencia de la formación tradicional del alumno de licenciatura, el desafío de quedarse solo y tener que tomar decisiones, las relaciones de poder entre el egresado y el profesional, o simplemente no encontrar una aplicación de los conocimientos aprendidos durante su proceso de formación.

SubC1. La formación tradicional en enfermería como limitante

Uno de los factores que puede llegar a limitar el proceso de TDC es la manera de cómo se forma al profesional de enfermería, ya que de acuerdo a los informantes aún sigue prevaleciendo la corriente pedagógica tradicional que se caracteriza por la formación centrada en actividades técnicas, generando incapacidad para tener autonomía en sus decisiones.

Los siguientes testimonios muestran algunas de las limitaciones para que los egresados tomen decisiones clínicas:

La toma de decisiones ha sido difícil porque no se nos prepara para ello, solo se prepara para técnicas aplicables en un segundo nivel de atención, forzándonos a estudiar a diario para tomar decisiones adecuadas y no cometer una iatrogenia (G2).

La escuela nos enseña muchos cuidados de la enfermedad, pero cuando llegamos al hospital me doy cuenta de que no se nos prepara para la parte humanística y en ese sentido no tomo decisiones. En verdad me ha costado mucho trabajo (G1).

Coincido con la compañera, no tenemos las herramientas suficientes para llegar al campo clínico y enfrentar todas las decisiones que tenemos que tomar (G4).

Muchas veces las decisiones que tomo como pasante se basan más en rutinas que en la propia reflexión (G5).

SubC2. Disociación entre teoría y práctica

Una de las limitaciones y principales preocupaciones de la enfermería en el proceso de TDC es la separación existente entre la teoría y práctica, ya que el egresado al enfrentarse a escenarios clínicos reales se encuentra con la falta de aplicación de los contenidos teóricos aprendidos en el aula. Al respecto, se presentan los siguientes testimonios:

No siempre se podía tomar una decisión, porque tú sabes una técnica y el personal de enfermería te enseña otra y te dicen ¡no!, es que aquí es así, y no vengas con tu nueva literatura. “Esas ideas de la escuela no se aplican aquí”. Aparte también creo que influye la rutina (A1).

Salimos de la escuela con una idea, ya que llevamos la teoría pero no la práctica, pues ya el estar en un caso real es totalmente distinto (G3).

El aprendizaje lo obtenemos más de los campos clínicos (G2).

Te topas con la realidad y dices ¡realmente tengo conocimientos muy deficientes! (G1).

SubC3. El desafío de quedarse solo y tener que tomar decisiones

El desafío de “quedarse solo” es un proceso por el que cursa el egresado de la licenciatura en enfermería, que implica la atención integral a las personas que le son asignadas en compañía del profesional sin la figura de un tutor clínico; cabe señalar que el egresado manifiesta miedo y sufrimiento, resultante de la gran cantidad de labores y roles que este debe realizar de un momento a otro, así como la inseguridad y la poca experiencia. De acuerdo a lo anterior se presentan los siguientes testimonios:

Al principio la toma de decisiones es bien difícil, me paralizaba, que tal si decido mal y cometo un error, el miedo te invade (G1).

[...] Te topas con el personal que te dice: ya eres pasante y debes saber qué hacer y decidir, y dices: ¡por dios, nunca lo practiqué! (G3).

SubC4. La influencia de las relaciones de poder

El profesional de la salud determina las actividades de cuidado a realizar en el servicio, argumentando que estas se llevan a cabo con base a su experiencia laboral, lo cual muestra la falta de apertura y actualización ante las necesidades de cuidado de las personas. Esto impide que los alumnos propongan conocimientos o nuevas formas de gestionar el cuidado.

Al respecto se presentan los siguientes discursos:

Si el personal a cargo de mí, me dice que no, o que está mal la decisión que tomé y si discrepa con lo que yo he aprendido ¡pues ni modo!, lo tengo que hacer así, y es un problema muy grave (G2).

El personal de cierta antigüedad viene con una mentalidad muy cerrada a que se abra [no se abre] a los nuevos conocimientos, siento que eso es un impedimento para la toma de decisiones y poder avanzar (G3).

No siempre se podía tomar una decisión, porque como yo era pasante y las enfermeras son quien tenía la experiencia, nos frenaban. Aparte a veces nos decían “es que aquí es así, porque así siempre se ha hecho” y entonces pues lo tenía que hacer como ellas me decían. Además, por parte de los mismos compañeros de línea y la institución tú no puedes implementar algo nuevo (A1).

Categoría 2: el sustento para la toma de decisiones clínicas

Durante el servicio social, los egresados de la licenciatura en enfermería requieren continuar desarrollando sus capacidades para aplicar las habilidades implicadas en la TDC, así como de incrementar su experiencia y basarse en la mejor evidencia científica que permita fundamentar sus decisiones en el cuidado de las personas. En ese sentido, resulta relevante que los egresados toman en cuenta el saber práctico, consultan libros de ediciones atrasadas y sus notas de clase, en lugar de la evidencia científica recientemente publicada, como puede observarse en la descripción de las siguientes subcategorías.

SubC1. El saber práctico como experiencia

El saber práctico es aquel que se obtiene de una situación dentro de un escenario clínico en el cual se adquieren habilidades, hábitos y conocimientos prácticos así las experiencias procedimentales fortalecen la TDC.

Lo anteriormente señalado se hace evidente en los siguientes discursos:

[...] Tengo el conocimiento, pero si nunca lo he realizado no tengo la experiencia y no sé cómo tomar una decisión... (G5).

Conforme avanzas a la práctica y te vas adentrando a conocer ciertas situaciones es más fácil tomar una decisión (G4).

Si no tienes la experiencia puedes estar tomando decisiones malas (G3).

Aunque yo tuviera el conocimiento si nunca lo he realizado o he tenido la experiencia, no puedo tomar una decisión y pues eso me limita para decidir y solo observo (G7).

SubC 2. Consulta de fuentes orales y libros vs. uso de la evidencia científica

En este estudio se encontró que los egresados basan la TDC en las opiniones de los profesionales de la salud, principalmente de las enfermeras y en los libros que ha utilizado durante su formación académica, como se manifiesta en los siguientes discursos:

Para tomar decisiones me baso en el personal de enfermería del servicio (G4).

... yo también me baso en el personal (G5).

Yo me baso en compañeros egresados, personal médico o de enfermería, hay muchos pacientes y pues no hay tiempo de consultar la evidencia. (G2).

... Yo me baso en el personal de enfermería que lleva más años (G7).

Me enfoco en fuentes como los libros aunque ya son atrasados, pues la situación económica te limita (A1).

Para tomar una decisión lo hago en función a lo que me dicen las compañeras enfermeras del servicio. No consulto de manera permanente la evidencia científica, ya que hay revistas que cobran y la mensualidad es de alto costo (G6).

DISCUSIÓN

Generalmente en el perfil de egreso de los diversos planes de estudio de pregrado en Enfermería se señala la formación de profesionales con una perspectiva crítica, de análisis, con capacidades para plantear y resolver problemas, así como habilidades para la búsqueda y manejo de la información científica, destacándose la TDC como fundamental en el cuidado de la salud basada en la criticidad y reflexión (8).

Desafortunadamente es difícil lograrlo cuando sigue siendo evidente la corriente pedagógica tradicional y se hacen presentes conceptos marxistas como la alienación (9), en el que en este contexto se puede aplicar como aquel en el que se devalúa lo trascendente, tal como lo es: la inteligencia, la razón, crítica, reflexión y se da más valor a la producción material, vislumbrándose a la enfermería como mano de obra.

Esto concuerda con lo planteado por Medina (10), quien refiere que en “la enseñanza de enfermería se denota un discurso contradictorio, una fragmentación simplificadora”, pero que además ese saber complejo se transmite mediante prácticas pedagógicas reducidas, rígidas y mecánicas; donde se promueve la transmisión de contenidos perpetuando la hegemonía del pensamiento y la lógica positivista reduccionista generando limitantes para tomar decisiones.

Medina (11) apunta que el cisma entre el lenguaje de la academia y el de la práctica se ha hecho cada vez más evidente, por ello, antes de finalizar su proceso de formación, los alumnos se convencen de la poca utilidad de los conocimientos teóricos para su posterior práctica profesional.

También Benner (12) afirma que “las situaciones prácticas son mucho más complejas de lo que puede constatare mediante las descripciones de los modelos formales, de las teorías y de los libros de texto”. Además, refiere que cuando al estudiante se le marca una inaplicabilidad de los conocimientos aprendidos en el proceso de formación por parte del profesional que ellos consideran como experto, conlleva a que dichos conocimientos no sean percibidos como recursos para fundamentar la TDC, tal como se ve en los informantes de este artículo, quienes están convencidos de la inaplicabilidad de los conocimientos aprendidos durante su proceso de formación.

Vollrath et al. (13) encontraron resultados similares a los de este estudio, ya que los egresados de pregrado presentaron temor o miedo a equivocarse durante la atención hacia los pacientes, generándoles estrés e impotencia de no saber qué decidir, aunado a esto la falta de un consultor experto generó que percibieran su servicio social como un internado muy solo.

Cabe mencionar que en la Norma Oficial Mexicana 019 en el Sistema Nacional de Salud, sobre la práctica de enfermería, establece que el ser pasante implica la realización de actividades interdisciplinarias bajo la tutoría de un empleador (14), lo cual de acuerdo a los anteriores discursos no se lleva a cabo, ya que tal parece que el ser pasante implica ser experto en todos los ámbitos y bajo ninguna circunstancia se acepta que se equivoque en la TDC con respecto al cuidado.

Respecto a lo anterior, Benner (12) refiere que el egresado de la licenciatura se encuentra en un nivel de principiante, debido a que no cuentan con experiencia previa de la situación a la que debe enfrentarse. En el servicio social su experiencia puede llegar a ser diferente a la que tuvieron en la práctica durante la etapa de estudiantes, por lo tanto, no se puede esperar que los egresados dominen

las situaciones reales donde llevan a cabo TDC, es por ello que se encuentran situaciones como la presente donde el ser egresado, en ese sentido, es una desventaja.

Aunado a lo anterior, Letelier y Valenzuela (15) desarrollaron un estudio en el que señalan que más de un 80% de los estudiantes de pregrado percibe algún grado de violencia unido a las relaciones de poder, destacándose como principales a las enfermeras, lo que es similar a este estudio de acuerdo a lo que refieren los informantes del presente artículo, lo que es una limitación para que no se dé la TDC y, lo que es más alarmante, al tener el personal de línea una mayor jerarquía, conlleva a que el egresado lleve a cabo decisiones que no coincidan con sus conocimientos.

Por su parte, Shikai, Shono y Kitamura (16), en su estudio, plantearon que durante la práctica clínica los estudiantes de escuelas de enfermería en Japón se enfrentan a situaciones estresantes ocasionadas por las relaciones de poder que generan decisiones fallidas durante la atención de los pacientes, coincidiendo estos resultados con los del presente estudio, ya que los egresados refieren que las relaciones de poder limitan el proceso de TDC debido a que el personal institucional se muestra como un factor difícil para generar nuevos conocimientos y replican rutinas, obstaculizando la toma de decisiones.

De acuerdo a la investigación de Estabrooks (17) se encuentra que las enfermeras frecuentemente basan sus decisiones de práctica clínica en los conocimientos adquiridos en el trabajo, experiencias e interacciones sociales con sus compañeros más que en los conocimientos adquiridos en la escuela. Lo anterior coincide con lo encontrado en esta investigación, ya que la mayoría basa sus decisiones en el saber práctico, sin reconocer que este debe derivarse y complementarse del saber teórico.

Moody (18) determina que cuando un individuo soluciona un problema en una forma en particular, ya sea con resultados buenos o malos, esta experiencia le proporciona información para la solución del próximo problema similar.

De acuerdo a los discursos anteriores se observa en los informantes del presente estudio que al integrarse en los escenarios clínicos reales, el egresado de la licenciatura en enfermería tiene conciencia de que su experiencia es limitada, pero no reconoce que en esta etapa sea capaz de integrar sus conocimientos construidos a lo largo de su formación, que le pudieran llegar a permitir TDC efectivas.

De acuerdo con el estudio de García (19), encuentra que las TDC y prácticas profesionales son basadas en rutinas aprendidas en el sistema, más que en acciones reflexivas y críticas, coincidiendo con este estudio donde el egresado basa más sus decisiones en lo que aporta el personal profesional que en la evidencia científica.

También sobre el uso del conocimiento experiencial de otro profesional para la TDC, Aguilera (20) encontró que el egresado utiliza más las fuentes orales para validar sus conocimientos y experiencias debido a la falta de confianza en los conocimientos que obtuvieron durante su proceso de formación, tal como lo se encuentra en los informantes de este estudio, donde refieren hacer un mayor uso de las fuentes primarias orales para tomar una decisión y con base en ellas poder implementar el cuidado.

Bandura (21), a través de su teoría del aprendizaje social, atribuye un papel central a los procesos cognitivos en la que el individuo puede observar a los demás y el medio ambiente, reflexionar sobre qué hacer, en combinación con sus propios pensamientos y conductas, lo cual sería lo esperado en los recién egresados. Sin embargo, no se tiene certeza de que su saber hacer del pasante esté fundamentado en procesos reflexivos.

Según Fawcett (22), la visión de enfermería bajo la corriente técnico-racional es totalmente determinante, donde se enseña para el hacer, sumergiendo la formación del estudiante en un entorno hospitalario, en el cual debe de tener más conocimientos procedimentales que aprendizaje reflexivo.

Otro tipo de fuentes primarias consultadas por los informantes fueron los libros, conllevando a que sus decisiones no se encuentren basadas en la mejor evidencia disponible y con ello carecer del sustento científico adecuado que se requiere para una práctica clínica crítica y reflexiva.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que existen diversos factores trascendentales que influyen en el proceso de TDC, tales como la formación de estudiantes bajo corrientes pedagógicas tradicionales, generando incapacidad para la iniciativa y autonomía en dicho proceso.

También se encontró que el egresado refiere vivenciar la disociación entre teoría y práctica al encontrarse inmerso en escenarios clínicos en los que hay un continuo reforzamiento de la inaplicabilidad de los contenidos teóricos aprendidos durante su proceso de formación.

Además, el permanecer solo sin ningún acompañamiento durante el servicio social, le genera emociones como sufrimiento y miedo a tomar decisiones fallidas en la atención de la persona, influyendo también el enfrentamiento a nuevas tareas y la gran cantidad de responsabilidades que ahora debe asumir y que debe realizar con rapidez.

Otro de los factores que incide en la toma de decisiones son las relaciones jerárquicas de poder presentes en los escenarios clínicos, en la que el pasante en servicio social es el último eslabón, considerado como inexperto y él mismo se reconoce como carente de un saber teórico-práctico.

Los egresados basan predominantemente su actuar en las opiniones de los profesionales de la salud, principalmente de las enfermeras y en los libros de texto que han utilizado durante su formación, más que en la mejor evidencia científica disponible, esto demerita la calidad de los cuidados proporcionados y, por ende, en el desarrollo profesional de la disciplina.

Implicaciones para la educación en Enfermería

Las instituciones educativas necesitan trabajar en conjunto con las instituciones de salud, para que los tutores clínicos se sensibilicen sobre la importancia de que el egresado reconozca la posibilidad de aplicación de los conocimientos teóricos aprendidos durante su proceso de formación, y que a la vez los estudiantes reconozcan la diversidad de formas de ofrecer el cuidado de enfermería, identificando lo esencial de contar con la mejor evidencia científica que le permita hacerlo con calidad.

Es imperativo que los estudiantes de enfermería comiencen a sentirse cada vez más seguros en el proceso de TDC a través de experiencias educativas acompañadas de una supervisión. Para ello se propone, desde el proceso de formación, la incorporación deliberada y progresiva de estrategias que apoyen el desarrollo de resolución de problemas y TDC, así como el apoyo de tutorías clínicas acompañadas de un diario reflexivo en los diversos campos clínicos, que permita la retroalimentación y la promoción de la seguridad del egresado.

Es indispensable que durante el proceso de formación en alumnos de pregrado se enfatice el desarrollo de habilidades para la búsqueda crítica de evidencias científicas, a través de la incorporación de materias extracurriculares del plan de estudios; el uso cotidiano de la evidencia científica como sustento para decidir intervenciones de enfermería, así como el fortalecimiento continuo de conocimientos en investigación.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece el apoyo a la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México, por el apoyo financiero otorgado al Proyecto PAPIIT IN302614, titulado "Resolución de problemas y toma de decisiones clínicas en egresados de enfermería. La perspectiva de la práctica reflexiva", que permitió en gran medida la realización del presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. UNAM. Dirección general de Orientación y Atención Educativa. Servicio Social Universitario. Introducción. [Internet] 2017 [citado 5 jun 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/1MvC3Y6>
2. Real Academia Española (RAE). 23ª ed. Madrid: Espasa Libros, S. L. U; 2014.
3. Mosqueda A, Mendoza S, Jofré V. Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud. *Rev Bras Enferm* 2014; 67(3):462-7.
4. Marshall A. Information use in clinical practice: a case study of critical care nurses' enteral feeding decisions and usefulness [dissertation]. Australia: 2008.
5. Aguilera Serrano Y, Zubizarreta Estévez M, Castillo Mayedo JA. Constatación de las habilidades del pensamiento crítico en los estudiantes de Licenciatura en Enfermería. *Educ. Med Superior*. [internet] 2006 [citado 5 jun 2017]; 20(3):10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000300001
6. Centro de formación de estudios del INAME. Dossier de dirección [base de datos en línea]. México: Planeación y toma de decisiones; 2002 [citado 5 jun 2017]. Disponible en: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/dosie3-4.pdf>
7. Minayo MCS. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
8. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia; [Internet] 2015. [citado 5 jun 2017]. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/>
9. Bogdan S. Teoría marxista de la educación. México: Grijalbo; 1961. p. 87-90.
10. Medina Moya JL, Jarauta Borrasca B, Imbernón Muñoz F. La enseñanza reflexiva en la educación superior. Cuadernos de docencia universitaria, 17. Barcelona; 2010.
11. Medina Moya JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería. Barcelona: Laertes; 1999.
12. Benner P. Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, en M. Alligood MR, Marriner-Tomey A(Eds.), Modelos y teorías en enfermería. 8ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2014. p. 137-16.
13. Vollrath Ramírez A, Angelo M, Muñoz González LA. Vivencia de estudiantes de enfermería de la transición a la práctica profesional: un enfoque fenomenológico social. *Texto-contexto Enferm*. 2011; 20:66-73.
14. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. [internet] 2013 [citado 5 jun 2017]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013
15. Letelier Sanz P, Valenzuela Suazo S. Violencia: fenómeno relevante de estudio en campos clínicos intrahospitalarios de enfermería. *Cienc. enferm*. [internet]. 2002 Dic [citado 5 jun 2017]; 8(2):21-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000200003&Ing=es <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000200003>
16. Shikai N, Shono M, Kitamura T. Effects of coping styles and stressful life events on depression and anxiety in Japanese nursing students: A longitudinal stud. *International Journal of Nursing Practice* [internet] 2009 [cited 5 jun 2017]; 15:198-204. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19531078>
17. Estabrooks C, Rutakumwa W, Leary K, Profetto J, Milner M, Levers MJ, et al. Sources of practice knowledge among nurses. Sage Pub [internet] 2005 [cited 5 jun 2017]; 15(4):460-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15761093>
18. Moody, PE. Decision making: methods for better decisions. New York: Mc. Graw-Hill; 1983.
19. García-Huarache G. Proceso de toma de decisiones en estudiantes de enfermería [Internet] Tesis de licenciatura Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina humana; 2011. [citado 5 jun 2017] Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2755>
20. Aguilera Serrano Y, Zubizarreta Estévez M, Castillo Mayedo JA. Op. cit.
21. Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa Libros; 1987.
22. Fawcett J, DeSanto-Madeya S. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 3rd Ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2016: 1-35.

USO DE LA SIMULACIÓN EN LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA EN ARGENTINA

¹ Dolores Latugaye

² Eliana Escudero Zúñiga

¹ Enfermera, Magister en Enfermería, Directora de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral, Buenos Aires (Argentina)

² Enfermera, Magister en Docencia en Ciencias de la Educación, Directora de la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago de Chile (Chile)

E-mail: dlatugaye@austral.edu.ar

Cómo citar este artículo:

Latugaye D, Escudero-Zúñiga E. Uso de la simulación en la enseñanza de enfermería en Argentina. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. 2017; 7(3):19-31.

RESUMEN

Introducción: la simulación resulta una estrategia educativa adecuada y necesaria para la formación de licenciados en Enfermería. La evidencia señala que esta presenta numerosos beneficios y su uso es cada vez más frecuente en diferentes partes del mundo. No obstante, estos beneficios dependen del modo en el que sea implementada.

Objetivo: indagar sobre el nivel de adecuación del uso de la simulación en dos carreras de licenciatura en Enfermería en Argentina al Modelo de Simulación de la Liga Nacional por Enfermería de Estados Unidos (*National League for Nursing, NLN*).

Metodología: se realizó un estudio de casos de tipo cualitativo y descriptivo-interpretativo. Se indagó sobre la implementación de esta estrategia educativa, analizando cómo y en qué medida se abordan los aspectos sugeridos por el Modelo de la NLN. Para la recolección de la información se realizaron entrevistas semiestructuradas, observaciones directas de tipo no participante y revisión de documentos. Para el análisis de los datos se recurrió a la búsqueda de palabras clave. Además, se diseñó y utilizó una rúbrica que fue sometida a revisión de expertos en el área y que incluye los aspectos sugeridos por la NLN para el diseño de la simulación.

Resultados: ambas carreras presentaron un nivel "bajo" de adecuación al marco referencial de la NLN.

Discusión: los resultados obtenidos concuerdan con el riesgo que señala la bibliografía de utilizar la simulación como técnica y no como estrategia educativa.

Conclusiones: a pesar de haber alcanzado un cierto grado de adecuación al modelo de la NLN, pareciera que ambas carreras distan de implementar la simulación como estrategia educativa, ya que no incorporan de modo sistemático todos sus componentes.

Palabras clave: simulación; educación en enfermería.

Uso da simulação no ensino da enfermagem na argentina

RESUMO

Introdução: a simulação é uma estratégia educativa adequada e necessária para a formação das enfermeiras. A evidencia aponta que esta apresenta inúmeros benefícios e sua utilização é cada vez mais frequente em todo o mundo. Não obstante esses benefícios dependem da maneira em que se implementa.

Objetivo: questionar o nível de adequação da utilização da simulação em base ao Modelo de Simulação da Liga Nacional de Enfermagem dos Estados Unidos (NLN) em dois cursos de enfermagem na Argentina

Materiais y métodos: se realizou um estudo de casos com enfoque qualitativo, descritivo-interpretativo. Se questionou a respeito da implementação desta estratégia educativa, analisando como e em que medida se abordam os aspectos sugeridos pelo modelo da NLN. A informação foi coletada a traves de entrevistas semiestruturadas, observações diretas no participativa e revisão de documentos. Na análise de dados se recorreu a busca de palavras chaves. Ainda se desenhou e utilizou uma rubrica para revisão de especialista no tema e que incluiu os aspectos sugeridos pela NLN para desenho da simulação.

Resultados: ambos os cursos apresentaram baixo nível de adequação al marco referência da NLN

Discussão: os resultados concordam com a bibliografia quanto ao risco de usar a simulação como técnica e não como estratégia educativa.

Conclusões: a pesar de haver alcançado certo grau de adequação ao modelo da NLN, parece que ambos os cursos distam de implementar a simulação como estratégia educativa já que no incorporam todos os seus componentes de modo sistemático.

Palavras-chave: simulação; educação em enfermagem.

Using simulation in nursing education in Argentina

ABSTRACT

Introduction: simulation appears to be an appropriate educational strategy, required for nursing graduates training. Existing evidence suggest simulation has multiple benefits, and its use is increasingly common in many places around the world. However, such benefits depend on the way simulation is implemented.

Purpose: to explore appropriateness of simulation use in two nursing degrees in Argentina, based on the simulation model by the National League for Nursing (NLN).

Methods: a qualitative, descriptive-interpreting case study was carried out. Implementation of such an educational strategy was explored; how and how much are the aspects suggested by the NLN model used was analyzed. Data collection was based on semi-structured interviews, direct observation with no intervention, and document review. Data analysis was based on keyword search. Additionally, a signature was designed and used, and was reviewed by experts in the field. NLN-suggested aspects for simulation design were included.

Results: both degrees showed a "low" appropriateness level to NLN framework.

Discussion: results are consistent with the risk reported in literature when using simulation as a technique rather than as an educational strategy.

Conclusions: despite having reached some degree of appropriateness to NLN model, both degrees seem to be far from implementing simulation as an educational strategy, due to the lack of an ordinary use in all their components.

Key words: simulation; education in nursing.

INTRODUCCIÓN

Una adecuada implementación de la simulación como estrategia educativa para la adquisición de competencias en enfermería es esencial. La *National League for Nursing* de EE.UU. (NLN) presenta un marco de referencia internacional para el diseño, la implementación y evaluación de la simulación en enfermería (1).

El uso de la simulación es cada vez más frecuente y parte esencial de los programas educativos en el mundo. En Argentina, numerosas universidades han realizado una importante inversión en la compra de distintos recursos materiales de simulación. Contar con estos recursos es un requisito de acreditación de la carrera de licenciatura en Enfermería en el país (2). Sin embargo, según Gaba (3), la simulación se identifica con una técnica o estrategia y no con tecnología, lo que significa que la simulación no depende únicamente de los recursos materiales disponibles, sino de cómo estos se implementan y se integran con otras estrategias de enseñanza en la formación de los profesionales de la salud. Por su parte, Jeffries (1) manifiesta que la implementación de la simulación requiere una firme decisión institucional para integrar esta estrategia de enseñanza al plan de estudios y una adecuada preparación y capacitación docente (4-6).

Este trabajo presenta la implementación de la simulación en dos carreras de licenciatura en Enfermería de Argentina a partir del diseño de la simulación propuesto por el Modelo de Simulación de la NLN.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de casos de tipo cualitativo y descriptivo-interpretativo de dos carreras de licenciatura en Enfermería de diferentes lugares de Argentina y de distinto tipo de gestión, que utilizan simulación y aceptaron participar del estudio. Las carreras fueron codificadas como carrera A y B.

El fenómeno que se investigó fue la implementación de la simulación a partir del Modelo de la *National League for Nursing* (NLN), para lo que se solicitó la autorización formal. Este modelo, considerado como referente internacional de buenas prácticas en simulación en enfermería, sugiere considerar los siguientes aspectos en el diseño de la simulación: objetivos, fidelidad, resolución de problemas, apoyo al estudiante y *debriefing*. Para conocer el abordaje de estos aspectos en las carreras estudiadas se realizaron entrevistas en profundidad a los directivos y profesores que implementan la simulación, se realizaron observaciones directas no participantes de las actividades de simulación y análisis de documentos clave. La invitación a participar del estudio fue realizada por mail a los directivos de las carreras. Tanto estos como los profesores que usan esta estrategia educativa en las carreras estudiadas aceptaron participar del mismo.

Recolección de datos

La recogida de datos fue llevada a cabo por una licenciada en Enfermería, profesora de la carrera de Enfermería de una universidad de gestión privada y con formación en el uso de la simulación.

Las entrevistas individuales semiestructuradas realizadas tuvieron alrededor de una hora de duración e incluyeron preguntas relacionadas con la implementación de la simulación en la asignatura y/o la carrera. Se realizaron y grabaron nueve entrevistas en total, a partir de una guía de entrevistas ([Anexo I](#)) que luego fueron transcritas por la misma persona que las llevó a cabo. Las personas entrevistadas fueron codificadas mediante una E (entrevistado) y un número, según el orden de aparición con la intención de cuidar el anonimato de las respuestas. No se implementó una prueba piloto de la guía de la entrevista.

Para la observación directa no participante de las actividades de simulación se utilizó una guía de observación de simulación adaptada ([Anexo II](#)) del cuestionario sobre los componentes del Modelo de Simulación de la NLN (versión para los estudiantes): características del diseño de la simulación.

Se realizaron en total 32 observaciones. Además, se analizaron los siguientes documentos: plan de estudios, perfil del graduado, programas de las asignaturas que incluyen simulación, guías o materiales para los estudiantes, documentos que pudieran describir las características de la implementación de la simulación y documentos que pudieran evidenciar la capacitación de los profesores en simulación.

Análisis de los datos

Para el análisis de las entrevistas y los documentos se recurrió a la búsqueda de palabras clave asociadas al fenómeno de estudio, elementos en común y/o aspectos diferenciales en cada una de las carreras. Tanto las observaciones y entrevistas como los documentos se abordaron por separado, luego se trabajó con todo el caso en general y finalmente se realizó un análisis conjunto y comparativo de ambas carreras.

Para el análisis de todos los datos, se diseñó y utilizó una rúbrica que fue sometida a revisión de expertos en el área (Anexo III). Este instrumento incluye los aspectos sugeridos por la NLN para el diseño de la simulación y ofrece una categorización del 1 al 4, según se valore una mayor o menor identificación de cada uno de ellos con lo que el marco de referencia internacional sugiere para cada uno. A partir del puntaje obtenido se estableció un nivel de adecuación de cada una de las carreras al componente "características del diseño de la simulación" del Modelo de Simulación de la NLN considerando las categorías que se reflejan en la Tabla 1.

TABLA 1. NIVEL DE ADECUACIÓN AL MODELO DE SIMULACIÓN DE LA NLN

PUNTAJE	NIVEL DE ADECUACIÓN AL MODELO NLN
5-9	Bajo
10-14	Moderado
15-20	Alto

Fuente: elaboración propia

RESULTADOS

Para conocer la implementación de la simulación en las carreras estudiadas se analizaron cada uno de los aspectos propuestos por la NLN vinculados al diseño de la simulación.

¿Se establecen objetivos?

La evidencia señala que toda simulación debe tener objetivos de aprendizaje concretos (7), que surgen a partir de los conocimientos previos y el nivel de competencia de los estudiantes, y deben estar explicitados en algún documento.

En lo que hace al establecimiento y comunicación de los objetivos de aprendizaje ambas carreras se comportan de manera diferente aunque ninguna lo menciona con sistematicidad y uniformidad en sus documentos de cátedra. Tanto los programas de asignaturas como las guías de simulación para el alumno presentan diferencias no solo entre las carreras estudiadas, sino también entre las asignaturas de una misma carrera.

Más allá del formato de los documentos analizados, la principal diferencia radica en que mientras en la carrera A las guías de simulación señalan objetivos de aprendizaje para el estudiante para cada experiencia simulada, en la carrera B se describen los objetivos del procedimiento que se presenta en la guía y lo que se pretende con la simulación es que el estudiante adquiera habilidad en la realización de los mismos.

Por ejemplo, la carrera A presenta los siguientes objetivos de aprendizaje en las guías de simulación:

"El estudiante será capaz de realizar cambio de ropa de cama" (A3).

"El estudiante será capaz de medir la altura uterina" (A1).

Por su parte, la carrera B utiliza objetivos específicos del procedimiento (corregir la hipoxia, mantener la vía aérea permeable, etc.) y no objetivos de aprendizaje de los estudiantes, es decir, lo que se espera del alumno en cada caso. Únicamente esto último se detalla en algunos programas de las asignaturas al hacer referencia a la búsqueda de objetivos psicomotores, afectivos o cognitivos generales, como por ejemplo:

"Demostrar conocimiento y destreza en la realización de los diversos procedimientos (...) y **"establecer una relación interpersonal efectiva** con los pacientes (...)" (P1).

"Desarrollar destreza en los procedimientos de enfermería específicos (...)" (P6).

Esta diferencia central en los objetivos del material que se entrega a los estudiantes es un indicador de la diferencia sustancial en la implementación de la estrategia educativa que se observa en cada carrera.

La observación no participante de las diferentes simulaciones en la carrera A ha permitido confirmar la presencia de objetivos técnicos o procedimentales, claros, concretos y alcanzables en el tiempo establecido. Por su parte, en la carrera B se trabaja con objetivos generales, pero no se recuerdan ni mencionan los objetivos de aprendizaje esperados.

En síntesis, parecería que si bien existe un consenso entre los docentes acerca del uso de la simulación para el entrenamiento de habilidades y procedimientos asociados a la práctica profesional, la ausencia explícita de objetivos de aprendizaje claros y concretos para los estudiantes no contribuye a lograr todo el impacto educativo que ofrece la simulación.

¿Se reproduce el entorno clínico?

El realismo o la fidelidad en simulación es entendida según la terminología de los estándares de buenas prácticas en simulación clínica de la *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* (INACSL), como el grado en que una experiencia simulada se asemeja a la realidad (8-10). Habitualmente el realismo depende de factores físicos como los recursos materiales y el entorno, y factores psicológicos o emocionales que se refieren a los sentimientos, creencias y actitudes que despierta la experiencia simulada. En este estudio se consideraron los aspectos sugeridos por la evidencia (11): equipos; entorno y el factor emocional o psicológico, entendido como aquellos sentimientos que se originan a partir del contrato de ficción por el que el estudiante se compromete a creer que todo lo que pasa en la simulación es real.

No se reconocen diferencias importantes entre ambas carreras en lo que se refiere al realismo de la simulación. Una y otra, con algunos matices, utilizan materiales y equipos propios del ámbito hospitalario y desarrollan la simulación en un entorno muy similar al real. Por ejemplo, en la carrera A, durante una simulación en la que se esperaba que el estudiante realizara la aspiración de secreciones, contaba para ello no solo con las sondas de aspiración y guantes estériles, sino también con un sistema de aspiración disponible que le otorgaba un mayor realismo a la situación. Del mismo modo, en la carrera B, cuando un estudiante debía colocar una sonda vesical, contaba con todo el material necesario para hacerlo como si se tratara de una situación de la vida real.

En lo que se refiere al realismo psicológico, en ambos casos, se observó que los estudiantes estaban comprometidos en creer que todo lo que sucedía en la simulación era real, aunque en ninguno de los dos casos se utiliza la firma del contrato de ficción. Por ejemplo, en la carrera A los estudiantes se presentaban al paciente antes de comenzar a trabajar y le explicaban los pasos del procedimiento. Por su parte, en la carrera B varios de los profesores entrevistados refieren que intentan “contextualizar” la simulación para evocar sentimientos y conductas en el estudiante similares a la vida real:

*“(...) esto **te ayuda a situarse**, sino el alumno no se sitúa” (E1).*

*“Estamos **intentando trabajar con casos**, que no sean técnicas frías (...)” (E3).*

Aunque esta información que aporta datos y contextualiza la situación no garantiza la creencia del estudiante en que todo lo que pasa en la simulación es real, se pudo observar a los estudiantes involucrados emocionalmente con la tarea.

En definitiva, ambas carreras incluyen en simulación los elementos del realismo o fidelidad señalados por la bibliografía.

¿Se desarrollan actividades desafiantes para los estudiantes?

Según la evidencia, la simulación puede permitir el entrenamiento del estudiante en la resolución de problemas. Para ello, debe ser planificada y desarrollada con este objetivo.

Según la terminología de la INACSL se denomina resolución de problemas “al proceso de la atención selectiva a la información en el ámbito de la atención del paciente, utilizando el conocimiento existente y la recogida de datos pertinentes para formular una solución” (8). En este artículo se entiende por “resolución de problemas” la tarea de hacer reflexionar al estudiante sobre distintas situaciones problemáticas que pongan en juego sus conocimientos y capacidades con el fin de formular una solución.

En ambas carreras, en la medida en que se implementa principalmente la simulación de baja fidelidad, no se espera que el alumno resuelva situaciones problemáticas sino que decida críticamente la mejor manera de realizar lo que se le propone. Es decir, que se espera que el estudiante tome decisiones en relación al procedimiento que debe realizar. Se pudo observar que en algunos casos el profesor interviene durante la simulación mediante preguntas estratégicas que fomentan la capacidad de resolución de problemas y la toma de decisiones. Por ejemplo, en la carrera A, cuando se esperaba que el alumno realizara la aspiración de secreciones, la profesora le preguntó al estudiante qué haría si la sonda de aspiración que tuviera disponible no se adapta al sistema de aspiración o qué haría si se le contamina la sonda. Del mismo modo, en la carrera B, cuando el alumno debía colocar una venoclisis, la profesora le preguntó qué haría si detecta que está en vena pero no viene retorno sanguíneo.

En definitiva, ninguna de las dos carreras presenta a los estudiantes situaciones cuyo objetivo principal sea el entrenamiento en la resolución de problemas. No obstante, los profesores de ambas carreras favorecen el pensamiento crítico y la toma de decisiones mediante preguntas específicas. Aunque la práctica de resolución de problemas no se encuentra planificada ni estructurada, es abordada de manera indirecta en ambos casos.

¿Se brinda apoyo al estudiante durante la simulación?

Según Jeffries (12) esta dimensión se refiere a la asistencia y apoyo que brinda el profesor al estudiante durante la simulación con el propósito de orientarlo en el aprendizaje. Así, el apoyo al estudiante varía según el rol que adopte el profesor en la simulación.

A partir de las simulaciones observadas en ambas carreras se puede inferir que el profesor se encuentra, no solo disponible para las consultas de los alumnos antes de iniciar la simulación, sino también durante y después de la misma. En más de una ocasión, un estudiante consultó acerca del material o del procedimiento, a lo que el profesor respondió sin dificultad. Sin embargo, en ambas carreras, los profesores han preferido en algunos casos no responder a las consultas de los alumnos con el objetivo de dejarlos resolver la situación del modo que mejor les parezca y analizar luego las decisiones tomadas en el momento de la reflexión.

Por otro lado, en algunos casos los profesores han recurrido a lo que la bibliografía denomina “clues” o “claves” (1), que son pistas o datos relevantes para el alumno, que tienen la finalidad de orientar al estudiante en el logro de los objetivos de la simulación.

De esta forma, los profesores se han comportado más como “facilitadores” que “instructores”, ya que se encuentran a disposición del alumno, intervienen cuando lo consideran necesario y guían la reflexión de los alumnos después de la simulación.

Por otra parte, el marco referencial en simulación, incluye en lo que se refiere al “apoyo al estudiante” la incorporación de actividades que promuevan el trabajo colaborativo. Sin embargo, en las carreras estudiadas, se trabaja habitualmente de forma individual. En la carrera B, solo algunos profesores señalan que promueven el trabajo colaborativo entre los estudiantes como lo evidencia el siguiente testimonio:

“A veces trabajamos de a dos. Un alumno hace el procedimiento y otro lo corrige (...) el tema del trabajo en equipo lo tratamos de enseñar como trabajo colaborativo.” (E3).

En síntesis, a pesar de que desde el diseño e implementación de la simulación no se promueva el trabajo con el otro, sí se fomenta como actitud profesional. Esto no se hace desde la actividad que se propone al estudiante, pero sí desde la actitud que se intenta inculcar en los alumnos.

En conclusión, los profesores de ambas carreras adoptan un rol “facilitador” antes, durante y después la simulación. Se encuentran abiertos a las consultas de los estudiantes, intervienen cuando lo consideran necesario y luego de la simulación establecen un tiempo para analizar con el estudiante su desempeño. No obstante, este rol “facilitador” debería sistematizarse en ambas carreras, es decir, debería definirse el formato de las guías de simulación, el modo y la cantidad de las intervenciones del profesor así como también el modo, los tiempos y el contenido del *debriefing*.

Por otra parte, a partir de las entrevistas y las observaciones realizadas se puede concluir que ninguna de las dos carreras diseña o implementa simulaciones que establezcan como objetivo de aprendizaje el trabajo colaborativo, si bien promueven este objetivo de forma indirecta mediante la promoción de la ayuda entre los estudiantes.

¿Se realiza debriefing?

Según el *Simulation Innovation Resource Center* (SIRC) (13) de la *National League for Nursing* estadounidense, se denomina *debriefing* a la actividad dirigida por un facilitador después de la experiencia de simulación en la que se proporciona retroalimentación sobre el desempeño de los participantes, se señalan los aspectos positivos y se promueve el pensamiento reflexivo. Como esta actividad es propia de la simulación de alta fidelidad, en esta dimensión se hace hincapié en la reflexión del alumno guiada por el profesor luego de la simulación. De esta forma, se identificará *debriefing* con lo que Schön llama “reflexión sobre la acción” o “*reflection on action*”. Según Schön, citado por Decker (14), el propósito de esta reflexión es analizar y criticar una situación o evento para descubrir nuevas interpretaciones y poder aplicar el nuevo conocimiento en un futuro.

En las simulaciones que se observaron en ambas carreras, este espacio de reflexión estuvo presente en todos los casos. Los profesores lo fomentaron y al mismo tiempo orientaron a los estudiantes en el análisis de su desempeño. Asimismo, este espacio también les permitió realizar una devolución constructiva a los estudiantes sobre su actuación, señalando sus logros y sus oportunidades de mejora a partir de los objetivos de aprendizaje propuestos, como lo reflejan los siguientes testimonios de profesores de la carrera A:

*“Nosotros hacemos un **feedback**, donde **los alumnos comentan las cosas que hicieron bien y las cosas que tendrían que mejorar** (...)” (E3).*

*“(...) **hacemos después el feedback de forma grupal**: que cada uno diga lo que le pasó, qué hicieron y cómo se sintieron; y finalmente hago un cierre remarcando las cosas positivas y aquellas que habría que reforzar” (E2).*

Por su parte, los profesores de la carrera B señalaron:

*“(...) **hacemos una retroalimentación del caso** (...) cómo les pareció, **qué hicieron bien, qué hicieron mal** (...)” (E2).*

*“(...) les damos un espacio para que cada uno **identifique las fortalezas y debilidades**” (E3).*

Aunque es sumamente positivo que en todas las simulaciones observadas se dé espacio para esta reflexión del alumno guiada por el profesor, no se realiza de forma estructurada ni unificada en las distintas asignaturas de ambas carreras. Por ejemplo, en la carrera A algunos profesores prefieren realizar esta reflexión de forma grupal, señalando dificultades y logros comunes, mientras que otros eligen realizarla de forma individual como lo señala el siguiente testimonio:

“(...) la devolución es individual y la realizo cuando termina el taller” (E5).

Por otra parte, algunos profesores señalan que promueven la autoreflexión a partir de un instrumento diseñado por ellos, y otros la favorecen sin una guía específica como lo expresan los siguientes comentarios:

*“Cada día se hace la evaluación y el estudiante lee la evaluación y **hace su propia autoevaluación** y queda todo registrado (...)” (E2).*

*“Generalmente le hacemos una **devolución a partir de una rúbrica** (...)” (E3).*

*“(...) tenemos una **lista de cotejo** para cada taller (...) que nos sirve **para hacer la devolución integral** (...)” (E4).*

Si bien todos los profesores coinciden en la importancia de dar una devolución a los estudiantes acerca de su desempeño, estas citas expresan la falta de unidad de criterio en un componente fundamental de la simulación como es la reflexión guiada luego de la simulación (15-17). Parecería más bien, que algunos profesores utilizan estrategias que fomentan la reflexión del alumno, mientras que otros ofrecen un *feedback* unidireccional en el que se brinda información al estudiante sobre su desempeño y se señala las oportunidades de mejora. Esta ausencia de sistematicidad podría no beneficiar del mismo modo a todos los estudiantes (18). Y dado que la reflexión sobre lo realizado es uno de los fundamentos del uso de la simulación, no implementarla de forma sistemática ni del modo señalado por la bibliografía podría poner en riesgo las enormes posibilidades de aprendizaje que ofrece esta estrategia educativa.

¿Qué nivel de adecuación al Modelo de Simulación de la NLN alcanzaron las carreras estudiadas?

Aunque las carreras estudiadas han tenido componentes del diseño de la simulación en las que obtuvieron el mismo puntaje según la rúbrica utilizada, han obtenido un puntaje total diferente. Así, las carreras A y B han tenido un total de 10 y 9 puntos, respectivamente, lo que significa que han alcanzado un nivel bajo de adecuación al marco de referencia internacional.

DISCUSIÓN

Aunque el uso de la simulación en la enseñanza de enfermería en estas carreras representa un importante paso en la formación de profesionales enfermeros en Argentina y cumple con los requisitos de acreditación de la carrera, parecería no garantizar la adecuación a la evidencia internacional (19). De esta forma, los resultados obtenidos concuerdan con el riesgo que señala la bibliografía de utilizar la simulación como técnica (3), no como estrategia.

Este primer estudio sobre la implementación de la simulación en dos carreras de licenciatura en Enfermería de Argentina permite conocer el uso local de esta estrategia reconocida en el ámbito global. No obstante, presenta algunas limitaciones. Aunque se ha entrevistado a personas influyentes en el uso de esta estrategia educativa en cada una de las carreras, no se tiene seguridad de haber saturado el número de participantes. Además, no se ha utilizado ningún *software* específico para el análisis de los datos.

Por otro lado, el bajo nivel de adecuación al Modelo de Simulación de las carreras estudiadas permite reflexionar sobre la relevancia de la decisión institucional en la implementación de la simulación (1,4-6). Las decisiones institucionales deben estar centradas en garantizar la mejor implementación posible de esta estrategia educativa, lo que no se alcanza únicamente con la compra de los últimos recursos materiales disponibles. Solo uno de los componentes del Modelo de Simulación se relaciona directamente con los recursos materiales, mientras que los cuatro restantes son consecuencia directa del conocimiento de los profesores en el uso de esta estrategia.

De esta forma, solo una mejora en la capacitación de los profesores en la implementación de la simulación garantizaría un mayor nivel de adecuación al marco referencial.

CONCLUSIONES

La implementación de la simulación en las carreras estudiadas presenta un nivel bajo de adecuación al Modelo de Simulación de la NLN a pesar de contar con materiales, equipos y un entorno similar al real. Si bien se trabaja con objetivos de aprendizaje, estos son inespecíficos o se refieren a los procedimientos y no al logro de competencias concretas en el estudiante. Ninguna de las dos carreras presenta a los estudiantes situaciones cuyo objetivo principal sea el entrenamiento en la resolución de problemas. No obstante, en ambos casos, los profesores favorecen el pensamiento crítico y la toma de decisiones a partir de preguntas específicas. De esta forma, la práctica de resolución de problemas es abordada de manera indirecta.

En ambos casos, los profesores brindan información antes de la simulación, responden a las dudas de los alumnos durante la misma, se adelantan con "clues" o datos relevantes cuando el estudiante lo necesita y lo guían en la reflexión posterior a la simulación. Sin embargo, este rol del profesor debería sistematizarse, es decir, debería definirse el formato de las guías de simulación, el modo y la cantidad de las intervenciones del profesor así como también el modo, los tiempos, el contenido y la estructura del *debriefing*.

En conclusión, a pesar de haber alcanzado un cierto grado de adecuación al modelo de la NLN, pareciera que ambas carreras distan de implementar la simulación como estrategia educativa, ya que no incorporan de modo sistemático todos sus componentes, lo que limita enormemente todas las potencialidades de la simulación reconocidas en la bibliografía (19,20).

Por otra parte, la simulación como herramienta educativa se sustenta en varias teorías de la educación, en las que ninguna es prioritaria pero sí son complementarias. Las más vinculadas con esta metodología son la teoría del aprendizaje del adulto de D. Kolb y la teoría de Schön que plantea la "reflexión *in action* y *on action*" (12). No obstante, será necesario desarrollar nuevas investigaciones para conocer la relación de esta estrategia educativa con las teorías de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jeffries P. Simulation in Nursing Education. From conceptualization to evaluation. New York: National League for Nursing; 2012.
2. Ministerio Nacional de Educación. Resolución Ministerial N° 2721/15. Buenos Aires; 2015.
3. Gaba D. The future vision of simulation in health care. Qual Saf Health Care. [Internet] 2004 Oct; [cited 5 jun 2017]. 13(supl1):2-10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765792/>
4. Cato M. Using simulation in nursing education. In: Jeffries P. Simulation in Nursing Education from conceptualization to evaluation. New York: Laerdal Medical Corporation; 2012.
5. Seropian MA, Brown K, Gavilanes JS, Driggers B. Simulation: not just a manikin. J Nurs Educ [Internet] 2004 [cited 5 jun 2017] 43(4):164-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15098910>
6. Amado J, Mazzo A, Costa Mendes I, Alves Rodríguez M. A simulação no ensino de enfermagem. Brasil: Sociedade Brasileira de Comunicação em Enfermagem; 2014.
7. Jeffries P, Rogers K. Theoretical framework for simulation design. In: Jeffries P. Simulation in Nursing Education from conceptualization to evaluation. New York: Laerdal Medical Corporation; 2012.
8. International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning [Internet] 2015 [cited 5 jun 2017]. Disponible en: www.inacsl.org
9. Dávila Cervantes A. Simulación en educación médica. Investigación en Educación Médica [Internet] 2014 [citado 5 jun 2017] 3(10):100-5. Disponible en: http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/A3Num10/06_AR_SIMULACION_EN_EDUCACION.PDF
10. Corvetto M, Bravo MP, Montaña R, Utili F, Escudero E, Boza C, et al. Simulación en educación médica: una sinopsis. Revista Médica de Chile [internet] 2013 [citado 5 jun 2017] 141(1):70-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000100010
11. Beaubien J, Backer D. The use of simulation for training teamwork skills in health care: how low can you go? Quality & Safety in Health Care. [internet] 2004 [cited 5 jun 2017] 13(supl 1):51-6. Available from: http://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl_1/i51.full
12. Jeffries P. Simulation in Nursing Education. From conceptualization to evaluation. New York: National League for Nursing; 2007
13. Simulation Innovation Resource Center [Internet]. [cited 5 jun 2017]. Available from: <http://sirc.nln.org/>
14. Decker Sh. Simulations: Education and ethics. In: Jeffries P. Simulation in Nursing Education from conceptualization to evaluation. New York: Laerdal Medical Corporation; 2012.
15. Waxman K. The development of evidence-based clinical simulation scenarios: guidelines for nurse educators. Journal of Nursing Education [internet] 2010 [cited 5 jun 2017]; 49(1):29-35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19810672>
16. Sanford P. Simulation in nursing education: A review of the research. The Qualitative Report [Internet] 2010 [cited 5 jun 2017]; 15(4):1006-11. Available from: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR15-4/sanford.pdf>
17. Rojo Rojo A, Díaz Agea JL. Rol del instructor de simulación clínica. Experiencia educativa en la UCAM [internet] 2013 [citado 5 jun 2017]. Disponible en: http://www.academia.edu/5105592/EL_ROL_DEL_INSTRUCTOR_DE_SIMULACION_CLINICA_EXPERIENCIA_EDUCATIVA_EN_LA_UCAM
18. García Soto N, Nazar Jara C, Corvetto Aqueveque M. Simulación en anestesia: la importancia del debriefing. Revista Mexicana de Anestesiología [internet] 2014 [citado 5 jun 2017]; 37(3):201-5. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2014/cma143g.pdf>
19. Amaya Afanador A. Simulación clínica: aproximación pedagógica de la simulación clínica. Universitat Médica [internet] 2010 [citado 5 jun 2017]; 51(2):204-11. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231016391008>
20. Durá Ros MJ. La simulación clínica como metodología de aprendizaje y adquisición de competencias en enfermería [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología; 2013. [citado 5 jun 2017]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/22989/1/T34787.pdf>

ANEXO I: GUÍA DE ENTREVISTA

Edad:

Utilizó la simulación en su formación profesional:

Nivel de formación docente:

Antigüedad en la tarea docente:

Antigüedad en esta universidad:

Asignatura que dicta:

Año de la carrera:

Cantidad de alumnos en la asignatura:

Implementación de la simulación:

- ¿Cómo es una clase típica en la que utiliza la simulación? Pedir detalles de: planificación y comunicación de objetivos (aprendizaje/evaluación), diseño y complejidad de la simulación, consideración de características y modos de aprender de los alumnos, contenidos a abordar, integración con otros contenidos, fundamentación y evidencia científica nacional o internacional (modelo de NLN); realismo.

(En el caso de que sean asignaturas de 1º año preguntar si hacen algún tipo de introducción a los participantes sobre la enseñanza mediante esta estrategia.)

- ¿Cómo describiría la participación típica de los alumnos en la simulación? (rol activo, se fomenta el trabajo en equipo, tiene a disposición al profesor, motivación al aprendizaje, adquisición de contenidos, habilidades, seguridad y confianza en sí mismos), ¿cómo describiría su rol en el uso de esta estrategia?, ¿hay interacción con el alumno?
- Durante la simulación, ¿realiza intervenciones? ¿Las tiene programadas en cantidad, calidad y modo de llevarse a cabo?
- Después de la simulación: ¿realiza una devolución sobre el desempeño de los alumnos?, ¿personal o grupal?, ¿de forma inmediata o tardía?, ¿fomenta en los alumnos la reflexión sobre su desempeño?, ¿considera relevante la reflexión de cada alumno sobre su desempeño?, ¿son constructivas?
- ¿Podría describir cómo es su actitud/respuesta frente a la incorporación y uso de esta estrategia?, ¿por qué?, ¿podría mencionar factores institucionales y/o académicos que pueden influir en el uso de la simulación en la enseñanza de enfermería en esta carrera?
- ¿Considera que la implementación de esta estrategia genera cambios en los resultados de aprendizaje de sus alumnos?, ¿en qué aspectos? (conocimientos, destrezas para la realización de habilidades, capacidad de pensamiento crítico, así como con una mayor satisfacción, seguridad y confianza de los alumnos) (Jeffries, 2005). ¿Se realiza alguna medición en la universidad/asignatura sobre el impacto de la simulación en el aprendizaje de los estudiantes?, ¿considera que está orientado su uso al perfil del profesional que se quiere formar?

ANEXO II: GUÍA DE OBSERVACIÓN DE SIMULACIÓN

Universidad:

Asignatura:

Año de la carrera:

Profesor:

Cantidad de alumnos en la actividad de simulación:

Tema:

Objetivos de aprendizaje:

OBJETIVOS/INFORMACIÓN

ÍTEMS A OBSERVAR	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Se brinda información a los alumnos sobre la metodología a implementar			
Se brinda información a los alumnos sobre la organización de la clase			
Se comunica de forma clara los objetivos de aprendizaje a los alumnos			
Se brinda otra información necesaria sobre los recursos disponibles			
El alumno puede participar en el establecimiento de los objetivos de aprendizaje			
Los objetivos de la simulación son alcanzables en el tiempo establecido			
Existe material suficiente para que los alumnos alcancen los objetivos de aprendizaje en el tiempo esperado			

FIDELIDAD

ÍTEMS A OBSERVAR	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Existe realismo en la tarea que se propone al alumno			
Existe realismo en el entorno			
Existe realismo en los equipos			

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

ÍTEMS A OBSERVAR	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Las actividades que se desarrollan se adecuan a los conocimientos de los alumnos			
Las actividades que se desarrollan requieren que los alumnos tomen decisiones			
Las actividades que se desarrollan requieren que los alumnos resuelvan situaciones problemáticas			
Las actividades que se desarrollan favorecen la implementación del proceso de atención de enfermería por parte del alumno			
Las actividades que se desarrollan exigen un pensamiento crítico por parte del alumno			

APOYO AL ESTUDIANTE

ÍTEMS A OBSERVAR	SÍ	NO	OBSERVACIONES
El profesor se encuentra disponible para las consultas del alumno al inicio de la actividad de simulación			
El profesor brinda apoyo al alumno durante la simulación			
El profesor realiza aclaraciones y comentarios a los alumnos de forma espontánea durante la simulación			
El alumno manifiesta conformidad con la ayuda que brinda el profesor			
Las actividades que se desarrollan promueven el trabajo colaborativo entre los alumnos			

APOYO AL ESTUDIANTE (CONTINUACIÓN)

ÍTEMS A OBSERVAR	SÍ	NO	OBSERVACIONES
El profesor desarrolla un rol de instructor, comunica al alumno lo que debe realizar y adopta un rol de observador no participante durante la actividad			
El profesor desarrolla un rol de facilitador, está a disposición del alumno, interviene cuando lo considera necesario y lo guía en la reflexión después de la simulación			
El profesor motiva el desempeño y aprendizaje de los alumnos			

DEBRIEFING

ÍTEMS A OBSERVAR	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Existe un tiempo posterior a la simulación para que el alumno pueda realizar un análisis de su desempeño			
Se ofrece retroalimentación constructiva a los alumnos			
Se realiza en el momento adecuado, luego de su desempeño			
Permite conocer al alumno sus propios logros			
Brinda sugerencias sobre aspectos de mejora			
Promueve la reflexión personal de los alumnos sobre su desempeño			
Promueve la construcción de conocimiento y el aprendizaje			

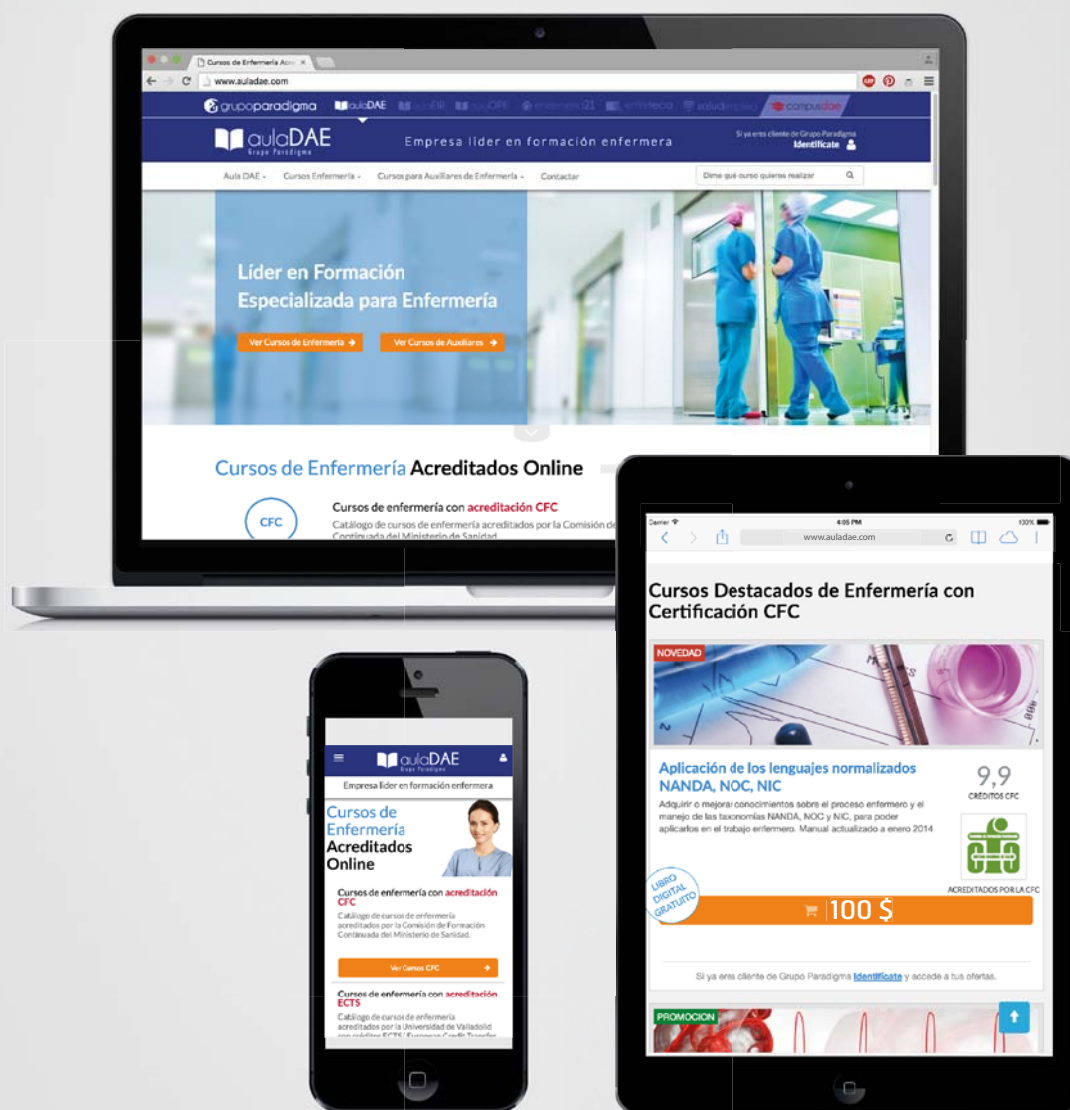
ANEXO III: RÚBRICA DE VALORACIÓN DE LAS SUBDIMENSIONES DE “CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO DE LA SIMULACIÓN” DEL MODELO DE SIMULACIÓN DE LA NLN

	PUNTAJE 1	PUNTAJE 2	PUNTAJE 3	PUNTAJE 4
Objetivos de aprendizaje	Los objetivos de la simulación son inespecíficos y/o no adecuados para el conocimiento y nivel de competencia de los estudiantes	Los objetivos de la simulación son específicos y adecuados para el conocimiento y nivel de competencia de los estudiantes, pero son objetivos procedimentales (y no de competencias)	Los objetivos de la simulación son específicos y adecuados para el conocimiento y nivel de competencia de los estudiantes y son objetivos que se orientan al logro de competencias, tanto generales como específicas, pero no se alcanzan en el tiempo establecido	Los objetivos de la simulación son específicos y adecuados para el conocimiento y nivel de competencia de los estudiantes, se orientan al logro de competencias generales y específicas y son alcanzados en el tiempo establecido
Realismo o fidelidad	Los estudiantes tienen disponibilidad de los materiales y equipos necesarios y el entorno es similar al real	Los estudiantes tienen disponibilidad de los materiales y equipos necesarios, el entorno es similar al real y hay documentación de apoyo (resultados de estudio de laboratorio, rayos, electrocardiograma, etc.)	Los estudiantes tienen disponibilidad de los materiales y equipos necesarios, el entorno es similar al real y hay documentación de apoyo pero no se firma un contrato de ficción	Los estudiantes tienen disponibilidad de los materiales y equipos necesarios, el entorno es similar al real, hay documentación de apoyo y se firma un contrato de ficción

	PUNTAJE 1	PUNTAJE 2	PUNTAJE 3	PUNTAJE 4
Resolución de problemas	Las actividades que se desarrollan no requieren que los alumnos resuelvan una situación problema, solo consisten en ejecutar una técnica	Las actividades que se desarrollan presentan verbalmente una situación problema hipotética adecuada a su nivel de conocimientos	Las actividades que se desarrollan presentan de manera auténtica situaciones problemáticas adecuadas al nivel de conocimientos de los estudiantes. Sin embargo, la resolución de las mismas no se incluye en los objetivos didácticos de la actividad de simulación	Las actividades que se desarrollan presentan de manera auténtica situaciones problemáticas adecuadas al nivel de conocimientos de los estudiantes que requieren ser resueltas, ya que los aprendizajes que se ponen en juego en dicha resolución han sido establecidos en los objetivos didácticos de la actividad de simulación
Apoyo al estudiante	El profesor brinda información al estudiante (características de los simuladores, objetivos, tiempos) antes de la simulación	El profesor brinda información al estudiante antes de la simulación y se adelanta con "clues" o datos relevantes cuando el alumno se encuentra sin saber cómo seguir en la simulación	El profesor brinda información al estudiante antes de la simulación, se adelanta con "clues" o datos relevantes cuando el alumno se encuentra sin saber cómo seguir en la simulación pero no guía la reflexión del estudiante	El profesor brinda información al estudiante antes de la simulación, responde a sus dudas durante la misma, se adelanta con "clues" o datos relevantes cuando el estudiante se encuentra sin saber cómo seguir en la simulación y guía la reflexión del alumno en el debriefing
Debriefing/ reflexión* *Esto se ha considerado una opción para la realidad local	Se realiza un debriefing de manera no sistemática* , en el que el profesor señala rasgos del desempeño del estudiante (aspectos positivos y/o errores) *sin tener en cuenta las fases del debriefing	Se realiza un debriefing poco estructurado* en el que el profesor señala rasgos del desempeño del estudiante (aspectos positivos y/o errores) *se tiene en cuenta una de las fases del debriefing	Se realiza un debriefing parcialmente estructurado* en el que el profesor señala rasgos del desempeño del estudiante (aspectos positivos y/o errores) *se tiene en cuenta al menos dos de las fases del debriefing	Se realiza un debriefing estructurado en tres fases: descripción de los hechos, análisis de los mismos y evaluación de los logros

Fuente: elaboración propia a partir del cuestionario sobre los componentes del Modelo de Simulación de la Liga Nacional por Enfermería de los Estados Unidos (versión para los estudiantes): Características del Diseño de la Simulación (NLN, 2005)

¡Descubre nuestra nueva web!
www.auladae.com



**Totalmente adaptada
a dispositivos móviles**

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO EN EL PROGRAMA DE GRADO DE LA CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA, FACULTAD DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, URUGUAY (UDELAR)

Rosemary Carrillo

Licenciada en Enfermería. Docente adjunta del departamento de Enfermería Comunitaria, Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay

E-mail: rosmecarrillo@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Carrillo R. Enfoque familiar y comunitario en el programa de grado de la carrera licenciatura en enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Uruguay (UDELAR). Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. 2017; 7(3):33-45.

RESUMEN

Introducción: la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República es la responsable del 96% de los profesionales con los que cuenta Uruguay a nivel de grado y postgrado. El plan de estudios de 1993, que se encuentra en fase de revisión en su diseño curricular, establece desde el primer año hasta el internado experiencias de trabajo comunitario, tomando como uno de los ejes formativos la Atención Primaria en Salud (APS). La propuesta de los sistemas de salud basados en APS y desde la renovación de la misma, uno de sus componentes es la orientación familiar y comunitaria. Lo que supone que el sistema no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica, sino que es amplia desde la salud pública al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos, fortalezas y decidir el orden de prioridades de las intervenciones.

Objetivo: evaluar la aplicación del enfoque familiar y comunitario en el programa de formación de grado de la carrera licenciatura en enfermería.

Método: evaluación cualitativa, con análisis de contenidos.

Resultados: se distribuyen en diferentes ejes temáticos: criterios del componente familiar y comunitario de APS en los programas de formación, enfoque familiar en el perfil profesional y aportes para el plan de estudio en revisión.

Discusión/conclusiones: tomando como eje el enfoque familiar y comunitario en la formación de grado y en el perfil del egresado, estos alcanzarán una mirada específica en la salud familiar y comunitaria.

Palabras clave: enfermería; educación en enfermería; currículum; enfermería de la familia.

Enfoque familiar e comunitário no programa de graduação do curso de enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade da República, Uruguai

RESUMO

Introdução: a Faculdade de Enfermagem da Universidade da República é a responsável pelo 96% dos profissionais com os que conta Uruguai a nível de grau e posgrado. O plano de estudos de 1993 que se encontra em fase de revisão em seu desenho curricular estabelece desde o primeiro ano até o internado, experiências de trabalho comunitário, como um dos pilares formativos da Atenção Primária em Saúde (APS).

Desde que se renovou a APS, a orientação familiar e comunitária se tornou um dos componentes do sistema de saúde da APS, o que supõe que o sistema não está focado exclusivamente numa perspectiva individual ou clínica, mas a saúde pública, fazendo uso da informação familiar e comunitária para identificar os riscos, decide a ordem de prioridades das intervenções.

Objetivo: avaliar a aplicação do componente familiar e comunitário no programa de formação de graduação do curso de Enfermagem.

Método: tipo de avaliação qualitativa, com análise dos conteúdos.

Resultados: se distingue entre diferentes temáticas: componente familiar e comunitário da APS nos programas de formação, enfoque familiar no perfil profissional e contribuições para o plano de estudo em revisão.

Discussão/Conclusão: tomando como eixo a orientação familiar e comunitária na formação de graduação e o perfil do estudante já formado, contribuiremos com uma perspectiva específica em saúde familiar e comunitária.

Palavras-chave: enfermagem; educação em enfermagem; currículo; enfermagem da família.

Family and community approach in nursing degree curriculum at the School of Nursing, Republic of Uruguay University (UDELAR)

ABSTRACT

Introduction: the School of Nursing at the Republic of Uruguay University has provided professional education to 96% of current graduate and postgraduate nursing professionals in Uruguay. Our 1993 curriculum, now being revised, includes community work from the first year to internship, as a main training way in Primary Care (PC). Based on the proposal by healthcare systems based on PC, and according to current update, one of their main components is family and community approach. This means the system is not exclusively based on an individual or clinical perspective, but on a wide public health insight when using family and community data to identify risks or strengths and for decision-making on priority for interventions.

Purpose: to assess family and community approach in nursing degree educational curriculum.

Methods: a qualitative evaluation using contents analysis.

Results: results pertain to different subject axes: criteria for the family and community component in PC in education curricula; family approach in professional profile, and contribution to curriculum being revised at present.

Discussion/Conclusions: focusing on family and community approach for nursing degree education and on the graduate profile, such professionals will have a specific insight on family and community health.

Key words: nursing; education in nursing; curriculum; family nursing.

INTRODUCCIÓN

En el conjunto de América Latina hay carencia de médicos de familia, enfermeros y personal de nivel técnico con formación específica para proveer el cuidado en atención primaria en salud. En relación con la enfermería, esta inadecuación es más evidente, dado que el número de profesionales enfermeros es mucho menor que el de los médicos y la especialización en el área de enfermería en atención primaria es mucho más reciente (1).

En Uruguay, la relación enfermera/médico en el 2010 era de una enfermera por cada 3,3 médicos. Este indicador expresa la relación existente y afecta a la interdisciplina, la complementariedad de las miradas y de las acciones del equipo de salud. En algunos países, como Canadá, Suecia, Cuba y Gran Bretaña, la relación enfermera-médico es cercana a cuatro enfermeras por médico. En el ámbito regional se acordó alcanzar para el 2015 una relación de un médico por enfermero/a (2). Sin embargo, aún no se ha llegado a esta relación esperada.

Según los datos del censo nacional de enfermería (2013), el promedio nacional de la densidad de licenciadas/os en enfermería son de 12 cada 10.000 habitantes. Entre el 7,65% y 9,18% de las/os licenciadas en enfermería que trabajan en los principales prestadores de salud en Uruguay pertenecen a servicios relacionados con el primer nivel de atención (3).

La orientación familiar y comunitaria en la renovación de atención primaria de salud (APS) es uno de los componentes del sistema de salud basado en APS. Lo que supone que la atención no descansa exclusivamente en el análisis de las situaciones desde una perspectiva individual o clínica. La visión de la salud pública toma elementos de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y/o fortalezas y decidir el orden de prioridades de las intervenciones, siendo estos elementos los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema (4).

Los modelos de atención en salud familiar en la región marcan una tendencia en varios países, donde se toman como ejemplo para desarrollar estrategias tácticas y operativas en las políticas de salud. El abordaje familiar es un aspecto de interés que en Uruguay ha influido en planes y programas de políticas sociales y de salud. Se espera que la integración del enfoque familiar en las políticas sociales, específicamente en salud, aporte una visión hacia una atención integral (5).

En este contexto, el sistema nacional integrado de salud (SNIS) en Uruguay (2007) retoma la APS donde se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema (4). Dentro del primer nivel de atención, uno de sus ejes estratégicos para el cambio de modelo de atención son las políticas de formación de los recursos humanos (6).

Por otra parte, en 2013, la OPS/OMS aprobó la resolución CD52.R13 en la que se instaba a los países a promover reformas en la educación profesional sobre salud, para apoyar a los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud y aumentar el número de puestos en los programas de capacitación de las profesiones de salud pertinentes para este tipo de atención.

Características de la formación en Uruguay

Las instituciones formadoras de licenciados en enfermería son la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica y la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (UDELAR). Esta última institución, como se ha señalado, es la responsable de la formación del 96% de los profesionales con los que cuenta el país (a nivel de grado y postgrado). El plan de estudios que data de 1993 se encuentra en fase de revisión y en proceso de acreditación. Su diseño curricular contempla, desde el primer año de formación hasta el internado, experiencias de trabajo comunitario, tomando como uno de sus ejes la APS (8). En el programa de formación de grado de la disciplina se encuentran contenidos relacionado a la temática de APS y sus componentes. Sin embargo, no hay investigaciones respecto a qué y cómo se enseña el enfoque familiar y comunitario. Se reconoce que estos aspectos se integran como contenidos y dentro del proceso de atención de enfermería, pero desde el proceso de enseñanza aprendizaje y de lo que se espera del perfil del egresado surge como interrogante: ¿cómo se expresa la orientación familiar y comunitaria en el programa de formación de grado de la licenciatura en enfermería?

Objetivo

Evaluar la aplicación del componente familiar y comunitario en el programa de formación de grado de la licenciatura en enfermería de la Facultad de Enfermería, UDELAR.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio evaluativo cualitativo, con análisis de los contenidos (9). Se toma como referencia el plan de estudios 1993 y entrevistas realizadas a siete docentes referentes (profesores directores) de cada cátedra o departamentos de la facultad de enfermería, en la cual participan en todo el trascurso del plan de estudio. Los docentes entrevistados participaron con la autorización previa de la institución y con su consentimiento informado.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Después de la lectura del plan de estudio, análisis e información de las entrevistas en profundidad, se resumió en diferentes ejes temáticos que se desarrolla a continuación:

- Criterios acerca del componente familiar y comunitario del APS renovada en los programas docentes.
- Enfoque familiar en el perfil profesional.
- Aportes para el nuevo plan de estudios.

1) Vinculado a los criterios del componente familiar y comunitario de APS en los programas docentes (Figura 1):

Se desglosa a continuación las siguientes categorías:

Categoría: como lineamiento de trabajo

Dice un entrevistado: "... APS renovada... concepto de educación al 2020 de OPS no podríamos asegurar que tenemos, que cumplimos en un 100% con esos lineamientos... hay cátedras que por su área de conocimiento se han acercado más a esos lineamientos y otros se mantienen aún con líneas de trabajo..." Enf 1.

"Como componente de orientación familiar y comunitaria... en el curso de Enfermería Comunitaria de cuarto año, creo que ahí... están los objetivos, hay intentos,...se trata de aplicar creo que el enfoque familiar no sé si toda la experiencia este impregnada de una orientación familiar y comunitaria..." Enf 4.

"... creo que la APS renovada está integrada sí..." Enf 2.

En esta categoría se integra la mirada como línea de trabajo para fomentar los criterios de la APS renovada. Si bien en el plan de estudio solo está desarrollada en su marco conceptual la definición de APS de la declaración de Alma Ata (1978), se valora que se tome como línea de trabajo la APS renovada dentro de los cursos o unidades temáticas.

Los sistemas de salud basados en la APS señalan como elemento esencial el papel de los recursos humanos en cantidad y calidad suficiente para dar respuesta a la cobertura universal del sistema, así como a sus características (10). En este sentido, el plan de estudios y la incorporación permanente de las líneas de trabajo actuales son fundamentales para el desarrollo de la profesión y para la integración del equipo de salud.

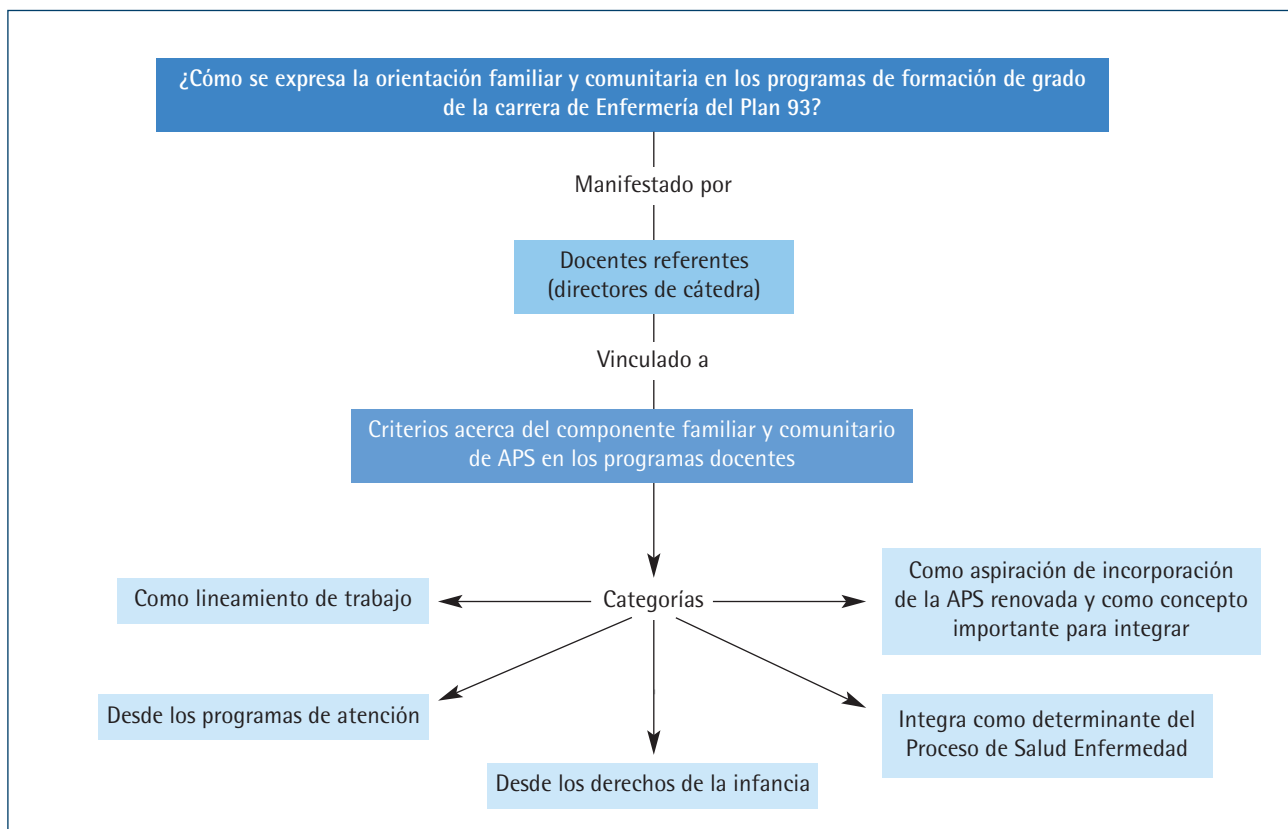


Figura 1. Mapa conceptual vinculado a los criterios del componente familiar y comunitario de APS en los programas docentes

Categoría: desde los programas de atención

“... tratamos siempre de estar como en avanzada de todo lo que hay en el ámbito mundial no sé exactamente si en la renovación de APS hemos podido poner más el énfasis, pero sí en todo lo que son programas para la mujer, para el niño, para la familia, ... en nuestro programa unos de los ejes temáticos es de APS” Enf 3.

En esta categoría se destaca la importancia de los programas de salud integrando los lineamientos de las políticas públicas en la enseñanza para mantener los criterios de la APS renovada. Aunque no se desglosa el componente de la orientación familiar y comunitaria, sí hay inicios de los lineamientos generales, tomando en cuenta las políticas de salud actuales.

El Ministerio de Salud en Uruguay trabaja desde el área programática a través de los programas de salud de la niñez, adolescencia y juventud, adulto mayor, entre otros, integrando distintos enfoques y herramientas para la orientación familiar y comunitaria. Desde el modelo de atención, toma ejes prioritarios de la renovación de APS, lo cual promueve un interés de trabajar en todos sus componentes. Sin embargo, desde las políticas de salud no hay un programa específico de salud familiar o atención familiar (5).

Categoría: desde los derechos (de la infancia)

“... comenzamos a trabajar con la APS renovada, tuvimos necesariamente que hacer un cambio no solamente porque así lo decía las nuevas orientaciones programáticas que habían a nivel superior, sino porque era una real necesidad...”, “...estamos trabajando en lo que es la iniciativa de los derechos de la infancia y de la adolescencia en el Uruguay, la familia, tuvimos que hacer como digamos un trabajo primero a la interna con los niños y los adolescentes en cuanto a derechos”. “... El tema de derechos fue uno de los ele-

mentos que surgió como articulador para que pudiéramos integrar lo que era la visión de familia, basándonos en nuevas actividades de la renovación de APS..., tomamos el atajo de los derechos para poder implementar las nuevas orientaciones en APS...” Enf 7.

En esta categoría, la APS renovada incluye en sus principios el tema de los derechos integrados como contenido dentro de las unidades temáticas del curso de niño y adolescente. Conceptualmente también se desarrolla la temática de derechos humanos y derechos a la salud en el curso de salud individual y colectiva, en el primer año de la carrera.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos, tales como la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación (11). Este enfoque de derechos es uno de los principios fundamentales de la APS renovada. Si bien en la formación no se desglosa el componente de la orientación familiar y comunitaria queda como interrogante la interrelación de ambos conceptos.

Categoría: como determinante del proceso salud enfermedad

“... es un componente para nosotros importante en la determinación del proceso salud enfermedad, es para entender, comprender y tratar los problemas de salud”, “... por eso ese contexto determinante para que el enfermero en su rol profesional pueda tratarlos eventualmente y determinar una estrategia en conjunto” Enf 8.

En esta categoría lo considera como un determinante del proceso salud enfermedad. En este contexto, conceptualmente estos temas se abordan en el primer ciclo de la carrera y a su vez en el marco conceptual del Plan de estudio 1993 integra la definición del proceso salud-enfermedad. Lo define como: “un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos” (8). Desde el componente familiar y comunitario se deberá enfatizar este concepto para integrar en el nuevo diseño curricular.

Categoría: como aspiración de incorporación de la APS renovada y como concepto importante para integrar

“... la atención primaria en salud renovada nosotros no la manejamos, es uno de los conceptos que justamente no lo hemos tocado, creo que de alguna manera deberíamos de incluirlo en algún momento... me parece que ese es uno de los temas que tendría que incluirse como para el enfoque familiar incluir la APS renovada, ¿no?” Enf 6.

“Sí... tendría que estar porque sería la forma de,... de tener un plan de estudio más allá de matices que pueda ver en la implementación, siempre es una orientación importante y es un, digamos, como un mandato que uno tiene al tener un plan de estudio que plantea el enfoque familiar y comunitario, de alguna forma obliga que nos tengamos que ceñir a eso y trabajar con ese enfoque”, “... es importante que este y que tiene que estar” Enf 5.

Esta categoría aspira a la incorporación de la APS renovada en el plan de estudios y, por ende, a las unidades temáticas de cada curso. Al igual que en los conceptos actuales de la APS renovada, las exigencias de las nuevas políticas en salud, específicamente con la reforma sanitaria y el modelo de atención, deberán incluirse en la formación enfermera en nuestro país.

2) Vinculado al enfoque familiar en el perfil profesional

En el plan de estudio, en el perfil profesional no se nombra el enfoque familiar como parte del mismo, pero sí en lo comunitario. A continuación se desarrollan las categorías vinculadas al perfil profesional (Figura 2):

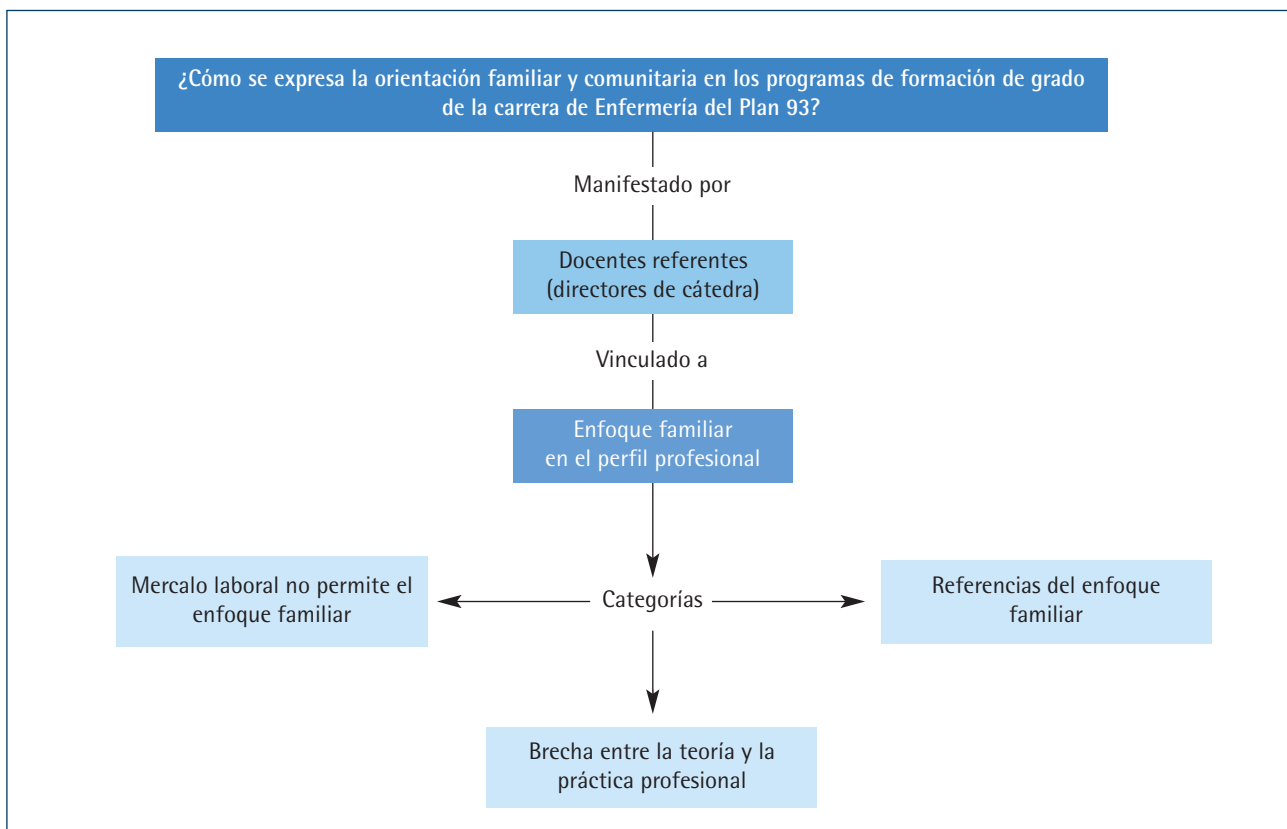


Figura 2. Mapa conceptual vinculado al enfoque familiar en el perfil profesional

Categoría: referencias del enfoque familiar

"En el perfil escrito hay referencia a lo comunitario con más fuerza que lo familiar..." Enf 4.

"... uno de los objetivos nuestros del perfil es que el egresado tenga lugar para la familia siempre..." Enf 3.

"Pero comunidad y familia ahí es donde está el trabajo fundamental de todo enfermero o enfermera" Enf 7.

"Sí, yo creo que eso, es una orientación que se busca desde que el estudiante ingresa... que determinadas cátedras hacen como un hincapié en eso..." Enf 6.

Referido a esta categoría, se desglosan miradas del perfil profesional donde integra empíricamente el enfoque familiar. Sin embargo, en el plan de estudio no lo nombra ni lo desarrolla.

Según Cassiani (7), es importante armonizar la capacitación de las profesiones de salud con las necesidades de los sistemas de salud basados en la APS. Es necesario promover un cambio de paradigma en la educación en las ciencias de la salud, para responder a las necesidades de la población y a los modelos de atención de salud, con mayor capacitación en los servicios de atención primaria de salud.

En este sentido, la enfermería forma parte de los recursos humanos (RRHH) del sistema de salud (SNIS), del modelo de atención y del equipo de salud y es de gran importancia profundizar en los ejes estratégicos de la capacitación y la formación. Es elemental la discusión de lo que se espera del perfil del licenciado en enfermería para poder acompañar en este proceso y en las nuevas políticas de salud para su desarrollo.

Categoría: mercado laboral no permite el enfoque familiar

"... el egresado sale con el enfoque de la familia, el mercado laboral los sucumbe, los limita al enfoque que les da el trabajo" Enf 2.

"La responsabilidad social que el egresado solo lo ve en el intrahospitalario, pero no lo ve fuera del hospital, no lo ve" Enf 7.

Se considera que el mercado laboral es un aspecto que limita desarrollar el enfoque familiar. En este sentido el mercado laboral, como prestador de salud e integrante del SNIS, deberá acompañar para que la enfermería profesional desarrolle su perfil y como capital humano dentro del equipo de salud. Profundizar si la misma se desarrolla en todos los niveles de atención o solamente en el primer nivel de atención, queda como interrogante.

En el estudio de Cassiani (7), citado anteriormente, se expresa que la capacitación de los estudiantes de enfermería es más en los hospitales que en los entornos de atención primaria de salud, estando relacionada con el mercado laboral y con la organización de los modelos de atención de salud en los diversos países. El aumento de la inversión y el empleo en los entornos de atención primaria de salud, con condiciones de trabajo e incentivos más interesantes, podría fortalecer y aumentar el atractivo de los cargos ofrecidos a las enfermeras en este nivel.

Según Louro (12), el profesional de la salud constituye una fuente de apoyo social importante para la familia en su entorno inmediato y actúa como puerta de entrada a las más positivas influencias emanadas de la sociedad.

Todos estos elementos: el mercado laboral como integrante del sistema de salud basado en APS, los profesionales de la salud como capital humano y las instituciones formadoras, tendrán que profundizar estos aspectos para el desarrollo del enfoque familiar y comunitario desde el primer nivel de atención.

Categoría: brecha entre la teoría y la práctica profesional

"... podría existir una brecha con el perfil y los contenidos y los programas y como está previsto el plan para un graduado generalista" Enf 1.

"Desde el punto de vista teórico sí, desde el punto de vista del ejercicio creo que hay un debilitamiento del valor de estos aspectos que la propia comunidad reclama..." Enf 8.

"... todavía muy en el discurso y con algunos intentos de aproximarse pero creo que es un enfoque que si bien se ha ido metiéndose en diferentes ámbitos, no ha logrado tener el encuadre ni el enfoque ni la profundidad que debiera de tener" Enf 5.

En esta categoría se desarrolla la discordancia entre la teoría y la práctica profesional. El plan de estudios actualmente vigente no señala el enfoque familiar y comunitario dentro del perfil profesional. Si desarrolla las funciones de enfermería y sus competencias como disciplina y como integrante del equipo de salud en todos los niveles de atención.

Según Clark (13), los diferentes modelos existentes pueden ser utilizados por la enfermera que trabaja en la comunidad siempre que "el modelo se centre en la familia u otros grupos como una unidad, en las necesidades de salud y no en los problemas, en la estabilidad de la salud y en la continuidad en el tiempo".

Según Ayuso, Tejedor y Serrano (14), "un modelo conceptual enfermero es como una construcción teórica que explica el ideal a conseguir, se podrá comprender el proceso de los cuidados, sabiendo que tenemos un objetivo final que lo justifica. Es indispensable para el desarrollo de la enfermería, la determinación de un marco conceptual. Un modelo enfermero nos define, concreta nuestra aportación a la sociedad, da coherencia al desarrollo de funciones (docencia, investigación, gestión y asistencia) y orienta todo el proceso. Los modelos conceptuales clarifican la naturaleza de los cuidados identificando el objetivo que persigue la enfermera, ya sea la independencia de la persona, su capacidad de autocuidado, o su adaptación al proceso, etc. según el modelo adoptado".

Desde los diferentes modelos y teorías de enfermería, el enfoque familiar y comunitario aparece en varias autoras entre ellos Neumann y Leininger (15).

La brecha existente entre la teoría y la práctica profesional obliga a dar un espacio de intercambio para lograr una concordancia dentro del perfil profesional. De esta categoría pueden surgir varias interrogantes que podrán aportar innovaciones para el nuevo plan de estudio.

3) Vinculado a los aportes desde el enfoque familiar y comunitario para el nuevo plan de estudio

(Figura 3):

Relacionado a este tema se desarrolla las siguientes categorías:

Categoría: ampliar los contenidos desde el enfoque familiar y comunitario

“... desde el punto de vista del abordaje familiar hacia lo que apunta APS renovada en verdad los elementos de concepción de este nuevo lineamiento debería ser profundizado en todas las cátedras.... hay que ampliar no solo lo que tiene que ver con los contenidos, sino con la formación del cuerpo docente hacia estas nuevas orientaciones para que realmente haya efectividad de lo que está escrito y lo que luego es enseñado en la realidad....” Enf 1.

“... hay aspectos que si bien le debemos de dar y como básicos habría que ver como se amplía eso...” Enf 6.

“... fortalecer el trabajo en el barrio de la enfermera como profesional de consulta, profesional de atención domiciliaria...” Enf 8.

En esta categoría las expresiones van en el sentido de ampliar los contenidos del enfoque familiar. Si bien existen vínculos con contenidos en esta área, expresan la necesidad de profundizar en este enfoque. Integrar los conceptos actuales y de las políticas de salud en marcha es esencial para el desarrollo de la formación de la profesión.

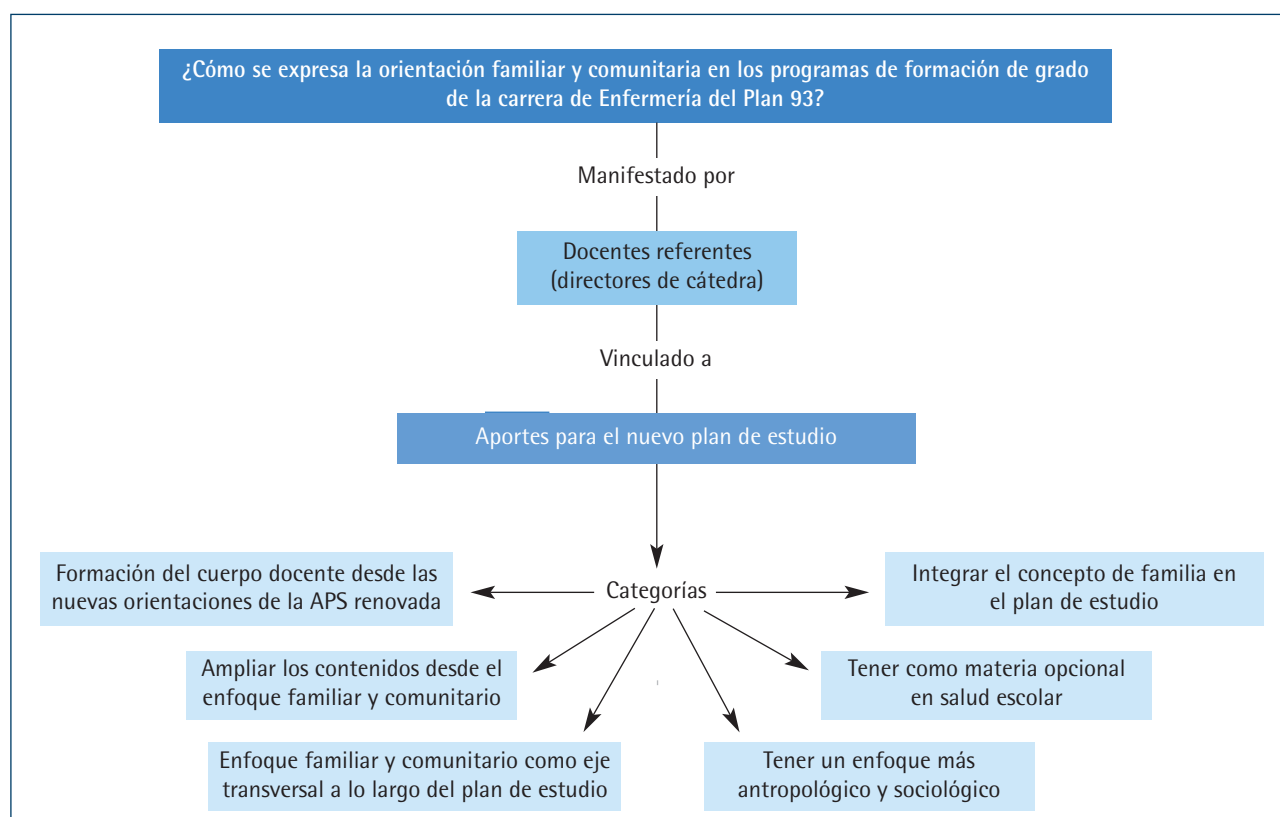


Figura 3. Mapa conceptual vinculado a los aportes desde el enfoque familiar y comunitario para el nuevo plan de estudio

Categoría: formación del cuerpo docente desde las nuevas orientaciones de la APS renovada

"... todavía falta no solo el desarrollo del plan, sino el proceso de implementación y de preparación de los equipos docentes para que pueda ver una apropiación porque los contextos no siempre responden a estas necesidades... el contexto no siempre permite llegar al nivel de con la familia y la visión de esta concepción de abordaje familiar..." Enf 1.

"... hay que trabajar con la concepción del entorno familiar para que haya una verdadera enseñanza acorde a lo que se escribe..." Enf 1.

"... le daremos lo estructural del abordaje y trabajaremos con las demás cátedras que tienen la profundización del conocimiento... Pero es importante, yo creo que sí que tiene que estar... que tiene que estar sí" Enf 6.

En esta categoría, se enfatiza la importancia de la formación docente en esta área, acompañado con la nueva estructura del plan de estudio. Como eje estratégico de la formación continua y específicamente dentro la carrera docente, se deberá interactuar en esta área para que el equipo docente acompañe dentro del proceso de formación del estudiante.

Considerando que los estudiantes reciben la mayor parte de su experiencia clínica en entornos hospitalarios (7), queda también como interrogante las horas docentes dedicadas a la experiencia práctica en los servicios del primer nivel de atención, para el desarrollo de las nuevas orientaciones en APS y de los sistemas de salud.

Categoría: el enfoque familiar y comunitario como eje transversal a lo largo del plan de estudio

"... la renovación de APS,... si uno desglosa los componentes sería un eje. Creo que debería estar como un eje transversal del plan de estudio, pero que esté especificado. Porque en el plan de estudio lo que está escrito le da valor, porque es el marco conceptual que sustenta al plan de estudio,... uno puede hacer referencia..." Enf 4.

"... tomar el enfoque familiar y comunitario a lo largo de todo el plan de estudio podría ser un eje que de algún modo incluso nuclear a las cátedras y permitiera el trabajo intercátedra y permitiera estos intercambios..." Enf 5.

"... el nuevo plan de estudio sería una buena idea tomarlo como un eje y poderlo trabajar a lo largo de todo el ciclo vital, a lo largo de todo el proceso de atención" Enf 5.

En el contexto de la atención primaria y comunitaria de salud, la enfermera centra su atención en los individuos, las familias y la comunidad. Esta atención se contextualiza en el equipo de atención primaria donde la enfermera está obligada a liderar los procesos asistenciales y de gestión tanto en lo referente a recursos como a conocimiento enfermero (14).

En esta categoría se aporta como eje transversal el enfoque familiar y comunitario, dando una continuidad en todos los cursos como marco conceptual y como eje del quehacer profesional. En este sentido, este eje acompañaría la formación de la enfermería profesional y como parte del proceso para que se integre en su perfil profesional.

Categoría: integrar el concepto de familia en el plan de estudio

"... nosotros creemos que la familia está incluido en todo... Entonces ese concepto nos hace decir que está perfecto la integración a lo largo y a lo ancho del nuevo plan de estudio de lo que es la familia..." Enf 2.

"... creemos que eso es fundamental por eso digo quizás no esté en palabras escrito pero si nosotros lo tenemos como muy integrado eso" Enf 3.

Se destaca la importancia de integrar un concepto sobre familia dentro del plan de estudio, en su marco conceptual. Este concepto aportaría para los diferentes enfoques a lo largo de la carrera, tomando en cuenta los cambios sociales, demográficos e históricos.

Categoría: tener como materia opcional en salud escolar

“... los niños que tienen un ingreso precoz que tienen en los centros educativos, en la enseñanza primaria, ahí es un lugar de excelencia para trabajar con el niño y su familia en pos de fundamentalmente lo que es el autocuidado...” Enf 7.

“... el trabajo en escuelas, digo instalar el modelo de enfermera en las escuelas primarias que se intentó y no se pudo hacer para nosotros sería un lugar de desarrollo excelente con ese modelo de población para trabajar promoción y prevención...” Enf 8.

La relación con instituciones educativas que integran las familias y las comunidades aporta la importancia de trabajar al respecto para desarrollar este enfoque dentro del quehacer profesional.

Categoría: tener un enfoque más antropológico y sociológico

“... para poder trabajar con cualquier población y poder entender los cambios que se dan y poder ser prepositivos... Es tener el enfoque de la antropología. Por suerte vamos a tener un enfoque antropológico y... debemos de tener un enfoque más fuerte sociológico, desde la sociología para poder entender los comportamientos humanos y para poder entender como nosotros en lo que es la reproducción social no estamos dando respuestas a los nuevos cambios que se están dando en la sociedad” Enf 7.

“... Pero justamente de eso es lo uno tiene que dudar y porque si no nos damos respuesta como institución formadora de recursos humanos en salud. Tenemos que tener un enfoque que... los estudiantes, pero primero con nuestros docentes puedan tener ese enfoque social porque nuestra profesión así los no pide un enfoque social más fuerte y un enfoque antropológico más fuerte para poder entender al que tenemos al frente...” Enf 7.

En esta categoría emerge la importancia de integrar y profundizar una mirada más desde las ciencias sociales y antropológicas. El desarrollo del enfoque familiar y comunitario y de la disciplina como responsabilidad social, aportaría estas ciencias en todas sus funciones.

CONCLUSIONES

El componente familiar y comunitario en el programa de formación de grado de la licenciatura en enfermería de la Facultad de Enfermería (plan 1993) se encuentra fundamentalmente dentro de su concepto de la enfermería, que como disciplina integra la persona, familia y grupo poblacional, enfocando la atención a través de “un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención” (8).

Dentro del diseño curricular, en determinados ciclos de la carrera se nombran aspectos que pueden llevar a un enfoque familiar y comunitario según objetivos y experiencias centrales de los cursos. Aunque descriptivamente se observa una discontinuidad de esta mirada, el desarrollo de los mismos se destaca a través de las categorías que surgieron.

Según Castrillón (16), unas de las premisas orientadora para la transformación de la educación en enfermería es, de reconocer que la razón de ser del cuidado de enfermería son los pacientes, las familias y comunidades; que la esencia de la educación es el aprendizaje para la vida, y que el estudiante es el centro del proyecto curricular.

Tomando este concepto como eje fundamental y el componente familiar y comunitario de APS renovada, se valora que se integre este como un lineamiento de trabajo importante para fomentarlo. La vinculación de los programas de salud, contextualizando con las políticas sociales y públicas actuales, integra esta mirada para mantener los criterios de la APS renovada.

Desde el perfil profesional, no se señala dentro de su descripción que la enfermera tenga un enfoque familiar y comunitario; sin embargo, abarca dentro de su competencia la salud de la población. La brecha existente entre lo que está escrito y lo que se espera del perfil profesional deberá dar espacio de intercambio para profundizar esta mirada en el nuevo plan de estudios, teniendo en cuenta el contexto del SNIS y la Ley 18815 de la Profesión de Enfermería en Uruguay (17).

En la región las instituciones formadoras de enfermeras han adoptado la enseñanza de APS como parte de su currículum. Existe un acuerdo sobre la importancia de la incorporación de estos aspectos en los planes de estudio, en función de los programas de acreditación internacional de la carrera de Licenciado en Enfermería. Abre el campo a la discusión de la necesidad de incluir el análisis de las competencias necesarias para el desempeño de la profesión y sobre la forma más adecuada de evaluarlas y certificarlas (10). En este contexto, la Facultad de Enfermería de la UDELAR está trabajando para la acreditación de su carrera del plan de estudios 1993, donde es una oportunidad para seguir avanzando en el desarrollo de la enfermería profesional.

Identificar el enfoque familiar y comunitario, como concepto para integrar para el nuevo plan de estudios, permitirá dar aportes de mejora en la organización e integración de los contenidos, profundizando y contribuyendo en la formación del licenciado en enfermería tanto en el ámbito local como regional. Tomando como base conceptual la renovación de APS y considerando como eje la orientación familiar y comunitaria en la formación de grado, se obtendrá un perfil del egresado con una mirada específica para la salud familiar y comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harzheim E, Casado Vicente V, Bonal Pitz P. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. [internet]. 2009. [citado 6 jun 2017]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/HARZHEIM.CASADOVICENTE-Formacion_profesional_para_la_APS.pdf
2. Ministerio de Salud Pública (Uruguay). La enfermería en el Uruguay, características actuales y perspectivas de desarrollo. División Recursos Humanos del SNIS, DT N° 3/11.
3. Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Censo Nacional de Enfermería 2013-Resumen y lectura rápida de los principales resultados. DEMPESA [internet] septiembre 2014. [citado 6 jun 2017] Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/uruguay/sites/observatoriorh.org.uy/files/webfiles/images/informeresumidocensoenfermeria2013.pdf>
4. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS; 2007.
5. Carrillo R. Las políticas sociales y públicas hacia las familias. Revista Uruguaya de Enfermería mayo de 2014; 9(1):32-47.
6. Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo. 2011.
7. Cassiani SHDB, Wilson LL, Mikael SSE, Morán-Peña L, Zarate-Grajales R, McCreary LL, et al. The situation of nursing education in Latin America and the Caribbean towards universal health. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [internet] 2017; 25:e2913. [citado 5 jun 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100331
8. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. Plan de estudios 1993. [internet]. [citado 6 jun 2017]. Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy/index.php/apoyo-ensenanza/bedelia/86-nuevo-reglamento-plan-93>
9. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 5ª ed. México: McGraw-Hill; 2010.
10. Organización Panamericana de la Salud. Formación de Enfermería con énfasis en la Atención Primaria en Salud. Experiencias en los países del cono sur. Abril 2011.
11. Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos. Nota descriptiva N° 323, diciembre 2015. [internet]. [citado 6 jun 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
12. Louro Bernal IL. Recursos teóricos y prácticos para la atención a la salud familiar en el Programa del médico y la enfermera de la familia en Cuba. Memorias Convención Internacional de Salud Pública [internet] Cuba Salud 2012. [citado 6 jun 2017]. Disponible en: <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/1471/538>

BIBLIOGRAFÍA

13. Roca Roger M, Caja López C, Úbeda Bonet I. Enfermería Comunitaria. Elementos e instrumentos para la práctica profesional de la enfermería comunitaria. Barcelona: Monsa; 2011.
14. Ayuso Murillo D, Tejedor Muñoz L, Serrano Gil A. Enfermería Familiar y Comunitaria. Actividad asistencial y aspectos ético-jurídicos. Madrid: Díaz de Santos; 2015.
15. Alligood M, Marrier Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2011.
16. Castrillón Agudelo MC. Pensando en la formación de futuros profesionales en América Latina. Invest Educ Enferm. 2008; 26(2 supl):114-21.
17. Ley N°18815 del 14 de octubre 2011. Regulación del ejercicio de la profesión universitaria de Enfermería y de Auxiliar de Enfermería. (Diario oficial del Estado, Año CVII N° 28.328). [citado 6 jun 2017]. Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/documentosleyes/leyes/ley/18815>

ORGANIZACIONES SALUDABLES Y RESILIENTES. UN ACERCAMIENTO AL MODELO HERO

¹ **María Monguilot Escobedo**

¹ Enfermera. Ponferrada, León (España)

² **Pilar Marqués Sánchez**

² Enfermera, Doctora en Economía, Profesora Titular Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de León, España. Directora del Grupo de Investigación SALBIS

E-mail: gwenn93@hotmail.com

Cómo citar este artículo:

Monguilot Escobedo M, Marqués Sánchez P. Organizaciones saludables y resilientes. Un acercamiento al modelo HERO. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. 2017; 7(3):46-55.

RESUMEN

Introducción: las organizaciones saludables y resilientes (*Healthy and Resilient Organization* – HERO) son aquellas que hacen esfuerzos sistemáticos, planificados y proactivos para mejorar los procesos y resultados de sus empleados y de la propia organización. El objetivo de este trabajo es realizar una síntesis de los conceptos básicos de este modelo con el fin de valorar una posible aplicación en el ámbito sanitario en futuros trabajos.

Metodología: se llevó a cabo una búsqueda sistemática en la base de datos SCOPUS. Se incluyeron estudios teóricos y empíricos desde 2005 hasta marzo de 2016. Se obtuvieron 19 artículos de los que se seleccionaron 10 debido a la disponibilidad a texto completo.

Resultados: la mayoría de los artículos fue publicada entre 2011 y marzo de 2016. Esto parece responder a la búsqueda de nuevos modelos de gestión que suplan las carencias de los antiguos modelos que se han hecho más notables con la crisis económica. Las organizaciones HERO se basan en tres pilares fundamentales relacionados entre sí: los recursos y prácticas organizacionales saludables, los resultados saludables y los empleados saludables, siendo estos últimos los de mayor relevancia.

Discusión y conclusiones: el modelo HERO ha sido validado e implementado, pero existe un vacío en lo que a estudios empíricos se refiere. Además, las muestras sobre las que se ha llevado a cabo son muy pequeñas, por lo que resulta ineludible la necesidad de desarrollar más estudios prácticos e implementarlo a mayor escala dentro de organizaciones de la salud.

Palabras clave: organizaciones; resiliencia psicológica; efecto del trabajador sano; innovación organizacional; liderazgo; sector de atención a la salud.

Organizações saudáveis e resilientes. Uma abordagem ao modelo HERO

RESUMO

Introdução: organizações saudáveis e resilientes (saudável e Organização Resiliente - HERO) são aqueles que fazem esforços sistemáticos, planejado e proativa para melhorar os processos e resultados de seus funcionários e da própria organização. O objetivo deste artigo é uma síntese dos conceitos básicos deste modelo, a fim de avaliar uma possível aplicação no sector da saúde em trabalhos futuros.

Metodologia: realizou-se uma busca sistemática na base de dados SCOPUS. estudos teóricos e empíricos foram incluídas a partir de 2005 a março de 2016. 19 artigos, dos quais 10 foram selecionados por causa da disponibilidade dos textos completos foram obtidos.

Resultados: a maioria dos artigos foram publicados entre 2011 e março de 2016. Isto parece responder à procura de novos modelos de gestão que substituem as deficiências dos modelos antigos eles foram feitos mais notáveis pela crise económica. As organizações HERÓI são baseadas em três pilares inter-relacionados: recursos e práticas organizacionais saudáveis, resultados saudáveis e empregados saudáveis, sendo este último o mais importante.

Discussão e conclusões: modelo HERÓI foi validada e implementada, mas existe uma lacuna no que se refere a estudos empíricos. Além disso, as amostras que foram realizados são muito pequenas, por isso é incontornável necessidade de desenvolver estudos mais práticos e aplicar em maior escala nas organizações de saúde.

Palavras-chave: organizações; resiliência psicológica; efeito do trabalhador sadio; inovação organizacional; liderança; setor de assistência à saúde.

Healthy and resilient organizations. An approach to HERO model

ABSTRACT

Introduction: healthy and Resilient Organizations (HERO) are those making systematic, planned, and proactive efforts to improve processes and results by their employees and by the organization itself. We aimed at providing a synthesis of all basic concepts in this model in order to evaluate its potential application in the healthcare field in future works.

Methods: a systematic literature search in SCOPUS database was carried out. Both theoretical and empirical studies from 2005 to 2016 were included. Nineteen papers were found; ten out of them were selected based on full text availability.

Results: most papers had been published from 2011 to march 2016. This fact appears to be due to the search for new management models overcoming the limitations that have emerged in old models because of the economical crisis. HERO organizations are based on three related mainstays: healthy resources and organizational practices, healthy results, and healthy employees, the latter being the most relevant.

Discussion and conclusions: HERO model has been validated and implemented, but there is a gap in empirical studies on it. Moreover, samples used in such studies have been very small; resulting in an urgent need to perform more practical studies and to implement the model at a larger scale within health organizations.

Key words: organizations, psychological resilience; healthy worker effect; organizational innovation; leadership; healthcare sector.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se han seleccionado el concepto de organización resiliente y el de organización saludable, de forma que se puedan extrapolar los conocimientos existentes sobre cada idea para aplicarlos en las organizaciones sanitarias. El periodo actual de crisis sumado al descontento y el estrés de los empleados, justifica la necesidad de combinar estos dos términos para crear un nuevo modelo único de gestión. Esto es, el modelo de organizaciones HERO (*Healthy and Resilient Organization*) (1), que ayuda a paliar y a acabar con las graves carencias y lagunas de los sistemas de gestión tradicionales. De este modo, las organizaciones saludables y resilientes son aquellas que hacen esfuerzos sistemáticos, planificados y proactivos para mejorar los procesos y resultados de sus empleados y de la propia organización (2).

En los últimos años, debido a la crisis económica, los estudios sobre gestión y organización de empresas han cobrado relevancia; convirtiéndose la resiliencia organizacional en uno de los campos más analizados. El mundo moderno, la globalización de las culturas y la expansión de las organizaciones hacen que estas últimas se enfrenten a nuevas amenazas que no son capaces de reconocer hasta que se convierten en una crisis o en una catástrofe. Del mismo modo, el impacto de esta crisis económica y las medidas que se toman para paliarla tiene graves efectos sobre los salarios de los empleados, los recursos, la gestión de las organizaciones y los clientes (3). Aunque el término “resiliencia” se empieza a aplicar en el ámbito organizacional como consecuencia de los desastres naturales (4) es como resultado de todos estos factores cuando cobra mayor importancia y, poco a poco, emerge un nuevo modelo de gestión. Surge un nuevo tipo de organizaciones capaces, no solo de resistir estos eventos desfavorables, los cambios y las turbulencias, sino de hacerles frente y de aprender de estas situaciones adversas volviéndose organizaciones más fuertes. Esto son, las organizaciones resilientes (5).

El término “resiliencia” surge en el siglo XVII, a partir del verbo latino “*resiliere*” que significa volver atrás, rebotar o volver en un salto. Aunque no es hasta mitad del siglo XX cuando se empieza a introducir el término en la literatura científica (6). Si bien en un principio el término es acuñado por la física teórica para definir la cualidad que poseen algunos cuerpos de volver a su estado original tras una deformación, poco a poco el concepto se va extendiendo a otras disciplinas como la psicología, la economía y los estudios medioambientales. Una de las disciplinas que más ampliamente ha desarrollado la resiliencia ha sido la psicología. El concepto ha ido evolucionando desde los estudios sobre vulnerabilidad y resiliencia de Werner y Smith (7), la teoría de apego de Bowlby (8), hasta los ensayos sobre el proceso evolutivo y el componente social de la resiliencia de Rutter (9) y Grotberg (10). La resiliencia se define como la capacidad que tiene un individuo de adaptarse a situaciones adversas; de sobreponerse a ellas (11). Aunque este concepto siempre se ha utilizado en el ámbito individual, en los últimos años ha sido ampliamente estudiado desde el punto de vista de grupos y colectivos, como consecuencia, sobre todo, del estado de crisis económica actual (5).

Por otra parte, el concepto de “organización saludable” (12) surge en contraposición al ambiente de trabajo perjudicial que caracteriza a algunas empresas. Es decir, surge en el contexto del estrés ocupacional y del *burnout*, entendiendo que hay sistemas de organización sanos y otros enfermos o tóxicos (13). La organización saludable es aquella que abarca la salud de sus empleados, no solo en el ambiente laboral, sino también fuera del trabajo, afectando a la comunidad (14). “Saludable” implica que las organizaciones se centran en el cuidado de la salud de sus empleados y equipos, en su efectividad, supervivencia y en el futuro desarrollo de la empresa (2).

El objetivo de este trabajo es realizar una síntesis de los conceptos básicos del modelo HERO con el fin de valorar una posible aplicación en el ámbito sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática de literatura científica en inglés y en español que incluyera el término de búsqueda tanto en el título, como en el resumen y palabras clave. Se desarrolló empírica así como teóricamente, incluyendo artículos publicados desde 2005 hasta marzo de 2016.

Se llevaron a cabo dos estrategias de búsqueda distintas; por un lado, se procedió a una primera búsqueda en la WOS y SCOPUS combinando distintas palabras clave para poder comparar la cantidad y la calidad de los *papers* encontrados y decidir las *keywords* que obtuvieran mejores resultados. Finalmente se escogió SCOPUS por encontrar mayor cantidad de artículos en ella; aunque la diferencia no fue significativa. En segundo lugar se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva en la base de datos electrónica SCOPUS

donde se utilizaron las palabras clave *"resilient organization"* OR *"healthy organization"*. Se empleó el operador booleano OR, porque esa primera búsqueda general en ambas bases de datos demostró una carencia de artículos en los que se habla de las organizaciones *"healthy AND resilient"* al mismo tiempo. Se encontró que existía mayor cantidad de literatura que trataba estos términos por separado, obteniendo 893 artículos.

Para lograr una mayor calidad y especificidad de los artículos se aplicaron distintos filtros como el año de publicación, el área de estudio (*business management and accounting, decision sciences, health professions y psychology*) o la inclusión de *keywords* como *"engagement"*, *"leadership"* o *"healthcare service"*. Se excluyeron los artículos que contenían la palabras: *"family"*, por la existencia de documentos que trataban la resiliencia familiar y comunitaria; *"infrastructure"*, por la relación de la resiliencia con edificios y construcciones en el ámbito de la climatología; *"disease"*, porque se encontraron documentos que relacionaban la resiliencia con las patologías y su recuperación y, por último, *"internet"*, porque existen gran cantidad de documentos relacionados con la organización y las nuevas tecnologías y no era un campo relevante para este estudio.

Para completar el resto de la bibliografía se obtuvieron 41 artículos, de los cuáles se excluyeron 22 por no tener relación directa con la temática o por no resultar de interés por los datos obtenidos a través del *abstract*. De los 19 artículos restantes solo se seleccionaron 10 por ser los únicos con accesibilidad a texto completo. Para completar la bibliografía utilizada se han recopilado artículos contenidos en las referencias de los documentos de la búsqueda sistemática (Figura 1).

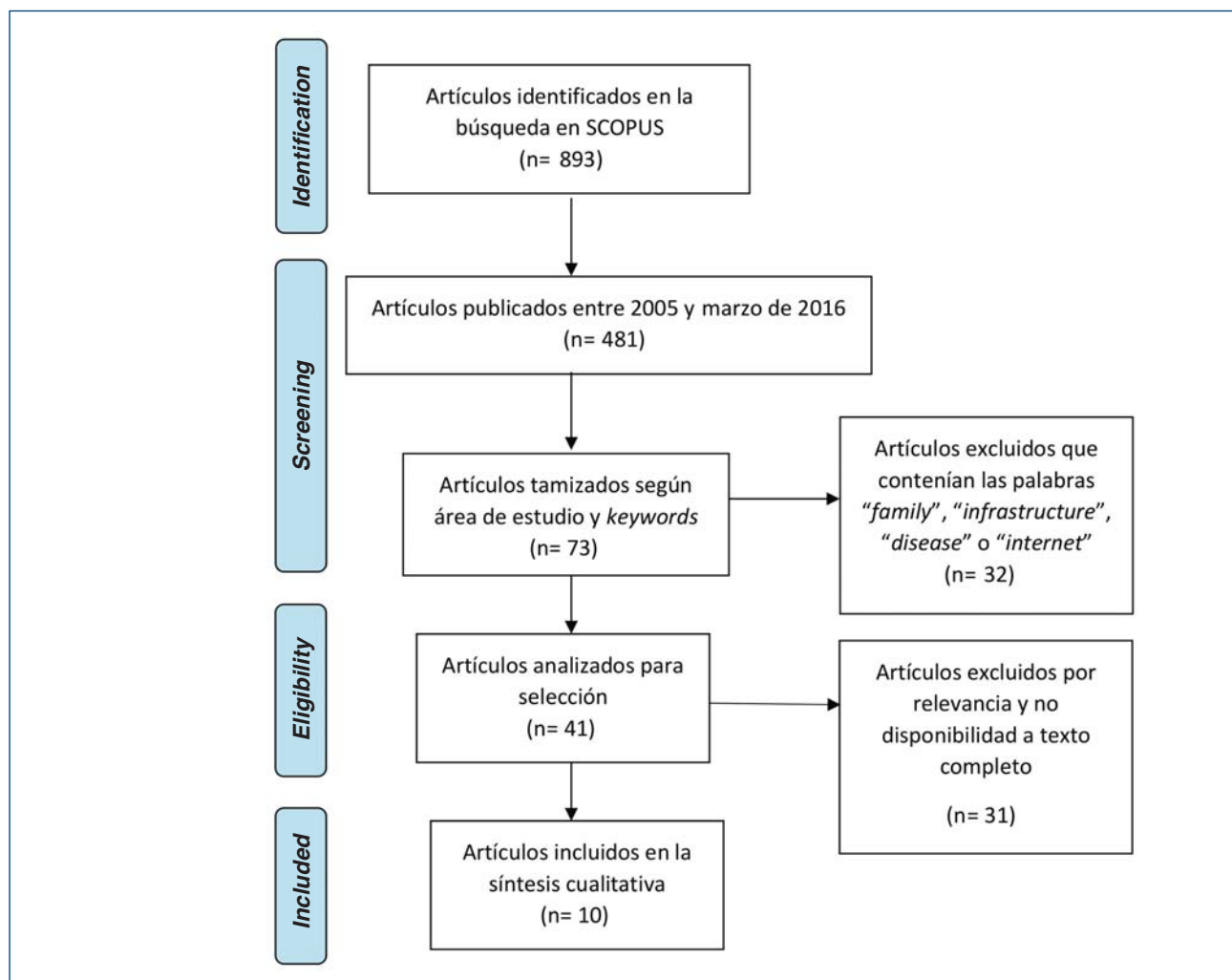


Figura 1. Algoritmo de selección de los artículos. (Declaración PRISMA, Moher et al. 2009)

RESULTADOS

La [Tabla 1](#) recoge los artículos seleccionados tras la búsqueda sistemática realizada en SCOPUS. Previamente a describir los resultados resumidos en la tabla, cabe señalar dos cuestiones. En primer lugar, que aunque la fecha para la búsqueda fue de 2005 hasta marzo de 2016, casi toda la literatura fue encontrada entre 2011 y marzo de 2016. Este aspecto da soporte a que el modelo HERO surge como respuesta a las carencias de las organizaciones, que se ven acentuadas ante la crisis económica.

En segundo lugar, cabe destacar que las aportaciones más importantes en esta materia han sido desarrolladas por los psicólogos españoles pertenecientes al equipo de investigación WONT (*Work and Organization Network*) de la Universitat Jaume I de Castellón, España, siendo Marisa Salanova la creadora del modelo de Organizaciones Saludables y Resilientes (HERO) en el año 2008. En la búsqueda sistemática se incluyeron estudios de carácter empírico y teórico. No obstante, se encontró un vacío en el ámbito empírico, puesto que los estudios que avalan este modelo son limitados y las muestras sobre las que se han llevado a cabo son reducidas y poco representativas ([Tabla 1](#)).

TABLA 1: RESUMEN DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS CON SUS PRINCIPALES RESULTADOS

AUTOR Y AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVOS	PRINCIPALES RESULTADOS
Sullivan-Taylor et al., (2011)	<i>Creating Resilient SMEs: Why One Size Might Not Fit All</i>	Estudio comparativo	Identificar las capacidades de resiliencia en el sector de las PyMES	La capacidad de los gestores para identificar los problemas y las crisis, así como establecer prioridades es un concepto clave para lograr organizaciones resilientes. Aunque las PyMES no tienen una infraestructura o unos recursos como los de las grandes organizaciones, el hecho de tener una plantilla reducida y estructuras de gestión más sencillas les permiten ser más ágiles y actuar con mayor rapidez ante efectos adversos
Lengnick-Hall, et al., (2011)	<i>Developing a capacity for organizational resilience through strategic human resource management</i>	Revisión bibliográfica	Describir los tres elementos principales necesarios para desarrollar la capacidad de resiliencia de una organización e identificar las contribuciones, de los empleados, necesarias para conseguir cada uno de esos tres elementos	Las políticas, prácticas y actividades sobre recursos humanos son la base de una empresa para ser resiliente. La capacidad de resiliencia de una empresa es el resultado de las capacidades, acciones e interacciones de los individuos y unidades que la forman. Desarrollar la capacidad de resiliencia de una empresa debe llevarse a cabo antes de que surja esa necesidad
Valero et al., (2014)	<i>Does transformational leadership build resilient public and nonprofit organizations?</i>	Estudio de regresión lineal múltiple	Examinar el efecto del liderazgo transformacional en el ámbito de la resiliencia organizacional	Los gestores que utilizan un estilo de liderazgo transformacional siendo innovadores, visionarios e inspirando a su equipo pueden transformar las organizaciones en otras más innovadoras mejores equipadas para responder y adaptarse a los desastres
Acosta et al., (2015)	<i>Healthy organization: analysing its meaning based on the HERO model</i>	Análisis cualitativo	Analizar el significado de las organizaciones saludables desde una perspectiva empírica-teórica basada en el modelo HERO	La definición teórica del modelo HERO y su definición empírica no se ajustan entre sí por completo. La salud de los empleados es un aspecto clave. Cuidar de los trabajadores es primordial para el desempeño y productividad de la organización. La salud de los empleados, a su vez, conlleva el logro de los objetivos organizacionales. Por otro lado, las prácticas organizacionales saludables constituyen un pilar básico en el modelo teórico, pero desde el punto de vista empírico se dejan un poco de lado

TABLA 1: RESUMEN DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS CON SUS PRINCIPALES RESULTADOS (CONTINUACIÓN)

AUTOR Y AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVOS	PRINCIPALES RESULTADOS
Salanova et al., (2013)	Liderazgo transformacional y desempeño grupal: unidos por el engagement grupal	Estudio comparativo	Demostrar la relación entre <i>engagement</i> grupal, liderazgo transformacional y desempeño grupal a partir del modelo HERO	El <i>engagement</i> (vigor, dedicación y absorción) juega un papel mediador entre el desempeño grupal y el liderazgo transformacional. Por otro lado, se demostró que el tamaño de los equipos de trabajo influye en la puntuación que se les daba a los supervisores de grupo. A menor número de miembros, mayor es el efecto del líder transformacional sobre el grupo que supervisa
Salanova et al., (2013)	<i>Positive Interventions in Positive Organizations</i>	Revisión bibliográfica	Describir cómo las organizaciones pueden mejorar mediante la psicología positiva para conseguir ser saludables y resilientes	Para aumentar el nivel de positividad de sus empleados, las organizaciones deben de llevar a cabo estrategias sobre recursos humanos, rediseño del trabajo, liderazgo positivo y transformacional, entrenamiento y desarrollo profesional
De Oliveira Teixeira et al., (2013)	<i>Resilience: Continuous renewal of competitive Advantages</i>	Estudio de regresión lineal múltiple	Identificar las principales características de las empresas más resilientes y cómo responden y gestionan sus avances de cara a la innovación y al cambio	Los procesos de organización transformacional pueden ocurrir de tres formas: de forma activa, reactiva o mediante innovaciones anticipadas. De esta última surge la organización resiliente, ya que no solo se anticipa a las necesidades, sino que es capaz de innovar dentro de las líneas de la empresa
Boin et al., (2013)	<i>The resilient organization</i>	Análisis cualitativo	Explorar la relación entre las características y procesos organizacionales y la resiliencia	Las estructuras y procesos organizacionales deben estar diseñados para facilitar la fiabilidad de la organización y la gestión de crisis y desastres. Una organización que quiera ser resiliente debe crear un ambiente en el que la anticipación y el ensayo mediante prueba y error puedan coexistir. La gestión en tiempos de crisis no está muy extendida y requiere distintos tipos de preparación entrenamiento y liderazgo
Salanova et al., (2014)	Una mirada más "positiva" a la salud ocupacional desde la Psicología Organizacional Positiva en tiempos de crisis: aportaciones desde el Equipo de Investigación WoNT	Análisis multinivel	Presentar una síntesis de las principales aportaciones prácticas basadas en la evidencia científica que el equipo WoNT de la Universitat Jaume I ha llevado a cabo en materia de Psicología de la Salud Ocupacional y Psicología Organizacional Positiva en contextos de crisis	El modelo HERO y su metodología han sido validados y constituyen una apuesta fiable para el bienestar y desarrollo de los equipos y organizaciones Las HERO no solo pueden medirse, sino potenciarse por medio de estrategias prácticas basadas en la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva
Salanova et al., (2014)	<i>We Need a Hero! Toward a Validation of the Healthy and Resilient Organization (HERO) Model</i>	Estudio transversal	Ampliar el conocimiento sobre las organizaciones HERO, demostrando, de manera empírica la interrelación de sus componentes básicos	Los cuestionarios entregados durante el estudio para la evaluación de este modelo resultaron válidos y fiables. Se ampliaron las investigaciones realizadas anteriormente en el ámbito individual confirmando una relación positiva entre los recursos y prácticas organizacionales saludables, los empleados y los resultados organizacionales saludables Es importante mejorar las prácticas y recursos en gestión dentro de las organizaciones no solo para crear un mejor ambiente de trabajo, sino para mejorar los trabajadores y equipos saludables y para entender un poco mejor algunas consecuencias saludables para las organizaciones, los clientes y la sociedad en general

Para cumplir el objetivo de este trabajo y realizar una síntesis correcta del modelo HERO es necesario desarrollar los tres pilares básicos que lo componen (2) y que, tal como muestra la Figura 2, están interrelacionados:

- Los recursos y prácticas organizacionales saludables, llamados HORP (*Healthy Organizational Resources and Practices*).
- Los resultados organizacionales saludables.
- Los empleados saludables.

Recursos y prácticas organizacionales saludables

Los recursos y prácticas organizacionales saludables se refieren, sobre todo, a recursos sociales, como son el tipo de comunicación, el liderazgo y el trabajo en equipo. La importancia de estos recursos en las organizaciones radica en la doble función que cumplen; por un lado, aumentan el bienestar psicosocial creando empleados más saludables y al mismo tiempo, disminuyen el malestar psicosocial, es decir, el *burnout* y el estrés laboral (14). Un ejemplo de ello sería un tipo de organización con una comunicación fluida y directa entre empleados y supervisores/gestores. Por otra parte, las prácticas organizacionales saludables engloban las condiciones laborales, el desarrollo del trabajador o estrategias llevadas a cabo por el área de recursos humanos, entre otros. Una organización en la que el trabajador conoce bien sus cometidos y los objetivos que debe alcanzar sería una muestra de ello (15).

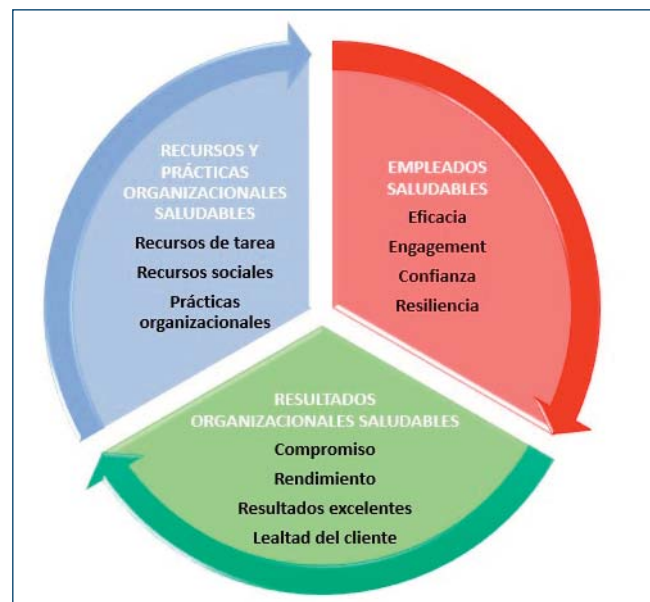


Figura 2. *Healthy and Resilient Organization (HERO) Model* (adaptado de Salanova et al., 2012)

Resultados organizacionales saludables

El concepto de resultados organizacionales “saludables” se puede dividir en dos tipos: los resultados intraorganizacionales, que tienen que ver con la producción y los resultados financieros, y los extraorganizacionales, que hacen referencia a las buenas relaciones que tiene esa organización con la comunidad, su reputación. Las HERO mantienen una relación positiva con su entorno; con la comunidad donde están asentadas, con la sociedad en general, con sus empleados y con los clientes. Dentro de este pilar fundamental cabe destacar el concepto de “espejo de satisfacción”, que explica la relación existente entre los empleados y los resultados positivos y saludables. Según este concepto los empleados satisfechos desempeñan mejor su trabajo, lo que contribuye a aumentar los niveles de satisfacción del cliente. Se ha visto que los clientes están más satisfechos con el servicio prestado cuando los empleados de dicha organización están, a su vez, más satisfechos con su trabajo (2). Cabe señalar, también, que este término refleja la interrelación entre los distintos pilares del modelo HERO.

Empleados saludables

Sin embargo, y aunque las organizaciones HERO no se podrían sustentar sin los dos elementos citados anteriormente, el pilar más importante y más analizado y estudiado es el que constituyen los empleados. En este caso, empleados saludables.

Desde la Psicología Organizacional Positiva (POP) y la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva (PSOP) se ha demostrado (16) la importancia de cuidar a los trabajadores, puesto que el logro de los objetivos organizacionales depende de la salud de los empleados. Los empleados y equipos saludables son aquellos que disponen de recursos psicológicos para sentirse bien y ser positivos en el trabajo. Hay estudios que demuestran la relación entre recursos psicológicos como la autoestima, la eficacia, diversas competencias emocionales, optimismo y positividad con el bienestar (15). También hay evidencias de que algunos recursos laborales están relacionados positivamente con el compromiso y la satisfacción laboral. Está claro que un empleado saludable se forma a

partir de unas cualidades y valores, pero no se debe olvidar a los gestores y supervisores; de los líderes, que juegan un papel crucial en el desarrollo de un buen ambiente de trabajo y, sobre todo, en promover e impulsar la motivación de los trabajadores.

Estos tres elementos básicos constituyen los cimientos de las Organizaciones Saludables y Resilientes, pero, como plasma la literatura, existen una gran cantidad de matices y términos relevantes a la hora de describir las HERO. En el ámbito de los empleados saludables cabe destacar el liderazgo transformacional y el *engagement* como factores clave. Oliveira et al. (17) definen el liderazgo como la fuerza organizativa encargada de crear resiliencia. Dentro de los distintos estilos de liderazgo se llama liderazgo transformacional al proceso mediante el cual los líderes llevan a cabo un cambio organizacional aumentando la motivación de sus seguidores (18). Un líder transformacional debe ser carismático, inspirador y visionario. Debe fomentar el compromiso laboral de sus empleados, proponerles retos y contagiarles optimismo sobre el futuro. Debe ser creativo e innovador y alentar a los demás a serlo. Pero, sobre todo, debe escuchar a sus trabajadores, sus preocupaciones y sus necesidades (15). Hay numerosos estudios que demuestran el impacto positivo que tiene una gestión basada en el liderazgo transformacional, tanto en el ámbito de empleados como de resultados organizacionales, puesto que como se ha visto, está todo interrelacionado. No solo mejora la salud y el bienestar de los empleados; sino que los hace más eficaces, más entusiastas, los convierte en empleados más comprometidos, más satisfechos con su trabajo, crea grupos de trabajo más unidos y competentes... También se ha visto que en empleados sanitarios mejora la calidad del servicio que le dan a los pacientes, su relajación y su resiliencia (15). Por todo ello, el liderazgo y, principalmente, el liderazgo transformacional, es un tema recurrente en muchos de los artículos encontrados y uno de lo más explorados junto con el *engagement*. Se podría decir que el compromiso, el *engagement*, va siempre de la mano del liderazgo y de los empleados saludables. No se puede hablar de un trabajador resiliente y positivo sin hablar de *work engagement*. Schafeuli et al. (19) definen el *engagement* como “un estado mental positivo relacionado con el trabajo y caracterizado por vigor, dedicación y absorción”. El vigor hace referencia a la resistencia mental y a unos altos niveles de energía en el trabajo; la dedicación tiene que ver con la implicación laboral y la absorción con una concentración total en el trabajo que se está realizando.

No solo se ha desarrollado y validado metodología para evaluar las HERO, sino también para saber identificarlas a través de indicadores extraídos de diferentes fuentes de información dentro de la propia organización (20). La capacidad de resiliencia de una organización puede ser desarrollada y evaluada, y una parte fundamental de este desarrollo es el área de recursos humanos y de los trabajadores (21) que ayudan a responder a esos cambios, crisis y eventos desfavorables.

DISCUSIÓN

El presente trabajo contribuye a acercar un poco más al modelo de gestión HERO de organizaciones saludables y resilientes con el objetivo de extrapolar los datos hallados y valorar su posible aplicación en el ámbito sanitario.

Implicaciones teóricas

Los resultados de la síntesis de contenido teórico encontrado en los artículos ponen de manifiesto la existencia de tres conceptos fundamentales que constituyen la base de las organizaciones HERO. Los recursos y prácticas organizacionales saludables, los resultados organizacionales saludables y los empleados saludables. Tal y como demuestran numerosos estudios, dentro de estos elementos clave, los empleados saludables constituyen el pilar más importante de todos. No solo por ser el eje que relaciona los tres elementos (2), como se puede apreciar con el ejemplo del “espejo de la satisfacción”, sino porque es el grupo que más se puede desarrollar mediante intervenciones desde el departamento de recursos humanos, y pequeñas prácticas por parte de los líderes.

Implicaciones prácticas

La mayoría de los resultados encontrados responde a investigaciones llevadas a cabo en el campo de las PyMES y siempre con muestras muy pequeñas. Con respecto al campo de interés del presente artículo, se ha detectado una laguna de investigación en las organizaciones sanitarias. Esto abre una puerta a futuras investigaciones, que deberían desarrollarse a mayor escala. Las prácticas organizacionales saludables y el propio modelo HERO han resultado ser un método capaz de llevarse a cabo e implementarse. Para ello, Salanova et al. (2) han creado una batería de cuestionarios HERO mediante escalas tanto cualitativas como cuantitativas, para

promover y evaluar las organizaciones resilientes y saludables. Entre las entrevistas y cuestionarios realizados en su estudio para la validación del modelo HERO, se encuentran preguntas referentes a los recursos y prácticas organizacionales saludables y resultados organizacionales saludables; concepto de resiliencia y valores organizacionales que sostienen supervisores y empleados; o la calidad del servicio prestado y el rendimiento. Además, estos cuestionarios se pueden destinar a empleados, supervisores y a clientes, hecho que ayuda a evaluar de forma más fiable los resultados organizacionales. Sin embargo, se carece de muestras significativas sobre las que se hayan llevado a cabo estos cuestionarios y la implementación del modelo.

Desde el punto de vista de la enfermería, las HERO podrían suponer una inversión en la gestión del cuidado con el objeto de optimizar los recursos y conseguir un buen rendimiento. Esta premisa contemplaría no solo las respectivas competencias curriculares a desarrollar ya desde la formación pregrado en asignaturas como Gestión de Cuidados, Enfermería Psicosocial, etc., sino también en la formación postgrado. Es decir, formar y entrenar a los profesionales de enfermería que han optado por una carrera directiva en conocimientos, habilidades y actitudes positivas y resilientes, sería todo un reto para conseguir profesionales saludables en nuestras organizaciones sanitarias. Uno de los roles que más demandaría esta formación es la enfermera de la meso-gestión. La enfermera supervisora desempeña una posición muy relevante en las organizaciones sanitarias, constituyendo nodos de intermediación y puentes entre la plantilla base y los máximos responsables. Ser positivo y resiliente serán herramientas muy útiles en su desempeño diario para superar adversidades, para alcanzar las metas organizativas y, por supuesto, para “contagiar” de positivismo y resiliencia al equipo que le rodea.

CONCLUSIONES

A pesar de que el modelo HERO ha sido validado y explorado en el ámbito teórico en profundidad, continúa siendo un concepto muy reciente que apenas acaba de introducirse en el mundo de la gestión y organización de empresas.

Teniendo en cuenta el objetivo último de este trabajo de extrapolar los datos al ámbito sanitario, los estudios empíricos realizados en las organizaciones sanitarias han resultado ser insuficientes. En consecuencia, resulta ineludible la necesidad de desarrollar más estudios empíricos e implementarlo a mayor escala dentro de organizaciones de la salud. Aunque cabe señalar que no es un modelo que encaje con todas las organizaciones. Estas deben tener unas características intrínsecas y esforzarse, haciendo siempre hincapié en las prácticas por parte de recursos humanos.

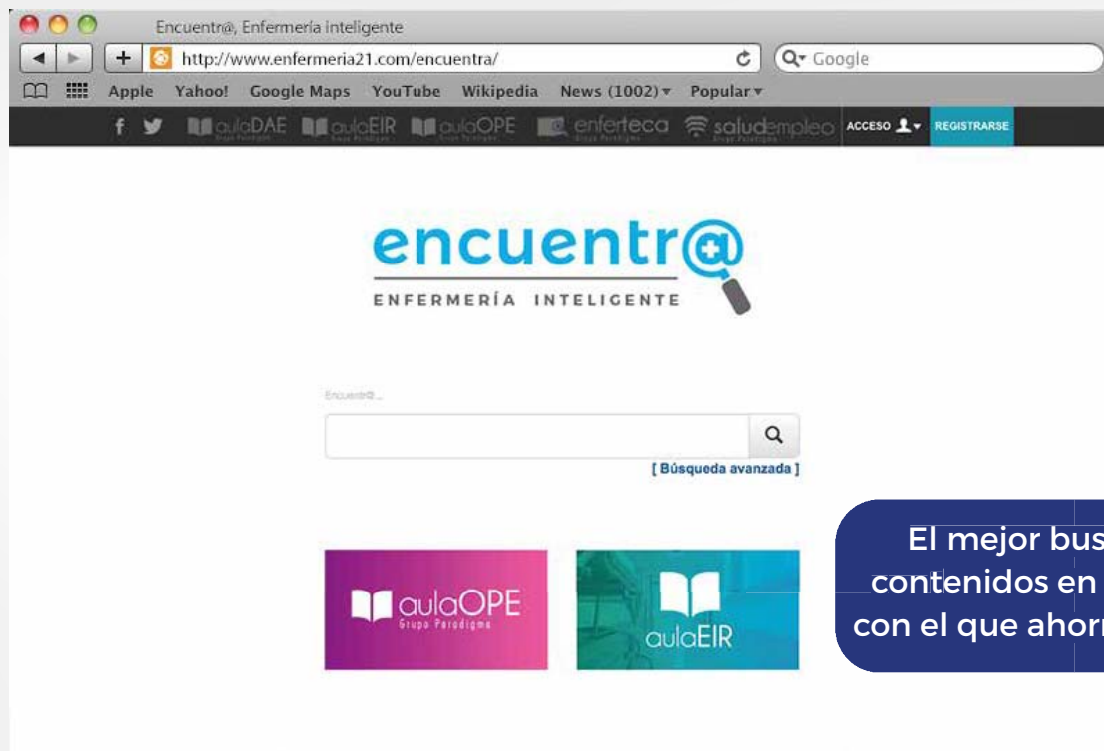
Lejos de quedar solo en una teoría heurística e incluso utópica; cada vez son más las organizaciones saludables y resilientes que se enfrentan eficazmente a la crisis resurgiendo fortalecidas. Este trabajo supone un pequeño paso más en esa realidad. De este modo, se pueden sintetizar los datos encontrados en:

- Las organizaciones saludables y resilientes (HERO) están compuestas por tres pilares básicos que interaccionan y se relacionan entre sí: los recursos y prácticas organizacionales saludables, los resultados organizacionales saludables y los empleados saludables.
- Es esencial incidir y trabajar sobre los empleados de la organización, puesto que constituyen el pilar más importante y el eslabón relacional entre las prácticas saludables y los resultados.
- El *engagement*, el liderazgo transformacional y la psicología ocupacional positiva son factores clave dentro de este modelo de empresas.
- Existen una batería de cuestionarios y entrevistas HERO que dan validez al modelo y que permiten su implementación, pero los estudios empíricos son insuficientes, principalmente en el ámbito sanitario.

A pesar de que la base teórica de este modelo ha sido desarrollada en numerosas ocasiones por distintos autores, existe una carencia de estudios empíricos que enlentece el progreso y crecimiento del concepto. En el futuro sería conveniente que el estudio de las HERO desde más perspectivas, y su implementación sobre muestras de mayor tamaño. Aplicarlo fuera del medio de las PyMES y adaptarlo a hospitales y organizaciones de la salud, puesto que supone una de las facetas menos estudiada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salanova M. Organizaciones saludables y desarrollo de recursos humanos. *Revista de Trabajo y Seguridad Social*. 2008; 303(47):179-214.
2. Salanova M, Llorens S, Cifre E, Martínez IM. We need a hero! Toward a validation of the healthy and resilient organization (HERO) model. *Group & Organization Management*. 2012; 37(6):785-822.
3. Braes BM, Brooks DJ. Organisational resilience: understanding and identifying the essential concepts. *Safety and security engineering*. 2011; IV:117-125.
4. Bhamra R. Organisational Resilience: Concepts, integration, and practices. Florida: CRC Press; 2015.
5. Boin A, Van Eeten MJ. The resilient organization. *Public Management Review*. 2013; 15(3): 429-45.
6. Zhong S, Clark MJ, Hou XY, Zang YL, FitzGerald G. Proposing and developing a definition and conceptual framework for health care resilience to cope with disasters [Resiliencia: Propuesta y desarrollo de la definición y del marco conceptual en relación a los desastres en el ámbito sanitario]. *Emergencias*. 2014; 26:69-77.
7. Werner EE, Smith RS. Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth. New York: Mc Graw Hill; 1982.
8. Bowlby JA. Secure base: Clinical applications of attachment theory. London: Routledge; 1988.
9. Rutter M. Resilience; some conceptual considerations. *J Adolescent Health*. 1993; 14(8):626-31.
10. Grotberg EH. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. The Hague, The Netherlands: Bernard Van Leer Foundation; 1995.
11. Iglesias EB. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2006; 11(3):125-46.
12. Cooper CL, Cartwright S. Healthy mind; healthy organization: A proactive approach to occupational stress. *Human relations*. 1994; 47(4):455-71.
13. Salanova M. Organizaciones saludables: Una aproximación desde la psicología positiva. *Psicología positiva aplicada*. 2008; 403-28.
14. Acosta H, Cruz-Ortiz V, Salanova M, Llorens S. Healthy organization: analysing its meaning based on the HERO Model. *International Journal of Social Psychology*. 2015; 30(2):323-50.
15. Salanova M, Llorens S, Acosta H, Torrente P. Positive Interventions in Positive Organizations. *Intervenciones Positivas en Organizaciones Positivas*. *Terapia Psicológica*. 2013; 31(1):101-13.
16. Salanova M, Martínez I M, Gumbau SL. Una mirada más "positiva" a la salud ocupacional desde la Psicología Organizacional Positiva en tiempos de crisis: aportaciones desde el Equipo de Investigación WoNT. *Papeles del psicólogo*. 2014; 35(1):22-30.
17. De Oliveira Teixeira E, Werthe, WB. Resilience: Continuous renewal of competitive advantages. *Business Horizons*. 2013; 56(3):333-42.
18. Valero JN, Jung K, Andrew SA. Does transformational leadership build resilient public and nonprofit organizations? *Disaster Prevention and Management*. 2015; 24(1):4-20.
19. Schaufeli WB, Bakker AB, Salanova, M. The Measurement of Work Engagement With a Short Questionnaire. *Educational and Psychological Measurement* August 2006; 66(4):701-16.
20. Sullivan Taylor B, Branicki L. Creating resilient SMEs: why one size might not fit all. *International Journal of Production Research*. 2011; 49(18):5565-79.
21. Lengnick-Hall CA, Beck TE, Lengnick-Hall ML. Developing a capacity for organizational resilience through strategic human resource management. *Hum Resour Manage R* 2011; 21(3):243-55.



PODRÁS COPIAR, PEGAR E IMPRIMIR

a partir de fuentes fiables,
actualizadas y reseñables,
cualquiera de los contenidos
consultados.

MÁS DE 75.000 DOCUMENTOS

a texto completo, revisados y actualizados

124.000 GRÁFICOS E ILUSTRACIONES

de Enfermería en español

MILES DE DOCUMENTOS

de todos los términos relacionados con Ciencias de la Salud

TODAS LAS MATERIAS

Todas las especialidades.
Todas las técnicas y procedimientos.
Todos los cuidados avanzados.
Toda la investigación y actualidad enfermera.
Todo ello ajustado a la realidad enfermera.

CÁNCER TESTICULAR. TESTIMONIOS DE VIDA

¹ Dulce María Guillén Cadena

² Alexandra Garduño Magaña

³ Gladis Patricia Aristizábal Hoyos

⁴ Betsy Flores Atilano

⁴ Norma Ivette Beltrán Lugo

¹ Enfermera, Doctora. Profesora, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México (FESI, UNAM). México.

² Enfermera, estudiante de la Maestría en Enfermería, FESI, UNAM. Iztacala, México.

³ Enfermera, maestra. Profesora. FESI, UNAM. México.

⁴ Enfermera, licenciada. Profesora. FESI, UNAM. México.

E-mail: dulce1414@hotmail.com

Cómo citar este artículo:

Guillén Cadena DM, Garduño Magaña A, Aristizábal Hoyos GP, Flores Atilano B, Beltrán Lugo NI. Cáncer testicular. Testimonios de vida. Rev. Iberoam. Educ. investi. Enferm. 2017; 7(3):57-64.

RESUMEN

Introducción: en México el cáncer testicular constituye el 2% de la totalidad de las neoplasias en el sexo masculino, siendo la neoplasia más común entre 15 y 35 años, correspondiendo más del 95% a tumores cuyo origen son de células germinales, el 5% restante son tumores del estroma gonadal (células de Sertoli, de Leyding, cordones sexuales), así como sarcomas de los conductos colectores, tejidos conectivos circundantes, etc. El Registro Histopatológico de las Neoplasias Malignas de 2001 documentó 1.186 casos, que representan el 2,4% de las neoplasias en el sexo masculino. A pesar de la probabilidad de curación se registraron 299 muertes.

Objetivo: interpretar las vivencias de los hombres con cáncer testicular.

Metodología: cualitativa, con enfoque fenomenológico hermenéutico, participaron cuatro hombres entre 19 y 25 años de edad, que vivieron la experiencia de padecer el cáncer, la recolección de los datos se llevó a cabo a través de la entrevista en profundidad, el análisis se realizó con la propuesta de Krueger: transcripción, codificación, construcción de temas y subtemas; se aplicaron los criterios de rigor propuestos por Castillo y normas éticas.

Resultados: la cultura, educación y creencias influyeron para la detección oportuna y eficaz, la sexualidad juega un papel importante pues genera dudas sobre las secuelas que pueden quedar después de la pérdida de un testículo, tales como: la fertilidad, la disfunción sexual, eyaculación y la libido.

Discusión/conclusión: a pesar de tantos avances en este siglo aún no se habla con claridad de la genitalidad y sexualidad por las barreras socioculturales, esto dificulta la relación enfermera- paciente, haciendo necesario que al brindar cuidado las profesionales cuenten con la información necesaria y suficiente para proporcionar cuidado de calidad.

Palabras clave: cáncer testicular; creencias; tabú; afrontamiento.

Cancro testicular. Depoimentos de vida

RESUMO

Introdução: em México o cancro testicular constitui o 2% da totalidade das neoplasias no sexo masculino, sendo a neoplasia mais comum entre 15 e 35 anos, correspondendo mais de 95% a tumores cuja origem são de células germinais. Os restantes são tumores do estroma gônadal (células de Sertoli, de Leyding, cordões sexuais), bem como sarcomas dos condutos coletores, tecidos conectivos circundantes, etc. O Registro Histopatológico das Neoplasias Malignas do 2001 documentou 1.186 casos, que representam o 2.4% das neoplasias no sexo masculino. Apesar da probabilidade de cura, registaram-se 299 mortes.

Objetivo: interpretar as experiências dos homens com câncer testicular.

Metodologia: qualitativa, com enfoque fenomenológico hermenêutico, participaram quatro homens entre 19 e 25 anos de idade, que viveram a experiência de padecer o Cancro. A coleta dos dados se levou a cabo através da entrevista em profundidade. a análise foi realizada com a proposta de Krueger: transcrição, codificação, construção de temas e subtemas; Aplicou-se os critérios de rigor proposto por Castillo e padrões éticos.

Resultados: cultura, educação e crenças influenciadas por detecção oportuna e eficaz, a sexualidade desempenha um papel importante, porque levanta questões sobre a precipitação que pode permanecer após a perda de um testículo, tais como: fertilidade, disfunção sexual, ejaculação, e libido.

Discussão/conclusão: apesar de tantos avanços neste século, ainda não falamos claramente da genitalidade e da sexualidade pelas barreiras socioculturais, isso dificulta a relação enfermeiro-paciente, tornando-se necessário que, fornecendo aos profissionais de cuidados têm as informações necessárias e suficientes para fornecer cuidados de qualidade.

Palavras-chave: câncer testicular; crenças; tabus; enfrentamento.

Testicular cancer. Life testimonies

ABSTRACT

Introduction: in Mexico, testicular cancer accounts for 2% of all neoplasms in men, and is the most common one in men aged 15 to 35. More than 95% of such tumors have a germ cell origin, whereas 5% are gonadal stromal tumors (Sertoli cells, Leyding cells, sexual cords), as well as collecting duct sarcomas, surrounding connective tissue tumors, and others. In 2001, the Malignant Neoplasms Histopathological Registry recorded 1 186 cases, representing 2,4% of neoplasms in men. In spite of a high probability of cure, 299 deaths ensued.

Purpose: to interpret experiences by men with testicular cancer.

Methods: a qualitative study based on a phenomenological hermeneutical approach in four men aged 19 to 25, having had the experience of suffering cancer. Data collection was based on in-depth interviews; the analysis was performed with the proposal by Krueger: transcription, coding, topics and subtopics building. Rigor criteria as proposed by Castillo, and ethical standards were applied.

Results: culture, education, and beliefs had an influence on the timely and effective detection; sexuality plays a significant role because of the emerging doubts on the sequelae after unilateral testicular removal, such as: fertility, sexual dysfunction, ejaculation, and libido.

Discussion/conclusion: in spite of a number of advances in the present century, genitality and sexuality are not yet clearly discussed due to existing sociocultural barriers. This fact interferes with nurse-patient relationship, which results in a need for professionals to have enough information to provide a high quality healthcare.

Key words: testicular cancer; beliefs; taboo; coping behaviours.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de testículo es una neoplasia que se produce en las células germinales del testículo o en el parénquima circundante. El cáncer testicular (CT) constituye el 2% de la totalidad de las neoplasias en el sexo masculino, siendo la neoplasia más común entre 15 y 35 años, correspondiendo a más del 95% a tumores cuyo origen son de células germinales, el 5% restante son tumores del estroma gonadal (células de Sertoli, de Leyding, cordones sexuales), así como sarcomas de los conductos colectores, tejidos conectivos circundantes, etc. La manifestación clínica inicial más frecuente es como masa indolora en el testículo, sensación de pesadez o molestias escrotales. Con menor frecuencia se presenta con síntomas de la enfermedad a distancia (tos, disnea, dolor lumbar, plenitud abdominal, adenopatías periféricas o mal estado general). Hasta un 5-7% se puede presentar con ginecomastia por expresión periférica de β -hCG5. Su tratamiento inicial es la orquiectomía, incluso en estadios diseminados son altamente sensibles a la quimioterapia y radioterapia. Su tasa de curación es elevada, incluso cuando se diagnostican en fase avanzada (1), siendo un tumor maligno importante de tratar en el hombre joven.

En México, el Registro Histopatológico de las Neoplasias Malignas de 2001 documentó 1.186 casos, que representan el 2,4% de las neoplasias en el sexo masculino. A pesar de la probabilidad de curación, en México se registraron 299 muertes en ese mismo año. Datos del Instituto Nacional de Cancerología señalan que la neoplasia de testículo ocupó el cuarto lugar en el ámbito general y el primero en tumores en el sexo masculino (3,9% con 757 casos) (3).

En el caso de los pacientes más jóvenes y sin antecedentes de paternidad se puede presentar mayor distrés psicológico (4), sufriendo un mayor deterioro de los objetivos de su vida; como establecer una relación, tener hijos y progresar en su carrera (5).

Con respecto a esto Tuinman et al. (4), citado por Galindo, mencionan que los solteros reportan más problemas con respecto a su sexualidad, por lo que se sugiere la necesidad de brindar más información y orientación sobre este aspecto.

La influencia del cáncer sobre la sexualidad representa un tema delicado y poco explorado, en donde el componente tabú se asocia al temor repulsivo de padecer la enfermedad. Por ello, la falta de comunicación constituye uno de los principales problemas cuando se trata de reconocer y tratar los problemas sexuales asociados al tratamiento (6).

Debido a que la sexualidad tiene un significado particular para cada individuo, es importante conocer el lugar que ocupa este ámbito en la vida de los pacientes. Esto pone en evidencia un cierto déficit en la formación de los profesionales, por lo tanto, es indispensable que este tema sea abordado por el personal sanitario, teniendo en cuenta su edad, sus creencias religiosas o su cultura (6), tal como menciona Galindo (4) *"muchas veces el paciente tiende a no plantear las inquietudes sobre su sexualidad por pena, temor a ser criticados o rechazados, por morbo, por considerarlo una condición normal a consecuencia de la enfermedad y tratamientos, por tanto, puede ser demasiado vergonzante para ellos pedir información"*, el problema no solo es el cáncer, sino el significado que el paciente da a la enfermedad, donde se encontrará con dolor, pérdida, cambios físicos, la hospitalización, problemas económicos, etc.

Por otro lado, la falta de tiempo y de intimidad o recursos para orientar a los pacientes, crea la necesidad de aportar algunos cambios a la práctica del equipo médico y enfermero (7), por lo cual tomar en cuenta la visión de la persona que vive esta enfermedad será indispensable para su cuidado. De acuerdo con Moss, citado por Galindo (3), *"vivir con una enfermedad crónica como el cáncer exige control en muchas áreas, como los regímenes terapéuticos, cambios en los estilos de vida, reorganización de tiempo, sentimientos y emociones, mantenimiento de relaciones adecuadas con otras personas significativas y de un equilibrio entre la necesidad de pedir ayuda y autosuficiencia"*.

Cuando se plantea esta investigación se parte de la visión enfermera de los autores, considerando que esta profesión es humanista y se desarrolla en torno al cuidado holístico. A su vez, considera cada una de las esferas de desarrollo de la persona, de tal manera que resultará imposible cuidar a un ser humano si no se toma en cuenta la manera en que percibe y vive día a día su propia enfermedad. Todo lo anterior determina la interacción que tiene la enfermera con la persona, pues la información específica que ofrece el personal de enfermería sobre las posibles alteraciones en la sexualidad y modificaciones de su vida diaria son relevantes dentro del rol asistencial de esta profesión, pues ayudan a entender con sensibilidad el estado emocional y los cambios biopsicosociales detrás del diagnóstico, el transcurso del tratamiento y la vida de la persona después del cáncer.

METODOLOGÍA

Investigación cualitativa, fenomenológica hermenéutica; este enfoque supone un descenso al mundo de la existencia donde se requiere que a partir de ella se llegue al pensamiento. Del mismo modo, para descubrir el significado del ser y su existencia se concibe a un ser que existe en un mundo diferente al ambiente en donde vive o habita; su mundo implica un conjunto de relaciones, prácticas y compromisos adquiridos en una cultura; el lenguaje hace posible su entendimiento. El mundo no es único y atemporal, pues será diferente según su cultura, tiempo, época histórica y familia donde nace.

El verdadero significado de la existencia de una persona no solo será vista por la narrativa de cómo vive su experiencia, sino a raíz del reconocimiento de lo que viva día a día, pues a través de esto se hace consciente de su existencia, en donde la interacción investigador-participante y la interpretación de ambos permita la aproximación a la realidad del fenómeno (7).

La finalidad del estudio consistió en interpretar las vivencias de los hombres con cáncer testicular, para ello se entrevistaron a cuatro hombres entre 19 y 25 años de edad, solteros, profesionales productivos, atletas, sin antecedentes heredofamiliares, sin pareja estable al momento de la entrevista, que vivieron la experiencia de padecer el cáncer y al menos seis meses de tratamiento después del diagnóstico; fueron captados por medio de la técnica de avalancha (8). La recolección de datos se llevó a cabo mediante la entrevista en profundidad que duró aproximadamente una hora, las entrevistas fueron realizadas durante los meses de diciembre de 2015 a marzo de 2016, utilizando grabadora magnetofónica para el registro fiel de todas las interacciones verbales. Como parte de las normas éticas se solicitó grabar mediante un consentimiento informado. Se consideraron, además, los criterios de rigor propuestos por Castillo (9), como son: credibilidad, auditabilidad o confirmabilidad, para dar rigurosidad y veracidad a los resultados.

El análisis se llevó a cabo, con lo propuesto por Krueger (10), en forma manual. La primera parte consistió en transcribir fielmente las entrevistas, la fidelidad de la transcripción fue establecida al compararla con la grabación por parte del investigador. El paso siguiente consistió en realizar una "inmersión" en los datos, se leyeron las descripciones en forma reiterada, línea por línea, para entender lo que se planteaba respecto a las vivencias en cada entrevista; la inmersión en los datos también permitió realizar una interpretación inicial, que sirvió de base para la codificación en una fase posterior del análisis, a continuación se etiquetaron los temas y subtemas. Finalmente se realizó la comprensión de los significados dados en la narrativa. La meta del análisis consistió en interpretar las vivencias de hombres con cáncer testicular.

RESULTADOS

Se encontraron tres temas principales:

Tabúes

Por tabú se entienden todas aquellas conductas o costumbres prohibidas por una sociedad, grupo humano o religión. Se trata de prohibiciones de algo natural, con un trasfondo religioso, social o cultural, por razones injustificadas basadas en prejuicios sin fundamento (11).

Para estos pacientes el acudir a una revisión médica resulta un tema difícil, pues refieren que sentir pena o temor. Se vuelve un impedimento para atenderse, o cuando se tiene la idea de tener algo grave, o han pasado mucho tiempo sin realizarse alguna autoexploración, pues es una enfermedad de la que no les gusta hablar porque genera miedo. Es a partir de ello que tienden a aplazar las citas médicas evitando recibir alguna noticia devastadora o difícil de aceptar. Sin embargo, aún con dudas y temores, los pacientes entienden la importancia de acudir con un especialista cuando se sabe que algo va mal en su cuerpo, a pesar de la desidia para consultar a un médico, pedir información o ayuda, así como tener un tratamiento apropiado, lo cual es fundamental en enfermedades tan complejas como el cáncer.

"Si tú ya sabes que parte de ti está mal, busca inmediatamente a un especialista, debes de ir con el especialista, y esa parte de 'no voy', 'sí voy', '¿Y si me dicen que tengo algo?', debe desaparecer, porque hablando de tumores, hablando de cáncer, el tiempo es fundamental, para darle un tratamiento apropiado".

"Hay muchos que dicen: '¡Ah, no manches! Me da pena preguntar, me da pena que el médico me revise'. Esta enfermedad es de esas cosas de las que no nos gusta hablar... genera miedo".

El cáncer testicular muchas veces apunta a diversas preguntas como resultado del poco conocimiento que se tiene sobre el tema, como la apariencia física que se tendrá después del tratamiento quirúrgico, la experiencia íntima después de la quimioterapia y radioterapia, la reacción después de la pérdida de un testículo, dudas sobre la fertilidad, la eyaculación y la libido.

Sin embargo, algunos pacientes refieren que el acto sexual va mejor después de una experiencia de cáncer, siendo este considerado como un tabú entre hombres, puesto que cada momento se disfruta y se vive con mayor intensidad a partir de este diagnóstico. Refieren que al término de la cirugía no presentaron efectos en su libido, tan solo algunas molestias físicas, como un poco de dolor en la región testicular.

"Muchos preguntan: '¿Y ahora qué sientes?', y se siente lo mismo, no pasa nada, es todo igual, el tabú de que se pierde la parte masculina, que no tienes las mismas hormonas, que la parte sexual es diferente, es falso todo. Es muy fuerte y está cañón, y que solo tengas un testículo, no te hace insensible... otras preguntas que me hacen es: '¿Eyaculas igual?' Sí, todo normal, la sensibilidad del pene es la misma".

"No te duele, o sea, a lo mucho dos o tres veces al año, y te duele por el frío, o porque en tu relación sexual fuiste un poco brusco, pero hasta ahí..."

Creencias

La Real Academia Española (RAE) define a la creencia "como el firme asentimiento y conformidad con algo, siendo una idea que se considera verdadera y a la que se da completo crédito como cierta" (12).

Algunos de los pacientes con cáncer testicular mencionan que no ir al médico por pena a que los revisen no dará la solución a sus dudas o un diagnóstico oportuno. En ocasiones llegan a creer que los signos o síntomas que presentan se deben a las actividades que realizan cotidianamente como excederse en el ejercicio, actividades deportivas o haberse lastimado durante algún movimiento de calentamiento.

"Yo era un persona que practicaba ejercicio diario, tenía... podría decirse, que una buena alimentación, pero llegó a un día que me empieza a dolor... cuando me dijeron que era una hernia y dije: igual y se me hizo por hacer tanto ejercicio".

Durante el periodo de tratamiento los pacientes tienen un mayor acercamiento espiritual y expresan la importancia que la fe y la oración tienen en estos momentos difíciles, proporcionándoles una esperanza de vida. Refieren un agradecimiento constante pues espiritualmente estas herramientas les ayudan a sostenerse durante la aceptación y adherencia al tratamiento.

"Espiritualmente me puse en las manos de Dios... en estos casos la fe es fundamental y es cierto que mueve montañas".

"Rezaba para que en verdad todo se solucionara con la operación... ha habido un agradecimiento constante, le agradezco a Dios todos los días".

Encontrar un significado concreto del cáncer como cuestionarse por qué sale, o por qué da a ciertas personas, crea una variada red de creencias sobre el tema, tales como ideas religiosas, médicas o tradicionales que puedan brindar un mayor entendimiento sobre la enfermedad.

"Algunos te dicen: 'Te metieron una maldición'. Esto da risa a muchos, pero hay personas que creen que fue por eso".

"Muchas veces pensamos que vinimos aquí a pagar la deuda o a pagar el boleto de entrada al cielo o a la divinidad. Y cuando estemos en el cielo vamos a ser felices y piensan: 'si me voy al infierno es porque me porte mal y si me voy al cielo es porque me porte bien'... y es como un reconocimiento, un regalo el estar en el cielo ¡Y no es verdad! El cielo es aquí, donde vienes a vivir... a disfrutar, es aquí en la tierra".

"Encuentras mil y un cosas. Te dicen: 'es porque no estás cerca de Dios... es porque estás muy ácido, comes muchas hamburguesas y demás. Tu cuerpo estaba acidificado y lo sacó por una bolita que se llama cáncer'. Otros dicen: 'Es por un trauma que tuviste

cuando eras niño, es una cicatriz de ese trauma'. Otros: 'Te hicieron una brujería... te hicieron una maldición; es por los cromosomas cuando naciste...' y demás".

Afrontando el cáncer

Wade y Tavris, citados por Galindo (3), señalan que el afrontamiento implica que las personas actúen de manera que les ayude a sobrevivir al estrés; otras afrontan sus problemas de una forma tal, que no solo les ayuda a resistir la adversidad, sino que de hecho les ayuda a progresar, aprendiendo de sus experiencias. La utilización de unos u otros mecanismos dependerá de los recursos psicológicos, familiares o sociales de que dispongan los pacientes y de su nivel previo de adaptación. El afrontamiento ante el cáncer es un proceso dirigido a manejar las demandas que implica el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de la enfermedad.

Durante el tratamiento, los pacientes tienen una gran variedad de pensamientos y sentimientos sobre esta nueva perspectiva de vida. Por momentos se sienten egoístas, pues solo tienen tiempo de pensar en su enfermedad y recuperación. Este proceso no es fácil pues las sesiones de quimioterapia resultan desgastantes y jamás logran acostumbrarse a los controles médicos, generando miedo, preocupación, tensión y ansiedad. Muchas veces se someten a la incertidumbre de los resultados médicos tras cada control, pues estos no siempre son favorables, sin embargo, al término de estos comienzan a sentir calma.

"Durante mi tratamiento, me enfoqué en mi recuperación y me sentí egoísta. Mañana tengo otro control y el miedo sigue tan presente como antes; los nervios, la preocupación, la tensión, ansiedad... después del control los nervios comienzan a calmarse".

"La última tomografía no salió como lo esperaba. Ahora tengo controles todos los meses... el miedo continúa. Veremos qué pasa".

Los pacientes tienen un gran lapso de optimismo y motivación, donde es importante cambiar los pensamientos negativos sobre su enfermedad, pues al conocer su diagnóstico definitivo están dispuestos a comenzar todo el proceso de tratamiento. Lo anterior, puesto que aún tienen la oportunidad de curarse, y al no encontrarse en un estadio mortal, les concede una oportunidad de vida, haciéndolos sentir muy afortunados. También mencionan sentir un despertar interior cuando su estado mental cambia de manera positiva, pues les concede esperanza y ánimo para terminar el tratamiento, haciendo de esta enfermedad un triunfo en la vida. Esta nueva actitud les da la motivación necesaria para tomar con valentía todo el proceso y poder ganarle la batalla al cáncer.

"Ahora estoy buscando cómo hacer ejercicio. Antes, durante y después de la quimioterapia... con catéter, sin catéter... para personas operadas y demás. Ahora esa es mi investigación... es uno de mis proyectos de vida".

Una vez que han librado este periodo de tratamiento, los pacientes sienten mayor vitalidad, fuerza y felicidad para continuar con su vida, encontrando un nuevo significado a esta enfermedad para poder apoyar a otros pacientes que viven el mismo diagnóstico.

"Fue un despertar en mi conciencia, de ver las cosas en diferente perspectiva. Cambié mi forma de ser, porque yo ya no quise ser pesimista... En la primera quimioterapia empecé a decir: '¿Sabes qué? Sí se puede. Yo estoy pasando esto, pero vamos a lograrlo'."

"La cuarta y última sesión fueron totalmente distintas. Mi estado de ánimo era otro... No me importaba vomitar cada cinco minutos o sentirme débil, cansado... Sabía que era la última semana y eso era la que importaba".

"Una vez que me quitaron el catéter, cambió todo. Y desde ese día hasta el día de hoy, me he sentido con más vitalidad... más fuerza. Más todo".

A pesar de atravesar por este periodo tan difícil, su juventud les permitió afrontar de manera positiva esta dura enfermedad. Mencionaron haber empleado diversas estrategias para mejorar su calidad de vida física y espiritual, ya sea desarrollando nuevos hábitos o tomando diversas terapias que estuvieran a su alcance, como ejercitarse, colaborar en sus hospitales, certificarse como sobrevivientes del cáncer, escribir su historia en internet, hablar con otros enfermos o asistir al psicólogo. Esto surtió resultados efectivos para poder motivar a otros a enfrentar con esperanza y optimismo esta enfermedad.

"Tu certificado de sobreviviente de cáncer... aunque sea un papel, te da una energía, te da un reconocimiento, es como decir: lo hiciste".

"Sigo vivo después de pasar por un tratamiento que no se lo deseo a nadie, y quizás por eso decidí escribir. Justamente para comentarles a todos... a los que tienen un familiar enfermo de cáncer o un amigo, o a los que están padeciendo esta enfermedad, que hay esperanzas".

DISCUSIÓN

Los pacientes, aunque pasan por una etapa difícil, encuentran en su juventud el aliento y motivación para vencer la enfermedad. Este periodo tiene relación con los diferentes métodos de afrontamiento que utilizan para manejar la noticia, que como menciona Galindo (3), son acciones dirigidas a afrontar de manera activa el problema de salud.

La sexualidad es relevante, pues el paciente se enfrentará a diversas dudas acerca del tratamiento y secuelas posteriores, afectando la manera en cómo percibe su autoimagen, que va encaminada a poder cumplir un proyecto de vida y que involucra tener hijos y una pareja estable. La información que se le proporcione, ayudará al joven a valorar sus expectativas futuras en cuanto a su sexualidad y la paternidad.

Los efectos físicos que el tratamiento ocasionó en ellos, como el dolor o la ausencia de un testículo, no tuvo mayor implicación en su vida sexual. Al igual que en el estudio de Saab (13), no se detectó disminución en el desempeño sexual, tan solo molestias ocasionadas por los efectos secundarios del tratamiento y, por el contrario, disfrutaban con mayor plenitud las relaciones sexuales y la vida misma.

El retraso en la búsqueda de atención médica para atender los síntomas iniciales se debió a la vergüenza y tabú que representa ser visto. El impacto emocional que tenía pensar en la ausencia del testículo fue mayor antes del tratamiento. La sexualidad pasó a un segundo plano cuando sobrevivir al cáncer era una preocupación más importante (13). Como menciona Carpentier (14), las intervenciones que se tienen con estos pacientes deben adaptarse según las características de los sobrevivientes; se debe reconocer la importancia de las relaciones románticas y sexuales, pues esto detonará el significado que den a sus testículos y, por tanto, a la pérdida. Es necesaria la información y apoyo sobre la sexualidad después del diagnóstico y en el seguimiento después del tratamiento, pues conlleva un impacto psicológico, y que a pesar de las creencias que se tienen del cáncer, como sinónimo de sufrimiento y muerte (15) en estos pacientes tener un diagnóstico certero (por duro que fuese), les dio una oportunidad para salir más rápido de la enfermedad, pues la vitalidad y juventud estaba de su parte. La fe fue un elemento espiritual en el que se apoyaron para superar la enfermedad.

CONCLUSIONES

El hablar de genitales y sexualidad aún en este tiempo provoca vergüenza, pena, temor. Por lo que resulta difícil abordar este tema. Acudir al médico es algo que se va dejando pasar sin pensar en las consecuencias que puedan presentarse. Es importante brindar mayor información a las personas.

La espiritualidad, la fe y la oración proporcionan al paciente una esperanza de vida, por lo que resulta importante que el personal de enfermería considere estos aspectos como parte del ser, dando al paciente seguridad y bienestar durante el proceso de cuidado.

Los pacientes entrevistados, en general, afrontaron positivamente esta patología utilizando diversas estrategias para mejorar su calidad de vida física, psicológica y espiritual, a través del desarrollo de nuevos hábitos en su estilo de vida.

Es importante que los jóvenes realicen un autoexamen testicular, dejando un lado el miedo o vergüenza, para recibir un tratamiento temprano y eficaz. La cultura, educación, creencias influyen para que la detección de esta patología sea diagnosticada y tratada en tiempo y forma, poniendo en riesgo no solo los planes futuros, sino la vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Gordo AM, Ríos González E, Molina Villaverde R, Álvarez-Mon Soto M. Cáncer de testículo. *Medicine* [internet]. 2013 [citado 5 jun 2017]; 11(26):1588-96. Disponible en: <http://bit.ly/2m5GgdW>
2. Galindo O, Álvarez MA, Alvarado S. Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento. *Rev Psic* [internet]. 2013 [citado 5 jun 2017]; 10(1):69-78. Disponible en: <http://bit.ly/28ThZEt>
3. Galindo Vázquez O, Valadez Téllez L, Álvarez Avitia MG, González Forteza C, Robles García R, Alvarado Aguilar S. Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCAN). *GAMO* [internet]. 2011 [citado 5 jun 2017]; 10(3):123-8. Disponible en: <http://bit.ly/2lg9446>
4. Galindo O. Aspectos psicológicos de las afectaciones sexuales en el paciente con cáncer testicular. *Rev Mex Urol* [internet]. 2012 [citado 5 jun 2017]; 72(5):256-63. Disponible en: <http://bit.ly/1SlyLWd>
5. López Ramírez E, González Flores E. Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. *Oncología (Barc.)* [internet]. 2005 [citado 5 jun 2017]; 28(3):164-9. Disponible en: <http://bit.ly/28Zyixo>
6. Pino Navarro CE. Disfunción sexual en pacientes con cáncer. *MED UIS* [internet]. 2010 [citado 5 jun 2017]; 23(2):126-33. Disponible en: <http://bit.ly/28PkzYs>
7. Castillo E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Invest Educ Enferm* [internet]. 2000 [citado 5 jun 2017]; 18(1):27-35. Disponible en: <http://bit.ly/2mFvdex>
8. Salamanca AB, Martín-Crespo C. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Invest* [internet]. 2007 [citado 5 jun 2017]; 27. Disponible en: <http://bit.ly/28PkzYs>
9. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med* [internet]. 2003 [citado 5 jun 2017]; 34(3):164-7. Disponible en: <http://bit.ly/28PK4hc>
10. Álvarez Gayou JL. Cómo hacer investigación cualitativa. México: Paidós Ibérica; 2003.
11. RAE.es [internet]. Tabú. En: *Diccionario de la lengua española*. Madrid: España; 2014 [citado 7 jun 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=YtmZJ7h>
12. RAE.es [internet]. Creencia. En: *Diccionario de la lengua española*. Madrid: España; 2014 [citado 7 jun 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=BDmkp0F>
13. Saab M, Noureddine S, Huijter H, DeJong J. Surviving testicular cancer the lebanese lived experience. *Nurs Res* [internet]. 2014 [citado 5 jun 2017]; 63(3):203-9. Disponible en: <http://bit.ly/2mFGbkj>
14. Carpentier M, Fortenberry JD, Ott MA, Brames MJ, Einhorn LH. Perceptions of masculinity and self-image in adolescent and young adult testicular cancer survivors: implications for romantic and sexual relationships. *Psychooncology* [internet]. 2011 [citado 5 jun 2017]; 20(7):738-45. Disponible en: <http://bit.ly/2mFL7Wk>

INTERFACES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

¹ Tatiane da Silva Santos

² Antonio Carlos Ferreira Lima

¹ Enfermeira, Programa de Residência em Saúde da Família, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Maceio, AL (Brasil).

² Psicólogo, Doutor. Professor adjunto. Famed, UNCISAL, Maceió-AL (Brasil).

E-mail: tatiane24.8@gmail.com

Pesquisa Financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq no Programa de Bolsas de Iniciação Científica 2015 /2016 – PIBIC/UNCISAL

Cómo citar este artículo:

Santos ST, Lima FAC. Interfaces da política nacional de humanização de assistência à saúde de pessoas com transtorno mental. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. 2017; 7(3):65-77.

RESUMO

Introdução: historicamente, as pessoas portadoras de transtorno mental sofrem com a exclusão social e, estiveram a mercê de um modelo assistencial de saúde totalmente hospitalocêntrico. Entretanto com o advento da construção do SUS e da reforma psiquiátrica, novas formas de fazer e pensar a saúde mental surgem, agora pautando-se na promoção da valorização da autonomia e nas reais necessidades desses indivíduos, vislumbrando uma atenção interdisciplinar e de qualidade.

Objetivos: o presente trabalho teve por objetivo discorrer sobre a efetividade da humanização no tratamento de pessoas portadoras de transtorno mental.

Metodologia: trata-se de um estudo bibliográfico e descritivo, em que se realizou consulta nas bases de dados da LILACS, SCIELO e Si-BiNet, tendo sido utilizado como palavras chaves: “humanização em saúde mental”, “assistência humanizada às pessoas com transtorno mental” e “humanização e transtorno mental”.

Resultados e discussão: a análise do material bibliográfico evidenciou que a humanização é um fator tido como fundamental nas práticas de assistência a saúde de pessoas portadoras de transtorno mental, colaborando para uma atenção a saúde universal, equânime e integral.

Conclusão: acredita-se que este estudo contribua para o conhecimento e compilação de dados acerca da humanização em saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental; humanização da assistência.

Política nacional de humanización de la atención de salud a personas con trastorno mental**RESUMEN**

Introducción: históricamente, las personas con trastornos mentales sufren de exclusión social y estaban a merced de un modelo de atención completamente hospitalocéntrico. Sin embargo, con el advenimiento de la construcción del SUS (sistema único de salud) y de la reforma psiquiátrica, surgen nuevas formas de hacer y de pensar la salud mental, basándose ahora en la promoción de la mejora de la autonomía y las necesidades reales de estos individuos y vislumbrando una atención interdisciplinaria y de calidad.

Objetivos: este estudio tuvo como objetivo discutir la eficacia de la humanización en el tratamiento de personas con trastornos mentales.

Metodología: se trata de un estudio bibliográfico y descriptivo, se llevó a cabo la consulta en las bases de datos LILACS, SciELO y SIBiNet, después de haber sido utilizados como palabras clave: "humanización de la salud mental", "la atención humanizada a las personas con trastorno mental" y "humanización y trastorno mental".

Resultados y discusión: el análisis de la literatura indicó que la humanización es un factor que se considera crucial en las prácticas de cuidado de la salud de las personas con una enfermedad mental, lo que contribuye a una atención a la salud universal, equitativa e integral.

Conclusión: se cree que este estudio contribuye al conocimiento y recopilación de datos sobre la humanización de la salud mental.

Palabras clave: salud mental; humanización de la atención.

National policy for humanization in healthcare for people suffering mental disorders**ABSTRACT**

Introduction: historically, people with mental disorders have suffered social exclusion and have been treated within a healthcare model exclusively focused on hospitals. However, after the implementation of the Unified Health System (UHS) and the psychiatric reform, new ways of action and new concepts on mental health have emerged, which are now based on the promotion of an improved autonomy and the real needs of such individuals, and an interdisciplinary high-quality healthcare is on the horizon.

Purpose: we aimed at discussing the efficacy of humanization when caring for people with mental disorders.

Methods: a descriptive study based on a literature search was performed; LILACS, SciAND, and SIBiNet databases were used for searches with the keywords: "humanización de la salud mental", "la atención humanizada a las personas con trastorno mental" and "humanización y trastorno mental".

Results and discussion: a literature review showed humanization is a factor that is considered to be critical in healthcare practice for people with mental disorders, and contributes to a universal, equitable, and integral healthcare.

Conclusion: we believe the present study contributes to knowledge and data collection on humanization in mental health.

Key words: mental health; humanization of healthcare.

INTRODUCCIÓN

O direito a saúde no Brasil é fruto de lutas e reivindicações sociais que culminaram na reforma sanitária Brasileira que tem seu marco fundamental na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, que reuniu pessoas das mais diversas classes sociais e culturais em busca dos mesmos objetivos, os de redemocratização do país, da melhoria das condições de vida e, principalmente do direito a saúde para toda a população de forma integral e equânime (1).

Diante disso, o governo promulgou a constituição federal de cinco de outubro de 1988, que no seu Título VIII – da Ordem Social, Capítulo II – da Seguridade Social, Seção II – da Saúde, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS) e, nos artigos de 196 a 200 assegura a saúde como direito universal e igualitário, sendo dever do estado garanti-lo mediante políticas públicas e sociais (2).

Dessa forma, surge o sistema único de saúde Brasileiro, sendo regulado pela lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e a lei 8142/90, que é lançada como complementar, dispondo sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (3,4).

A equidade, integralidade e universalidade são os princípios doutrinários que regem o SUS, existindo ainda as diretrizes ordenadoras, a descentralização, hierarquização, participação da comunidade, entre outras (3,4). Assim sendo, a política de saúde brasileira deve garantir a todos os cidadãos o direito a saúde de forma igualitária e com qualidade, já que é garantido por lei e, para isso acontecer o Ministério da Saúde - MS cria políticas, estratégias, normas operacionais, que fundamentam a prática dos serviços de saúde no país, sendo que cada esfera de governo possa ter e cumprir sua responsabilidade da melhor maneira possível (3,4).

Em vista a assegurar o direito à saúde de forma universal, o Ministério da Saúde- MS em 2003, lançou a política nacional de humanização -(PNH) ou humaniza SUS, que visa colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde ocasionando mudanças no modo de gerir e cuidar, estimulando a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado deles mesmos (5).

O humanizaSUS, surge como uma ferramenta transformadora do processo de gestão e de atenção a saúde, uma vez que possibilita a produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, formando novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano dos serviços de saúde (6).

Encontramos, ainda, a política nacional de humanização teoricamente em consonância com outras políticas de saúde, como a política de saúde mental que estabelece os direitos para pessoas com transtorno mental, e que deve colocar a humanização como pauta na assistência de indivíduos portadores de transtornos mentais com o intuito de assegurar o correto acolhimento, acesso universal em saúde, integralidade da atenção, ativo controle social, rede de atenção qualificada e que seja resolutive (7,8).

Vale ressaltar, que desde o período colonial, buscou-se afastar o louco do convívio social com o intuito de manutenção da ordem social, tomando como pressuposto que era importante a retirada dos loucos e andarilhos das ruas, criando-se, assim os primeiros hospícios brasileiros (9).

Contudo, a implementação de políticas públicas de saúde mental na conjuntura do Sistema Único de Saúde (SUS), baseada nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, enseja novos desafios para a área, tais como a produção de redes substitutivas e territoriais que visem à superação do modelo hospitalocêntrico, à conquista de cidadania e à criação de um novo lugar social para a experiência do sofrimento psíquico. Para garantir a materialidade dessas mudanças, faz-se necessária a participação efetiva dos usuários na avaliação de serviços e programas de saúde mental (10).

Nesse contexto, observa-se que a humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas¹¹, especialmente no que tange a saúde de pessoas portadoras de transtornos mentais, pois estes necessitam de um olhar diferenciado para suas reais demandas e particularidades que cada indivíduo possui.

Dessa forma, a participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (11).

Contudo, apesar de existirem políticas públicas para melhoria dos serviços e gestão do SUS, é preciso observar que a abordagem teórica e práticas estão, ainda, distantes de se concretizarem, visto que ainda existem inúmeros desafios a serem vencidos sendo um deles a luta para mudar as atividades cotidianas, bem como sugerem os referenciais teóricos que o sistema de saúde brasileiro possui. Sendo assim, analisar o processo de cuidado e gestão é uma tarefa nada fácil, no entanto, necessária para melhoria dos serviços de saúde brasileiros (12).

Dessa maneira, o interesse pelo estudo teve como ponto de partida a experiência vivida no projeto de extensão PET- Redes de Atenção Psicossocial, visto que foi realizado um acompanhamento de todos os pontos da rede de atenção psicossocial no município de Maceió - AL, tais como, consultório na rua, CAPs, hospital psiquiátrico, atenção básica, e hospital geral; que formam o aparato de serviços de saúde para pessoas com transtorno mental e uso de substâncias psicoativas, no período compreendido entre os anos de 2013 a 2015.

Assim sendo, observou-se o fato de que os serviços de saúde, principalmente os hospitais psiquiátricos ou serviços que prestam assistência a pessoas com transtorno mental necessitam de intensas transformações no seu processo de trabalho, bem como relações interpessoais entre profissionais, usuários e comunidade, pois precisam ainda seguir fielmente o que a política nacional de humanização junto com a política nacional de saúde mental traz consigo e colocá-la em prática no cotidiano do serviço.

Dessa forma, a presente pesquisa teve por objetivo realizar uma revisão integrativa de literatura referente a efetividade na prática da política nacional de humanização no tratamento de pessoas portadoras de transtorno mental.

Diante do exposto o presente estudo teve como questão norteadora a seguinte pergunta de pesquisa: A política nacional de humanização está sendo colocada em prática nos serviços de assistência à saúde para as pessoas portadoras de transtorno mental?

METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa do tipo revisão integrativa da literatura, que permite analisar pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática nos serviços de saúde, sendo que este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo.

A pesquisa foi realizada no período de segundo semestre de 2015 e primeiro semestre de 2016, procedeu à busca de artigos científicos publicados em bases de dados científicas de saúde, realizado pelas seguintes etapas: 1) Identificação da hipótese; 2) Seleção da amostragem; 3) Categorização dos estudos; 4) Avaliação dos estudos/artigos encontrados; 5) Discussão e interpretação dos resultados; 6) Apresentação da revisão integrativa e síntese dos conhecimentos.

O tema escolhido foi baseado em sua relevância para o desenvolvimento científico e prático da saúde, sendo este a humanização na assistência a pessoas portadoras de transtorno mental no contexto brasileiro.

Foram adotados os seguintes critérios para a seleção dos artigos: 1) Estudos realizados nos últimos dez anos, de 2006 a 2015; 2) Artigos que abordem a temática desejada que é humanização na assistência a pessoas portadoras de transtorno mental; 3) Artigos que embora tenham sido publicados em revistas internacionais, foram realizados em território brasileiro; 4) Artigos publicados nos bancos de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e SIBiNet (Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo); e 5) Artigos publicados na íntegra em português;

Os critérios de exclusão dos artigos consistiram em: 1) Artigos que não publicados no período de dez anos; 2) Estudos que não sejam Artigos originais, e/ou que sejam do tipo de estudo (Dissertação, Tese, relato de caso, etc.); 3) Artigos que não estejam disponíveis na íntegra e não sejam de livre acesso.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e SIBiNet (Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo), utilizando as seguintes palavras-chaves:

“humanização em saúde mental”, “assistência humanizada às pessoas com transtorno mental” e “humanização e transtorno mental”.

Para organização e tabulação dos dados foi utilizado o processo de fichamento, onde realizou a leitura dos artigos de acordo com conteúdo, enfoque, ano de publicação e avaliados de acordo com as suas metodologias e resultados alcançados, usando fichas adaptadas com instrumento de Ursi, 2005¹³.

Foram encontrados 40 artigos, entretanto, observamos que a maioria dos estudos não correspondia aos objetivos dos estudos, onde dentre estes foram escolhidos 30 artigos para serem lidos e interpretados, houve a aquisição de cópias impressas dos artigos, seguido de sua leitura e interpretação e o preenchimento do instrumento de coleta de dados. Destes, apenas 12 artigos se encaixavam nos critérios de inclusão da pesquisa, e atenderam os objetivos pré-estabelecidos, sendo utilizados para amostra desse estudo.

Posteriormente, os estudos foram distribuídos em categorias temáticas a partir do documento “Política Nacional de Humanização”, de 2013, que apresentam os aspectos necessários para a humanização da assistência em saúde, acreditando-se que estes também estão contidos na “Política Nacional de Saúde Mental”, de 2008, que dispõe sobre os aspectos necessários para assistência em saúde aos portadores de transtorno mental. As categorias Criadas foram as seguintes: 1) Acolhimento e Vínculo para Humanização da Assistência em Saúde Mental; 2) Intersetorialidade e Humanização em saúde mental; 3) Valorização da Subjetividade e Autonomia do Sujeito; 4) Interdisciplinaridade e Assistência Humanizada na Saúde Mental; e 5) Integralidade e Humanização na Assistência na Saúde Mental.

Por fim, foi realizada uma síntese com todos os dados encontrados, foram extraídos os conceitos abordados em cada artigo, e alocados nas categorias anteriormente citadas, que atendessem o objeto de estudo para discussão dos dados, sendo os dados apresentados em tabelas e quadros criados no Excel 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão integrativa da literatura foi realizada considerando os doze artigos que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa e que estavam vinculados ao objeto de estudo proposto. Dentre estes, 41,7% (5) dos artigos foram encontrados na base de dados Si-BiNet e na SCIELO, 33,3% (4) dos artigos localizados, seguida da percentagem de 25,0% (4) artigos para base de dados LILACS, totalizando 12 artigos usados para este estudo, vale ressaltar que foram selecionados apenas os artigos que eram de livre acesso nas bases de dados escolhidas e que encontravam-se disponibilizados na íntegra.

Em alguns casos, os artigos foram achados em mais de uma base de dados, sendo considerada apenas uma delas para esta análise.

Os artigos da amostra foram localizados verificando o ano de publicação, optando-se por artigos realizados nos últimos dez anos, totalizando o período de 10 anos. Dessa forma, o ano de 2015 foi o período que mais apresentou publicações, referente à humanização em saúde mental, perfazendo um total de 25,0% (três artigos) destas. A segunda maior frequência foi os anos de 2006, 2008, 2011 e 2012 com 16,7% (dois artigos cada), seguida do ano de 2013 com apenas 8,3% (um artigo) das publicações. Totalizando 100% das publicações de acordo com o objetivo da pesquisa, 12 artigos usados para este estudo.

Os artigos selecionados para este estudo foram escolhidos através do critério de inclusão de estudos realizados apenas em território brasileiro, mesmo que publicados em periódicos internacionais, já que a presente pesquisa visa abordar o contexto das políticas brasileiras.

Assim, para amostra estudada, foi considerado o número e a porcentagem de publicações em relação à região do Brasil e tipo de serviço em que os estudos foram realizados. Pois, essas informações vem colaborar na compreensão do interesse dos autores em relação as práticas no cotidiano dos serviços de saúde, sobretudo no que tange a humanização na assistência a humanização em saúde mental, assim, devemos lembrar que o tipo de clínica pode refletir diretamente no tipo de tratamento, já que cada instituição tem suas características próprias, sendo o local, um determinante fundamental.

Desse modo, a maior parte dos artigos, ou seja, 66,7% dos estudos foram desenvolvidos nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, as demais publicações foram realizadas em hospital Geral, hospital Psiquiátrico, Universidade e Atenção Primária a Saúde - APS, com apenas 8,3% cada.

Considerando a variedade de serviços que compõem a rede atenção a saúde mental, composta por hospital psiquiátrico, hospital geral, CAPs, residências terapêuticas, USF, HUPA, dentre outros; vemos que os únicos serviços ao qual foram realizados estudos sobre humanização na assistência consistem, justamente, em CAPS, que desde a reforma psiquiátrica são tidos como serviços de substituição aos hospitais psiquiátricos.

Dessa maneira, é importante a reflexão acerca do funcionamento de referência a contra-referência na rede de atenção a saúde, ao qual o portador de transtorno mental precisa, esta sendo bem articulada em seus pontos de acesso à saúde, pois isso garante uma assistência de qualidade e, sobretudo a resolutividade das demandas trazidas pelos usuários.

Além disso, é um fator predisponente de que o sistema de saúde, ao quais essas pessoas estão inseridas, garanta a integralidade da assistência com vista as reais necessidades dos clientes, compondo assim um fator de extrema relevância para efetivação na prática da humanização da assistência em saúde mental.

A seguir, apontamos os artigos com seus respectivos títulos, autores e ano de publicação, como mostra a [Tabela 1](#).

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS QUANTO A SEU TÍTULO E AUTORES

TÍTULO	AUTOR	ANO
1. Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários	Andrade AB, Bosi MLM	2015
2. Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia	Rabelo IVM, Torres ARR	2006
3. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental	Oliveira RF, Andrade LOM, Goya N	2012
4. Acolhimento e Vínculo em um Serviço de Assistência a Portadores de Transtornos Alimentares	Ramos TMB, Pedrão LJ	2012
5. Expectativas de docentes sobre o ensino do cuidado em saúde mental	Kantorski LP, Pinho LB, Saeki T, Souza MCBM	2006
6. Dimensões organizacionais de um Centro de Atenção Psicossocial para dependentes químicos	Ventura CAA, Araújo AS, Moll MF	2011
7. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil.	Frosi RV, Tesser CD	2015
8. Sensibilizando a equipe de enfermagem ao cuidado humanizado em saúde mental mediante oficinas educativas	Brischialiari B, Maftum MA, Waidmann MAP, Mazza VA	2008
9. Promoção da saúde mental – tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia	Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM	2011
10. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais	Moraes M	2008
11. Pessoas portadoras de transtornos mentais e o exercício de seus direitos	Ventura CAA, Brito ES	2012
12. Cuidar humanizado: descobrindo as possibilidades na prática da enfermagem em saúde mental	Oliveira LC, Silva RAR, Medeiros MN	2015

Fonte: dados da pesquisa

A distribuição dos artigos servirá de base para alocação das publicações de acordo com a categorização realizada neste estudo, onde a numeração atribuída será utilizada para nortear a discussão.

Os temas principais abordados nos artigos foram categorizados de acordo com os objetivos e enfoque apresentados pelos autores deste estudo. As cinco categorias para distribuição dos artigos foram baseadas nos aspectos da “Política Nacional de Humanização”, de 2013, e “Política e Saúde Mental”, de 2008, conforme descrito na Tabela 2:

TABELA 2. IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS SEGUNDO AS CATEGORIAS TEMÁTICAS

CATEGORIAS	IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS
1. Acolhimento e Vínculo para Humanização da Assistência em Saúde Mental	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
2. Intersetorialidade e Humanização em saúde mental	1, 3, 4, 6, 9, 10
3. Valorização da Subjetividade e Autonomia do Sujeito	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
4. Interdisciplinaridade e Assistência Humanizada na Saúde Mental	1, 3, 4, 6, 9, 10, 12
5. Integralidade e Humanização na Assistência na Saúde Mental	1, 4, 6, 8, 9, 10, 12
Fonte: dados da pesquisa	

Acolhimento e vínculo para humanização da assistência em saúde mental

De acordo com a PNH, o acolhimento em saúde considerado como uma diretriz, consiste em reconhecer o que o outro mostra como real e legítima necessidade de saúde, devendo ainda sustentar relações profissionais/Serviços e Usuários/Comunidade (5).

“O acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhadores/equipe e usuário com sua rede socioafetiva” (5).

Dessa forma, para alguns autores, a manifestação do acolhimento, pode ser visto como uma dimensão da humanização, relatada como atitude de respeito, aceitação das condições subjetivas, sociais e espirituais, bem como escuta e olhar do profissional que os recebe e atende o sujeito (14,15).

Assim, a temática acolhimento e vínculo na assistência a saúde mental, relaciona-se com repertórios afetivos, formados por manifestações que apontam para relações mais humanizadas, que incluem, afeto, amor, atenção, escuta e aproximação, para o alcance do acolhimento e construção de vínculo na saúde mental (16).

Pode-se ressaltar ainda que acolhimento e vínculo são instrumentos decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental do usuário. Assim, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia por meio da responsabilização e pactuação entre sujeitos envolvidos no acompanhamento e tratamento em saúde mental (17), baseando-se na construção de vínculo com familiares e usuários, criando estratégias para intervir no território, de modo a garantir a integralidade da assistência (14).

“O acolhimento é estabelecido por meio de um atendimento de qualidade, de um tratamento pautado no respeito, nodiálogo, na escuta qualificada, no estabelecimento de um elo de confiança e amizade entre ambos (trabalhadores de saúde e usuários/família)” (17).

Acredita-se que a humanização em saúde mental perpassa por um processo de transformação nas práticas de saúde, até então vista em muitos serviços, sobretudo em hospitais psiquiátricos, que não viam o indivíduo com portador de deficiência psíquica hospitalmente, atuando ainda com o modelo limitado denominado hospitalocêntrico.

Entretanto, observa-se que o estabelecimento e consolidação de vínculo, precisa estar associado a manifestações de empatia, possibilitando a construção de espaços de diálogo e negociação, deixando evidente os requisitos de afetividade e relação terapêutica. Contudo, deficiências no processo ensino-aprendizagem de alguns profissionais, restritos ainda a visão biomédica do cuidado, pode ser um entrave na construção desses espaços, que propõe o acolhimento e vínculo como parte do processo de humanização em saúde mental (18).

Dessa forma, inúmeros desafios ainda devem ser superados quanto ao acolhimento e forma de construção de vínculos para humanizar a assistência em saúde mental, buscando utilizar meios como rodas de conversa, construção coletiva de projeto terapêutico para cada indivíduo, uma escuta qualificada e uma visão ampliada de saúde por parte dos profissionais e gestores dos serviços, sendo esse um caminho árduo a se percorrer para garantia na humanização e qualificação da assistência aos portadores de transtornos mentais.

Intersetorialidade e humanização em saúde mental

O conceito de humanização da saúde está intimamente interligado a ações de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação em saúde, necessitando que o usuário(a), de acordo com suas necessidades, percorram serviços de saúde em forma de rede, pois isso garante que ele tenha acesso integral às ações de saúde. Dessa forma, alguns autores destacam que:

“Os principais serviços que compõem as redes de atenção à saúde mental são: unidades de saúde, centro de atenção psicossocial, residência terapêutica, consultório de rua, ambulatório, pronto-socorro, hospitais gerais e SAMU, sendo que a rede de atenção à saúde mental abrange toda a comunidade. E há, ainda, a porta de entrada da rede, que são os CAPS; eles são os articuladores, reguladores e organizadores da rede que abrange seu território” (19).

Contudo, é importante salientar que apenas os serviços que compõem a rede de atenção em saúde mental e/ou psicossocial, necessita de um amparo intersetorial, ou seja, conte com serviços além dos especificados para formar os pontos da rede de atenção em saúde mental, mas esteja integrado com outros serviços como: conselho tutelar, assistência social, instituições de ensino profissionalizante para reinserção dessas pessoas de volta no convívio social.

Dessa maneira, a integralidade surge como instrumento de garantia de acesso mais contínuo, mostrando a necessidade da efetivação tanto da rede de assistência do SUS, bem como outros pontos de apoio, possibilitando a garantia de direitos integrais (20).

“Uma face dessa questão diz respeito à circularidade pelas cidades e a trajetória do usuário nos sistemas, que acontece de forma muito tímida e banalizada pela perspectiva de uma cidadania regulada e institucionalizada em detrimento de uma das principais diretrizes dos serviços substitutivos, que é operar na perspectiva da desinstitucionalização, decorrente do fato de os serviços não conseguirem incorporar as ações comunitárias no território de maneira transversal e nem se alinhar com a proposta da clínica ampliada” (20).

Pode-se ressaltar ainda que a humanização em saúde mental tem seu pilar, também, na realização de encaminhamentos interinstitucionais de forma cuidadosa para garantir um cuidado contínuo e integral aos serviços de saúde¹⁴, mostrando que a intersetorialidade na saúde mental situa o usuário em uma nova concepção, não como enfermo, mas como indivíduo que precisa ser humanizado e reconhecido dentro da sociedade e, para isso, foi necessário o fortalecimento das redes e trazer com elas as políticas sociais que intervêm visando a integralidade do usuário (21).

Diante disso, a importância da intersetorialidade junto com a interdisciplinaridade na humanização em saúde mental foi apontada como ações que garantem através de uma força conjunta de órgãos, instituições, gestores e profissionais, sanar ou viabilizar algumas demandas e necessidades dos usuários que, de outra forma, não seriam supridas através de ações isoladas. Todavia, as articulações que se formam intra e extraequipe profissional não seriam e, muitas vezes, não foram concretizadas, sem uma escuta qualificada (18).

Assim sendo, é preciso uma reorientação da prática, buscando romper com a cultura do preconceito, da exclusão e da doença, e com modelos controladores baseados na psiquiatria hospitalocêntrica, buscando cada vez mais substituir as práticas anteriormente citadas, pela escuta qualificada, controle social, elaboração de projeto terapêutico singular, reinserção social, vínculo; dentre outros, baseados na PNH e política de saúde mental na garantia dos direitos desses indivíduos (16).

Entretanto, observam-se inúmeros desafios existentes a serem superados, como a articulação intersetorial que garante a qualificação da assistência, e ainda a efetividade e resolutividade das demandas trazidas pelos usuários dos serviços e saúde mental, impossibilitando a efetiva humanização em saúde para esses indivíduos.

Diante disso, a rede de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental devem buscar realizar ações intersectoriais, com conselho tutelar, assistência social, educação, esporte e lazer, criar parcerias para obtenção de empregos na tentativa de reinserção desses indivíduos, bem como realizar espaços para oficinas de artesanato que possam vir a gerar renda, etc.

Valorização da subjetividade e autonomia do sujeito

Algumas dificuldades na humanização em saúde mental esta relacionada a cultura de assistência pautada no modelo biomédico do cuidado, inserido no contexto do hospitalocentrismo, modelo esse que não atende as reais necessidades trazidas pelos usuários.

Nesse contexto, a reforma psiquiátrica surge quase que concomitantemente a reforma sanitária, e traz no seu escopo legal a garantias que o SUS defende e assegura como direitos aos cidadãos que a saúde precisa ser vista de forma ampliada, levando-se em consideração todo contexto socio-econômico e social ao qual o indivíduo esteja inserido, pois garante a humanização e integralidade da assistência, bem como, a valorização das subjetividades e coletivos.

“Para tanto, evidenciou-se a importância de uma boa formação e de um aperfeiçoamento profissional que desenvolva os agentes de saúde para uma percepção de saúde ampliada, em que ela seja vista por meio de uma compreensão processual que abarca fatores de natureza biopsicossocial” (18).

Para tanto, o modelo psicossocial busca o cuidado integral, pautado na realização de escutas e atendimentos humanizados, e que enquanto profissionais da saúde é fundamental levar em consideração a autonomia e a singularidade/subjetividade de cada usuário, poder compreender como cada indivíduo organiza sua existência, para assim poder produzir novos modos de cuidado e de atenção com o mesmo (22).

Nesse contexto, as necessidades oriundas de cada indivíduo e das demandas apresentadas permeia a dinâmica social, política e gerencial e refaz-se na conformação prática e operacional pela utilização e evidência de tecnologias e ferramentas subjetivas.

“Ao se considerar o contexto onde esses sujeitos estão inseridos, a vida vivida de cada um e a própria oferta terapêutica no serviço favorecem a transcendência de valores, práticas e sentimentos acumulados ao longo do tempo. A incorporação dos saberes de cada sujeito no modo de operar a manutenção da vida tem sentido duplo em virtude de ocorrer a transfiguração da relação direta trabalhador de saúde-usuário para também usuário-trabalhador de saúde” (17).

Observa-se assim, que a escuta qualificada é um instrumento que garante a continuidade do cuidado, sendo essencial, já que, proporciona um novo modo de atendimento, entretanto, muitas vezes essa abordagem restringe-se, a chegada do paciente, talvez por haver, naquele momento, a necessidade de contextualizar diagnósticos para definir tratamentos (23).

Contudo, realizar uma escuta qualificada observando os diversos determinantes sociais ao qual o indivíduo possa estar inserido, requer uma interação dos usuários, trabalhadores e gestores para atuarem em conjunto na busca por um serviço de qualidade e resolutivo.

Desse modo, compreender a trajetória das pessoas com transtorno mental faz parte de um conjunto de estratégias que vislumbram a humanização da assistência em saúde aos indivíduos portadores de transtorno psíquico (24).

Assim, mostrou-se importante que os serviços de saúde busquem oferecer um atendimento usuário-centrado por meio de procedimentos que priorizam a dimensão humana do sujeito atendido, tratando a subjetividade do outro, já que isso é extremamente necessário quando falamos de saúde mental. Contudo, existe ainda a necessidade que a APS tem em se engajar ainda mais com o modelo de atenção psicossocial, e indica que é preciso fortalecer o contato com a rede de atenção psicossocial, que, por vezes, ficou restrita aos serviços especializados (11, 18, 25).

Interdisciplinaridade e assistência humanizada na saúde mental

De acordo com alguns estudos os serviços de atenção psicossociais tem como característica importante, a interdisciplinaridade, que possibilita trocas de conhecimentos/habilidades com os usuários e familiares, oportunizando a apropriação dos espaços da comunidade, e agregando a participação desta nos serviços de saúde. Além disso, coloca o sujeito como co-responsável pela construção de seu projeto terapêutico, criando espaços de distanciamento de relações tuteladas e buscando uma cidadania conquistada (20).

Assim, a interdisciplinaridade surge como um instrumento para humanizar a assistência em saúde mental, pois garante que os profissionais, por sua vez, não fiquem sobrecarregados, pois o trabalho é de responsabilidade de uma equipe de trabalhadores cada um em sua especificidade, mas que caminham para o mesmo objetivo, que conversam entre si, que discutem possibilidades, e tentam incluir o usuário e sua rede sociofamiliar no contexto de seu tratamento, evitando assim uma nova institucionalização, agora nos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, o CAPS.

Nessa perspectiva, é importante ressaltar que a interdisciplinaridade não busca a unificação de conhecimentos, mas a complementaridade de saberes, já que promove a troca de informações e conhecimentos entre profissionais oriundos de diversas formações com o intuito de solucionar a necessidade de atenção a saúde requerida pelo usuário do SUS (26).

Sendo assim, vale resaltar que o trabalho em equipe possibilita que os profissionais atuem de forma a oferecer seu máximo potencial ao processo de assistência, integrando várias disciplinas e áreas do conhecimento para qualificação do tratamento e a humanização da assistência em saúde mental (18).

Dessa forma, o trabalho interdisciplinar desponta atravessado por diversos interesses, conflitos, necessidades e satisfações/insatisfações, pois existe a atuação de diversos atores, como usuários, profissionais e gestores, e por conseguinte, se configura em um espaço de inúmeras inter-relações (27).

Destaca-se ainda que o trabalho em equipe, em saúde mental, é visto como consequência da complexidade de conhecimento, que impossibilita que cada profissional saiba tudo, mas permite sair da lógica da fragmentação, apostando num trabalho multiprofissional que atua sob a lógica integrada na busca pela humanização e qualidade da assistência nos serviços de saúde de atenção psicossocial (28).

Diante disso, trabalhar com saúde mental, é de fato um grande desafio, que convida aos trabalhadores dos serviços a remoldarem suas práticas de assistência continuamente, mas visando sempre uma abordagem interdisciplinar para garantia da humanização da assistência de transtorno mental.

Integralidade e humanização na assistência na saúde mental

A história da loucura é marcada de exclusão social, de estigmatização e repressão, onde o “louco” era tido como um ser perigoso que precisaria ser afastado da sociedade, e passar por tratamentos e constante vigilância para não ser motivo de sofrimento para o resto da população.

Nesse contexto, durante muito tempo o tratamento da loucura era baseado, apenas, na medicalização e tratamentos a base de choque e agressividade, para aqueles que não se adequavam as normas de seu meio.

Entretanto, com o advento da criação do SUS e o processo da reforma psiquiátrica, cada vez mais se fala em dar um assistência humanizada aos portadores de transtorno mental, focalizando o tratamento não apenas na doença, como no modelo hospitalocêntrico, mas, tendo uma visão ampliada de saúde, onde se leva em consideração o contexto social e os diversos determinantes de saúde em que o indivíduo esta inserido.

Dessa forma, os serviços de saúde devam assegurar o princípio da integralidade da assistência (3), sendo proporcionado serviço que garanta a articulação com outros serviços de especificidade curativa, mas também de natureza preventivas, individuais, coletivas e em todos os níveis de assistência, possibilitando um atendimento de abrangência e resolutivo 18, para as reais necessidades trazidas pela sociedade.

“Ainda em 2001, foi aprovada, por meio do decreto nº 3.956, o texto da Convenção Interamericana para a “Eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência”, que inclui a restrição mental como forma de deficiência. O texto afirma que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos e liberdades inerentes ao ser humano e estabelece medidas para eliminar a discriminação contra essas pessoas. Essas medidas incluem o fortalecimento de serviços, bens, instalações, programas e atividades, visando à plena integração à sociedade, garantia de melhor nível de independência e qualidade de vida pela detecção, tratamento, reabilitação, educação e formação ocupacional e sensibilização da população” (9).

Assim, a integralidade da assistência desponta com as práticas assistenciais da interdisciplinaridade, que por sua vez, possibilita várias formas de ver os indivíduos e seu processo saúde-doença, já que cada profissional absorve e dispõe de saberes e práticas distintas, que integradas, culminam na humanização da assistência em saúde mental (17).

Contudo, segundo Moraes (16), a estigmatização em saúde mental é um dos obstáculos para alcance do atendimento integral, precisando-se trilhar caminhos para tornar realidade uma assistência, pautada reforma psiquiátrica, para o alcance da integralidade, vendo o indivíduo holisticamente.

“O usuário do serviço espera que tenhamos iniciativa para colocar em prática o discurso da filosofia da humanização escutando, trabalhando coletivamente, prestando cuidados a partir de um projeto de assistência de qualidade e individualizado, realizando, com compromisso e competência técnica, todas as atividades de socialização e elevação da autoestima das pessoas com as quais se relacionam” (29).

Dessa forma, em 23 de dezembro de 2011, foi lançada a Portaria nº 3.088, que dispõe sobre o funcionamento da rede de atenção da saúde mental e contém as seguintes diretrizes necessárias para o atendimento integral das pessoas com transtorno mental e uso de substâncias psicoativas: I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III - Combate a estigmas e preconceitos; IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - Diversificação das estratégias de cuidado; VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; XI - Promoção de estratégias de educação permanente; e XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (30).

Como visto anteriormente, fica evidente a necessidade de um trabalho coletivo na busca pela integralidade da assistência que leve em consideração a subjetividade dos indivíduos, atendendo-os de acordo com equidade e integralidade, baseando-se nos princípios e diretrizes do SUS.

CONCLUSÃO

Como mostrou os resultados desse estudo, a assistência humanizada às pessoas com transtorno mental baseia-se na tentativa de garantir os direitos básicos desses indivíduos, sendo capaz de criar ambientes que favoreçam a criação de laços afetivos, onde eles sintam-se acolhidos, e que tenha plena consciência de que podem ser donos de suas vidas e participarem ativamente do processo de tratamento.

Assim, os serviços de saúde devem buscar seguir a política nacional de humanização que está em consonância com os princípios do SUS, e tentar assegurar os direitos da população, dando-lhes uma assistência humanizada, integral, equânime e de qualidade.

Diante disso, no que tange aos achados do presente estudo, referimos como limitação o fato de não terem sido analisados estudos na língua inglesa, e também a não utilização de teses, relatos de experiência, e outros tipos de estudo. Entretanto, a perda não comprometeu o seu desenvolvimento, pois foi prevista dentro dos critérios de exclusão.

O trabalho poderá servir de subsídio para basear os profissionais de saúde na assistência à saúde de pessoas portadoras de transtorno mental, garantindo-lhes uma prática humanizada e igualitária para esse público alvo, seguindo pelos princípios da política nacional de humanização e política nacional de saúde mental.

Espera-se, que este estudo contribua para a mudança da prática de assistência a saúde as pessoas portadores de transtorno mental, fazendo-as repensar seus modos de assisti-los, para que estes vejam a importância da prática da humanização, da construção de vínculo, da integralidade e intersetorialidade em saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. SUS 20 anos. Conselho nacional de secretários da saúde – CONASS. Brasília – DF; 2009.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Diário Oficial da União; 1988.
3. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.
4. Brasil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 28 set.
5. Ministério da saúde. Política Nacional de Humanização-PNH. Brasília-DF; 2013.
6. Ministério da saúde. Cardeno humanizaSUS. Brasília-DF; 2010.
7. Ministério da saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília-DF; 2008.
8. Brasil. Lei nº 10.216 de 06 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União 2001; 06 abr.
9. Guimarães AN, Fogaça MM, Borba LO, Paes MR, Larocca LM, Maftum MA. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). Texto Contexto Enferm 2010; 19(2):274-82.
10. Branco ABAC, Bosi MLM. Integralidade e humanização em saúde mental: experiências de usuários em dois centros de atenção psicossocial. Cad. Saúde Colet 2014; 22(2):221-2.
11. Rios IC. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica 2009; 33:253-61.
12. Dimenstein MA. Reorientação da Atenção em Saúde Mental: Sobre a Qualidade e Humanização da Assistência. Psicologia Ciência e Profissão 2004; 24(4):112-7.
13. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
14. Andrade AB, Bosi MLM. Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários. Saúde Soc 2015; 24(3):887-900.
15. Oliveira RF, Andrade LOM, Goya N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. Ciência & Saúde Coletiva 2012; 17(11):3069-78.
16. Moraes MO. Modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Ciência & Saúde Coletiva 2008; 13(1):121-33.
17. Jorge MSB, Pinto DMP, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da saúde mental-tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciências & Saúde Coletiva 2011; 16(7):3051-60.
18. Ramos TMB, Pedrão LJ. Acolhimento e Vínculo em um Serviço de Assistência a Portadores de Transtornos Alimentares. Paideia 2013; 23(54):113-20.

REFERÊNCIAS (CONTINUAÇÃO)

19. Scheffer G, Silva LG. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. *Serv. Soc. Soc* 2014; (118):366-93.
20. Oliveira RF, Andrade LOM, Goya N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(11):3069-78.
21. Severo AK, Dimenstein M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2011; 31(3):640-55.
22. Feltes DL, Hoch AV. Saúde Mental: (re) conhecendo a pessoa em sofrimento psíquico em suas potencialidades. Universidade do Oeste de Santa Catarina –UNOESC; 2015.
23. Frosi RV, Tesser CD. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 20015; 20(10):3151-61.
24. Kantorski LP, Pinho LB, Saeki T, Souza MCBM. Expectativas de docentes sobre o ensino do cuidado em saúde mental. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2006; 8(3):363-9.
25. Frosi RV, Tesser CD. Op cit.
26. Linard AG, Castro MM, Cruz AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm* 2011; 32(3):546-53.
27. Guimarães JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(4):2145-2154.
28. Sampaio JJC. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(12):4685-94.
29. Oliveira LC, Silva RAR, Medeiros MN. Cuidar humanizado: descobrindo as possibilidades na prática da enfermagem em saúde mental. *Rev. pesqui. cuid. fundam. jan.-mar.* 2015; 7(1):1774-82.
30. Brasil. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 23 dez.
31. Brasil. Decreto nº 3956, de 08 de outubro, 2001. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. *Diário Oficial da União* 2001; 08 out.
32. Brischialiari A, Maftum MA, Waidmann MAP, Mazza VA. Sensibilizando a equipe de enfermagem ao cuidado humanizado em saúde mental mediante oficinas educativas. *Rev. Eletr. Enf.* 2008; 10(4):1080-90.
33. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4):758-64.
34. Rabelo IVM, Torres ARR. Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. *Estudos de Psicologia* 2006; 23(3):219-28.



enferteca
Grupo Paradigma

La Gran Biblioteca de Enfermería online

- Más de **140 títulos** de todos los temas y especialidades
- Incluye el **buscador Encuentr@**, el mejor del sector
- Comité de **expertos** a tu disposición
- Además, podrás acceder a ella **donde y cuando quieras** a través de su **app**



App disponible para
iOS y Android

 grupo **paradigma**



PRESENCIA DE LA ALADEFE EN EL CONGRESO DEL CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA (CIE) BARCELONA 2017

Del 27 de mayo al 1 de junio se llevó a cabo el Congreso del Consejo Internacional de Enfermería 2017 en la ciudad de Barcelona, España, organizado por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y el Consejo General de Enfermeros de España, y tuvo como lema "Enfermeras a la vanguardia mejorando los cuidados". Sus objetivos generales: "Demostrar y promover la contribución de la Enfermería a las políticas de salud informadas y sostenibles; apoyar la contribución de la enfermería a la atención a la salud basada en la evidencia y fomentar planteamientos de resolución de problemas para las necesidades prioritarias de salud; y proporcionar oportunidades para un intercambio en profundidad de experiencia y pericia dentro de la comunidad internacional de enfermería y más allá de la misma."

Alrededor de diez mil enfermeras y enfermeros de distintos países de todos los continentes se dieron cita para participar en las diversas actividades que lo integraron: conferencias magistrales, simposios, paneles de expertos y trabajos libres presentados en la modalidad de póster y en presentación oral, además de una exposición académica y comercial.

Con base en los objetivos generales, los tópicos presentados y analizados fueron de sumo interés para el campo de la atención a la salud, de la educación en enfermería, pero también en lo relativo a la participación en la generación e implementación de políticas públicas que incidan en una mejor calidad del cuidado incluyendo la satisfacción de los usuarios de los servicios, pero también de



Reunión de GANES en Barcelona

los enfermeros que los otorgan; así como el énfasis actual de considerar la gobernanza con una concepción y actuación diferente, en el que la forma de interacción de las administraciones públicas con el mercado y las organizaciones privadas, o de la denominada sociedad civil, no obedecen a una subordinación jerárquica, sino a una integración en red, en lo que se ha denominado redes de interacción público-privado-civil a lo largo del eje local/global.

Temáticas de gran importancia fueron los ejemplos de desarrollo de la Enfermería de Práctica Avanzada, de la Práctica Basada en Evidencia, de la importancia del trabajo colaborativo, de experiencias innovadoras de cuidado, entre otras, temáticas que en la actualidad no pueden estar fuera de la agenda de discusión de la enfermería. Especial interés y motivación generó la excelente presentación de la Dra. Aiken, ya que los resultados de sus estudios han trascendido a la generación de políticas públicas para mejorar la calidad del cuidado y la reducción de la morbilidad, teniendo en cuenta la preparación académica de las enfermeras como vía para garantizar, entre otras cosas, la seguridad de la atención a la salud.

Además de las temáticas analizadas y de los ejemplos presentados de buenas prácticas y lecciones aprendidas, este congreso representó un espacio de oportunidad para estrechar las relaciones con diferentes organizaciones internacionales, y pares académicos, que en el caso concreto de ALADEFE permitió estrechar relaciones con el CIE a través de la presidenta saliente Dra. Judith Shamian, pero también con la nueva presidenta Dra. Annette Kennedy; con el Mg. José Alfredo Jeréz, presidente de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN), con la nueva integrante del CIE que representa a Latinoamérica Mtra. Erika Caballero de Chile, con los integrantes de la Directoría de COFEN de Brasil, con los integrantes de GANES, de Sigma Theta Tau Internacional, y con diversos Colegios Nacionales de Enfermería, principalmente con el Consejo General de Enfermeros de España (CGEE).

Las actividades en las que participaron algunos miembros de la ALADEFE fueron: la reunión de GANES, la inauguración del evento, el Congreso Internacional de Enfermería mismo, la entrevista con la Dra. Judith Shamian, la visita y reunión de trabajo al *stand* del Grupo Paradigma quienes contribuyen a la edición trimestral y publicación de la Revista Iberoamericana de Educación e investigación en Enfermería y recientemente a la remodelación de la página de ALADEFE; la visita al *stand* de la Escuela Superior de Enfermería de Coimbra (Portugal), la participación en la reunión social que ofreció la Academia Americana de Enfermeras (ANA, por sus siglas en inglés) y la Asociación Americana de Escuelas y Colegios de Enfermería (AACN, por sus siglas en inglés).



**Reunión con el presidente de FEPPEN.
De izquierda a derecha Laura Morán,
Mg. José Alfredo Jérez y Mari Paz Mompert**



**Representantes Latinoamericanas del Consejo
Directivo del CIE saliente y la nueva
representante Erika Caballero con la
presidenta de ALADEFE**

Se tuvo una reunión de la presidenta de la asociación y la vicepresidenta de la región europea con el presidente del Conferencia Nacional de Decanos y Decanas de Enfermería de España, Dr. Julio Fernández, con el propósito de analizar y atender una de las acciones propuestas por la vicepresidencia regional europea de ALADEFE consistente en la organización de una reunión conjunta en el marco del II Congreso Internacional y X Nacional de la Conferencia Nacional de Decanos y Decanas de Enfermería (CNDE) que posibilitaría el trabajo conjunto y la reincorporación de las escuelas de Enfermería de España a la asociación y, por último, no menos importante, una reunión de trabajo de los integrantes del Consejo Ejecutivo que estuvieron presentes en el congreso internacional referido.

Esta fue una experiencia más que permite, sin duda, ampliar los horizontes de pensamiento y acción que sin duda beneficiarán la Educación en Enfermería de nuestras regiones.

Dra. Laura Morán Peña



Encuentro de presidentes. Máximo González, Laura Morán y Judith Shamian, presidenta saliente del CIE

REUNIÓN PARA LA PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL PROYECTO CONVERGENCIA ESTRATÉGICA POR LA SALUD Y EL DESARROLLO SOCIAL

El día 16 de marzo de 2017 se llevó a cabo la reunión de trabajo de la Unión de Universidades de América Latina y el Caribe (UDUAL) y de organizaciones e instituciones vinculadas a la salud y al desarrollo social como representantes de la UNESCO, de la OPS México, la presidenta de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), el secretario General de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM), la presidenta de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO), el presidente de la Asociación de Facultades, Escuelas e Institutos de Ciencias Sociales (ALAFEICS), el canciller de la República del Salvador y diversos representantes de la presidencia, del sector educativo y de salud de dicho país, entre otros. La reunión tuvo lugar en el Palacio de Medicina de la Ciudad de México y fue auspiciada por la ALAFEM que tiene su sede en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Por la UDUAL estuvieron presentes el presidente, secretario general, el coordinador de los organismos de Cooperación y Estudio y el asesor de la misma.

El proyecto está enmarcado por la Declaración de los Objetivos del desarrollo Sustentable por lo que la reunión tuvo como propósito la identificación de ejes prioritarios de interés común entre los organismos participantes y, a partir de ellos, generar lineamientos estratégicos para su implementación para dar continuidad a las propuestas realizadas en la reunión celebrada en Lima, Perú, los días 21 y 22 de julio de 2016 donde se propusieron los siguientes problemas para trabajar: seguridad alimentaria y nutricional, biodiversidad y cambio climático, acceso a medicamentos, en particular la evaluación de biosimilares, evaluación y gestión de la calidad de la educación universitaria, esta última propuesta de especial interés para nuestra asociación.

Cabe destacar la importancia que se le dio a la educación y al trabajo colaborativo interprofesional y a la visión inter y multidisciplinaria como premisas para lograr mayor impacto de las acciones convenidas.

Cada uno de los presidentes de los organismos de cooperación y estudio presentaron un informe de las principales acciones que han llevado a cabo de acuerdo a su plan de trabajo, hecho que refrenda el compromiso que cada organización tiene con la salud de la población de la región, en nuestro caso, a través de la mejora de educación en enfermería y la difusión de su producción científica.



De izquierda a derecha: Dr. Antonio Ibarra, Coordinador de los organismos de cooperación y estudio de la UNAM; Dra. Laura Morán, Presidenta de ALADEFE; Dr. Hening Jensen Pennington, Presidente de la UDUAL y DR. Roberto Escalante Semerena, Secretario General de la UNAM



Participantes en la reunión de Convergencia estratégica para la salud y el desarrollo social

CELEBRACIÓN DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA 2017

El pasado 15 de mayo del 2017 se llevó a cabo en la sede de la OPS en Washington DC un evento para celebrar el Día Internacional de la Enfermera 2017, actividad que se lleva a cabo cada año, el 12 de mayo, o un día cercano a este, con el propósito de conmemorar el natalicio de Florence Nightingale.

La sesión de inauguración estuvo presidida por el Dr. James Fitzgerald, director de Sistemas y Recursos Humanos de la OPS y la Dra. Silvia Cassiani, asesora Regional de Enfermería y Técnicos en Salud de dicha organización.

El acto resultó de gran relevancia ya que fue el marco para hacer la presentación de los resultados de un estudio denominado "La situación de la educación en enfermería en América Latina y el Caribe, hacia el logro de la salud universal", mismo que fue realizado por la OPS con apoyo de diversas organizaciones tales como ALADEFE y los centros colaboradores de la OMS/OPS de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alabama en Birmingham, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, del Colegio de Enfermería de la Universidad de Illinois en Chicago y de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN).

Posterior a la presentación que hicieron la Dra. Silvia Cassiani, asesora Regional de Enfermería y Técnicos en Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Mtra. Sabrina Mikael, consultora internacional de dicha organización, sobre los principales hallazgos del estudio, se llevó a cabo un panel en el que participaron las coautoras del estudio: Dra. Lynda Wilson, Dra. Laura Morán Peña, Mtra. Rosa Amarilis Zárate, Dra. Linda McCreary y la Mtra. Fabiola Castellanos en representación de la ACOFAEN.

Durante el panel, las participantes presentaron sus puntos de vista y argumentaciones relativos a aspectos tales como: el papel actual de las enfermeras en los entornos de atención primaria de salud (APS), los cambios de paradigmas educativos necesarios y las transformaciones curriculares correspondientes. Análisis en los que se destacaron factores principalmente relacionados con las necesidades de formación docente, prácticas educativas alternativas y escenarios de aprendizaje diversos que apoyen el logro de la formación de recursos humanos de Enfermería en pro de la salud universal.

También fueron abordadas las recomendaciones principales para mejorar la educación de enfermería hacia la salud universal en la región, a través de promover la educación interprofesional en salud.

La publicación relativa al estudio realizado puede ser consultada a texto completo en español, portugués e inglés, en la siguiente liga: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2232.2913>

En la clausura del evento estuvo presente el Dr. Francisco Becerra-Posada, subdirector adjunto de la OPS.

El análisis realizado a través del estudio referido representa un importante acercamiento para conocer en qué medida las escuelas y facultades de Enfermería de la región de América latina y el Caribe preparan recursos humanos que contribuyan al logro de la salud universal.

Con el análisis realizado y las recomendaciones de implementación derivadas del mismo, las escuelas y facultades de la región, estaremos asumiendo la responsabilidad social que tenemos en pro de lograr tener poblaciones cada vez más saludables y menos enfermas.

Pero es preciso señalar que, aun cuando reconocemos la importancia de que la Educación en Enfermería requiere recrear paradigmas educativos e incrementar la formación docente en el campo de atención primaria para la preparación de nuevos cuadros que apoyen la salud universal, es indispensable que simultáneamente haya un aumento de la inversión y empleo en los entornos de atención pri-



Autoras del estudio. De izquierda a derecha:
Fabiola Castellanos, Laura Morán, Lynda Wilson,
Sabrina Mikael, Rosa Amarilis Zárate,
Linda McCreary y Silvia Cassiani



Inauguración del evento. De izquierda a Derecha
Dra. Silvia Cassiani, asesora regional de recursos
de Enfermería y Técnicos en Salud de OPS,
Dr. James Fitzgerald, director de Sistemas y
Recursos Humanos de OPS

maria de salud, con incentivos y condiciones de trabajo dignas, lo que podría fortalecer y aumentar el atractivo de los cargos ofrecidos a las enfermeras de este campo.

Por lo tanto, no podemos pensar que solo con cambios curriculares en enfermería se logrará avanzar hacia la salud universal, sino está acompañada de financiamiento, legislación y políticas públicas que incidan directamente en la fuerza laboral de la enfermería. Solo trabajando en todos los aspectos involucrados se logrará, en menor tiempo y con mayor alcance, apoyar el logro de la salud universal en nuestras regiones.

Dra. Laura Morán Peña



Participantes al evento. De izquierda a derecha Mtra. Rosa Amarilis Zárate Grajales, directora adjunta del Centro Colaborador de la OPS/OMS de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM; Dra. María Dolores Zarza Arizmendi, directora del Centro Colaborador de la OPS/OMS de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, y Dra. Laura Morán Peña, presidenta de ALADEFE

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ESCUELAS Y FACULTADES DE ENFERMERÍA A.C.



**XIV CONFERENCIA IBEROAMERICANA
DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA**

VII SIMPOSIO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA EN ENFERMERÍA

V ENCUENTRO IBERO LATINOAMERICANO DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

25 al 29 de Septiembre en el Hotel Los Delfines

LIMA - PERÚ



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA





www.facebook.com/grupoparadigma0



www.linkedin.com/company/grupo-paradigma

www.instagram.com/grupoparadigma_



www.twitter.com/grupoparadigma_

¡Síguenos en las redes!

**Conecta con
la Enfermería**

**¡Ya somos más de
15.000 seguidores!**



Ponte al día de las últimas noticias y novedades del mundo enfermero.



Además, podrás hacernos llegar tus sugerencias y preguntas.



Entérate de las últimas novedades editoriales y nuestras exclusivas ofertas.



Podrás participar en los sorteos y concursos que realizaremos.

