

Postura de la enfermera ante su quehacer profesional

Carmela Reséndiz-Dáttoly,¹ María Marcela Jiménez-Vázquez,²

¹Licenciada en Enfermería, Hospital General de Subzona 12 en Potrero, Veracruz.

²Maestra en Educación, Hospital General de Zona 8 en Córdoba, Veracruz.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Veracruz, México

Resumen

Introducción: el término postura en este estudio significa asumir un punto de vista sólido, desarrollado a través de un proceso de reflexión y cuestionamiento ante los saberes y la práctica diaria. La postura de la enfermera constituye un punto de vista personal construido a través de la crítica, que encausa las iniciativas de acción, las cuales adquieren consistencia, sentido y propósitos.

Objetivo: identificar la postura de la enfermera ante su quehacer profesional.

Metodología: estudio transversal comparativo realizado en el año 2008 con personal de enfermería que labora en una delegación estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social. Por medio de un muestreo por cuotas se incluyeron a 125 enfermeras con categoría de auxiliar hasta jefe de piso, a quienes se les aplicó un instrumento de medición comparándolas por categoría, nivel académico, antigüedad y unidad de adscripción. El instrumento constó de 94 enunciados; 47 exploraron el enfoque dominante de la práctica de enfermería y 47 el enfoque crítico y autocrítico de su práctica. Los enunciados se caracterizaron en duplas mutuamente excluyentes entre sí que indagaron las cuatro funciones básicas del quehacer de enfermería; asistenciales, administrativas, investigación y docencia. La postura se evaluó a través de tres indicadores; acuerdo indiscriminado, enfoque popular y consecuencia. La fiabilidad del instrumento se determinó a través de dos métodos; Fórmula 21 de Kuder-Richardson y método de semipartición empleando la prueba U de Mann Whitney. Para el análisis de resultados se empleó análisis estadístico no paramétrico.

Resultados: la fiabilidad del instrumento contó con un índice de 0.94. Los resultados obtenidos al interior y entre cada uno de los grupos fueron favorables para la ausencia de una postura de la enfermera ante su quehacer profesional.

Conclusiones: los resultados encontrados en este estudio nos llevan a pensar que es muy probable que se realice un quehacer enfermero más rutinario con poco ejercicio analítico, crítico y autocrítico.

Palabras clave

Postura,
Quehacer enfermero,
Crítica

Correspondencia:

Carmela Reséndiz Dáttoly, Calle Abasolo No. 710 Col. Centro, C.P. 94970,

Teléfono 273 73 8 08 55. Paso del Macho, Veracruz. México

Dirección electrónica: dattolyrc@hotmail.com

Summary

Introduction: posture means to assume a solid point of view, developed through a process of reflection and self-questioning to face knowledge and the daily practice. The posture of a nurse constitutes a constructed personal point of view through the critic, that lead the initiatives of action, which acquire consistency, sense and intentions.

Objective: to identify the position of the nurse before its professional task.

Methodology: comparative cross-sectional study made in infirmary personnel in a State Delegation of the Instituto Mexicano del Seguro Social. A sampling by quotas included 125 nurses with category nursing assistant, nursing and nursing officer. A measuring instrument was applied to them comparing their category, academic level, antiquity and medical care unit. The instrument consisted of 94 statements; 47 explored the dominant approach of the practice of nursing and 47 the self-critical and reflective approach. The statements were characterized mutually in excluding duplas to each other that investigated the four basic functions of the nursing task; welfare, administrative, investigation and teaching. The posture was evaluated through three indicators; indiscriminate agreement, more popular approach and consequence. The internal consistency of the instrument was determined through two methods; Kuder-Richardson test and the method of semi-partition using the test of Mann Whitney. For the analysis of results non-parametric statistical analysis was used.

Results: the trustworthiness of the instrument was of 0.94. The results obtained to the inner and between each one of the groups were favorable for the absence of a position of the nurse before their task.

Conclusions: the results found in this study take us to think that it is probable that a predominant routine work with a very little analytical, critical and self-critical exercise is made.

Key words

Position,
Sask nurse,
Critical

Introducción

La enfermería como actividad ha existido desde el inicio de la humanidad, la especie humana siempre ha tenido personas imposibilitadas de valerse por sí mismas y por tanto siempre se ha requerido de los cuidados de enfermería.

La enfermería como vocación está dedicada al bienestar social, su mística y humanismo es la de cuidar, también realiza funciones para administrar, educar e investigar mejorando sus cuidados.

El quehacer de enfermería enfatiza la realización de funciones de asistencia al atender necesidades básicas, genera cuidados para la reducción de daños provocados por la enfermedad; la docencia se orienta en dos vertientes, la preventiva dirigida a la sociedad y otra dirigida a la educación enfocada a la enfermería en su modalidad formativa o de educación continua; la investigación con una dirección que permite fomentar indagaciones rigurosas que incrementan y aportan beneficios a su quehacer diario; y por último, funciones de administración dirigidas a lograr que el trabajo requerido sea efectuado en tiempos planeados y compatibles con los resultados esperados.

La enfermería desde sus inicios ha manifestado una búsqueda de identidad profesional a través de la educación, de ahí que ha logrado ascender en niveles académicos que van desde el nivel técnico hasta el doctorado. Sin embargo, esta búsqueda se ha limitado a lo extrínseco, dejando de lado los aspectos intrínsecos como ¿Qué piensa y dice de ella misma? ¿Cómo es y cómo se reconoce? ideas que al ser cuestionadas, analizadas y reflexionadas le dan un panorama acerca de lo que es su actuación. Por ahora, se ha centrado más en buscar el reconocimiento social manifestando una notable necesidad de autoafirmar su rol, que fortalecer o afirmar su posición frente al cuidado.

Al igual que cualquier otra actividad humana, el quehacer profesional de la enfermera es susceptible de pensarse y realizarse de varias formas, todas ellas determinadas por el contexto histórico, cultural, económico, político, científico y tecnológico del que surge.¹⁻³

En este estudio se identifica cuáles son las ideas, opiniones y/o puntos de vista acerca de lo que es y de lo que hace profesionalmente la enfermera, que en conjunto conforman lo que se ha denominado, *Postura*.

La postura constituye un punto de vista personal, construido por medio de la crítica, que encausa las iniciativas de acción, las cuales adquieren consistencia, sentido y propósito. Aquí las actitudes tienen un carácter subordinado, cambian y se recomodan en virtud de esa nueva matriz organizadora que representa la postura.⁴

Debe considerarse que el desarrollo de una postura es efecto de una experiencia reflexiva cada vez más distanciada de la costumbre, específicamente en el quehacer de enfermería implicaría una práctica profesional que se manifieste en el tipo de actividades que realiza, es decir, una atención al paciente en forma reflexiva, analítica, que cuestiona y confronta que la lleve a desarrollar un punto de vista propio sobre lo que hace, sobre lo que significa interactuar entre individuos, específicamente personas enfermas que padecen, que sienten y que desean.

Es importante mencionar que al pretender conocer cuál es la postura del personal de enfermería ante su propio quehacer, es necesario abordar éste concepto desde ese sistema de creencias y de esa búsqueda de identidad personal que define y determina en gran medida su actuar.⁵⁻⁷ Estas creencias o ideas así como la búsqueda de lo que es, tienen una introyección vía la educación, —sea formal o informal— por lo tanto, partiremos reconociendo como ha sido su proceso educativo.

El desarrollo tradicional del proceso educativo en el que se encuentra inmersa la enfermera, ha estado vinculado con la aceptación tácita de lo ya establecido y que por mucho es lo dominante con tendencia educativa pasiva y ha conformado un tipo de ejercicio profesional y de relación educativa *sui generis*, es decir; poca reflexión ante lo que se hace, manteniéndose en un círculo cerrado constituyéndose en lo que Bachelard llama “*El obstáculo epistemológico*”, que forma parte de lo cotidiano y poco permite tener conciencia de su presencia.⁸ Esto ha dado como

resultado, enfermeras poco sensibilizadas e integradas a una realidad social, ya que sólo cuando reconocemos algunas de las razones profundas de lo que hacemos, el cómo lo hacemos y el por qué lo hacemos —postura—, estaremos en condiciones de confrontar nuestro quehacer, mejorarlo o quizá, cambiarlo.⁹

Ante la responsabilidad que tiene la enfermera es necesario identificar lo que piensa y hace como profesional de la salud que es, porque refleja su manera de actuar ante un quehacer específico. Por ejemplo, en el área de enfermería se han observado graves consecuencias en su desempeño profesional, entre las que se encuentran; la rutina como sistema de trabajo, dependencia cada vez mayor de la tecnología para la atención y cuidado del paciente, insuficiente o nula reflexión crítica y auto-crítica sobre su propio desempeño y el de sus compañeros, entre otros.

Indagaciones empíricas se han acercado a explorar con un enfoque cualitativo la práctica de enfermería buscando comprender el valor social de su cuidado y la contribución de este tipo de investigación aplicada a su práctica.^{10,11}

A nivel institucional las primeras indagaciones que han explorado el punto de vista, opinión y/o reflexión ante un determinado asunto los realizaron Garduño y Viniegra (1990) quienes identificaron corrientes de pensamientos diferentes y hasta contradictorios en el quehacer científico.¹² Posterior a ello han surgido en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) una serie de indagaciones relacionadas con el desarrollo de posturas en variados entornos como el quehacer médico y la educación.^{4,13-16} Específicamente en el área de enfermería, Artemiza-Rico y colaboradores, exploraron el grado de reflexión que tiene la docente enfermera y la relación que guarda con su actuación como profesora, encontrando que existe una correlación débil entre lo que dice y hace la profesora, puesto que la forma como la docente se aprecia a sí misma difiere de cómo la ve el alumno. Este estudio representa uno de los primeros acercamientos institucionales que indaga el concepto “*postura*”, en este caso ante la educación, que es una de las funciones del quehacer

de enfermería.¹⁷ Sin embargo, las otras tres funciones de enfermería no se han evaluado en forma conjunta, razón por la cual en este estudio el objetivo fue identificar su punto de vista acerca de lo que es y hace profesionalmente—postura—en sus cuatro funciones; asistencial, administrativa, docente y de investigación, comparando este punto de vista entre categorías, niveles académicos, antigüedad laboral y unidades de adscripción.

Metodología

Población

De 2007 a 2008 se realizó un estudio transversal comparativo realizado en personal de enfermería adscrito a cinco unidades de atención a la salud en cuatro hospitales de subzona y un hospital general de zona del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el estado de Veracruz. Participaron aleatoriamente 125 enfermeras de cuatro categorías laborales, con niveles académicos de licenciatura y técnico de los turnos matutino, vespertino y nocturno, independientemente de la antigüedad laboral que ejercían durante el periodo de estudio.

Instrumento de medición

Inicialmente se elaboró un instrumento con 128 enunciados redactados con enfoques opuestos referentes al quehacer enfermero, es decir; 64 enunciados para el enfoque dominante (ED) de la práctica de enfermería y 64 enunciados para el enfoque crítico y autocrítico (ECA) de la práctica de enfermería, conformándose así un total de 64 duplas, que exploraron las cuatro funciones básicas del quehacer de enfermería; asistencial, administrativa, docente y de investigación, considerando los aspectos más representativos en cada una de ellas. El contenido del instrumento fue evaluado por cinco enfermeras que se han destacado por tener un desempeño excelente en las cuatro funciones básicas de enfermería, con nivel académico de licenciatura y con más de 10 años de experiencia clínica. Cada una de ellas iden-

tificó los enunciados según los enfoques ya sea dominante o crítico y autocrítico de enfermería, revisaron que los enunciados exploraran las cuatro funciones de enfermería y también revisaron la claridad y sencillez de los enunciados.

Se buscó también la validez de constructo y se realizó una revisión teórica conceptual a través de tres rondas de expertos quienes discriminaron si el atributo subyacente de “postura” estaba presente en cada uno de los enunciados del instrumento de medición, es decir, que los enunciados se acercaran a explorar lo que en realidad piensa el respondiente y no lo que pudiera contestar por la deseabilidad social, por lo que se consideró como expertas a tres profesoras de enfermería que tuvieran postura ante la educación y cuyo excelente desempeño clínico hiciera suponer que cuentan también con postura ante la práctica de enfermería, que contaran con formación docente bajo el enfoque promotor de la participación, que fueran profesoras de enfermería en activo, que estuvieran incluidas en la plantilla de profesoras del IMSS y que tuvieran experiencia en la elaboración y publicación de proyectos de investigación educativa.

Posterior a este proceso de elaboración, revisión, re-elaboración y validación el instrumento quedó en su versión final con 94 enunciados, es decir, 47 duplas en total.

Indicadores de postura

Se emplearon tres indicadores denominados como: consecuencia, acuerdo indiscriminado y enfoque más popular, que sirvieron para discriminar la postura de la enfermera; la consecuencia fue considerada como el principal indicador de la presencia de una postura y se refirió al grado en que se distinguen los dos enfoques opuestos explorados en este estudio ED o ECA y se expresó en el “acuerdo consistente” con el ECA y el “desacuerdo consistente” con su opuesto ED, la puntuación fue de 0 a 100 y mientras más se acercó al 100 se consideró que fue mayor la postura. El acuerdo indiscriminado fue la tendencia a contestar de “acuerdo” sin distinción de los enfoques opuestos ED y

ECA, por lo que la indiscriminación entre uno y otro tuvo una connotación negativa respecto a la postura, cuanto más se acercó al 100 % mayor fue la confusión del respondiente. El enfoque más popular se refirió al predominio del “acuerdo” con alguno de los dos enfoques explorados.

Para contestar el instrumento se empleó una escala de Likert con seis opciones de respuesta que fueron desde totalmente de acuerdo (1 a 3) a totalmente en desacuerdo (4 a 6).

Para valorar la fiabilidad del instrumento se aplicó la fórmula 21 de Kuder-Richardson¹⁸ y se utilizó el método de semipartición empleando la prueba U de Mann Whitney.¹⁹

Análisis estadístico

Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para comparar las posibles diferencias en las tendencias de respuesta de las enfermeras. Prueba de U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para la comparación entre turnos, nivel académico, categorías, antigüedad y unidad de adscripción, y para el análisis de las posibles diferencias entre los grupos se utilizó la prueba de χ^2 de proporciones.

Resultados

El índice de fiabilidad del instrumento de medición de acuerdo a la fórmula 21 de Kuder-Richardson fue de 0.94 y con la prueba de semipartición se obtuvo una p no significativa ($p > 0.05$).

En el cuadro I se muestran los resultados obtenidos de las 125 enfermeras en la estimación de los indicadores de consecuencia, acuerdo indiscriminado y enfoque más popular, observándose en el indicador de consecuencia mayor puntuación en las enfermeras adscritas a un hospital de subzona y menor puntuación en las adscritas al hospital general, situación que se invierte en el indicador de acuerdo indiscriminado. El enfoque más popular al que se adhieron las enfermeras estudiadas fue el crítico y autocrítico (ECA).

El cuadro II indica la tendencia a responder indiscriminadamente en relación

Cuadro I. Postura de la enfermera ante su propio quehacer

Unidad de adscripción	Indicadores			
	Consecuencia mediana	Acuerdo indiscriminado mediana	% Enfoque dominante	% Enfoque crítico y autocrítico
Hopital General de Zona 8	7.5	80	37	41.5
Hopital General de Subzona 12	9	79	33	42
Hopital General de Subzona 16	9.5	76.5	34	41
Hopital General de Subzona 19	12	71	30	37.5
Hopital General de Subzona 33	10	82	40.5	42.5

a una distribución teórica esperada para cada una de las seis opciones de respuesta. Cada opción tiene una probabilidad de 1/6, observándose diferencias muy marcadas en sus respuestas en relación a la distribución teórica esperada obteniéndose resultados estadísticamente significativos.

El cuadro III muestra las medianas obtenidas en los indicadores de consecuencia y acuerdo indiscriminado comparando entre las categorías de enfermeras así como al interior de cada una de ellas. Detectando que entre categorías no hubo diferencias en los indicadores de consecuencia y acuerdo indiscriminado, pero al comparar estos indicadores al interior de cada grupo se observan diferencias estadísticamente significativas a favor del indicador de acuerdo indiscriminado.

El cuadro IV presenta los grupos académicos explorados (técnico y licenciatura) comparando los indicadores de consecuen-

cia y acuerdo indiscriminado, no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, sin embargo, al interior de cada uno de ellos se observan diferencias significativas a favor del indicador de acuerdo indiscriminado.

En relación a la comparación por años de antigüedad laboral se detecta que en el indicador de consecuencia el grupo con mayor número de años laborales es el que presenta la mediana más alta sin que por ello existan diferencias estadísticamente significativas. A diferencia de lo anterior el grupo que cuenta con menos años laborales es el que presenta mayor acuerdo indiscriminado. Al comparar los mismos indicadores al interior de cada uno de los grupos explorados, se observa que el grupo que inicia como el que culmina el trabajo laboral institucional presentan resultados estadísticamente no significativos, no así los grupos que oscilan entre

seis a 20 años de antigüedad, quienes presentan diferencias a favor del indicador de acuerdo indiscriminado (cuadro V).

Finalmente el cuadro VI muestra la comparación de los indicadores de consecuencia y acuerdo indiscriminado por unidades de adscripción de las enfermeras, detectándose que no hay diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos indicadores entre las unidades de atención a la salud exploradas, sin embargo, nuevamente al interior de cada una de ellas la diferencia se ubica en el indicador de acuerdo indiscriminado.

Discusiones

En el ámbito del ejercicio profesional de enfermería no se ha explorado el punto de vista que tiene la enfermera en relación a todo aquello que hace, siendo este

Cuadro II. Tendencia de enfermería en relación a distribución teórica esperada

	Acuerdo			Desacuerdo		
	1	2	3	4	5	6
Distribución teórica esperada	16.6	33.3	50.0	66.6	83.6	100.0
Respuesta de las enfermeras	5.5	3.5	1.6	1.07	0.59	0.72
Diferencias con lo esperado	11.1	29.8	48.4	65.5	83.0	99.2
*p	0.12	0.04	0.02	0.02	0.01	0.01

*Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Cuadro III. Indicadores de consecuencia y acuerdo indiscriminado por categorías

Categorías	Indicadores				*p
	Consecuencia		Acuerdo indiscriminado		
	Mediana	Rango	Mediana	Rango	
Auxiliar de Enfermera General (n = 19)	7	(2-14)	80	(59-92)	0.040
Enfermera General (n = 83)	8	(1-24)	79	(62-94)	0.00003
Enfermera Especialista (n = 14)	8	(4-13)	80	(70-90)	0.00003
Enfermera Jefa de Piso (n = 9)	13	(3-15)	78	(71-90)	0.00003
**p	NS		NS		

*p = Prueba U de Mann Whitney **p = χ^2 p NS = No significativa

Cuadro IV. Indicadores de consecuencia y acuerdo indiscriminado por grupos

Grupos	Indicadores				*p
	Consecuencia		Acuerdo indiscriminado		
	Mediana	Rango	Mediana	Rango	
Enfermería nivel técnico (n = 69)	8	(4-125)	80	(1.5-124)	0.00003
Enfermería nivel licenciatura (n = 56)	8	(4-122)	78	(1.5-124.5)	0.00003
*p	NS		NS		

*p = Prueba U de Mann Whitney NS = No Significativa

estudio un primer intento teórico de acercarse a identificar lo que piensa y hace, tomándolo como un indicador de desempeño.¹⁶ Con este fin se construyó un instrumento de medición que representó ser pionero en acercarse a medir “postura” —opinión o punto de vista— ante el ejercicio profesional de la enfermera a nivel institucional. Pasó por un proceso cuidadoso de elaboración, obteniendo un aceptable índice de fiabilidad, por lo que consideramos que es factible acercarse a medir las aptitudes complejas como es la postura.¹⁴

Los resultados obtenidos en los indicadores de consecuencia y acuerdo indiscriminado nos enfrentan a una realidad

acerca de la práctica de la enfermera, es decir, parece desarrollarse un quehacer acrítico, rutinario e irreflexivo sin tomar en cuenta la experiencia clínica, en donde al parecer la enfermera no la confronta con lo que vive diariamente, sólo actúa y así lo reproduce.²⁰

Los resultados obtenidos comulgan con los de otras indagaciones que hablan sobre postura en donde invariablemente parece ser que la reflexión sobre lo que se hace está ausente, aspecto que se reflejó en los resultados (cuadro I) al identificar que la consecuencia principal indicador de una postura dista de alcanzar la puntuación deseada, —lo que hablaría de

que las enfermeras tienen un punto de vista propio ante su quehacer—, aspecto que se conjuga con el elevado puntaje alcanzado en el indicador de Acuerdo indiscriminado, lo que quiere decir que las enfermeras estudiadas no pudieron diferenciar entre lo que debe ser y no debe ser durante su práctica.¹²⁻¹⁶

Esta diferenciación entre el “deber ser” y el “es” debería de fomentarse desde los años formativos de educación básica, reafirmarse en la formación como enfermeras y consolidarse durante la práctica cotidiana de la enfermería, sin embargo, las experiencias educativas han sido poco favorecedoras para ello, ya que consideramos

Cuadro V. Indicadores de consecuencia y acuerdo indiscriminado por años labores

Años laborales	Indicadores				**p
	Consecuencia Mediana	Rango	Acuerdo indiscriminado Mediana	Rango	
0 - 5 (n = 30)	6	(4-120.5)	84.5	(5 -124.5)	0.3624
6 - 10 (n = 22)	8	(4-125)	76.5	(2.5-121)	0.0202
11 - 15 (n = 21)	7	(10-124)	79	(9.5-110.5)	0.0030
16 - 20 (n = 26)	8	(23-120.5)	77.5	(6-105)	0.00003
21 - 25 (n = 26)	9	(4-120.5)	81	(1-124.5)	0.1056
*p	NS	NS			

****p** = Prueba U de Mann Whitney ***p** = Prueba Kruskal Wallis

Cuadro VI. Indicadores de consecuencia y acuerdo indiscriminado por unidades

Unidades	Indicadores				**p
	Consecuencia Mediana	Rango	Acuerdo indiscriminado Mediana	Rango	
Hospitales de Subzona (n = 41)	9	(1-20)	78	(59-94)	0.00003
Hospital General (n = 84)	7.5	(1-24)	80	(60-94)	0.00003
*p	NS	NS			

****p** = Prueba U de Mann Whitney ***p** = Prueba χ^2

que el proceso educativo de la enfermera poco ha permitido el ejercicio de la crítica, independientemente del nivel académico que aquí se explora, se detectó que la reflexión sobre su quehacer así como la recuperación de su experiencia clínica fue mínima en ambos niveles académicos. Lo esperado era que aquellas enfermeras que han tenido experiencias educativas superiores tuvieran más desarrollada la habilidad para tener un punto de vista propio y reconocer lo que debe y no debe ser de su quehacer, sin embargo, tal y como se muestra en el cuadro IV, no encontra-

mos diferencias entre enfermeras de nivel técnico ni universitarias. Esto implica un quehacer poco crítico y reflexivo, donde al parecer se mira a la educación como un proceso de acomodación o adaptación y no para darle sentido a las situaciones reales que la enfermera vive con sus pacientes.

Es común pensar que los años de antigüedad laboral favorecen la competencia, comprensión y juicio de lo que se hace e incluso, hasta el llegar a proponer modificaciones al ejercicio clínico, sin embargo, esta idea se ve objetada al detectar que in-

dependientemente de los años laborales, la postura ante el quehacer de las enfermeras estudiadas —identificada a través del indicador de consecuencia— fue igual entre las que inician versus las que están por jubilarse, (cuadro V), ($p = 0.1$, Prueba de Kruskal Wallis) lo que traduce que los años laborales no influyen en la idea que el trabajo de la enfermera deba ser un quehacer refinado y competente, situación similar se presentó en el cuadro V durante la comparación por categoría laboral.

Por otro lado, se considera que las experiencias clínicas vividas en hospitales

generales proporcionan mayor bagaje en el desarrollo de la enfermería a diferencia de unidades de atención a la salud con menor exigencia clínica del método enfermero como lo son las unidades pequeñas de consulta familiar con hospitalización, no obstante, en el cuadro VI se muestra que en este estudio ambas unidades poco favorecen el trabajo de enfermería reflexivo, crítico y autocrítico.

Identificar que no existe una postura —tal y como aquí se delineó— en el ejercicio enfermero, sugiere que las actividades que las enfermeras realizan se pierden en un ambiente de confusión en que no se discriminan prioridades ni se clarifican posibilidades. Si bien es cierto, enfermería cumple al asistir al paciente, esta atención pudiera ser mucho mejor si estuviera mediada por un proceso de análisis y reflexión sobre lo que se hace. Por lo tanto, los resultados encontrados en este estudio nos llevan a pensar que es muy probable que se realice un quehacer más rutinario con muy poco ejercicio analítico, crítico y autocrítico.

Reconocemos que existen a nivel institucional enfermeras activas que realizan su trabajo tal y como se indica, sin embargo no basta, es fácil confundir el activismo con la participación durante el desarrollo de su quehacer diario, no se trata de hacer por hacer, se necesita participar entendiéndose esto como el desarrollo de una conciencia crítica que alude a todo ese proceso complejo de mediaciones donde su trabajo rutinario vaya quedándose atrás en la medida que se aproxime a realizar medidas anticipatorias, oportunas y pertinentes. Por ello se requiere una práctica de enfermería donde este implicado el ejercicio de la crítica que permita problematizar, cuestionar y esclarecer para realizar con objetividad procedimientos y técnicas. El desarrollo de una postura ante el quehacer de enfermería implicaría un permanente cuestionamiento y una indagación constante, lo que significaría ampliar la forma de problematizar su realidad, ya que no se refiere únicamente al punto de vista en sí, sino a sus implicaciones y consecuencias para su experiencia profesional. Hoy por hoy las exigencias

institucionales requieren de enfermeras competentes y comprometidas con todo aquello que les es inherente, que estén con la institución y no solamente en la institución.²¹

Desde nuestro punto de vista la ideología se manifiesta tanto en las ideas como en las prácticas de las personas dándoles un sentido de pertenencia e identidad, por lo que en este estudio fue primordial identificar lo que piensa y hace una enfermera para entenderla a ella y a su quehacer.²²

Consideramos que una de las vías más favorables para iniciar la modificación de ideas sobre lo que somos y hacemos, es a través de la educación, desde los años formativos como enfermeras y a nivel institucional la reafirmación de ello a través de acciones educativas que logren tener enfermeras competentes.

Bibliografía

1. Arratia FA. Investigación y documentación histórica en enfermería. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(4):567-74. [En línea] <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a14v14n4.pdf> [Consultado 26/10/2010].
2. Torres EJ. Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004; 30(4):306-17. [En línea] http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu09404.htm [Consultado 26/10/2010].
3. Icart Isem MT. La evidencia científica. Estrategia para la práctica de Enfermería. *Rev Enferm*. 1999; 22(3):185-90.
4. Vázquez D, Viniestra Velázquez L. La capacidad de crítica de los estudiantes de medicina ante el quehacer médico. *Educ Med Salud*. 1994;28(2):249-261.
5. Loo Morales I. La identidad como proceso biológico-psicosocial y su construcción en enfermería. *Rev Enferm IMSS*. 2003;11(1):49-54.
6. Castrillón Agudelo, MC. La dimensión social de la práctica de la enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia; 1997. p. 63-78.
7. Colliere MF. Cap. 9. ¿Una nueva enfermera? En: *Promover la vida*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1993. p. 183-178.
8. Bachelard G. La formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo. México: Siglo XXI Editores. 2004. [en línea] http://books.google.com.mx/books?id=EJdXcVFddrkC&pg=PA56&dq=Bachelard+G.+La+formaci%C3%B3n+del+esp%C3%ADritu+cient%C3%ADfico&hl=es&ei=Lh7HTNCjHYT6swO-g6DkDQ&sa=X&oi=book_result&ct=resnum=1&ved=0CCcQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false [Consultado 26/10/2010].

9. López Lares NR, Matus Miranda R. Aptitud para la lectura crítica de textos teóricos en estudiantes de Licenciatura en Enfermería. *Rev Enferm IMSS*. 2004;12(1): 9-16.
10. Castrillón MC, Orrego S, Pérez L, Ceballos ME, Arenas G. La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud. *Invest Educ Enferm*. 1999;17(1):13-33.
11. De la Cuesta C. Investigación cualitativa y práctica de enfermería. *Index Enferm*. 2000;28-29:7-8. [En línea] http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_7-8.php [Consultado 26/10/2010].
12. Viniestra Velázquez L, Garduño J, Valdivia J. Variabilidad del pensamiento científico. *Ciencia*. 1990;41(3):191-201.
13. Aguilar Mejía E, Viniestra Velázquez L. Cap. 7. El papel cambiante del profesor. En: *La investigación en la educación: papel de la teoría y de la observación*. Viniestra Velázquez L (editor). 2ª ed. México: IMSS; 2000. p. 157-199.
14. Aguilar Mejía E, Viniestra Velázquez L. Cap. 8. El concepto de postura más allá de la medición de actitudes. En: *La investigación en la educación: papel de la teoría y de la observación*. Viniestra Velázquez L (editor). 2ª ed. México: IMSS; 2000. p. 201-226.
15. Aguilar Mejía E, Viniestra Velázquez L. Cap. 2. Segunda parte: La postura del profesor ante la educación y su práctica docente. En: *La investigación en la educación: papel de la teoría y de la observación*. Viniestra Velázquez L (editor). 2ª ed. México: IMSS; 2000. p. 46-66.
16. Núñez Wong M, Espinosa Alarcón PA. Desarrollo de postura ante la educación en profesores de personal de salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2003;41(4):289-98.
17. Rico García MIA, Garza Pérez P, Insfran Sánchez MD. Evaluación de la postura del docente ante la educación a través de dos miradas. *Rev Enferm IMSS*. 2003;11(1): 13-18.
18. Ary D, Razavieh A, Jacobs LCH. Introducción a la investigación pedagógica. 2ª ed. México: McGraw-Hill, 1989. p. 350-351.
19. Siegel S, Castellán NJ. Estadística no paramétrica, aplicada a las ciencias de la conducta. 9ª ed. México: Trillas, 1985. pp. 67-74; 143-154;215-223.
20. Lazo Javalera F, Matus Miranda R. Postura ante la educación y lectura crítica en profesoras de enfermería. *Rev Enferm IMSS*. 2008;16(2):69-78.
21. Freire P. *Pedagogía de la indignación*. Madrid: Morata, 2001. p. 129-146.
22. Torres Santomé J. *El currículum oculto*. 6ª ed. Madrid: Morata, 1991. p. 13-21. 